

TABELA DE REEMBOLSO VIVEST

1. INSTRUÇÕES GERAIS

As coberturas da presente Tabela ocorrerão segundo segmentação (ambulatorial e hospitalar com ou sem obstetrícia) e plano contratado pela Patrocinadora ou Beneficiário, respeitando o Regulamento vigente à época do evento.

Esta tabela constitui referência para reembolso de planos com previsão de acomodações hospitalares coletivas (enfermaria, quartos com dois ou mais leitos, ou semi-privativos). A valoração dos honorários médicos será calculada de acordo com os múltiplos e regras do Regulamento.

Os valores publicados nesta tabela já contemplam os filmes radiológicos para os procedimentos e exames que, porventura, necessitem da utilização deste material.

Esta tabela foi elaborada atendendo as Normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar, que estabelecem o padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar.

1.1 SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

Uma vez utilizado o Sistema de Livre Escolha, o beneficiário poderá solicitar reembolso para os eventos, serviços e procedimentos cobertos pelo plano, conforme disposto no regulamento do plano. Para tanto, o beneficiário deverá entregar na Vivest o “Formulário de Solicitação de Reembolso” devidamente preenchido, assinado e acompanhado da documentação necessária no Portal de serviços da Vivest, em acesso restrito do beneficiário.

Para as consultas, exames e terapias as solicitações de reembolso podem, também, ser realizadas pelo Portal da Vivest, sem necessidade da entrega da documentação física

Importante salientar que o reembolso deverá ser solicitado por apenas um dos canais disponíveis.

No caso de encerramento do protocolo/solicitação por qualquer motivo, o participante deverá abrir nova solicitação

Toda documentação apresentada passa por avaliação de auditoria técnica (médica e de enfermagem), havendo inconsistências nas informações e nos valores praticados, toda solicitação poderá ser devolvida.

A remuneração devida ocorrerá de acordo com a análise realizada pelos técnicos de acordo com a sua competência técnica, eliminando excessos, julgados necessários - Glosa Técnica de valores ou quantidade.

1.2. PRÉVIA DE REEMBOLSO

Para confirmar se o procedimento a ser realizado possui cobertura contratual antes da realização do evento, o beneficiário poderá solicitar uma prévia de reembolso à Vivest, exceto para os casos de urgência e emergência.

A solicitação de prévia de reembolso deverá ser apresentada por meio de pedido médico formal devidamente assinado e constar o registro e especialidade conselho de Classe do médico assistente ou profissional devidamente habilitado. Além do detalhamento dos valores por profissional envolvido, nomenclatura e número do código TUSS, além do CID ou hipótese diagnóstica, bem como deverá acompanhar os documentos complementares que embasem o pedido médico.

Havendo divergência entre a documentação apresentada para prévia de reembolso e a documentação entregue para o efetivo pagamento do reembolso, poderá ocorrer diferença no valor final de pagamento ou até mesmo devolução do processo

2. VALORAÇÃO DOS ATOS CIRÚRGICOS

Quando se verificar, durante o ato cirúrgico, a indicação de atuar em vários órgãos ou regiões a partir da mesma via de acesso, a remuneração da cirurgia será a que corresponder, por aquela via, ao procedimento de maior valor, acrescido de 50% do previsto para os outros atos médicos praticados, desde que não haja um código específico para o conjunto.

Quando ocorrer mais de uma intervenção, por diferentes vias de acesso, serão adicionadas ao preço da intervenção principal ou de maior valor, o equivalente a 70% do valor referente às demais.

Quando duas equipes distintas realizarem simultaneamente atos cirúrgicos diferentes a remuneração devida será feita por cada uma delas de acordo com o previsto nesta tabela.

Nos casos cirúrgicos quando se fizer necessário acompanhamento ou assistência de outro especialista, a remuneração devida será paga de acordo com o atendimento prestado e previsto valores previstos nesta tabela.

Quando um ato cirúrgico for parte integrante de outro, remunerar-se-á não a somatória do conjunto, mas apenas o ato principal.

3. AUXILIARES DE CIRURGIA

A valoração dos serviços prestados pelos médicos auxiliares dos atos cirúrgicos corresponderá ao percentual de 30% do valor do ato praticado pelo cirurgião para o primeiro auxiliar, de 20% para o segundo e terceiros auxiliares, desde que previsto na Tabela, respeitando o número de auxiliares do procedimento de maior valor, quando realizado mais de um procedimento.

A valoração dos serviços prestados pelo instrumentador cirúrgico corresponderá a 10% do valor praticado pelo cirurgião quando o procedimento previr pelo menos um auxiliar.

4. ACOMPANHAMENTO PÓS-CIRÚRGICO

Os valores a cada procedimento cirúrgico incluem os cuidados pós-operatórios relacionados com o tempo de permanência do paciente no hospital, até 10 (dez) dias após o ato cirúrgico. Esgotado esse prazo, o acompanhamento passa a ser valorado conforme critérios estabelecidos para as visitas hospitalares, ou para as consultas em consultório, quando se fizer necessário um acompanhamento ambulatorial.

5. CONDIÇÕES DE INTERNAÇÃO

Quando o paciente voluntariamente internar-se em acomodação hospitalar superior a contratada em seu plano de saúde, a valoração do procedimento será mantida de acordo com a Tabela e o Regulamento vigente do Plano.

As despesas de acompanhante para o beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, idoso a partir de 60 (sessenta) anos e aos que possuam necessidades especiais estão garantidas desde que fornecidas pelo hospital e relacionadas à

alimentação básica (café da manhã, almoço, jantar) para 01 (um) acompanhante, sendo a alimentação, obrigatoriamente, da mesma proveniência da servida ao beneficiário internado. Nestes casos as despesas relativas à refeição serão reembolsadas de acordo com a média do valor contratado com prestadores da rede credenciada pertencente ao plano do beneficiário.

6. PROCEDIMENTOS GERAIS

6.1 - CONSULTAS MÉDICAS

A consulta de oftalmologia padrão inclui: anamnese, refração, inspeção das pupilas, acuidade visual, retinoscopia e ceratometria, fundoscopia, biomicroscopia do segmento anterior, exame sumário da motilidade ocular e do senso cromático.

A consulta médica compreende a anamnese, o exame físico, conclusão diagnóstica, prognóstico e prescrição terapêutica caracterizando, assim, um ato médico completo (concluído ou não em um único período de tempo).

Quando houver necessidade de exames complementares que não podem ser executados e apreciados nesse período de tempo, este ato médico terá continuidade e finalização quando o paciente retornar com os exames solicitados, não devendo, portanto, neste caso, ser considerado como uma nova consulta.

Nos casos de tratamentos prolongados, quando há necessidade periódica de reavaliação e até modificações terapêuticas, há previsão e reembolso para as respectivas consultas desde que justificadas e respeitando intervalo superior a 15 dias.

Entende-se por aconselhamento genético o ato médico de avaliação de cada caso e condutas cabíveis, incluindo todas as consultas do paciente e núcleo familiar para esclarecimento do diagnóstico e prognóstico.

6.2 - CONSULTA DE PUERICULTURA

Referente ao código 1.01.06.14-6 Atendimento ambulatorial em puericultura: Não se refere à consulta por patologia aguda ou crônica já identificada, o atendimento ambulatorial em puericultura é sequencial e limitado.

Quando o procedimento consulta, corresponder a uma consulta de puericultura deverá atender os seguintes critérios:

a. atendimento ambulatorial sequencial e limitado, conforme calendário abaixo:

Lactente 0 a 2 anos	Pré-escola 2 a 4 anos	Escolar 5 a 10 anos	Adolescente 11 a 19 anos
1ª semana	24 meses	5 anos	11 anos
1 mês	30 meses	6 anos	12 anos
2 meses	36 meses	7 anos	13 anos
3 meses	42 meses	8 anos	14 anos
4 meses	48 meses	9 anos	15 anos
5 meses		10 anos	16 anos
6 meses			17 anos

9 meses			18 anos
12 meses			19 anos
15 meses			
18 meses			

b. incluir as ações a serem realizadas nos atendimentos agendados em conformidade com os itens abaixo descritos:

- avaliação do estado nutricional da criança pelos indicadores clínicos definidos pelo Ministério da Saúde;
- avaliação da história alimentar;
- avaliação da curva de crescimento pelos parâmetros antropométricos adotados pelo Ministério da Saúde;
- estado vacinal segundo o calendário oficial de vacinas do Ministério da Saúde;
- avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor;
- avaliação do desempenho escolar e dos cuidados dispensados pela escola;
- avaliação do padrão de atividades físicas diárias conforme parâmetros recomendados pelo Ministério da Saúde;
- exame da capacidade visual;
- avaliação das condições do meio ambiente conforme roteiro do Ministério da Saúde;
- avaliação dos cuidados domiciliares dispensados à criança;
- avaliação do desenvolvimento da sexualidade;
- avaliação quantitativa e qualitativa do sono;
- avaliação da função auditiva;
- avaliação da saúde bucal.

6.3 - VISITAS HOSPITALARES

Quando os pacientes **estiverem** internados, os honorários médicos das áreas de Clínica Geral e Especializada serão cobrados por dia de internação e equivalerão a uma visita hospitalar por dia.

Em caso de parto múltiplo, o atendimento pediátrico a cada recém-nato deve ser considerado individualmente.

Se o recém-nascido permanecer internado após o terceiro dia será feita guia de internação com o diagnóstico da patologia e fixado o porte, a partir daí correspondente a uma visita hospitalar por dia até a alta.

6.4 - MEDICINA INTENSIVA - UTI

Nos honorários indicados para o plantonista de UTI não estão incluídos: diálise, acesso vascular para hemodiálise, implante de marcapasso e traqueostomia. Tais procedimentos serão valorados à parte, respeitados os valores desta Tabela.

Estão incluídos nos honorários do plantonista: intubação, monitorizações clínicas com ou sem auxílio de equipamentos, punção venosa (intracath), desfibrilação e cardioversão.

Os atos do médico assistente ou de especialistas, quando praticados por solicitação do intensivista, serão valorados considerando os atendimentos efetivamente realizados e registrados em prontuário.

Os honorários do intensivista não plantonista serão devidos desde que comprovada a sua participação e necessidade por relatório médico.

6.5 - ANESTESIOLOGIA

O ato anestésico se inicia com a visita pré-anestésica, prossegue com a administração da técnica anestésica indicada, que compreende o acesso venoso, intubação traqueal (quando indicada), instalação de controles e equipamentos necessários à anestesia e administração de drogas, encerrando-se com a recuperação dos parâmetros vitais, exceto nos casos que haja indicação de seguimento em UTI.

Não inclui medidas/controles invasivos que poderão ser valorados separadamente pelo anestesiológico, que deverá utilizar, para tal, o porte previsto para o cirurgião.

Os atos anestésicos estão classificados de 0 a 7.

Porte Anestésico	Valor
0	Anestesia Local
1	R\$ 94,50
2	R\$ 135,00
3	R\$ 199,80
4	R\$ 270,00
5	R\$ 405,00
6	R\$ 594,00
7	R\$ 864,00

O porte anestésico "0" significa "não participação do anestesiológico".

Quando houver necessidade do concurso de anestesiológico em atos médicos cirúrgicos que não tenham seus portes especialmente previstos na presente Tabela, a remuneração deste especialista será equivalente ao estabelecido para o porte 3.

Nos atos cirúrgicos em que haja indicação de intervenção em outros órgãos através do mesmo orifício natural, a partir da mesma via de acesso ou dentro da mesma cavidade anatômica, o porte a ser atribuído ao trabalho do anestesiológico será o que corresponder, por aquela via, ao procedimento de maior porte, acrescido de 50% dos demais atos praticados.

Quando uma ou mais equipes realizarem durante o mesmo ato anestésico procedimentos cirúrgicos diferentes, através de incisões distintas (exceto a complementar do ato principal) ou por orifício natural, os valores do anestesiológico serão de 100% para o ato de maior valor e 70% para os demais.

Em caso de cirurgia bilateral no mesmo ato anestésico, inexistindo código específico na presente Tabela, os atos praticados pelo anestesiológico serão acrescidos de 50% do porte ao primeiro ato cirúrgico.

Para os procedimentos de porte 7 ou aqueles nos quais seja utilizada circulação extracorpórea ou procedimentos de neonatologia cirúrgica, o anestesiológico responsável poderá, quando necessário, e mediante relatório com justificativa técnica, solicitar o concurso de um auxiliar (também anestesiológico) para o qual a remuneração prevista é de 30% dos honorários previstos para o(s) ato(s) realizado(s) pelo anestesista principal.

Os honorários referentes à anestesiologia são exclusivamente pagos ao anestesista e não devem ser pagos a qualquer outra especialidade médica.

Na valoração dos portes constantes desta Tabela incluem a anestesia geral, regional ou local, bem como a assistência do anestesiológico, por indicação do

médico assistente, seja em procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos tanto em regime de internamento como ambulatorial.

Quando for necessária ou solicitada consulta com o anestesiológico, em consultório, previamente à internação ou à cirurgia ambulatorial, o anestesiológico fará jus ao valor equivalente a uma consulta médica.

7. PROCEDIMENTOS CLÍNICOS

7.1 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES

O tratamento global da paralisia cerebral e retardo do desenvolvimento psicomotor inclui a Terapia Ocupacional, o Treino da Atividade da Vida Diária e a Terapia da Linguagem.

Os valores referentes às sessões de reabilitações e terapêuticas fisiátricas são devidos apenas quando realizados por fisiatras ou fisioterapeutas.

A remuneração prevista para as sessões de quimioterapia já contempla a visita hospitalar.

Os atos médicos praticados pelo anestesiológico, quando houver necessidade do concurso desse profissional em procedimentos clínicos ambulatoriais, serão valorados pelo porte 1.

Referente ao código 2.01.04.38-3 Pulsoterapia intravenosa (por sessão): - É necessário a presença do médico durante a realização do ato. No caso de internação, não será remunerada nem a consulta nem a visita hospitalar.

Referente aos códigos 2.02.04.15-9 Pulsoterapia intravenosa (por sessão) e 2.02.04.16-7 Terapia imunobiológica intravenosa (por sessão): - É necessária a

presença do médico durante a realização do ato. No caso de internação, não será remunerada nem a consulta nem a visita hospitalar.

Referente ao código 2.01.01.23-6 Avaliação geriátrica ampla - AGA: - É obrigatório para a realização do procedimento AGA: emissão de um laudo técnico, em duas vias, fornecido pelo médico geriatra dentro de um formulário específico, que serão entregues aos interessados. - A realização da AGA poderá ser anual, exceto intercorrências, como: infecções agudas, fraturas e acidentes vasculares. A Avaliação geriátrica ampla deverá ser realizada apenas por médicos geriatras.

Referente ao código 2.01.04.38-3 Pulsoterapia intravenosa (por sessão): - É necessário a presença do médico durante a realização do ato. No caso de internação, não será remunerada nem a consulta nem a visita hospitalar.

Por segmento corporal compreende-se como parte do corpo facilmente delimitável:

- 1) cabeça e pescoço;
- 2) membro superior direito;
- 3) membro superior esquerdo;
- 4) face anterior do tórax;
- 5) face posterior do tórax;
- 6) abdome;
- 7) nádegas (da cintura a raiz da coxa);
- 8) coxa direita;
- 9) coxa esquerda;

- 10) conjunto perna e pé direito;
- 11) conjunto perna e pé esquerdo e
- 12) região genital e órgãos genitais externos.

Referente ao código 2.02.01.02-8 Acompanhamento peroperatório - será remunerado quando solicitado e justificado pelo cirurgião.

Os atos médicos praticados pelo anestesiológista serão valorados pelo porte 1, quando houver necessidade da sua participação.

Referente ao código 2.02.01.05-2 é previsto o porte anestésico 3

8. PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS

8.1 - PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO/ ANEXOS

Queimaduras:

Por unidade topográfica (UT) compreende-se segmento do corpo facilmente delimitável, que tem uma área aproximada de 9% de superfície corpórea.

No corpo humano existe 11 (onze) UT:

- cabeça e pescoço;
- cada um dos membros superiores;
- face anterior do tórax;
- face posterior do tórax;
- abdome;

- nádegas (da cintura a raiz da coxa);
- cada uma das coxas;
- cada um dos conjuntos pernas e pés;
- os genitais constituem uma UT à parte de 1% (um por cento).

É considerada lesão em área nobre/especial, queimadura nas seguintes topografias: olhos ou face ou pescoço ou mão ou pé ou genital ou grande articulação ou região onde a lesão atinge estrutura profunda (tendão, nervo, vaso, músculo ou osso). Para efeito de codificação, considera-se grande articulação: ombro (incluindo axila), cotovelo, punho, coxo-femural, joelho, tornozelo (FONTE: Projeto Diretrizes AMB).

Para efeito de codificação cada uma destas áreas nobres/especiais, quando atingida em qualquer extensão - é considerada 02 (duas) UTs e somada como tal. Lesão em outra topografia do corpo humano é considerada 01 (uma) UT, quando não apresentar qualquer das características supracitadas.

Para efeito de codificação, a lesão que acometa área nobre/especial associada a outro segmento corporal terá como valor final de UTs o somatório das respectivas UTs.

Número de auxiliares de cirurgia necessários para o tratamento:

- 01 UT - não comporta auxílio;
- 02 a 03 UTs - um auxiliar;
- 04 ou mais UTs - dois auxiliares

8.2 - CABEÇA E PESCOÇO

Os procedimentos com esvaziamento ganglionar já incluem ligadura de vasos e traqueostomia.

Referente aos códigos 3.03.07.13-9 Infusão intravítrea de medicamento anti-inflamatório e 3.03.07.14-7 Tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênico. Programa de 24 meses. Uma sessão por mês (por sessão) - No valor atribuído, já está incluída a paracentese da câmara anterior.

8.3 - SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

Nos valores atribuídos aos procedimentos ortopédicos e traumatológicos já está incluída a primeira imobilização.

Em se tratando de entorses, contusões e distensões musculares, a valoração do ato corresponderá à consulta acrescida da imobilização realizada.

Havendo necessidade de troca de aparelho gessado em ato posterior, a ele corresponderá novo procedimento.

Para o tratamento clínico em regime de internação, o valor equivalerá a uma visita hospitalar.

Nos atendimentos ortopédicos e traumatológicos não tratados cirurgicamente nem submetidos a manobras incruentas, além da consulta inicial, será remunerada uma segunda consulta dentro dos primeiros 15 dias, quando efetivamente realizada.

8.4 - SISTEMA CÁRDIO-CIRCULATÓRIO

As cirurgias cardíacas com circulação extracorpórea compõem-se do procedimento principal acrescido dos códigos 3.09.05.03-6, 3.09.13.09-8, 3.09.06.16-4 e 3.09.05.04-4 (sendo este último utilizado quando aplicável e não pago em conjunto com o código 3.09.05.03-6).

Os procedimentos códigos 3.09.15.02-3 Drenagem do pericárdio, 3.09.12.08-3 Colocação de cateter intracavitário para monitorização hemodinâmica, 2.02.01.03-6 Assistência cardiológica peroperatória em cirurgia geral e em parto (primeira hora), 2.02.01.04-4 Assistência cardiológica peroperatória em cirurgia geral e em parto (horas suplementares) - máximo de 4 horas, 2.02.01.05-2 Cardioversão elétrica eletiva (avaliação clínica, eletrocardiográfica, indispensável à desfibrilação), 3.09.07.14-4 Varizes - tratamento cirúrgico de um membro, 3.09.04.08-0 Instalação de marca-passo epimiocárdio temporário, 3.08.04.11-6 Retirada de dreno tubular torácico (colocado em outro serviço), 3.08.04.13-2 Tratamento operatório da hemorragia intrapleural e 2.01.04.04-9 Cateterismo vesical em retenção urinária são considerados atos integrantes da Cirurgia Cardíaca com circulação extracorpórea.

Referente ao código 3.09.18.08-1 Ablação percutânea por cateter para tratamento de arritmias cardíacas complexas (Fibrilação atrial, Taquicardia Ventricular com modificação de cicatriz, Taquicardias Atriais Macrorreentrantes com modificação de cicatriz) por energia de radiofrequência, são procedimentos excludentes:

- acessos vasculares periféricos;
- acessos vasculares centrais;
- cateterismo de câmaras cardíacas;
- provas farmacológicas ou elétricas.

8.5 - PROCEDIMENTOS ENDOSCÓPICOS

A consulta realizada previamente a procedimentos endoscópicos, com a finalidade de avaliação clínica e consequentemente classificação de risco do paciente, está incluída nos valores respectivos de cada procedimento. Porém, sempre que esta consulta contra-indicar o procedimento endoscópico, o médico endoscopista fará jus ao pagamento do valor da consulta.

Nos valores dos procedimentos intervencionistas já estão incluídos os respectivos exames diagnósticos. Contudo, quando realizados dois ou mais procedimentos intervencionistas pela mesma via de acesso, a valoração destes atos obedecerá a regra da remuneração de 100% para o procedimento de maior valor e 50% para os demais códigos realizados pela mesma via de acesso e 70% para os realizados por via diferente, desde que não haja um código específico para o conjunto.

Os procedimentos realizados por videoendoscopia não terão acréscimos em seus valores.

Quando houver a necessidade do concurso do anestesiológico nos atos médicos endoscópicos diagnósticos, a valoração do ato anestésico

corresponderá ao porte 2, código 3.16.02.23-1; quando se tratar de ato endoscópico intervencionista, a valoração anestésica corresponderá ao porte 3, código 3.16.02.24-0.

9 - MATERIAIS E MEDICAMENTOS

Quando houver utilização de materiais de uso comum, exceto OPME (órteses, próteses e materiais especiais) e medicamentos serão utilizadas as tabelas SIMPRO e para medicamentos a tabela Brasíndice (Preço Máximo ao Consumidor), vigente na data do atendimento. E na ausência do item (material ou medicamentos) nas tabelas de referências (SIMPRO e Brasíndice) o valor a ser remunerado será o valor de cotação realizado pela Vivest.

O reembolso de OPME (órteses, próteses e materiais especiais) será efetuado com base no menor valor obtido em cotação com três fornecedores, sendo que o valor do reembolso, sob nenhuma hipótese, será superior ao valor efetivamente pago pelo beneficiário para as respectivas despesas

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
10101012	CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)	R\$ 126,85		
10101020	CONSULTA EM DOMICILIO	R\$ 169,00		
10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	R\$ 31,68		
10102019	VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO)	R\$ 43,20		
10103015	ATENDIMENTO AO RECEM-NASCIDO EM BERCARIO	R\$ 129,60		
10103023	ATENDIMENTO AO RECEM-NASCIDO EM SALA DE PARTO (PARTO NORMAL OU OPERATORIO DE BAIXO RISCO)	R\$ 189,00		
10103031	ATENDIMENTO AO RECEM-NASCIDO EM SALA DE PARTO (PARTO NORMAL OU OPERATORIO DE ALTO RISCO)	R\$ 159,60		
10104011	ATENDIMENTO DO INTENSIVISTA DIARISTA (POR DIA E POR PACIENTE)	R\$ 43,20		
10104020	ATENDIMENTO MEDICO DO INTENSIVISTA EM UTI GERAL OU PEDIATRICA (PLANTAO DE 12 HORAS - POR PACIENTE)	R\$ 162,00		
10105034	TRANSPORTE EXTRA-HOSPITALAR TERRESTRE DE PACIENTES GRAVES, 1ª HORA - A PARTIR DO DESLOCAMENTO DO MEDICO - ACOMPANHAMENTO MEDICO	R\$ 92,79		
10105042	TRANSPORTE EXTRA-HOSPITALAR TERRESTRE DE PACIENTES GRAVES, POR HORA ADICIONAL - ATE O RETORNO DO MEDICO A BASE - ACOMPANHAMENTO MEDICO	R\$ 38,98		
10105077	ACOMPANHAMENTO MEDICO PARA TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR DE PACIENTES GRAVES, COM VENTILACAO ASSISTIDA, DA UTI PARA O CENTRO DE DIAGNOSITCO	R\$ 38,98		
10106014	ACONSELHAMENTO GENETICO	R\$ 189,00		
10106030	ATENDIMENTO AO FAMILIAR DO ADOLESCENTE	R\$ 22,27		
10106146	ATENDIMENTO AMBULATORIAL EM PUERICULTURA	R\$ 122,38		
20101015	ACOMPANHAMENTO CLINICO AMBULATORIAL POS-TRANSPLANTE RENAL - POR AVALIACAO	R\$ 43,20		
20101023	ANALISE DA PROPORCIONALIDADE CINEANTROPOMETRICA	R\$ 7,43		
20101074	AVALIACAO NUTROLOGICA (INCLUI CONSULTA)	R\$ 38,98		
20101082	AVALIACAO NUTROLOGICA PRE E POS-CIRURGIA BARIATRICA (INCLUI CONSULTA)	R\$ 38,98		
20101090	AVALIACAO DA COMPOSICAO CORPORAL POR ANTROPOMETRIA (INCLUI CONSULTA)	R\$ 38,98		
20101104	AVALIACAO DA COMPOSICAO CORPORAL POR BIOIMPEDANCIOMETRIA	R\$ 8,80		
20101171	REJEICAO DE ENXERTO RENAL - TRATAMENTO AMBULATORIAL - AVALIACAO CLINICA DIARIA	R\$ 43,20		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
20101201	AVALIACAO CLINICA E ELETRONICA DE PACIENTE PORTADOR DE DISPOSITIVO CARDIACO ELETRONICO IMPLANTAVEL (MARCA-PASSO, ESTIMULADOR MULTISSITIO/RESSINCRONIZADOR, DESFIBRILADOR OU MONITOR DE EVENTOS)	R\$ 151,98		
20101210	ACOMPANHAMENTO CLINICO AMBULATORIAL POS-TRANSPLANTE DE CORNEA -POR AVALIACAO DO 11º AO 30º DIA ATE 3 AVALIACOES	R\$ 38,98		
20101228	ACOMPANHAMENTO CLINICO AMBULATORIAL POS-TRANSPLANTE DE MEDULA OSSEA	R\$ 38,98		
20102011	HOLTER DE 24 HORAS - 2 OU MAIS CANAIS - ANALOGICO	R\$ 154,00		
20102020	HOLTER DE 24 HORAS - 3 CANAIS - DIGITAL	R\$ 141,67		
20102038	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DA PRESSAO ARTERIAL - MAPA (24 HORAS)	R\$ 154,00		
20102070	TILT TESTE	R\$ 184,75		
20103018	ADAPTACAO E TREINAMENTO DE RECURSOS OPTICOS PARA VISAO SUBNORMAL (POR SESSAO) - BINOCULAR	R\$ 14,85		
20103026	AMPUTACAO BILATERAL (PREPARACAO DO COTO)	R\$ 32,17		
20103034	AMPUTACAO BILATERAL (TREINAMENTO PROTETICO)	R\$ 28,25		
20103042	AMPUTACAO UNILATERAL (PREPARACAO DO COTO)	R\$ 21,42		
20103050	AMPUTACAO UNILATERAL (TREINAMENTO PROTETICO)	R\$ 27,00		
20103069	ASSISTENCIA FISIATRICA RESPIRATORIA EM PRE E POS-OPERATORIO DE CONDICOES CIRURGICAS	R\$ 16,20		
20103077	ATAXIAS	R\$ 33,53		
20103093	ATENDIMENTO FISIATRICO NO PRE E POS-OPERATORIO DE PACIENTES PARA PREVENCAO DE SEQUELAS	R\$ 17,28		
20103107	ATENDIMENTO FISIATRICO NO PRE E POS-PARTO	R\$ 33,81		
20103131	BIOFEEDBACK COM EMG	R\$ 50,95		
20103140	BLOQUEIO FENOLICO, ALCOOLICO OU COM TOXINA BOTULINICA POR SEGMENTO CORPORAL	R\$ 94,50		3
20103158	CONFECACAO DE ORTESES EM MATERIAL TERMO-SENSIVEL (POR UNIDADE)	R\$ 18,77		
20103166	CONFECACAO DE PROTESE IMEDIATA	R\$ 162,00		
20103174	CONFECACAO DE PROTESE PROVISORIA	R\$ 135,00		
20103182	DESVIOS POSTURAI DA COLUNA VERTEBRAL	R\$ 27,00		
20103190	DISFUNCAO VESICO-URETRAL	R\$ 21,09		
20103204	DISTROFIA SIMPATICO-REFLEXA	R\$ 21,60		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
20103212	DISTURBIOS CIRCULATORIOS ARTERIO-VENOSOS E LINFATICOS	R\$	40,50	
20103220	DOENCAS PULMONARES ATENDIDAS EM AMBULATORIO	R\$	17,28	
20103239	EXERCICIOS DE ORTOPTICA (POR SESSAO)	R\$	10,80	
20103247	EXERCICIOS PARA REABILITACAO DO ASMATICO (ERAC) - POR SESSAO COLETIVA	R\$	8,10	
20103255	EXERCICIOS PARA REABILITACAO DO ASMATICO (ERAI) - POR SESSAO INDIVIDUAL	R\$	29,19	
20103263	HEMIPARESIA	R\$	21,60	
20103271	HEMIPLEGIA	R\$	21,60	
20103280	HEMIPLEGIA E HEMIPARESIA COM AFASIA	R\$	21,60	
20103298	HIPO OU AGENESIA DE MEMBROS	R\$	18,77	
20103301	INFILTRACAO DE PONTO GATILHO (POR MUSCULO) OU AGULHAMENTO SECO (POR MUSCULO)	R\$	32,40	
20103310	LESAO NERVOSA PERIFERICA AFETANDO MAIS DE UM NERVO COM ALTERACOES SENSITIVAS E/OU MOTORAS	R\$	17,28	
20103328	LESAO NERVOSA PERIFERICA AFETANDO UM NERVO COM ALTERACOES SENSITIVAS E/OU MOTORAS	R\$	13,50	
20103344	MIOPATIAS	R\$	27,00	
20103360	PACIENTE COM D.P.O.C. EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL NECESSITANDO REEDUCACAO E REABILITACAO RESPIRATORIA	R\$	17,28	
20103379	PACIENTE EM POS-OPERATORIO DE CIRURGIA CARDIACA, ATENDIDO EM AMBULATORIO, DUAS A TRES VEZES POR SEMANA	R\$	19,94	
20103387	PACIENTES COM DOENCA ISQUEMICA DO CORACAO, ATENDIDO EM AMBULATORIO DE 8 A 24 SEMANAS	R\$	16,20	
20103395	PACIENTES COM DOENCA ISQUEMICA DO CORACAO, ATENDIDO EM AMBULATORIO, ATE 8 SEMANAS DE PROGRAMA	R\$	18,90	
20103409	PACIENTES COM DOENCAS NEURO-MUSCULO-ESQUELETICAS COM ENVOLVIMENTO TEGUMENTAR	R\$	18,31	
20103417	PACIENTES SEM DOENCA CORONARIANA CLINICAMENTE MANIFESTA, MAS CONSIDERADA DE ALTO RISCO, ATENDIDO EM AMBULATORIO, DUAS A TRES VEZES POR SEMANA	R\$	35,81	
20103425	PARALISIA CEREBRAL	R\$	36,81	
20103433	PARALISIA CEREBRAL COM DISTURBIO DE COMUNICACAO	R\$	37,73	
20103441	PARAPARESIA/TETRAPARESIA	R\$	32,40	
20103450	PARAPLEGIA E TETRAPLEGIA	R\$	32,40	
20103468	PARKINSON	R\$	26,58	
20103476	PATOLOGIA NEUROLOGICA COM DEPENDENCIA DE ATIVIDADES DA VIDA DIARIA	R\$	37,80	

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
20103484	PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR EM UM MEMBRO	R\$ 15,12		
20103492	PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR EM DOIS OU MAIS MEMBROS	R\$ 27,00		
20103506	PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR EM UM SEGMENTO DA COLUNA	R\$ 15,12		
20103514	PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR EM DIFERENTES SEGMENTOS DA COLUNA	R\$ 27,00		
20103522	PATOLOGIAS OSTEOMIOARTICULARES COM DEPENDENCIA DE ATIVIDADES DA VIDA DIARIA	R\$ 37,80		
20103530	RECUPERACAO FUNCIONAL POS-OPERATORIA OU POR IMOBILIZACAO DA PATOLOGIA VERTEBRAL	R\$ 54,00		
20103565	PROCESSOS INFLAMATORIOS PELVICOS	R\$ 29,45		
20103611	QUEIMADOS - SEGUIMENTO AMBULATORIAL PARA PREVENCAO DE SEQUELAS (POR SEGMENTO)	R\$ 25,07		
20103620	REABILITACAO DE PACIENTE COM ENDOPROTESE	R\$ 21,94		
20103638	REABILITACAO LABIRINTICA (POR SESSAO)	R\$ 44,09		
20103646	REABILITACAO PERINEAL COM BIOFEEDBACK	R\$ 229,45		
20103654	RECUPERACAO FUNCIONAL DE DISTURBIOS CRANIO-FACIAIS	R\$ 15,12		
20103662	RECUPERACAO FUNCIONAL POS-OPERATORIA OU POS-IMOBILIZACAO GESSADA DE PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR COM COMPLICACOES NEUROVASCULARES AFETANDO UM MEMBRO	R\$ 21,60		
20103670	RECUPERACAO FUNCIONAL POS-OPERATORIA OU POS-IMOBILIZACAO GESSADA DE PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR COM COMPLICACOES NEUROVASCULARES AFETANDO MAIS DE UM MEMBRO	R\$ 29,70		
20103689	RETARDO DO DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR	R\$ 27,00		
20103697	SEQUELAS DE TRAUMATISMOS TORACICOS E ABDOMINAIS	R\$ 19,66		
20103700	SEQUELAS EM POLITRAUMATIZADOS (EM DIFERENTES SEGMENTOS)	R\$ 29,41		
20103719	SINUSITES	R\$ 8,10		
20103727	REABILITACAO CARDIACA SUPERVISIONADA. PROGRAMA DE 12 SEMANAS. DUAS A TRES SESSOES POR SEMANA (POR SESSAO)	R\$ 38,87		
20104014	ACTINOTERAPIA (POR SESSAO)	R\$ 10,80		
20104022	APLICACAO DE HIPOSENSIBILIZANTE - EM CONSULTORIO (AHC) EXCLUSIVE O ALERGENO - PLANEJAMENTO TECNICO PARA	R\$ 21,60		
20104049	CATETERISMO VESICAL EM RETENCAO URINARIA	R\$ 27,00		3
20104057	CAUTERIZACAO QUIMICA VESICAL	R\$ 83,94		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
20104065	CERUMEN - REMOCAO (BILATERAL)	R\$ 16,44		
20104073	CRIOTERAPIA (GRUPO DE ATE 5 LESOES)	R\$ 37,80		
20104081	CURATIVOS EM GERAL COM ANESTESIA, EXCETO QUEIMADOS	R\$ 13,50		
20104090	CURATIVO DE EXTREMIDADES DE ORIGEM VASCULAR	R\$ 43,20		
20104103	CURATIVOS EM GERAL SEM ANESTESIA, EXCETO QUEIMADOS	R\$ 7,43		
20104111	DILATAÇÃO URETRAL (SESSAO)	R\$ 54,00		1
20104120	FOTOTERAPIA COM UVA (PUVA) (POR SESSAO)	R\$ 27,00		
20104138	IMUNOTERAPIA ESPECIFICA - 30 DIAS - PLANEJAMENTO TECNICO	R\$ 21,60		
20104146	IMUNOTERAPIA INESPECIFICA - 30 DIAS - PLANEJAMENTO TECNICO	R\$ 72,88		
20104154	INSTILAÇÃO VESICAL OU URETRAL	R\$ 27,00		
20104189	SESSAO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBARICA (POR SESSAO DE 2 HORAS)	R\$ 273,37		
20104200	SESSAO DE PSICOTERAPIA DE GRUPO (POR PACIENTE)	R\$ 29,70		
20104219	SESSAO DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	R\$ 59,55		
20104227	SESSAO DE PSICOTERAPIA INFANTIL	R\$ 59,55		
20104235	TERAPIA INALATORIA - POR NEBULIZAÇÃO	R\$ 5,28		
20104243	TERAPIA ONCOLOGICA COM ALTAS DOSES - PLANEJAMENTO E 1º DIA DE TRATAMENTO	R\$ 241,25		
20104251	TERAPIA ONCOLOGICA COM ALTAS DOSES - POR DIA SUBSEQUENTE DE TRATAMENTO	R\$ 46,40		
20104260	TERAPIA ONCOLOGICA COM APLICACAO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRACAVITARIA OU INTRATECAL - POR PROCEDIMENTO	R\$ 220,82		
20104278	TERAPIA ONCOLOGICA COM APLICACAO INTRA-ARTERIAL OU INTRAVENOSA DE MEDICAMENTOS EM INFUSAO DE DURACAO MINIMA DE 6 HORAS - PLANEJAMENTO E 1º DIA DE TRATAMENTO	R\$ 191,31		
20104286	TERAPIA ONCOLOGICA COM APLICACAO INTRA-ARTERIAL OU INTRAVENOSA DE MEDICAMENTOS EM INFUSAO DE DURACAO MINIMA DE 6 HORAS - POR DIA SUBSEQUENTE DE TRATAMENTO	R\$ 162,00		
20104294	TERAPIA ONCOLOGICA - PLANEJAMENTO E 1º DIA DE TRATAMENTO	R\$ 97,20		
20104308	TERAPIA ONCOLOGICA - POR DIA SUBSEQUENTE DE TRATAMENTO	R\$ 21,60		
20104316	CURATIVO DE OUVIDO (CADA)	R\$ 16,20		
20104324	CURATIVO OFTALMOLOGICO	R\$ 14,85		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
20104383	PULSOTERAPIA INTRAVENOSA (POR SESSAO) - AMBULATORIAL	R\$	137,33	
20104391	TERAPIA IMUNOBIOLOGICA INTRAVENOSA (POR SESSAO) - AMBULATORIAL	R\$	175,83	
20104421	TERAPIA IMUNOBIOLOGICA SUBCUTANEA (POR SESSAO) AMBULATORIAL	R\$	38,98	
20104464	TERAPIA IMUNOPROFILATICA COM PALIVIZUMABE PARA O VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO (POR SESSAO) - AMBULATORIAL	R\$	46,40	
20201010	ACOMPANHAMENTO CLINICO DE TRANSPLANTE RENAL NO PERIODO DE INTERNACAO DO RECEPTOR E DO DOADOR (POS-OPERATORIO ATE 15 DIAS)	R\$	1.126,96	
20201028	ACOMPANHAMENTO PEROPERATORIO	R\$	38,98	
20201036	ASSISTENCIA CARDIOLOGICA PEROPERATORIA EM CIRURGIA GERAL E EM PARTO (PRIMEIRA HORA)	R\$	54,00	
20201044	ASSISTENCIA CARDIOLOGICA PEROPERATORIA EM CIRURGIA GERAL E EM PARTO (HORAS SUPLEMENTARES) - MAXIMO DE 4 HORAS	R\$	27,00	
20201052	CARDIOVERSAO ELETRICA ELETIVA (AVALIACAO CLINICA, ELETROCARDIOGRAFICA, INDISPENSAVEL A DESFIBRILACAO)	R\$	108,00	
20201060	REJEICAO DE ENXERTO RENAL - TRATAMENTO INTERNADO - AVALIACAO CLINICA DIARIA - POR VISITA	R\$	43,20	
20201087	TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO, HIPERTENSAO INTRACRANIANA E HEMORRAGIA (POR DIA)	R\$	92,79	
20201095	ASSISTENCIA CARDIOLOGICA NO POS-OPERATORIO DE CIRURGIA CARDIACA (APOS A ALTA DA UTI)	R\$	29,70	
20201109	AVALIACAO CLINICA DIARIA ENTERAL	R\$	54,00	
20201117	AVALIACAO CLINICA DIARIA PARENTERAL	R\$	108,00	
20201125	AVALIACAO CLINICA DIARIA PARENTERAL E ENTERAL	R\$	135,00	
20201133	ACOMPANHAMENTO MEDICO NA LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA	R\$	43,20	
20202016	CARDIOTOCOGRAFIA ANTEPARTO	R\$	44,00	
20202024	CARDIOTOCOGRAFIA INTRAPARTO (POR HORA) ATE 6 HORAS EXTERNA	R\$	66,00	
20202032	MONITORIZACAO HEMODINAMICA INVASIVA (POR 12 HORAS)	R\$	29,70	
20202040	MONITORIZACAO NEUROFISIOLOGICA INTRA-OPERATORIA	R\$	560,63	
20202059	POTENCIAL EVOCADO INTRA-OPERATORIO - MONITORIZACAO CIRURGICA (PE/IO)	R\$	177,66	
20202067	MONITORIZACAO DA PRESSAO INTRACRANIANA (POR DIA)	R\$	75,60	
20203012	ASSISTENCIA FISIATRICA RESPIRATORIA EM PACIENTE INTERNADO COM VENTILACAO MECANICA	R\$	17,28	

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
20203020	ELETROESTIMULACAO DO ASSOALHO PELVICO E/OU OUTRA TECNICA DE EXERCICIOS PERINEAIS	R\$ 25,87		
20203047	ASSISTENCIA FISIATRICA RESPIRATORIA EM DOENTE CLINICO INTERNADO	R\$ 16,20		
20203063	PACIENTES COM DOENCA ISQUEMICA DO CORACAO, HOSPITALIZADO, ATE 8 SEMANAS DE PROGRAMA	R\$ 19,32		
20203071	PACIENTES EM POS-OPERATORIO DE CIRURGIA CARDIACA, HOSPITALIZADO, ATE 8 SEMANAS DE PROGRAMA	R\$ 18,90		
20204027	CARDIOVERSAO ELETRICA DE EMERGENCIA	R\$ 46,40		
20204035	CARDIOVERSAO QUIMICA DE ARRITMIA PAROXISTA EM EMERGENCIA	R\$ 46,40		
20204043	PRIAPISMO - TRATAMENTO NAO CIRURGICO	R\$ 64,03		
20204086	TERAPIA ONCOLOGICA COM APLICACAO INTRA-ARTERIAL DE MEDICAMENTOS, EM REGIME DE APLICACAO PEROPERATORIA, POR MEIO DE CRONOINFUSOR OU PERFUSOR EXTRA-CORPOREA	R\$ 356,31		
20204159	PULSOTERAPIA INTRAVENOSA (POR SESSAO) - HOSPITALAR	R\$ 137,33		
20204167	TERAPIA IMUNOBIOLOGICA INTRAVENOSA (POR SESSAO) - HOSPITALAR	R\$ 175,83		
20204175	TERAPIA IMUNOBIOLOGICA SUBCUTANEA (POR SESSAO) - HOSPITALAR	R\$ 38,98		
20204183	TERAPIA IMUNOPROFILATICA COM PALIVIZUMABE PARA O VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO (POR SESSAO) - HOSPITALAR	R\$ 46,40		
30101018	ABRASAO CIRURGICA (POR SESSAO)	R\$ 135,00	1	
30101050	APENDICE PRE-AURICULAR - RESSECCAO	R\$ 297,00	1	4
30101069	AUTONOMIZACAO DE RETALHO - POR ESTAGIO	R\$ 64,80	1	1
30101077	BIOPSIA DE PELE, TUMORES SUPERFICIAIS, TECIDO CELULAR SUBCUTANEO, LINFONODO SUPERFICIAL, ETC	R\$ 32,40		
30101085	BIOPSIA DE UNHA	R\$ 32,40		
30101093	CALOSIDADE E/OU MAL PERFURANTE - DESBASTAMENTO (POR LESAO)	R\$ 54,00		
30101107	CAUTERIZACAO QUIMICA (POR GRUPO DE ATE 5 LESOES)	R\$ 64,80		
30101115	CIRURGIA DA HIDROSADENITE (POR REGIAO)	R\$ 81,00		1
30101123	CIRURGIA MICROGRAFICA DE MOHS	R\$ 190,08		3
30101140	CORRECAO CIRURGICA DE LINFEDEMA (POR ESTAGIO)	R\$ 486,00	2	4
30101158	CORRECAO CIRURGICA DE SEQUELAS DE ALOPECIA TRAUMATICA COM MICROENXERTOS PILOSOS (POR REGIAO)	R\$ 432,00	2	3
30101166	CORRECAO DE DEFORMIDADES NOS MEMBROS COM UTILIZACAO DE IMPLANTES	R\$ 441,67	2	6

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30101174	CORRECAO DE DEFORMIDADES POR EXERESE DE TUMORES, CICATRIZES OU FERIMENTOS COM O EMPREGO DE EXPANSORES EM RETALHOS MUSCULARES OU MIOCUTANEOS (POR ESTAGIO)	R\$ 606,45	1	5
30101182	CORRECAO DE DEFORMIDADES POR EXERESE DE TUMORES, CICATRIZES OU FERIMENTOS, COM O EMPREGO DE EXPANSORES DE TECIDO, EM RETALHOS CUTANEOS (POR ESTAGIO)	R\$ 491,73	1	4
30101204	CRIOCIRURGIA (NITROGENIO LIQUIDO) DE NEOPLASIAS CUTANEAS	R\$ 64,80		
30101212	CURATIVO DE QUEIMADURAS - POR UNIDADE TOPOGRAFICA (UT) AMBULATORIAL	R\$ 22,27		1
30101220	CURATIVO DE QUEIMADURAS - POR UNIDADE TOPOGRAFICA (UT) HOSPITALAR	R\$ 46,40		1
30101239	CURATIVO ESPECIAL SOB ANESTESIA - POR UNIDADE TOPOGRAFICA (UT)	R\$ 74,25		
30101247	CURETAGEM E ELETROCOAGULACAO DE CA DE PELE (POR LESAO)	R\$ 64,03		
30101255	CURETAGEM SIMPLES DE LESOES DE PELE (POR GRUPO DE ATE 5 LESOES)	R\$ 54,00		
30101263	DERMOABRASAO DE LESOES CUTANEAS	R\$ 162,00		3
30101271	DERMOLIPECTOMIA PARA CORRECAO DE ABDOME EM AVENTAL	R\$ 432,00	2	4
30101280	DESBRIDAMENTO CIRURGICO - POR UNIDADE TOPOGRAFICA (UT)	R\$ 135,00	1	1
30101298	ELETROCOAGULACAO DE LESOES DE PELE E MUCOSAS - COM OU SEM CURETAGEM (POR GRUPO DE ATE 5 LESOES)	R\$ 64,80		
30101301	ENXERTO CARTILAGINOSO	R\$ 324,00	1	3
30101310	ENXERTO COMPOSTO	R\$ 324,00	1	3
30101328	ENXERTO DE MUCOSA	R\$ 159,60	1	2
30101336	ENXERTO DE PELE (HOMOENXERTO INCLUSIVE)	R\$ 297,00	2	2
30101344	ENXERTO DE PELE MULTIPLO - POR UNIDADE TOPOGRAFICA (UT)	R\$ 432,00	2	2
30101352	EPILACAO POR ELETROLISE (POR SESSAO)	R\$ 54,00		
30101360	ESCALPO PARCIAL - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 378,00	1	3
30101379	ESCALPO TOTAL - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 513,00	2	4
30101387	ESCALECTOMIA DESCOMPRESSIVA (PELE E ESTRUTURAS PROFUNDAS) - POR UNIDADE TOPOGRAFICA (UT)	R\$ 46,40		2
30101425	EXERESE DE HIGROMA CISTICO	R\$ 216,00	1	3
30101433	EXERESE DE HIGROMA CISTICO NO RN E LACTENTE	R\$ 797,97	2	5
30101441	EXERESE DE LESAO COM AUTO-ENXERTIA	R\$ 270,00		2

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30101450	EXERESE E SUTURA DE LESOES (CIRCULARES OU NAO) COM ROTACAO DE RETALHOS CUTANEOS	R\$ 243,00	1	2
30101468	EXERESE DE LESAO / TUMOR DE PELE E MUCOSAS	R\$ 135,00	1	1
30101476	EXERESE DE TUMOR E ROTACAO DE RETALHO MUSCULO-CUTANEO	R\$ 513,00	1	4
30101484	EXERESE DE UNHA	R\$ 54,00		3
30101492	EXERESE E SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESOES (POR GRUPO DE ATÉ 5 LESOES)	R\$ 81,00		
30101506	EXERESE TANGENCIAL (SHAVING) - (POR GRUPO DE ATÉ 5 LESOES)	R\$ 37,80		
30101514	EXPANSAO TISSULAR (POR SESSAO)	R\$ 37,58		
30101522	EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXCISAO E RETALHOS CUTANEOS DA REGIAO	R\$ 297,00	1	3
30101530	EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXERESE E EMPREGO DE RETALHOS CUTANEOS OU MUSCULARES CRUZADOS (POR ESTAGIO)	R\$ 594,00	2	4
30101549	EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXERESE E RETALHOS CUTANEOS A DISTANCIA	R\$ 297,00	1	3
30101557	EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXERESE E ROTACAO DE RETALHO FASCIOCUTANEO OU AXIAL	R\$ 378,00		4
30101565	EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXERESE E ROTACAO DE RETALHOS MIOCUTANEOS	R\$ 513,00	2	4
30101573	EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXERESE E ROTACAO DE RETALHOS MUSCULARES	R\$ 513,00	2	4
30101581	EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES, OU TUMORES - EXERESE E ENXERTO CUTANEO	R\$ 270,00	2	3
30101590	FACE - BIOPSIA	R\$ 40,50		
30101603	FERIMENTOS INFECTADOS E MORDIDAS DE ANIMAIS (DESBRIDAMENTO)	R\$ 270,00		2
30101611	INCISAO E DRENAGEM DE TENOSSINOVITES PURULENTAS	R\$ 270,00		3
30101620	INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO, HEMATOMA OU PANARICIO	R\$ 54,00		3
30101638	INCISAO E DRENAGEM DE FLEGMAO	R\$ 54,00		1
30101646	INFILTRACAO INTRALESIONAL, CICATRICIAL / HEMANGIOMAS - POR SESSAO	R\$ 27,00		
30101662	MATRICECTOMIA POR DOBRA UNGUEAL	R\$ 81,00		
30101670	PLASTICA EM Z OU W	R\$ 216,00	1	2
30101689	RECONSTRUCAO COM RETALHOS DE GALEA APONEUROTICA	R\$ 610,44	2	3
30101697	RETALHO COMPOSTO (INCLUINDO CARTILAGEM OU OSSO)	R\$ 378,58	2	5
30101700	RETALHO LOCAL OU REGIONAL	R\$ 342,85	2	3

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30101719	RETALHO MUSCULAR OU MIOCUTANEO	R\$ 356,31	2	4
30101735	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTANEO	R\$ 54,00		
30101743	RETRACAO CICATRICIAL DE AXILA - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 513,00	2	4
30101751	RETRACAO CICATRICIAL DE ZONA DE FLEXAO E EXTENSAO DE MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 378,00	1	3
30101760	RETRACAO CICATRICIAL DO COTOVELO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 378,00	1	3
30101778	RETRACAO DE APONEVROSE PALMAR (DUPUYTREN) - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 378,00	1	3
30101786	SUTURA DE EXTENSOS FERIMENTOS COM OU SEM DESBRIDAMENTO	R\$ 270,00	1	2
30101794	SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM DESBRIDAMENTO	R\$ 54,00		
30101808	TRANSECCAO DE RETALHO	R\$ 273,07	1	1
30101816	TRANSFERENCIA INTERMEDIARIA DE RETALHO	R\$ 341,85	1	2
30101824	TRATAMENTO CIRURGICO DE BRIDAS CONSTRICTIVAS	R\$ 297,00	1	3
30101832	TRATAMENTO CIRURGICO DE GRANDES HEMANGIOMAS	R\$ 540,00	2	4
30101840	TRATAMENTO DA MIIASE FURUNCULOIDE (POR LESAO)	R\$ 73,22		
30101867	TRATAMENTO DE ESCARAS OU ULCERACOES COM ENXERTO DE PELE	R\$ 651,53	1	4
30101875	TRATAMENTO DE ESCARAS OU ULCERACOES COM RETALHOS CUTANEOS LOCAIS	R\$ 486,00	1	4
30101883	TRATAMENTO DE ESCARAS OU ULCERACOES COM RETALHOS MIOCUTANEOS OU MUSCULARES	R\$ 702,00	1	4
30101891	TRATAMENTO DE FISTULA CUTANEA	R\$ 59,17		3
30101913	TU PARTES MOLES - EXERESE	R\$ 405,00	1	2
30101921	EXERESE E SUTURA DE HEMANGIOMA, LINFANGIOMA OU NEVUS (POR GRUPO DE ATE 5 LESOES)	R\$ 135,00	1	2
30101930	ABSCESSO DE UNHA (DRENAGEM) - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 33,23		
30101948	CANTOPLASTIA UNGUEAL	R\$ 64,80		
30101956	UNHA (ENXERTO) - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 108,00	1	
30101972	ABDOMINOPLASTIA POS BARIATRICA	R\$ 432,00	2	4
30201012	BIOPSIA DE LABIO	R\$ 61,49		
30201020	EXCISAO COM PLASTICA DE VERMELHO	R\$ 459,00		3
30201039	EXCISAO COM RECONSTRUCAO A CUSTA DE RETALHOS	R\$ 508,31		3

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30201047	EXCISAO COM RECONSTRUCAO TOTAL	R\$ 909,79		5
30201055	EXCISAO EM CUNHA	R\$ 135,00		1
30201063	FRENOTOMIA LABIAL	R\$ 115,71		1
30201071	QUEILOPLASTIA PARA FISSURA LABIAL UNILATERAL - POR ESTAGIO	R\$ 432,00	1	4
30201080	RECONSTRUCAO DE SULCO GENGIVO-LABIAL	R\$ 397,73	1	3
30201098	RECONSTRUCAO TOTAL DO LABIO	R\$ 909,79	2	5
30201101	TRATAMENTO CIRURGICO DA MACROSTOMIA	R\$ 378,00	1	3
30201110	TRATAMENTO CIRURGICO DA MICROSTOMIA	R\$ 525,92	1	3
30201128	RECONSTRUCAO PARCIAL DO LABIO	R\$ 315,48	2	5
30202019	ALONGAMENTO CIRURGICO DO PALATO MOLE	R\$ 404,56	1	4
30202027	BIOPSIA DE BOCA	R\$ 53,16		
30202035	EXCISAO DE LESAO MALIGNA COM RECONSTRUCAO A CUSTA DE RETALHOS LOCAIS	R\$ 594,00	2	4
30202043	EXCISAO DE TUMOR DE BOCA COM MANDIBULECTOMIA	R\$ 1.157,01		5
30202051	EXERESE DE TUMOR E ENXERTO CUTANEO OU MUCOSO	R\$ 432,00	1	3
30202060	FISTULA OROFACIAL - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 351,00	1	3
30202078	GLOSSECTOMIA SUBTOTAL OU TOTAL, COM OU SEM MANDIBULECTOMIA	R\$ 1.620,00	3	6
30202086	PALATO-QUEILOPLASTIA UNILATERAL	R\$ 594,00	1	4
30202094	PALATOPLASTIA COM ENXERTO OSSEO	R\$ 594,00	1	5
30202108	PALATOPLASTIA COM RETALHO FARINGEO	R\$ 702,00	1	5
30202116	PALATOPLASTIA COM RETALHO MIOMUCOSO	R\$ 513,00	1	5
30202124	PALATOPLASTIA PARCIAL	R\$ 513,00	1	4
30202132	PALATOPLASTIA TOTAL	R\$ 594,00	1	5
30202140	PLASTICA DO DUCTO PAROTIDEO	R\$ 297,00	1	3
30202159	LASERTERAPIA PARA O TRATAMENTO DA MUCOSITE ORAL / OROFARINGE, POR SESSAO	R\$ 210,00		
30203015	FRENOTOMIA LINGUAL	R\$ 46,40		
30203023	TUMOR DE LINGUA - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 221,87	1	3

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30203031	BIOPSIA DE LINGUA	R\$ 38,98	1	2
30204011	BIOPSIA DE GLANDULA SALIVAR	R\$ 90,91		
30204020	EXCISAO DE GLANDULA SUBMANDIBULAR	R\$ 508,31		3
30204038	EXERESE DE RANULA OU MUCOCELE	R\$ 111,35	1	3
30204046	PAROTIDECTOMIA PARCIAL COM CONSERVACAO DO NERVO FACIAL	R\$ 756,00	3	5
30204054	PAROTIDECTOMIA TOTAL AMPLIADA COM OU SEM RECONSTRUCAO COM RETALHOS LOCAIS	R\$ 648,00		5
30204062	PAROTIDECTOMIA TOTAL COM CONSERVACAO DO NERVO FACIAL	R\$ 781,83	3	5
30204070	PAROTIDECTOMIA TOTAL COM RECONSTRUCAO DO NERVO FACIAL	R\$ 1.188,00		6
30204089	PAROTIDECTOMIA TOTAL COM SACRIFICIO DO NERVO FACIAL, SEM RECONSTRUCAO	R\$ 315,48	1	5
30204097	PLASTIA DE DUCTO SALIVAR OU EXERESE DE CALCULO OU DE RANULA SALIVAR	R\$ 216,00	1	2
30204100	RESSECCAO DE TUMOR DE GLANDULA SUBLINGUAL	R\$ 459,00		3
30205018	ABSCESSO FARINGEO - QUALQUER AREA	R\$ 108,00		1
30205026	ADENO TONSILECTOMIA - REVISAO CIRURGICA	R\$ 159,60	1	4
30205034	ADENO-AMIGDALECTOMIA	R\$ 270,00		2
30205042	ADENOIDECTOMIA	R\$ 162,00		1
30205050	AMIGDALECTOMIA DAS PALATINAS	R\$ 243,00		1
30205069	AMIGDALECTOMIA LINGUAL	R\$ 189,00	1	3
30205077	BIOPSIA DO CAVUM, OROFARINGE OU HIPOFARINGE	R\$ 43,20		
30205085	CAUTERIZACAO (QUALQUER TECNICA) POR SESSAO	R\$ 27,00		
30205093	CORPO ESTRANHO DE FARINGE - RETIRADA EM CONSULTORIO	R\$ 70,20		
30205107	CORPO ESTRANHO DE FARINGE - RETIRADA SOB ANESTESIA GERAL	R\$ 108,00		1
30205115	CRIPTOLISE AMIGDALIANA	R\$ 122,48	1	3
30205140	FARINGOLARINGECTOMIA	R\$ 648,00		5
30205158	FARINGOLARINGOESOFAGECTOMIA TOTAL	R\$ 1.620,00		7
30205166	RESSECCAO DE NASOANGIOFIBROMA	R\$ 756,00		5
30205174	RESSECCAO DE TUMOR DE FARINGE (VIA BUCAL OU NASAL)	R\$ 508,31	2	4

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30205182	RESSECCAO DE TUMOR DE FARINGE COM ACESSO POR FARINGOTOMIA OU POR RETALHO JUGAL	R\$ 756,00		5
30205190	RESSECCAO DE TUMOR DE FARINGE COM MANDIBULECTOMIA	R\$ 972,00	3	5
30205204	RESSECCAO DE TUMOR DE FARINGE POR MANDIBULOTOMIA	R\$ 864,00		4
30205212	RESSECCAO DE TUMOR DE NASOFARINGE VIA ENDOSCOPICA	R\$ 324,00	2	4
30205239	TUMOR DE BOCA OU FARINGE - RESSECCAO	R\$ 244,18		1
30205247	UVULOPALATOFARINGOPLASTIA (QUALQUER TECNICA)	R\$ 810,00	1	5
30205271	ADENOIDECTOMIA POR VIDEOENDOSCOPIA	R\$ 519,54		3
30206014	ALARGAMENTO DE TRAQUEOSTOMIA	R\$ 137,33	1	3
30206022	ARITENOIDECTOMIA MICROCIRURGICA	R\$ 185,58	1	3
30206030	ARITENOIDECTOMIA OU ARITENOPEXIA VIA EXTERNA	R\$ 341,46	1	4
30206049	CONFECÇÃO DE FISTULA TRAQUEO-ESOFAGICA PARA PROTESE FONATORIA COM MIOTOMIA FARINGEA	R\$ 341,46	2	6
30206065	EXERESE DE TUMOR POR VIA ENDOSCOPICA	R\$ 216,00		1
30206103	INJECAO INTRALARINGEA DE TOXINA BOTULINICA	R\$ 122,48	1	1
30206120	LARINGECTOMIA PARCIAL	R\$ 756,00	3	5
30206138	LARINGECTOMIA TOTAL	R\$ 758,35		4
30206170	LARINGOFISSURA (INCLUSIVE COM CORDECTOMIA)	R\$ 405,00		4
30206200	LARINGOTRAQUEOPLASTIA	R\$ 404,56	2	4
30206219	MICROCIRURGIA COM LASER PARA REMOCAO DE LESOES MALIGNAS	R\$ 185,58	1	4
30206227	MICROCIRURGIA COM USO DE LASER PARA RESSECCAO DE LESOES BENIGNAS	R\$ 177,69	1	3
30206235	MICROCIRURGIA PARA DECORTICACAO OU TRATAMENTO DE EDEMA DE REINKE	R\$ 185,58	1	3
30206243	MICROCIRURGIA PARA REMOCAO DE CISTO OU LESAO INTRACORDAL	R\$ 159,05	1	4
30206251	MICROCIRURGIA PARA RESSECCAO DE PAPILOMA	R\$ 185,58	1	3
30206260	MICROCIRURGIA PARA RESSECCAO DE POLIPO, NODULO OU GRANULOMA	R\$ 204,34	1	3
30206278	MICROCIRURGIA PARA TRATAMENTO DE PARALISIA DE PREGA VOCAL (INCLUI INJECAO DE MATERIAIS)	R\$ 185,58	1	3
30206294	RECONSTRUCAO PARA FONACAO APOS LARINGECTOMIA	R\$ 159,60	2	4
30206308	TIROPLASTIA TIPO 1 COM ROTACAO DE ARITENOIDE	R\$ 356,31	1	4

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30206316	TIROPLASTIA TIPO 1 SIMPLES	R\$ 221,03	1	4
30206324	TIROPLASTIA TIPO 2 OU 3	R\$ 185,58	1	4
30206359	TRATAMENTO CIRURGICO DA ESTENOSE LARINGO-TRAQUEAL	R\$ 404,56	3	7
30206367	TRATAMENTO CIRURGICO DE TRAUMA LARINGEO (AGUDO)	R\$ 315,48	2	3
30207010	REDUCAO DE FRATURA DO MALAR (SEM FIXACAO)	R\$ 185,58	1	1
30207029	REDUCAO DE FRATURA DO MALAR (COM FIXACAO)	R\$ 243,00	1	2
30207037	REDUCAO DE FRATURA DE SEIO FRONTAL (ACESSO FRONTAL)	R\$ 216,00	1	2
30207045	REDUCAO DE FRATURA DE SEIO FRONTAL (ACESSO CORONAL)	R\$ 378,58	1	3
30207061	FRATURA DO ARCO ZIGOMATICO - REDUCAO INSTRUMENTAL SEM FIXACAO	R\$ 135,00	1	1
30207070	FRATURA DO ARCO ZIGOMATICO - REDUCAO CIRURGICA COM FIXACAO	R\$ 585,53	1	2
30207088	FRATURA SIMPLES DE MANDIBULA COM CONTENCAO E BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL	R\$ 162,00	1	2
30207096	FRATURA SIMPLES DE MANDIBULA - REDUCAO CIRURGICA COM FIXACAO OSSEA E BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL	R\$ 651,53	2	4
30207100	FRATURA NASO ETMOIDO ORBITO-ETMOIDAL	R\$ 710,22	1	5
30207118	FRATURA COMINUTIVA DE MANDIBULA - REDUCAO CIRURGICA COM FIXACAO OSSEA E BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL	R\$ 486,00	2	5
30207126	FRATURAS COMPLEXAS DE MANDIBULA - REDUCAO CIRURGICA COM FIXACAO OSSEA E EVENTUAL BLOQUEIO INTERMAXILAR	R\$ 730,82	2	5
30207134	FRATURAS ALVEOLARES - FIXACAO COM APARELHO E CONTENCAO	R\$ 81,00	1	
30207142	FRATURA DE MAXILA, TIPO LEFORT I E II - REDUCAO E APLICACAO DE LEVANTAMENTO ZIGOMATICO-MAXILAR COM BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL	R\$ 216,00	2	3
30207150	FRATURA DE MAXILA, TIPO LEFORT III - REDUCAO E APLICACAO DE LEVANTAMENTO CRANIO-MAXILAR COM BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL	R\$ 270,00	2	3
30207169	FRATURA LEFORT I - FIXACAO CIRURGICA COM SINTESE OSSEA, LEVANTAMENTO E BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL	R\$ 378,00	1	4
30207177	FRATURA LEFORT II - FIXACAO CIRURGICA COM SINTESE OSSEA, LEVANTAMENTO E BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL	R\$ 486,00	2	5
30207185	FRATURA LEFORT III - FIXACAO CIRURGICA COM SINTESE OSSEA, LEVANTAMENTO CRANIO-MAXILAR E BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL	R\$ 486,00	2	5
30207193	FRATURAS MULTIPLAS DE TERCO MEDIO DA FACE:FIXACAO CIRURGICA COM SINTESE OSSEA, LEVANTAMENTO CRANIO MAXILAR E BLOQUEIO INTERMAXILAR	R\$ 1.009,57	2	5

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30207207	FRATURAS COMPLEXAS DO TERCO MEDIO DA FACE, FIXACAO CIRURGICA COM SINTESE, LEVANTAMENTO CRANIO-MAXILAR, ENXERTO OSSEO, HALO CRANIANO EVENTUAL	R\$ 1.009,57	2	6
30207215	RETIRADA DOS MEIOS DE FIXACAO (NA FACE)	R\$ 51,66		
30207223	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE OSSOS	R\$ 137,33		
30207231	REDUCAO DE LUXACAO DO ATM	R\$ 111,35	1	2
30208017	ARTROPLASTIA PARA LUXACAO RECIDIVANTE DA ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR	R\$ 486,00	2	5
30208025	OSTEOPLASTIA PARA PROGNATISMO, MICROGNATISMO OU LATEROGNATISMO	R\$ 710,22	2	5
30208033	OSTEOTOMIAS ALVEOLO PALATINAS	R\$ 347,48	1	3
30208041	OSTEOTOMIAS SEGMENTARES DA MAXILA OU MALAR	R\$ 710,22	1	4
30208050	OSTEOTOMIA TIPO LEFORT I	R\$ 525,92	1	4
30208068	OSTEOTOMIA TIPO LEFORT II	R\$ 648,00	2	5
30208076	OSTEOTOMIA TIPO LEFORT III - EXTRACRANIANA	R\$ 756,00	2	5
30208084	OSTEOTOMIA CRANIO-MAXILARES COMPLEXAS	R\$ 1.080,00	3	6
30208092	REDUCAO SIMPLES DA LUXACAO DA ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR COM FIXACAO INTERMAXILAR	R\$ 291,51	1	2
30208106	RECONSTRUCAO PARCIAL DA MANDIBULA COM ENXERTO OSSEO	R\$ 909,79	2	5
30208114	RECONSTRUCAO TOTAL DE MANDIBULA COM PROTESE E OU ENXERTO OSSEO	R\$ 783,00	3	6
30208122	TRATAMENTO CIRURGICO DE ANQUILOSE DA ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR	R\$ 378,00	1	4
30208130	TRANSLOCACAO ETMOIDO ORBITAL PARA TRATAMENTO DO HIPERTELORISMO MIOCUTANEO ASSOCIADO A EXPANSOR DE TECIDO - POR LADO	R\$ 1.350,00	3	7
30208149	TRATAMENTO CIRURGICO OU ARTROPLASTIA PARA LUXACAO DA ARTICULACAO TEMPORO MANDIBULAR POR ARTROSCOPIA	R\$ 544,50	2	5
30209013	OSTEOPLASTIAS ETMOIDO ORBITAIS	R\$ 756,00	2	5
30209021	OSTEOPLASTIAS DE MANDIBULA	R\$ 781,83	2	5
30209030	OSTEOPLASTIAS DO ARCO ZIGOMATICO	R\$ 651,53	1	3
30209048	OSTEOPLASTIAS DA ORBITA	R\$ 909,79	2	5
30209056	CORRECAO CIRURGICA DE DEPRESSAO (AFUNDAMENTO) DA REGIAO FRONTAL	R\$ 564,15	2	5
30210011	HEMIATROFIA FACIAL, CORRECAO COM ENXERTO DE GORDURA OU IMPLANTE	R\$ 297,00	1	5

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30210020	CORRECAO DE TUMORES, CICATRIZES OU FERIMENTOS COM O AUXILIO DE EXPANSORES DE TECIDOS - POR ESTAGIO	R\$ 270,00	1	4
30210038	PARALISIA FACIAL - REANIMACAO COM O MUSCULO TEMPORAL (REGIAO ORAL), SEM NEUROTIZACAO	R\$ 540,00	1	4
30210046	PARALISIA FACIAL - REANIMACAO COM O MUSCULO TEMPORAL (REGIAO ORBITAL), SEM NEUROTIZACAO	R\$ 540,00	1	4
30210054	PARALISIA FACIAL - REANIMACAO COM O MUSCULO TEMPORAL (REGIAO ORAL) COM NEUROTIZACAO	R\$ 729,00	1	5
30210062	PARALISIA FACIAL - REANIMACAO COM O MUSCULO TEMPORAL (REGIAO ORBITAL E ORAL) COM NEUROTIZACAO	R\$ 729,00	1	5
30210070	RECONSTRUCAO COM RETALHOS AXIAIS SUPRA-ORBITAIS E SUPRATROCLEARES	R\$ 513,00	1	5
30210089	RECONSTRUCAO COM RETALHO AXIAL DA ARTERIA TEMPORAL SUPERFICIAL	R\$ 513,00	1	5
30210097	RECONSTRUCAO COM RETALHOS EM VY DE PEDICULO SUBARTERIAL	R\$ 450,41	1	5
30210100	RECONSTRUCAO COM ROTACAO DO MUSCULO TEMPORAL	R\$ 513,00	1	5
30210119	EXERESE DE TUMOR MALIGNO DE PELE	R\$ 157,51		
30210127	EXERESE DE TUMOR BENIGNO, CISTO OU FISTULA	R\$ 243,54	2	3
30211018	BIOPSIA DE MANDIBULA	R\$ 133,83		
30211034	RESSECCAO DE TUMOR DE MANDIBULA COM DESARTICULACAO DE ATM	R\$ 594,00	2	4
30211042	HEMIMANDIBULECTOMIA OU RESSECCAO SEGMENTAR OU SECCIONAL DA MANDIBULA	R\$ 486,00	2	4
30211050	MANDIBULECTOMIA TOTAL	R\$ 839,35	2	4
30211069	MANDIBULECTOMIA COM OU SEM ESVAZIAMENTO ORBITARIO E RINOTOMIA LATERAL	R\$ 378,58	2	6
30212014	CERVICOTOMIA EXPLORADORA	R\$ 288,02	2	4
30212022	DRENAGEM DE ABSCESSO CERVICAL PROFUNDO	R\$ 158,35	1	2
30212030	ESVAZIAMENTO CERVICAL RADICAL (ESPECIFICAR O LADO)	R\$ 594,00	2	4
30212049	ESVAZIAMENTO CERVICAL RADICAL AMPLIADO	R\$ 756,00	3	5
30212057	ESVAZIAMENTO CERVICAL SELETIVO (ESPECIFICAR O LADO)	R\$ 486,00	2	3
30212065	EXERESE DE CISTO BRANQUIAL	R\$ 297,00	1	3
30212073	EXERESE DE CISTO TIREOGLOSSO	R\$ 297,00	1	3
30212081	EXERESE DE TUMOR BENIGNO, CISTO OU FISTULA CERVICAL	R\$ 312,27	2	3
30212090	LINFADENECTOMIA PROFUNDA	R\$ 189,00	1	1
30212103	LINFADENECTOMIA SUPERFICIAL	R\$ 108,00	1	3

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30212111	NEUROBLASTOMA CERVICAL - EXERESE	R\$ 702,00	2	5
30212120	PUNCAO-BIOPSIA DE PESCOCO	R\$ 38,98		
30212138	RECONSTRUCAO DE ESOFAGO CERVICAL	R\$ 702,00	1	5
30212146	RESSECCAO DE TUMOR DE CORPO CAROTIDEO	R\$ 1.009,57	3	5
30212154	RETRACAO CICATRICIAL CERVICAL - POR ESTAGIO	R\$ 594,00	2	5
30212162	RETRACAO CICATRICIAL CERVICAL COM EMPREGO DE EXPANSOES DE TECIDO - POR ESTAGIO	R\$ 594,00	2	5
30212170	TORCICOLO CONGENITO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 378,00	2	3
30212189	TRATAMENTO CIRURGICO DA LIPOMATOSE CERVICAL	R\$ 315,48	2	4
30212197	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA COM RETALHO CUTANEO	R\$ 391,72	1	3
30213010	BIOPSIA DE TIREOIDE	R\$ 108,00	1	1
30213029	BOCIO Mergulhante: EXTIRPACAO POR ACESSO CERVICO-TORACICO	R\$ 909,79	2	5
30213037	ISTMECTOMIA OU NODULECTOMIA	R\$ 159,60	2	4
30213045	TIREOIDECTOMIA PARCIAL	R\$ 537,19	3	4
30213053	TIREOIDECTOMIA TOTAL	R\$ 486,00	3	5
30214017	BIOPSIA DE PARATIREOIDE	R\$ 216,00	1	1
30214025	PARATIREOIDECTOMIA COM TORACOTOMIA	R\$ 702,00	3	5
30214033	REIMPLANTE DE PARATIREOIDE PREVIAMENTE PRESERVADA	R\$ 159,60	1	4
30214041	TRATAMENTO CIRURGICO DO HIPERPARATIREOIDISMO PRIMARIO	R\$ 651,53	3	5
30214050	TRATAMENTO CIRURGICO DO HIPERPARATIREOIDISMO SECUNDARIO	R\$ 604,34	2	4
30215013	CRANIOPLASTIA	R\$ 378,00	1	4
30215021	CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA	R\$ 781,83	2	4
30215030	CRANIOTOMIA PARA TUMORES OSSEOS	R\$ 378,00	2	4
30215048	RECONSTRUCAO CRANIANA OU CRANIOFACIAL	R\$ 566,84	2	7
30215056	RETIRADA DE CRANIOPLASTIA	R\$ 508,31	1	1
30215072	TRATAMENTO CIRURGICO DA CRANIOSSINOSTOSE	R\$ 540,00	2	5
30215080	TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA DO CRANIO - AFUNDAMENTO	R\$ 432,00	2	4

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30215099	TRATAMENTO CIRURGICO DA OSTEOMIELOITE DE CRANIO	R\$ 575,22	1	3
30301017	ABSCESO DE PALPEBRA - DRENAGEM	R\$ 43,20		
30301025	BIOPSIA DE PALPEBRA	R\$ 81,00		
30301033	BLEFARORRAFIA	R\$ 172,80		1
30301041	CALAZIO - EXERESE	R\$ 64,80		3
30301050	CANTOPLASTIA LATERAL	R\$ 156,82	1	2
30301068	CANTOPLASTIA MEDIAL	R\$ 122,48		2
30301076	COLOBOMA - COM PLASTICA	R\$ 297,00	1	3
30301084	CORRECAO CIRURGICA DE ECTROPIO OU ENTROPIO	R\$ 216,00	1	2
30301106	DERMATOCALAZE OU BLEFAROCALAZE EXERESE - UNILATERAL	R\$ 297,90	1	2
30301114	EPICANTO - CORRECAO CIRURGICA - UNILATERAL	R\$ 216,00	1	2
30301122	EPILACAO	R\$ 43,20		
30301130	EPILACAO DE CILIOS (DIATERMO-COAGULACAO)	R\$ 86,78		
30301149	FISSURA PALPEBRAL - CORRECAO CIRURGICA	R\$ 216,00	1	
30301157	LAGOFTALMO - CORRECAO CIRURGICA	R\$ 328,70	1	2
30301165	PALPEBRA - RECONSTRUCAO PARCIAL (COM OU SEM RESSECCAO DE TUMOR)	R\$ 318,84	1	3
30301173	PALPEBRA - RECONSTRUCAO TOTAL (COM OU SEM RESSECCAO DE TUMOR) - POR ESTAGIO	R\$ 594,00	2	4
30301181	PTOSE PALPEBRAL - CORRECAO CIRURGICA - UNILATERAL	R\$ 243,00	1	2
30301190	RESSECCAO DE TUMORES PALPEBRAIS	R\$ 324,00		3
30301203	RETRACAO PALPEBRAL - CORRECAO CIRURGICA	R\$ 241,25	1	3
30301211	SIMBLEFARO COM OU SEM ENXERTO - CORRECAO CIRURGICA	R\$ 216,00	1	2
30301220	SUPERCILIO - RECONSTRUCAO TOTAL	R\$ 594,00	1	4
30301238	SUTURA DE PALPEBRA	R\$ 97,20	1	
30301246	TARSORRAFIA	R\$ 64,80		
30301254	TELECANTO - CORRECAO CIRURGICA - UNILATERAL	R\$ 204,14	1	3
30301262	TRIQUEIASE COM OU SEM ENXERTO	R\$ 99,66		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30302013	CORRECAO DA ENOFTALMIA	R\$ 341,46	1	4
30302021	DESCOMPRESSAO DE ORBITA OU NERVO OTICO	R\$ 594,00	1	4
30302030	EXENTERACAO COM OSTEOTOMIA	R\$ 702,00	1	5
30302048	EXENTERACAO DE ORBITA	R\$ 702,00	1	5
30302056	EXERESE DE TUMOR COM ABORDAGEM CRANIOFACIAL ONCOLOGICA (TEMPO FACIAL) PALPEBRA, CAVIDADE ORBITARIA E OLHOS	R\$ 727,46	4	7
30302064	FRATURA DE ORBITA - REDUCAO CIRURGICA	R\$ 378,00	1	3
30302072	FRATURA DE ORBITA - REDUCAO CIRURGICA E ENXERTO OSSEO	R\$ 486,00	1	4
30302080	IMPLANTE SECUNDARIO DE ORBITA	R\$ 170,73	1	3
30302099	MICROCIRURGIA PARA TUMORES ORBITARIOS	R\$ 727,46	2	7
30302102	RECONSTITUICAO DE PAREDES ORBITARIAS	R\$ 810,00	1	5
30302110	RECONSTRUCAO PARCIAL DA CAVIDADE ORBITAL - POR ESTAGIO	R\$ 297,00	1	3
30302129	RECONSTRUCAO TOTAL DA CAVIDADE ORBITAL - POR ESTAGIO	R\$ 513,00	1	4
30302137	TUMOR DE ORBITA - EXERESE	R\$ 594,00	1	5
30303010	AUTOTRANSPLANTE CONJUNTIVAL	R\$ 270,00	1	5
30303028	BIOPSIA DE CONJUNTIVA	R\$ 43,20		
30303044	INFILTRACAO SUBCONJUNTIVAL	R\$ 27,00		
30303052	PLASTICA DE CONJUNTIVA	R\$ 216,00	1	3
30303060	PTERIGIO - EXERESE	R\$ 216,00		1
30303079	RECONSTITUICAO DE FUNDO DE SACO	R\$ 513,00	1	3
30303087	SUTURA DE CONJUNTIVA	R\$ 100,21		1
30303109	TUMOR DE CONJUNTIVA - EXERESE	R\$ 189,00		1
30304016	CAUTERIZACAO DE CORNEA	R\$ 46,49		
30304024	CERATECTOMIA SUPERFICIAL - MONOCULAR	R\$ 132,00		3
30304032	CORPO ESTRANHO DA CORNEA - RETIRADA	R\$ 43,20		
30304040	PTK CERATECTOMIA FOTOTERAPEUTICA - MONOCULAR	R\$ 315,48	1	3

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30304059	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	R\$ 189,00		1
30304067	SUTURA DE CORNEA (COM OU SEM HERNIA DE IRIS)	R\$ 378,00	1	3
30304075	TARSOCONJUNTIVOCERATOPLASTIA	R\$ 315,48	1	3
30304083	IMPLANTE DE ANEL INTRA-ESTROMAL	R\$ 798,22	1	3
30304091	FOTOABLACAO DE SUPERFICIE CONVENCIONAL - PRK	R\$ 622,59		
30304105	DELAMINACAO CORNEANA COM FOTOABLACAO ESTROMAL - LASIK	R\$ 962,18		
30304156	CROSS-LINKING (CXL) DE COLAGENO CORNEANO	R\$ 676,73	1	3
30305012	PARACENTESE DA CAMARA ANTERIOR	R\$ 135,00		1
30305020	RECONSTRUCAO DA CAMARA ANTERIOR	R\$ 441,67	1	4
30305039	REMOCAO DE HIFEMA	R\$ 216,00	1	3
30305047	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CAMARA ANTERIOR	R\$ 351,24	1	4
30306019	CAPSULOTOMIA YAG OU CIRURGICA	R\$ 378,00	1	4
30306027	FACECTOMIA COM LENTE INTRA-OCULAR COM FACOEMULSIFICACAO	R\$ 810,00	1	5
30306035	FACECTOMIA COM LENTE INTRA-OCULAR SEM FACOEMULSIFICACAO	R\$ 810,00	1	5
30306043	FACECTOMIA SEM IMPLANTE	R\$ 486,00	1	5
30306051	FIXACAO IRIANA DE LENTE INTRA-OCULAR	R\$ 315,48	1	3
30306060	IMPLANTE SECUNDARIO / EXPLANTE / FIXACAO ESCLERAL OU IRIANA	R\$ 459,00	1	5
30306078	REMOCAO DE PIGMENTOS DA LENTE INTRA-OCULAR COM YAG-LASER	R\$ 148,46		3
30307015	BIOPSIA DE TUMOR VIA PARS PLANA	R\$ 148,46	1	3
30307023	BIOPSIA DE VITREO VIA PARS PLANA	R\$ 103,31		
30307031	ENDOLASER/ENDODIATERMIA	R\$ 337,50	1	3
30307040	IMPLANTE DE SILICONE INTRAVITREO	R\$ 540,00	2	7
30307058	INFUSAO DE PERFLUOCARBONO	R\$ 284,22		3
30307066	MEMBRANECTOMIA EPI OU SUB-RETINIANA	R\$ 360,01	1	1
30307074	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO CORPO VITREO	R\$ 594,00	1	5
30307082	RETIRADA DE OLEO DE SILICONE VIA PARS PLANA	R\$ 347,11		3

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30307090	TROCA FLUIDO GASOSA	R\$ 284,22	1	3
30307104	VITRECTOMIA A CEU ABERTO - CERATOPROTESE	R\$ 519,61	1	5
30307112	VITRECTOMIA ANTERIOR	R\$ 378,00	1	4
30307120	VITRECTOMIA VIAS PARS PLANA	R\$ 783,00	2	5
30307139	INFUSAO INTRAVITREA DE MEDICACAO ANTI-INFLAMATORIA	R\$ 403,92	1	2
30307147	TRATAMENTO OCULAR QUIMIOTERAPICO COM ANTI-ANGIOGENICO. PROGRAMA DE 24 MESES. UMA SESSAO POR MES (POR SESSAO)	R\$ 403,92	1	2
30308011	BIOPSIA DE ESCLERA	R\$ 64,03		1
30308020	ENXERTO DE ESCLERA (QUALQUER TECNICA)	R\$ 441,67		4
30308038	SUTURA DE ESCLERA	R\$ 216,00		1
30309018	ENUCLEACAO OU EVISCERACAO COM OU SEM IMPLANTE	R\$ 432,00		1
30309026	INJECAO RETROBULBAR	R\$ 53,16		
30309034	RECONSTITUICAO DE GLOBO OCULAR COM LESAO DE ESTRUTURAS INTRA-OCULARES	R\$ 648,00	1	5
30310016	BIOPSIA DE IRIS E CORPO CILIAR	R\$ 216,00	1	1
30310024	CICLOTERAPIA - QUALQUER TECNICA	R\$ 253,21	1	3
30310032	CIRURGIAS FISTULIZANTES ANTIGLAUCOMATOSAS	R\$ 594,00	1	4
30310040	CIRURGIAS FISTULIZANTES ANTIGLAUCOMATOSAS COM OU SEM IMPLANTES DE DRENAGEM	R\$ 378,58	1	4
30310059	DRENAGEM DE DESCOLAMENTO DE COROIDE	R\$ 148,46	1	4
30310067	FOTOTRABECULOPLASTIA (LASER)	R\$ 270,00		
30310075	GONIOTOMIA OU TRABECULOTOMIA	R\$ 491,73	1	5
30310083	IRIDECTOMIA (LASER OU CIRURGICA)	R\$ 270,00		
30310091	IRIDOCICLECTOMIA	R\$ 810,00	1	5
30310105	SINEQUIOTOMIA (CIRURGICA)	R\$ 148,46	1	3
30310113	SINEQUIOTOMIA (LASER)	R\$ 148,46		3
30311012	BIOPSIA DE MUSCULOS	R\$ 135,00		
30311020	CIRURGIA COM SUTURA AJUSTAVEL	R\$ 315,48	1	4

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30311039	ESTRABISMO CICLO VERTICAL/TRANSPOSICAO - MONOCULAR - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 549,40	1	2
30311047	ESTRABISMO HORIZONTAL - MONOCULAR - TRATAMENTO CIURGICO	R\$ 540,00	1	2
30311055	INJECAO DE TOXINA BOTULINICA - MONOCULAR	R\$ 92,79		
30312019	APLICACAO DE PLACA RADIATIVA EPISCLERAL	R\$ 315,48	1	3
30312027	BIOPSIA DE RETINA	R\$ 122,48	1	4
30312035	EXERESE DE TUMOR DE COROIDE E/OU CORPO CILIAR	R\$ 486,21	1	4
30312043	FOTOCOAGULACAO (LASER) - POR SESSAO - MONOCULAR	R\$ 270,00		
30312060	PANCIOTERAPIA PERIFERICA	R\$ 241,25	1	2
30312078	REMOCAO DE IMPLANTE EPISCLERAL	R\$ 122,48	1	2
30312086	RETINOPEXIA COM INTROFLEXAO ESCLERAL	R\$ 810,00	2	5
30312094	RETINOPEXIA PNEUMATICA	R\$ 324,00		3
30312108	RETINOPEXIA PROFILATICA (CRIOPEXIA)	R\$ 216,00		2
30312124	PANFOTOCOAGULACAO NA RETINOPATIA DA PREMATURIDADE - BINOCULAR	R\$ 698,34	1	5
30312132	IMPLANTE INTRAVITREO DE POLIMERO FARMACOLOGICO DE LIBERACAO CONTROLADA	R\$ 491,73	1	3
30312159	TERMOTERAPIA TRANSPUPILAR	R\$ 441,89	1	4
30313015	CIRURGIA DA GLANDULA LACRIMAL	R\$ 241,25	1	4
30313023	DACRIOCISTECTOMIA - UNILATERAL	R\$ 216,00	1	2
30313031	DACRIOCISTORRINOSTOMIA COM OU SEM INTUBACAO - UNILATERAL	R\$ 540,00	1	4
30313040	FECHAMENTO DOS PONTOS LACRIMAIS	R\$ 54,00		
30313058	RECONSTITUICAO DE VIAS LACRIMAIS COM SILICONE OU OUTRO MATERIAL	R\$ 594,00	2	4
30313066	SONDAGEM DAS VIAS LACRIMAIS - COM OU SEM LAVAGEM	R\$ 54,00		1
30313074	RECONSTITUICAO DE PONTOS LACRIMAIS	R\$ 64,03	1	4
30401011	BIOPSIA DE PAVILHAO AURICULAR	R\$ 61,49		
30401020	EXERESE DE TUMOR COM ABORDAGEM CRANIOFACIAL ONCOLOGICA PAVILHAO AURICULAR (TEMPO FACIAL)	R\$ 931,39	1	7
30401038	EXERESE DE TUMOR COM FECHAMENTO PRIMARIO	R\$ 92,79	2	2
30401046	OUTROS DEFEITOS CONGENITOS QUE NAO A MICROTIA	R\$ 513,00	2	4

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30401054	RECONSTRUCAO DE ORELHA - RETOQUES	R\$ 324,00	1	3
30401062	RECONSTRUCAO DE UNIDADE ANATOMICA DO PAVILHAO AURICULAR - POR ESTAGIO	R\$ 788,35	1	
30401070	RECONSTRUCAO TOTAL DE ORELHA - UNICO ESTAGIO	R\$ 963,35	3	5
30401089	RESSECCAO DE TUMOR DE PAVILHAO AURICULAR, INCLUINDO PARTE DO OSSO TEMPORAL	R\$ 519,61	3	7
30401097	RESSECCAO SUBTOTAL OU TOTAL DE ORELHA	R\$ 486,00	2	3
30401100	TRATAMENTO CIRURGICO DE SINUS PRE-AURICULAR	R\$ 162,00	1	1
30402018	ASPIRACAO AURICULAR	R\$ 22,27		1
30402026	BIOPSIA (ORELHA EXTERNA)	R\$ 81,66		1
30402034	CISTO PRE-AURICULAR (COLOBOMA AURIS) - EXERESE-UNILATERAL	R\$ 270,00	1	1
30402042	CORPOS ESTRANHOS, POLIPOS OU BIOPSIA - EM CONSULTORIO	R\$ 54,00		
30402050	CORPOS ESTRANHOS, POLIPOS OU BIOPSIA - EM HOSPITAL SOB ANESTESIA GERAL	R\$ 108,00		1
30402069	ESTENOSE DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO - CORRECAO	R\$ 540,00	1	2
30402077	FURUNCULO - DRENAGEM (OUVIDO)	R\$ 54,00		
30402085	PERICONDRITE DE PAVILHAO - TRATAMENTO CIRURGICO COM DESBRIDAMENTO	R\$ 290,08	1	1
30402093	TUMOR BENIGNO DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO - EXERESE	R\$ 162,00		1
30403014	CAUTERIZACAO DE MEMBRANA TIMPANICA	R\$ 14,85		1
30403030	ESTAPEDECTOMIA OU ESTAPEDOTOMIA	R\$ 810,00	1	3
30403049	EXPLORACAO E DESCOMPRESSAO PARCIAL DO NERVO FACIAL INTRATEMPORAL	R\$ 864,00	1	4
30403057	FISTULA PERILINFATICA - FECHAMENTO CIRURGICO	R\$ 500,56	1	3
30403065	GLOMUS JUGULAR - RESSECCAO	R\$ 1.080,00	2	5
30403073	GLOMUS TIMPANICUS - RESSECCAO	R\$ 810,00	1	4
30403081	MASTOIDECTOMIA SIMPLES OU RADICAL MODIFICADA	R\$ 710,22	1	4
30403090	OUVIDO CONGENITO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 864,00	1	4
30403103	PARACENTESE DO TIMPANO - MIRINGOTOMIA, UNILATERAL - EM CONSULTORIO	R\$ 54,00		
30403111	TIMPANO-MASTOIDECTOMIA	R\$ 756,00	2	5
30403120	TIMPANOPLASTIA COM RECONSTRUCAO DA CADEIA OSSICULAR	R\$ 710,22	1	4

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30403138	TIMPANOPLASTIA TIPO I - MIRINGOPLASTIA - UNILATERAL	R\$ 610,44	1	3
30403146	TIMPANOTOMIA EXPLORADORA - UNILATERAL	R\$ 216,00		2
30403154	TIMPANOTOMIA PARA TUBO DE VENTILACAO - UNILATERAL	R\$ 247,94		1
30403162	PARACENTESE DO TIMPANO, UNILATERAL, EM HOSPITAL - ANESTESIA GERAL	R\$ 111,35		1
30404010	DOENCA DE MENIERE - TRATAMENTO CIRURGICO - DESCOMPRESSAO DO SACO ENDOLINFATICO OU "SHUNT"	R\$ 756,00	2	4
30404029	ENXERTO PARCIAL INTRATEMPORAL DO NERVO FACIAL - DO FORAMEM ESTILO-MASTOIDEO AO GANGLIO GENICULADO	R\$ 664,36	2	4
30404037	ENXERTO PARCIAL INTRATEMPORAL DO NERVO FACIAL - DO GANGLIO GENICULADO AO MEATO ACUSTICO INTERNO	R\$ 1.026,00	2	5
30404045	ENXERTO TOTAL DO NERVO FACIAL INTRATEMPORAL	R\$ 972,00	2	5
30404053	EXPLORACAO E DESCOMPRESSAO TOTAL DO NERVO FACIAL (TRANSMASTOIDEO, TRANSLABIRINTICO, FOSSA MEDIA)	R\$ 972,00	2	6
30404061	IMPLANTE COCLEAR (EXCETO A PROTESE)	R\$ 1.068,27	2	6
30404088	LABIRINTECTOMIA (MEMBRANOSA OU OSSEA) - SEM AUDICAO	R\$ 540,00	1	4
30404096	NEURECTOMIA VESTIBULAR PARA FOSSA MEDIA OU POSTERIOR	R\$ 664,36	2	6
30404100	NEURECTOMIA VESTIBULAR TRANSLABIRINTICA - SEM AUDICAO	R\$ 702,00	2	4
30404126	RESSECCAO DO OSSO TEMPORAL	R\$ 1.350,00	3	6
30404134	TUMOR DO NERVO ACUSTICO - RESSECCAO VIA TRANSLABIRINTICA OU FOSSA MEDIA	R\$ 1.080,00	2	5
30404177	CIRURGIA PARA PROTESE AUDITIVA PERCUTANEA ANCORADA NO OSSO UNILATERAL (PRIMEIRA IMPLANTACAO OU SUBSTITUICAO)	R\$ 8,27		
30501016	ABSCESSO OU HEMATOMA DE SEPTO NASAL - DRENAGEM	R\$ 183,14		
30501024	ABSCESSO OU HEMATOMA DE SEPTO NASAL - DRENAGEM SOB ANESTESIA GERAL	R\$ 111,35	1	3
30501040	ALONGAMENTO DE COLUMELA	R\$ 297,00	1	3
30501059	BIOPSIA DE NARIZ	R\$ 43,20		
30501067	CORNETO INFERIOR - CAUTERIZACAO LINEAR - UNILATERAL	R\$ 81,00		
30501075	CORNETO INFERIOR - INFILTRACAO MEDICAMENTOSA (UNILATERAL)	R\$ 27,00		
30501083	CORPOS ESTRANHOS - RETIRADA EM CONSULTORIO (NARIZ)	R\$ 54,00		
30501091	CORPOS ESTRANHOS - RETIRADA SOB ANESTESIA GERAL / HOSPITAL (NARIZ)	R\$ 108,00		1
30501113	EPISTAXE - CAUTERIZACAO (QUALQUER TECNICA)	R\$ 54,00		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30501121	EPISTAXE - CAUTERIZACAO DA ARTERIA ESFENOPALATINA COM MICROSCOPIA - UNILATERAL	R\$ 437,99	1	3
30501130	EPISTAXE - CAUTERIZACAO DAS ARTERIAS ETMOIDAIAS COM MICROSCOPIA - UNILATERAL	R\$ 651,53	1	3
30501148	EPISTAXE - LIGADURA DAS ARTERIAS ETMOIDAIAS - ACESSO TRANSORBITARIO - UNILATERAL	R\$ 513,00	1	4
30501156	EPISTAXE - TAMPONAMENTO ANTERO-POSTERIOR	R\$ 162,00		
30501164	EPISTAXE - TAMPONAMENTO ANTERIOR	R\$ 90,91		
30501172	EPISTAXE - TAMPONAMENTO ANTERO-POSTERIOR SOB ANESTESIA GERAL	R\$ 258,27	1	3
30501180	EXERESE DE TUMOR COM ABORDAGEM CRANIOFACIAL ONCOLOGICA (TEMPO FACIAL) PIRAMIDE NASAL	R\$ 648,00	2	4
30501199	EXERESE DE TUMOR NASAL POR VIA ENDOSCOPICA	R\$ 516,53	1	4
30501202	FECHAMENTO DE FISTULA LIQUORICA TRANSNASAL	R\$ 356,31	1	5
30501210	FISTULA LIQUORICA - TRATAMENTO CIRURGICO ENDOSCOPICO INTRANASAL	R\$ 756,00	2	5
30501229	FRATURAS DOS OSSOS NAsAIS - REDUCAO CIRURGICA E GESSO	R\$ 258,27		
30501237	FRATURAS DOS OSSOS NAsAIS - REDUCAO INCRUENTA E GESSO	R\$ 239,48		3
30501245	IMPERFURACAO COANAL - CORRECAO CIRURGICA INTRANASAL	R\$ 432,00	1	2
30501253	IMPERFURACAO COANAL - CORRECAO CIRURGICA TRANSPALATINA	R\$ 648,00	1	3
30501261	OZENA - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 324,00	1	2
30501270	PERFURACAO DO SEPTO NASAL - CORRECAO CIRURGICA	R\$ 270,00	1	2
30501288	POLIPECTOMIA - UNILATERAL (NARIZ)	R\$ 135,00		3
30501296	RECONSTRUCAO DE UNIDADE ANATOMICA DO NARIZ - POR ESTAGIO	R\$ 432,00	1	3
30501300	RECONSTRUCAO TOTAL DE NARIZ - POR ESTAGIO	R\$ 710,22	2	4
30501318	RESSECCAO DE TUMORES MALIGNOS TRANSNASAIS	R\$ 513,00	2	3
30501326	RINECTOMIA PARCIAL	R\$ 513,00	2	3
30501334	RINECTOMIA TOTAL	R\$ 648,00	2	4
30501342	RINOPLASTIA REPARADORA	R\$ 540,00	1	4
30501350	RINOSSEPTOPLASTIA FUNCIONAL	R\$ 839,35	1	5
30501369	SEPTOPLASTIA (QUALQUER TECNICA SEM VIDEO)	R\$ 378,00	1	2
30501377	SINEQUIA NASAL - RESSECCAO UNILATERAL - QUALQUER TECNICA	R\$ 81,00		1

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30501385	TRATAMENTO CIRURGICO DA ATRESIA NARINARIA	R\$ 297,00	1	3
30501393	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE NASAL CONGENITA	R\$ 297,00	1	3
30501407	TRATAMENTO CIRURGICO DO RINOFIMA	R\$ 297,00	1	3
30501415	TRATAMENTO CIRURGICO REPARADOR DO NARIZ EM SELA	R\$ 540,00	2	4
30501423	TRATAMENTO DE DEFORMIDADE TRAUMATICA NASAL	R\$ 189,00		
30501431	TUMOR INTRANASAL - EXERESE POR RINOTOMIA LATERAL	R\$ 513,00	1	4
30501440	TUMOR INTRANASAL - EXERESE POR VIA TRANSNASAL	R\$ 299,35		1
30501458	TURBINECTOMIA OU TURBINOPLASTIA - UNILATERAL	R\$ 108,00		1
30501474	CORPOS ESTRANHOS - RETIRADA SOB ANESTESIA GERAL / HOSPITAL (NARIZ) - POR VIDEOENDOSCOPIA	R\$ 426,75		2
30501482	EPISTAXE - CAUTERIZACAO DA ARTERIA ESFENOPALATINA COM MICROSCOPIA - UNILATERAL POR VIDEOENDOSCOPIA	R\$ 923,41	1	4
30501490	IMPERFURACAO COANAL - CORRECAO CIRURGICA INTRANASAL POR VIDEOENDOSCOPIA	R\$ 923,41	1	5
30501547	FRATURA DE OSSO PROPRIO DE NARIZ - TRATAMENTO CONSERVADOR	R\$ 46,40		
30502012	ANGIOFIBROMA - RESSECCAO TRANSMAXILAR E/OU TRANSPALATINA	R\$ 972,00	2	5
30502020	ANTROSTOMIA MAXILAR INTRANASAL	R\$ 162,00	1	1
30502039	ARTERIA MAXILAR INTERNA - LIGADURA TRANSMAXILAR	R\$ 648,00	2	4
30502047	CISTO NASO-ALVEOLAR E GLOBULAR - EXERESE	R\$ 216,00	1	1
30502063	DESCOMPRESSAO TRANSETMOIDAL DO CANAL OPTICO	R\$ 702,00	2	4
30502071	ETMOIDECTOMIA EXTERNA	R\$ 351,00	1	2
30502080	ETMOIDECTOMIA INTRANASAL	R\$ 216,00	1	1
30502098	EXERESE DE TUMOR COM ABORDAGEM CRANIOFACIAL ONCOLOGICA SEIOS...(TEMPO FACIAL)	R\$ 727,46	4	7
30502101	EXERESE DE TUMOR DE SEIOS PARANASAIS POR VIA ENDOSCOPICA	R\$ 159,60	1	3
30502110	FISTULA ORO-ANTRAL - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 351,00	1	3
30502128	FISTULA ORONASAL - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 243,00	1	1
30502136	MAXILECTOMIA INCLUINDO EXENTERACAO DE ORBITA	R\$ 810,00	3	5
30502144	MAXILECTOMIA PARCIAL	R\$ 575,22	2	3
30502152	MAXILECTOMIA TOTAL	R\$ 486,21	3	6

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30502160	POLIPO ANTRO-COANAL DE KILLIAM - EXERESE	R\$ 270,00	1	2
30502179	PUNCAO MAXILAR TRANSMETICA OU VIA FOSSA CANINA	R\$ 108,00		
30502187	RESSECCAO DE TUMOR BENIGNO	R\$ 315,48	2	4
30502195	BIOPSIA DE SEIOS PARANASAIS - QUALQUER VIA	R\$ 137,33		1
30502209	SINUSECTOMIA MAXILAR - VIA ENDONASAL	R\$ 486,00	1	3
30502217	SINUSECTOMIA FRONTAL COM RETALHO OSTEOPLASTICO OU VIA CORONAL	R\$ 594,00	1	3
30502225	SINUSECTOMIA FRONTO-ETMOIDAL POR VIA EXTERNA	R\$ 486,00	1	3
30502233	SINUSECTOMIA MAXILAR - VIA ORAL (CALDWELL-LUC)	R\$ 270,00	1	2
30502241	SINUSECTOMIA TRANSMAXILAR (ERMIRO DE LIMA)	R\$ 375,42	1	3
30502250	SINUSOTOMIA ESFENOIDAL	R\$ 405,00	1	2
30502268	SINUSOTOMIA FRONTAL INTRANASAL	R\$ 270,00	1	2
30502276	SINUSOTOMIA FRONTAL VIA EXTERNA	R\$ 297,00	1	2
30502314	ETMOIDECTOMIA INTRANASAL POR VIDEOENDOSCOPIA	R\$ 901,69	1	3
30502322	SINUSECTOMIA MAXILAR - VIA ENDONASAL POR VIDEOENDOSCOPIA	R\$ 901,69	1	4
30601010	CORRECAO DE DEFORMIDADES DA PAREDE TORACICA	R\$ 783,00	2	5
30601029	COSTECTOMIA	R\$ 235,84	1	2
30601037	ESTERNECTOMIA SUBTOTAL	R\$ 648,00	2	5
30601045	ESTERNECTOMIA TOTAL	R\$ 564,15	2	5
30601053	FECHAMENTO DE PLEUOSTOMIA	R\$ 378,00	1	3
30601070	MOBILIZACAO DE RETALHOS MUSCULARES OU DO OMENTO	R\$ 564,15	2	6
30601088	PLUMBAGEM EXTRAFASCIAL	R\$ 519,61	2	4
30601096	RECONSTRUCAO DA PAREDE TORACICA (COM OU SEM PROTESE)	R\$ 564,15	2	5
30601100	RECONSTRUCAO DA PAREDE TORACICA COM RETALHOS CUTANEOS	R\$ 702,00	1	4
30601118	RECONSTRUCAO DA PAREDE TORACICA COM RETALHOS MUSCULARES OU MIOCUTANEOS	R\$ 702,00	1	5
30601126	RECONSTRUCAO DA REGIAO ESTERNAL COM RETALHOS MUSCULARES BILATERAIS	R\$ 1.080,00	2	4
30601134	RESSECCAO DE TUMOR DO DIAFRAGMA E RECONSTRUCAO (QUALQUER TECNICA)	R\$ 664,36	2	6

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30601142	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA PAREDE TORACICA	R\$ 315,48	1	2
30601150	TORACECTOMIA	R\$ 702,00	2	6
30601169	TORACOPLASTIA (QUALQUER TECNICA)	R\$ 1.009,57	2	5
30601177	TORACOTOMIA COM BIOPSIA	R\$ 513,00	2	4
30601185	TORACOTOMIA EXPLORADORA (EXCLUIDOS OS PROCEDIMENTOS INTRATORACICOS)	R\$ 540,00	2	4
30601193	TORACOTOMIA PARA PROCEDIMENTOS ORTOPEDICOS SOBRE A COLUNA VERTEBRAL	R\$ 513,00	2	5
30601207	TRACAO ESQUELETICA DO GRADIL COSTO-ESTERNAL (TRAUMATISMO)	R\$ 486,21	1	2
30601215	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS DO GRADIL COSTAL	R\$ 486,21	2	4
30601223	BIOPSIA CIRURGICA DE COSTELA OU ESTERNO	R\$ 92,79	1	2
30601231	FRATURA LUXACAO DE ESTERNO OU COSTELA - REDUCAO INCRUENTA	R\$ 81,00		
30601240	FRATURA LUXACAO DE ESTERNO OU COSTELA - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 586,02	1	2
30601258	OSTEOMIELITE DE COSTELA OU ESTERNO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 162,00	1	2
30601266	PUNCAO BIOPSIA DE COSTELA OU ESTERNO	R\$ 70,20		
30601290	RESSUTURA DE PAREDE TORACICA	R\$ 781,83	2	5
30601304	FRATURA DE COSTELA OU ESTERNO - TRATAMENTO CONSERVADOR	R\$ 22,27		
30601312	OSTEOMIELITE DE COSTELA OU ESTERNO - TRATAMENTO CONSERVADOR	R\$ 46,40		
30602017	BIOPSIA INCISIONAL DE MAMA	R\$ 54,00		1
30602025	COLETA DE FLUXO PAPILAR DE MAMA	R\$ 27,00		3
30602033	CORRECAO CIRURGICA DA ASSIMETRIA MAMARIA	R\$ 552,00	1	5
30602041	CORRECAO DE INVERSAO PAPILAR - UNILATERAL	R\$ 162,00	1	1
30602050	DRENAGEM DE ABSCESSO DE MAMA	R\$ 108,00		1
30602068	DRENAGEM E/OU ASPIRACAO DE SEROMA	R\$ 14,91		1
30602076	EXERESE DE LESAO DA MAMA POR MARCACAO ESTEREOTAXICA OU ROLL	R\$ 253,12	1	3
30602084	EXERESE DE MAMA SUPRA-NUMERARIA - UNILATERAL	R\$ 239,48	1	1
30602092	EXERESE DE NODULO	R\$ 189,00	1	1
30602106	FISTULECTOMIA DE MAMA	R\$ 432,00	1	3

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30602114	GINECOMASTIA - UNILATERAL	R\$ 268,60	1	2
30602130	LINFADENECTOMIA AXILAR	R\$ 702,00	2	5
30602149	MASTECTOMIA RADICAL OU RADICAL MODIFICADA - QUALQUER TECNICA	R\$ 895,59	2	5
30602157	MASTECTOMIA SIMPLES	R\$ 378,00	1	3
30602165	MASTECTOMIA SUBCUTANEA E INCLUSAO DA PROTESE	R\$ 540,00	1	4
30602173	MASTOPLASTIA EM MAMA OPOSTA APOS RECONSTRUCAO DA CONTRALATERAL	R\$ 540,00	2	5
30602181	PUNCAO OU BIOPSIA PERCUTANEA DE AGULHA FINA - POR NODULO (MAXIMO DE 3 NODULOS POR MAMA)	R\$ 43,20		
30602190	QUADRANTECTOMIA E LINFADENECTOMIA AXILAR	R\$ 702,00	2	4
30602203	QUADRANTECTOMIA - RESSECCAO SEGMENTAR	R\$ 135,00	1	1
30602211	RECONSTRUCAO DA PLACA AREOLO MAMILAR - UNILATERAL	R\$ 239,48	1	3
30602238	RECONSTRUCAO MAMARIA COM RETALHO MUSCULAR OU MIOCUTANEO - UNILATERAL	R\$ 945,00	2	5
30602246	RECONSTRUCAO MAMARIA COM RETALHOS CUTANEOS REGIONAIS	R\$ 945,00	2	5
30602254	RECONSTRUCAO PARCIAL DA MAMA POS-QUADRANTECTOMIA	R\$ 945,00	2	4
30602262	RECONSTRUCAO DA MAMA COM PROTESE E/OU EXPANSOR	R\$ 781,83	2	5
30602289	RESSECCAO DO LINFONODO SENTINELA / TORACICA LATERAL	R\$ 356,40	1	4
30602297	RESSECCAO DO LINFONODO SENTINELA / TORACICA MEDIAL	R\$ 222,69	1	4
30602300	RESSECCAO DOS DUCTOS PRINCIPAIS DA MAMA - UNILATERAL	R\$ 432,00	1	3
30602319	RETIRADA DA VALVULA APOS COLOCAAO DE EXPANSOR PERMANENTE	R\$ 432,00	1	3
30602327	SUBSTITUICAO DE PROTESE	R\$ 140,66	1	3
30602335	BIOPSIA PERCUTANEA COM AGULHA GROSSA, EM CONSULTORIO	R\$ 81,66		
30602343	LINFADENECTOMIA POR INCISAO EXTRA-AXILAR	R\$ 627,25	2	5
30701015	ABDOMINAL OU HIPOGASTRICO - TRANSPLANTES CUTANEOS	R\$ 1.080,00	3	6
30701023	ANTEBRACO - TRANSPLANTES CUTANEOS	R\$ 1.198,82	2	6
30701031	AXILAR - TRANSPLANTES CUTANEOS	R\$ 1.080,00	3	6
30701040	COURO CABELUDO - TRANSPLANTES CUTANEOS	R\$ 864,00	3	6
30701058	DELTOPEITORAL - TRANSPLANTES CUTANEOS	R\$ 1.080,00	3	6

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30701066	DIGITAIS (DA FACE VOLAR E LATERO-CUBITAL DOS DEDOS MEDIO E ANULAR DA MAO) - TRANSPLANTES CUTANEOS	R\$ 702,00	3	5
30701074	DIGITAL DO HALLUX - TRANSPLANTES CUTANEOS	R\$ 702,00	2	5
30701082	DORSAL DO PE - TRANSPLANTES CUTANEOS	R\$ 1.041,31	3	6
30701090	ESCAPULAR - TRANSPLANTES CUTANEOS	R\$ 1.080,00	3	6
30701104	FEMORAL - TRANSPLANTES CUTANEOS	R\$ 864,00	3	6
30701112	FOSSA POPLITEA - TRANSPLANTES CUTANEOS	R\$ 864,00	3	6
30701120	INGUINO-CURAL - TRANSPLANTES CUTANEOS	R\$ 1.080,00	3	6
30701139	INTERCOSTAL - TRANSPLANTES CUTANEOS	R\$ 1.080,00	3	6
30701147	INTERDIGITAL DA 1ª COMISSURA DOS DEDOS DO PE - TRANSPLANTES CUTANEOS	R\$ 864,00	3	6
30701155	OUTROS TRANSPLANTES CUTANEOS	R\$ 702,00	2	5
30701163	PARAESCAPULAR	R\$ 945,00	3	6
30701171	RETROAURICULAR	R\$ 864,00	3	6
30701180	TEMPORAL	R\$ 864,00	3	6
30701198	TRANSPLANTE CUTANEO COM MICROANASTOMOSE	R\$ 945,00	3	6
30701201	TRANSPLANTE CUTANEO SEM MICROANASTOMOSE, ILHA NEUROVASCULAR	R\$ 540,00	2	4
30701210	TRANSPLANTE MIOCUTANEO COM MICROANASTOMOSE	R\$ 1.026,00	3	6
30702011	GRANDE DORSAL (LATISSIMUS DORSI) - TRANSPLANTES MUSCULO-CUTANEOS COM MICROANASTOMOSES VASCULARES	R\$ 1.080,00	3	6
30702020	GRANDE GLUTEO (GLUTEUS MAXIMUS)	R\$ 864,00	3	6
30702038	OUTROS TRANSPLANTES MUSCULO-CUTANEOS	R\$ 864,00	3	6
30702046	RETO ABDOMINAL (RECTUS ABDOMINIS)	R\$ 1.080,00	3	6
30702054	RETO INTERNO (GRACILIS) - TRANSPLANTES MUSCULO-CUTANEOS COM MICROANASTOMOSES VASCULARES	R\$ 864,00	3	6
30702062	SERRATO MAIOR (SERRATUS) - TRANSPLANTES MUSCULO-CUTANEOS COM MICROANASTOMOSES VASCULARES	R\$ 1.080,00	3	6
30702070	TENSOR DA FASCIA LATA (TENSOR FASCIA LATA) - TRANSPLANTES MUSCULO-CUTANEOS COM MICROANASTOMOSES VASCULARES	R\$ 1.080,00	3	6
30702089	TRAPEZIO (TRAPEZIUS)	R\$ 864,00	3	6
30703018	BICEPS FEMORAL (BICEPS FEMORIS)	R\$ 864,00	3	6

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30703026	EXTENSOR COMUM DOS DEDOS (EXTENSOR DIGITORUM LONGUS)	R\$ 702,00	2	6
30703034	EXTENSOR PROPRIO DO DEDO GORDO (EXTENSOR HALLUCIS LONGUS)	R\$ 702,00	2	5
30703042	FLEXOR CURTO PLANTAR (FLEXOR DIGITORUM BREVIS)	R\$ 864,00	3	6
30703050	GRANDE DORSAL (LATISSIMUS DORSI) - TRANSPLANTES MUSCULARES COM MICROANASTOMOSES VASCULARES	R\$ 1.080,00	3	6
30703069	GRANDE PEITORAL (PECTORALIS MAJOR)	R\$ 1.080,00	3	6
30703077	MUSCULO PEDIO (EXTENSOR DIGITORUM BREVIS)	R\$ 702,00	2	5
30703085	OS MUSCULOS LATISSIMUS DORSI, GRACILIS, RECTUS FEMORIS, TENSOR FASCIA LATA, FLEXOR DIGITORUM BREVIS, QUANDO TRANSPLANTADOS COM SUA INERVAÇÃO E PRATICADA A MICRONEURORRAFIA COM FINALIDADE DE RESTAURAR FUNÇÃO E SENSIBILIDADE, SERÃO CONSIDERADOS RETALHOS NEUROVASCULARES LIVRES E TERÃO ACRESCIMO DO PORTE.	R\$ 108,00		1
30703093	OUTROS TRANSPLANTES MUSCULARES	R\$ 1.432,18	2	5
30703107	PRIMEIRO RADIAL EXTERNO (EXTENSOR CARPI RADIALIS LONGUS)	R\$ 702,00	2	5
30703115	RETO ANTERIOR (RECTUS FEMORIS)	R\$ 864,00	3	6
30703123	RETO INTERNO (GRACILIS) - TRANSPLANTES MUSCULARES COM MICROANASTOMOSES VASCULARES	R\$ 864,00	3	6
30703131	SARTORIO (SARTORIUS)	R\$ 864,00	3	6
30703140	SEMIMEMBRANOSO (SEMIMEMBRANOSUS)	R\$ 864,00	3	6
30703158	SEMITENDINOSO (SEMITENDINOSUS)	R\$ 864,00	3	6
30703166	SERRATO MAIOR (SERRATUS) - TRANSPLANTES MUSCULARES COM MICROANASTOMOSES VASCULARES	R\$ 1.080,00	3	6
30703174	SUPINADOR LONGO (BRACHIORADIALIS)	R\$ 702,00	2	5
30703182	TENSOR DA FASCIA LATA (TENSOR FASCIA LATA) - TRANSPLANTES MUSCULARES COM MICROANASTOMOSES VASCULARES	R\$ 1.080,00	3	6
30704014	COSTELA	R\$ 1.080,00	3	6
30704022	ILIACO	R\$ 1.080,00	3	6
30704030	OSTEOCUTANEO DE ILIACO	R\$ 1.080,00	3	6
30704049	OSTEOCUTANEOS DE COSTELA	R\$ 1.080,00	3	6
30704057	OSTEOMUSCULOCUTANEO DE COSTELA	R\$ 1.080,00	3	6
30704065	OUTROS TRANSPLANTES OSSEOS E OSTEOMUSCULOCUTANEOS	R\$ 1.026,00	3	6
30704073	PERONIO OU FIBULA	R\$ 1.080,00	3	6

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30704081	TRANSPLANTE OSSEO VASCULARIZADO (MICROANASTOMOSE)	R\$ 1.198,82	1	6
30705010	AUTOTRANSPLANTE DE DOIS RETALHOS MUSCULARES COMBINADOS, ISOLADOS E ASSOCIADOS ENTRE SI, LIGADOS POR UM UNICO PEDICULO	R\$ 1.080,00	3	7
30705029	AUTOTRANSPLANTE DE DOIS RETALHOS CUTANEOS COMBINADOS, ISOLADOS E ASSOCIADOS ENTRE SI, LIGADOS POR UM UNICO PEDICULO VASCULAR	R\$ 1.080,00	3	7
30705037	AUTOTRANSPLANTE DE DOIS RETALHOS, UM CUTANEO COMBINADO A UM MUSCULAR, ISOLADOS E ASSOCIADOS ENTRE SI, LIGADOS POR UM UNICO PEDICULO VASCULAR	R\$ 1.347,66	3	7
30705045	AUTOTRANSPLANTE DE DOIS RETALHOS, UM CUTANEO COMBINADO A RETALHO OSTEOMUSCULAR, ISOLADOS E ASSOCIADOS ENTRE SI, LIGADOS POR UM UNICO PEDICULO VASCULAR	R\$ 1.188,00	3	7
30705053	AUTOTRANSPLANTE DE EPIPLON	R\$ 810,00	3	7
30705061	AUTOTRANSPLANTE DE OUTROS RETALHOS, ISOLADOS ENTRE SI, E ASSOCIADOS MEDIANTE UM UNICO PEDICULO VASCULAR COMUNS AOS RETALHOS	R\$ 1.080,00	3	7
30705070	AUTOTRANSPLANTE DE TRES RETALHOS, UM CUTANEO SEPARADO, COMBINADO A OUTROS DOIS RETALHOS MUSCULARES ISOLADOS E ASSOCIADOS, LIGADOS POR UM UNICO PEDICULO VASCULAR	R\$ 1.803,14	3	7
30705100	REIMPLANTE DE SEGMENTOS DISTAIS DO MEMBRO SUPERIOR, COM RESSECCAO SEGMENTAR	R\$ 1.080,00	3	7
30706017	REIMPLANTE DO MEMBRO INFERIOR DO NIVEL MEDIO PROXIMAL DA PERNA ATE A COXA	R\$ 1.350,00	3	6
30706025	REIMPLANTE DO MEMBRO INFERIOR DO PE ATE O TERCO MEDIO DA PERNA	R\$ 1.350,00	3	6
30706033	REIMPLANTE DO MEMBRO SUPERIOR, DO NIVEL MEDIO DO ANTEBRACO ATE O OMBRO	R\$ 1.350,00	3	6
30707013	TRANSPLANTE ARTICULAR DE METATARSOFALANGICA PARA A MAO	R\$ 972,00	3	6
30707021	TRANSPLANTE DE 2º PODODACTILO PARA MAO	R\$ 1.080,00	3	6
30707030	TRANSPLANTE DE DEDOS DO PE PARA A MAO	R\$ 1.080,00	3	6
30707048	TRANSPLANTE DO 2º PODODACTILO PARA O POLEGAR	R\$ 1.080,00	3	6
30707056	TRANSPLANTE DO HALLUX PARA POLEGAR	R\$ 1.080,00	3	6
30707064	TRANSPLANTE DE DOIS PODODACTILOS PARA A MAO	R\$ 1.080,00	3	6
30709016	INSTALACAO DE HALO CRANIANO	R\$ 108,00		
30709024	TRACAO CUTANEA	R\$ 43,20		
30709032	TRACAO TRANSESQUELETICA (POR MEMBRO)	R\$ 97,20		1

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30710014	RETIRADA DE FIOS OU PINOS METALICOS TRANSOSSEOS	R\$ 64,80		3
30710022	RETIRADA DE FIOS, PINOS, PARAFUSOS OU HASTES METALICAS INTRA-OSSEAS	R\$ 135,00	1	1
30710030	RETIRADA DE PLACAS	R\$ 162,00	1	2
30710049	RETIRADA DE PROTESES DE SUBSTITUICAO DE PEQUENAS ARTICULACOES	R\$ 324,00	1	3
30710057	RETIRADA DE FIXADORES EXTERNOS	R\$ 81,66		2
30710065	RETIRADA DE PROTESE DE SUBSTITUICAO (GRANDES E MEDIAS ARTICULACOES)	R\$ 784,96	2	7
30711010	IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	R\$ 13,50		
30711029	IMOBILIZACAO DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 27,00		
30711037	IMOBILIZACAO DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 16,20		
30712017	AXILO-PALMAR OU PENDENTE	R\$ 32,40		
30712025	BOTA COM OU SEM SALTO	R\$ 32,40		
30712033	COLAR	R\$ 21,60		
30712041	COLETE	R\$ 43,20		
30712050	CRURO-PODALICO	R\$ 43,20		
30712068	DUPLA ABDUCAO OU DUCROQUET	R\$ 43,20		
30712076	HALO-GESSO	R\$ 135,00	1	
30712084	INGUINO-MALEOLAR	R\$ 32,40		
30712092	LUVA	R\$ 21,60		
30712106	MINERVA OU RISSER PARA ESCOLIOSE	R\$ 108,00		
30712114	PELVIPODALICO	R\$ 108,00		
30712122	SPICA-GESSADA	R\$ 81,00		
30712130	TIPO VELPEAU	R\$ 54,00		
30712149	TORACO-BRAQUIAL	R\$ 81,00		
30713021	BIOPSIA OSSEA	R\$ 38,98		2
30713030	BIOPSIAS PERCUTANEA SINOVIAL OU DE TECIDOS MOLES	R\$ 270,00		
30713048	ENXERTOS EM OUTRAS PSEUDARTROSES	R\$ 432,00	2	4

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30713064	MANIPULACAO ARTICULAR SOB ANESTESIA GERAL	R\$ 108,00	1	1
30713072	RETIRADA DE ENXERTO OSSEO	R\$ 216,00		1
30713137	PUNCAO ARTICULAR DIAGNOSTICA OU TERAPEUTICA (INFILTRACAO) - ORIENTADA OU NAO POR METODO DE IMAGEM	R\$ 32,40		
30713145	PUNCAO EXTRA-ARTICULAR DIAGNOSTICA OU TERAPEUTICA (INFILTRACAO/AGULHAMENTO SECO) - ORIENTADA OU NAO POR METODO DE IMAGEM	R\$ 216,00	2	3
30713153	ARTROSCOPIA PARA DIAGNOSTICO COM OU SEM BIOPSIA SINOVIAL	R\$ 187,61	1	2
30714010	CORPO ESTRANHO INTRA-ARTICULAR - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 162,00	1	2
30714028	CORPO ESTRANHO INTRA-OSSEO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 234,79	1	2
30714036	CORPO ESTRANHO INTRAMUSCULAR - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 223,05	1	1
30715016	ARTRODESE DA COLUNA COM INSTRUMENTACAO POR SEGMENTO	R\$ 702,00	2	5
30715024	ARTRODESE DE COLUNA VIA ANTERIOR OU POSTERO LATERAL - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 810,00	2	5
30715032	BIOPSIA DA COLUNA	R\$ 324,00	2	2
30715040	BIOPSIA DE CORPO VERTEBRAL COM AGULHA	R\$ 118,18	1	
30715067	CORDOTOMIA - MIELOTOMIA	R\$ 972,00		6
30715075	COSTELA CERVICAL - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 378,00	2	3
30715083	DERIVACAO LOMBAR EXTERNA	R\$ 185,58	1	3
30715091	DESCOMPRESSAO MEDULAR E/OU CAUDA EQUINA	R\$ 810,00	2	5
30715105	DORSO CURVO / ESCOLIOSE / GIBA COSTAL - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 1.068,27	2	5
30715113	ESPONDILOLISTESE - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 810,00	2	5
30715121	FRATURA DE COLUNA SEM GESSO - TRATAMENTO CONSERVADOR	R\$ 46,40		
30715130	FRATURA DO COCCIX - REDUCAO INCRUENTA	R\$ 135,00		
30715156	FRATURA E/OU LUXACAO DE COLUNA VERTEBRAL - REDUCAO INCRUENTA	R\$ 270,00	1	2
30715164	FRATURAS OU FRATURA-LUXACAO DE COLUNA - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 810,00	2	5
30715172	HEMIVERTEBRA - RESSECCAO VIA ANTERIOR OU POSTERIOR - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 648,00	2	4
30715180	HERNIA DE DISCO TORACO-LOMBAR - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 648,00	2	5
30715199	LAMINECTOMIA OU LAMINOTOMIA	R\$ 648,00	2	4

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30715202	MICROCIRURGIA PARA TUMORES EXTRA-INTRADURAIIS	R\$ 827,67	2	7
30715210	OSTEOMIELITE DE COLUNA - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 575,22	2	4
30715229	OSTEOTOMIA DE COLUNA VERTEBRAL - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 702,00	2	5
30715237	OUTRAS AFECCOES DA COLUNA - TRATAMENTO INCRUENTO	R\$ 162,00		
30715245	PSEUDARTROSE DE COLUNA - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 541,32	2	4
30715253	PUNCAO LIQUORICA	R\$ 81,00		
30715261	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 486,00	2	4
30715270	RETIRADA DE MATERIAL DE SINTESE - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 324,00	2	2
30715288	SUBSTITUICAO DE CORPO VERTEBRAL	R\$ 564,15	2	6
30715296	TRACAO CERVICAL TRANSESQUELETICA	R\$ 97,20		1
30715300	TRATAMENTO CIRURGICO DA CIFOSE INFANTIL	R\$ 727,46	2	7
30715318	TRATAMENTO CIRURGICO DA LESAO TRAUMATICA RAQUIMEDULAR	R\$ 809,91	2	4
30715326	TRATAMENTO CIRURGICO DAS MALFORMACOES CRANIOVERTEBRAIS	R\$ 702,00	2	5
30715334	TRATAMENTO CIRURGICO DO DISRAFISMO ESPINHAL	R\$ 540,00	1	5
30715342	TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR (POR DIA)	R\$ 270,00		
30715350	TRATAMENTO MICROCIRURGICO DAS LESOES INTRAMEDULARES (TUMOR, MALFORMACOES ARTERIOVENOSAS, SIRINGOMIELIA, PARASITOSE)	R\$ 1.901,74	2	6
30715369	TRATAMENTO MICROCIRURGICO DO CANAL VERTEBRAL ESTREITO POR SEGMENTO	R\$ 622,52	2	6
30715385	TUMOR OSSEO VERTEBRAL - RESSECCAO COM SUBSTITUICAO COM OU SEM INSTRUMENTACAO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 918,00	2	5
30715393	HERNIA DE DISCO CERVICAL - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 648,00	2	5
30715407	FRATURA DE COLUNA COM GESSO - TRATAMENTO CONSERVADOR	R\$ 46,40		
30715423	RADICULOTOMIA	R\$ 540,00	1	5
30717019	ARTRODESE AO NIVEL DO OMBRO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 378,00	2	3
30717027	ARTROPLASTIA ESCAPULO UMERAL COM IMPLANTE - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 810,00	2	4
30717035	ARTROTOMIA GLENOUMERAL - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 299,35	1	2
30717043	BIOPSIA CIRURGICA DA CINTURA ESCAPULAR	R\$ 162,00	1	1

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30717051	DEFORMIDADE (DOENÇA) SPRENGEL - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 341,46	2	5
30717060	DESARTICULACAO AO NIVEL DO OMBRO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 651,53	2	3
30717078	ESCAPULA EM RESSALTO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 241,25	1	2
30717086	FRATURA DE CINTURA ESCAPULAR - TRATAMENTO CONSERVADOR	R\$ 38,98		
30717094	FRATURAS E/OU LUXACOES E/OU AVULSOES - REDUCAO INCRUENTA - EM ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL E CINTURA ESCAPULAR	R\$ 135,00		
30717108	FRATURAS E/OU LUXACOES E/OU AVULSOES - TRATAMENTO CIRURGICO - EM ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL E CINTURA ESCAPULAR	R\$ 270,00	1	2
30717116	LUXACOES CRONICAS INVETERADAS E RECIDIVANTES - TRATAMENTO CIRURGICO - EM ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL E CINTURA ESCAPULAR	R\$ 432,00	2	3
30717124	OSTEOMIELITE AO NIVEL DA CINTURA ESCAPULAR - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 222,69	2	3
30717132	PSEUDARTROSES E/OU OSTEOTOMIAS DA CINTURA ESCAPULAR - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 610,44		3
30717140	RESSECCAO PARCIAL OU TOTAL DE CLAVICULA - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 216,00	1	2
30717159	REVISAO CIRURGICA DE PROTESE DE OMBRO	R\$ 1.068,27	2	5
30717167	TRANSFERENCIAS MUSCULARES AO NIVEL DO OMBRO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 456,61	1	2
30717175	FRATURA DE CLAVICULA OU ESCAPULA - TRATAMENTO CONSERVADOR	R\$ 46,40		
30718015	AMPUTACAO AO NIVEL DO BRACO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 378,00	2	3
30718023	BIOPSIA CIRURGICA DO UMERO	R\$ 162,00		1
30718031	FIXADOR EXTERNO DINAMICO COM OU SEM ALONGAMENTO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 356,31	2	4
30718040	FRATURA (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISARIO) - REDUCAO INCRUENTA	R\$ 135,00		1
30718058	FRATURA (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISARIO) - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 378,00	2	2
30718066	FRATURA DE UMERO - TRATAMENTO CONSERVADOR	R\$ 108,00		
30718074	FRATURAS E PSEUDARTROSES - FIXADOR EXTERNO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 241,25	2	4
30718082	OSTEOMIELITE DE UMERO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 378,00	2	2
30718090	PSEUDARTROSES, OSTEOTOMIAS, ALONGAMENTOS/ENCURTAMENTOS - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 594,97	2	3
30718104	OSTEOMIELITE DE UMERO - TRATAMENTO INCRUENTO	R\$ 122,48	1	3

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30719011	ARTRODESE - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 378,00	2	3
30719020	ARTROPLASTIA COM IMPLANTE - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 810,00	2	4
30719038	ARTROPLASTIAS SEM IMPLANTE - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 185,58	1	3
30719046	ARTROTOMIA DE COTOVELO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 162,00	1	1
30719054	BIOPSIA CIRURGICA DE COTOVELO	R\$ 189,00	1	2
30719062	DESARTICULACAO AO NIVEL DO COTOVELO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 378,00	2	3
30719070	FRATURA DE COTOVELO - TRATAMENTO CONSERVADOR	R\$ 29,70		
30719089	FRATURAS / PSEUDARTROSES / ARTROSES / COM FIXADOR EXTERNO DINAMICO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 241,25	2	4
30719097	FRATURAS E OU LUXACOES - REDUCAO INCRUENTA	R\$ 162,00		1
30719100	FRATURAS E OU LUXACOES - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 456,61	1	2
30719119	LESOES LIGAMENTARES - REDUCAO INCRUENTA	R\$ 64,03		2
30719127	TENDINITES, SINOVITES E ARTRITES - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 270,00	2	2
30719135	ARTRODIASTASE - TRATAMENTO CIRURGICO COM FIXADOR EXTERNO	R\$ 315,48	1	3
30720010	ABAIXAMENTO MIOTENDINOSO NO ANTEBRACO	R\$ 446,09	1	3
30720028	ALONGAMENTO DOS OSSOS DO ANTEBRACO COM FIXADOR EXTERNO DINAMICO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 315,48	2	4
30720036	AMPUTACAO AO NIVEL DO ANTEBRACO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 571,58	2	2
30720044	BIOPSIA CIRURGICA DO ANTEBRACO	R\$ 135,00	1	1
30720052	CONTRATURA ISQUEMICA DE VOLKMANN - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 594,00	2	4
30720060	CORRECAO DE DEFORMIDADE ADQUIRIDA DE ANTEBRACO COM FIXADOR EXTERNO	R\$ 185,58	2	4
30720079	ENCURTAMENTO SEGMENTAR DOS OSSOS DO ANTEBRACO COM OSTEOSSINTESE - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 351,00	2	2
30720087	FRATURA DO ANTEBRACO - TRATAMENTO CONSERVADOR	R\$ 29,70		
30720095	FRATURA E/OU LUXACOES (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISARIO COTOVELO-PUNHO) - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 324,00	2	2
30720109	FRATURA E/OU LUXACOES (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISARIO) - REDUCAO INCRUENTA	R\$ 162,00		1
30720117	FRATURA VICIOSAMENTE CONSOLIDADA DE ANTEBRACO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 518,87	2	3
30720125	OSTEOMIELITE DOS OSSOS DO ANTEBRACO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 324,00	2	2
30720133	PSEUDARTROSES E OU OSTEOTOMIAS - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 640,97	2	4

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30720141	RESSECCAO DA CABECA DO RADIO E/ OU DA EXTREMIDADE DISTAL ULNA - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 216,00	1	2
30720150	RESSECCAO DO PROCESSO ESTILOIDE DO RADIO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 135,00	1	1
30720168	SINOSTOSE RADIO-ULNAR - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 185,58	1	2
30720176	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS COM FIXADOR EXTERNO - ANTEBRACO	R\$ 185,58	1	4
30721016	AGENESIA DE RADIO (CENTRALIZACAO DA ULNA NO CARPO)	R\$ 540,00	2	4
30721024	ALONGAMENTO DO RADIO/ULNA - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 540,00	2	3
30721032	ARTRODESE ENTRE OS OSSOS DO CARPO	R\$ 297,00	1	3
30721040	ARTRODESE - FIXADOR EXTERNO	R\$ 297,00	1	3
30721059	ARTRODESE RADIO-CARPICA OU DO PUNHO	R\$ 508,31	1	3
30721067	ARTROPLASTIA DO PUNHO (COM IMPLANTE) - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 810,00	2	5
30721075	ARTROPLASTIA PARA OSSOS DO CARPO (COM IMPLANTE) - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 648,00	1	3
30721083	ARTROTOMIA - TRATAMENTO CIRURGICO - PUNHO	R\$ 189,00	1	2
30721091	BIOPSIA CIRURGICA DE PUNHO	R\$ 210,60	1	1
30721105	COTO DE AMPUTACAO PUNHO E ANTEBRACO - REVISAO	R\$ 145,80	1	1
30721113	DESARTICULACAO DO PUNHO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 270,00	1	2
30721121	ENCURTAMENTO RADIO/ULNAR	R\$ 324,00	2	2
30721130	FRATURA DE PUNHO - TRATAMENTO CONSERVADOR	R\$ 29,70		
30721148	FRATURA DE OSSO DO CARPO - REDUCAO CIRURGICA	R\$ 212,28	1	2
30721156	FRATURA DO CARPO - REDUCAO INCRUENTA	R\$ 162,00	1	1
30721164	FRATURAS - FIXADOR EXTERNO	R\$ 185,58	1	3
30721172	FRATURAS DO CARPO - TRATAMENTO CONSERVADOR	R\$ 46,40		
30721180	FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - REDUCAO INCRUENTA	R\$ 162,00		2
30721199	FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 189,00	1	2
30721202	LUXACAO DO CARPO - REDUCAO INCRUENTA	R\$ 108,00	1	1
30721210	PSEUDARTROSES - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 429,66	1	3
30721229	RESSECCAO DE OSSO DO CARPO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 201,92	1	1

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30721237	REPARACAO LIGAMENTAR DO CARPO	R\$ 378,00	1	3
30721245	SINOVECTOMIA DE PUNHO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 216,00	1	2
30721253	TRANSPOSICAO DO RADIO PARA ULNA	R\$ 459,00	2	3
30722012	ABCESSO DE MAO E DEDOS - TENOSSINOVITES / ESPACOS PALMARES / DORSAIS E COMISSURAS - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 162,00	1	1
30722039	ABCESSOS DE DEDO (DRENAGEM) - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 135,00	1	1
30722047	ALONGAMENTO/TRANSPORTE OSSEO COM FIXADOR EXTERNO	R\$ 148,46	2	3
30722055	ALONGAMENTOS TENDINOSOS DE MAO	R\$ 162,00	1	2
30722063	AMPUTACAO AO NIVEL DOS METACARPIANOS - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 189,00	1	2
30722071	AMPUTACAO DE DEDO (CADA) - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 135,00	1	1
30722080	AMPUTACAO TRANSMETACARPIANA	R\$ 162,00	1	2
30722098	AMPUTACAO TRANSMETACARPIANA COM TRANSPOSICAO DE DEDO	R\$ 432,00	1	4
30722101	APONEVROSE PALMAR (RESSECCAO) - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 378,00	1	3
30722110	ARTRODESE INTERFALANGEANA / METACARPOFALANGEANA - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 151,20	1	1
30722128	ARTROPLASTIA COM IMPLANTE NA MAO (MF E IF) MULTIPLA	R\$ 540,00	1	4
30722136	ARTROPLASTIA COM IMPLANTE NA MAO (MF OU IF)	R\$ 324,00	1	3
30722144	ARTROPLASTIA INTERFALANGEANA / METACARPOFALANGEANA - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 324,00	1	3
30722152	ARTROTOMIA AO NIVEL DA MAO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 108,00	1	3
30722160	BIOPSIA CIRURGICA DOS OSSOS DA MAO	R\$ 135,00	1	1
30722179	BRIDAS CONGENITAS - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 270,00	1	3
30722209	CAPSULECTOMIAS MULTIPLAS MF OU IF	R\$ 162,00	1	1
30722217	CAPSULECTOMIAS UNICA MF E IF	R\$ 135,00	1	1
30722225	CENTRALIZACAO DA ULNA (TRATAMENTO DA MAO TORTA RADIAL)	R\$ 540,00	2	4
30722233	CONTRATURA ISQUEMICA DE MAO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 459,00	2	3
30722241	COTO DE AMPUTACAO DIGITAL - REVISAO	R\$ 91,80	1	1
30722250	DEDO COLO DE CISNE - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 270,00	2	2
30722268	DEDO EM BOTOEIRA - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 270,00	2	2

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30722276	DEDO EM GATILHO, CAPSULOTOMIA / FASCIOTOMIA - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 108,00	1	1
30722284	DEDO EM MARTELO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 189,00	1	2
30722292	DEDO EM MARTELO - TRATAMENTO CONSERVADOR	R\$ 81,66		
30722306	ENXERTO OSSEO (PERDA DE SUBSTANCIA) - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 432,00	2	3
30722314	EXPLORACAO CIRURGICA DE TENDAO DE MAO	R\$ 108,00	1	1
30722322	FALANGIZACAO	R\$ 297,00	1	3
30722330	FIXADOR EXTERNO EM CIRURGIA DA MAO	R\$ 137,33	1	2
30722349	FRATURA DE FALANGES - TRATAMENTO CONSERVADOR	R\$ 54,00		
30722357	FRATURA DE BENNETT - REDUCAO INCRUENTA	R\$ 135,00	1	
30722365	FRATURA DE BENNETT - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 135,00	1	2
30722373	FRATURA DE OSSO DA MAO - TRATAMENTO CONSERVADOR	R\$ 29,70		
30722381	FRATURA DE METACARPIANO - TRATAMENTO CONSERVADOR	R\$ 64,80		
30722390	FRATURA/ARTRODESE COM FIXADOR EXTERNO	R\$ 92,79	1	3
30722403	FRATURAS DE FALANGES OU METACARPIANOS - REDUCAO INCRUENTA	R\$ 81,00		
30722411	FRATURAS DE FALANGES OU METACARPIANOS - TRATAMENTO CIRURGICO COM FIXACAO	R\$ 162,00	1	1
30722420	FRATURAS E/OU LUXACOES DE FALANGES (INTERFALANGEANAS) - REDUCAO INCRUENTA	R\$ 81,00		
30722438	FRATURAS E/OU LUXACOES DE FALANGES (INTERFALANGEANAS) - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 162,00		1
30722446	FRATURAS E/OU LUXACOES DE METACARPIANOS - REDUCAO INCRUENTA	R\$ 135,00	1	3
30722454	GIGANTISMO AO NIVEL DA MAO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 486,00	2	3
30722462	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS DA MAO - REPARACAO CIRURGICA	R\$ 258,27	1	1
30722470	LESOES LIGAMENTARES CRONICAS DA MAO - REPARACAO CIRURGICA	R\$ 216,00	1	2
30722489	LIGAMENTOPLASTIA COM ANCORA	R\$ 186,36	1	4
30722497	LUXACAO METACARPOFALANGEANA - REDUCAO INCRUENTA	R\$ 135,00		1
30722500	LUXACAO METACARPOFALANGEANA - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 291,51	1	1
30722519	OSTEOMIELITE AO NIVEL DA MAO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 162,00	1	1
30722527	OSTEOSSINTESE DE FRATURA DE FALANGE E METACARPEANA COM FIXACAO EXTERNA	R\$ 243,00	1	2

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30722535	OSTEOSSINTESE DE FRATURA DE FALANGE E METACARPEANA COM USO DE MINIPARAFUSO	R\$ 159,60	1	3
30722543	PERDA DE SUBSTANCIA DA MAO (REPARACAO) - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 162,00	1	1
30722551	PLASTICA UNGUEAL	R\$ 54,00		
30722560	POLICIZACAO OU TRANSFERENCIA DIGITAL	R\$ 648,00	2	5
30722578	POLIDACTILIA ARTICULADA - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 243,00	1	2
30722586	POLIDACTILIA NAO ARTICULADA - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 54,00		1
30722594	PROTESE (IMPLANTE) PARA OSSOS DO CARPO	R\$ 486,00	2	3
30722608	PSEUDARTROSE COM PERDA DE SUBSTANCIAS DE METACARPIANO E FALANGES	R\$ 378,00	2	3
30722616	PSEUDARTROSE DO ESCAFOIDE - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 270,00	1	3
30722624	PSEUDARTROSE DOS OSSOS DA MAO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 324,00	1	3
30722632	RECONSTRUCAO DA FALANGE COM RETALHO HOMODIGITAL	R\$ 735,13	1	3
30722640	RECONSTRUCAO DE LEITO UNGUEAL	R\$ 159,60	1	1
30722659	RECONSTRUCAO DO POLEGAR COM RETALHO ILHADO OSTEOCUTANEO ANTEBRAQUIAL	R\$ 702,00	1	4
30722667	REIMPLANTE DE DOIS DEDOS DA MAO	R\$ 1.080,00	3	6
30722675	REIMPLANTE DO MEMBRO SUPERIOR NIVEL TRANSMETACARPIANO ATE O TERCO DISTAL DO ANTEBRACO	R\$ 1.350,00	3	6
30722683	REIMPLANTE DO POLEGAR	R\$ 1.080,00	3	6
30722691	REPARACOES CUTANEAS COM RETALHO ILHADO ANTEBRAQUIAL INVERTIDO	R\$ 513,00	1	4
30722705	RESSECCAO 1ª FILEIRA DOS OSSOS DO CARPO	R\$ 189,00	1	1
30722713	RESSECCAO DE CISTO SINOVIAL	R\$ 135,00	1	1
30722721	RETRACAO CICATRICAL DE MAIS DE UM DEDO, SEM COMPROMETIMENTO TENDINOSO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 297,00	1	2
30722730	RETRACAO CICATRICAL DE UM DEDO SEM COMPROMETIMENTO TENDINOSO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 162,00	1	2
30722748	RETRACAO CICATRICAL DOS DEDOS COM LESAO TENDINEA - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 324,00	1	3
30722756	REVASCLARIZACAO DO POLEGAR OU OUTRO DEDO	R\$ 702,00	3	6
30722764	ROTURAS DO APARELHO EXTENSOR DE DEDO - REDUCAO INCRUENTA	R\$ 81,00		1
30722772	ROTURAS TENDINO-LIGAMENTARES DA MAO (MAIS QUE 1) - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 162,00	1	1
30722780	SEQUESTRECTOMIAS	R\$ 162,00	1	2

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30722799	SINDACTILIA DE 2 DIGITOS - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 297,00	2	3
30722802	SINDACTILIA MULTIPLA - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 575,22	2	4
30722810	SINOVECTOMIA DA MAO (1 ARTICULACAO)	R\$ 153,90	1	1
30722829	SINOVECTOMIA DA MAO (MULTIPLAS)	R\$ 324,00	1	3
30722845	TRANSPOSICAO DE DEDO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 702,00	2	4
30722853	TRATAMENTO CIRURGICO DA POLIDACTILIA MULTIPLA E/OU COMPLEXA	R\$ 243,00	1	2
30722861	TRATAMENTO CIRURGICO DA SINDACTILIA MULTIPLA COM EMPREGO DE EXPANSOR - POR ESTAGIO	R\$ 513,00	1	5
30722870	TRATAMENTO DA DOENCA DE KIEMBUCK COM TRANSPLANTE VASCULARIZADO	R\$ 159,60	2	5
30722888	TRATAMENTO DA PSEUDOARTROSE DO ESCAFOIDE COM TRANSPLANTE OSSEO VASCULARIZADO E FIXACAO COM MICRO PARAFUSO	R\$ 519,61	2	5
30722900	ROTURAS DO APARELHO EXTENSOR DE DEDO - TRATAMENTO CONSERVADOR	R\$ 46,40		
30722918	ROTURA DO APARELHO EXTENSOR DO DEDO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 137,33	2	4
30723019	BIOPSIA CIRURGICA DE CINTURA PELVICA	R\$ 162,00	1	1
30723027	DESARTICULACAO INTERILIO ABDOMINAL - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 648,00	2	4
30723035	FRATURA DA CINTURA PELVICA - TRATAMENTO CONSERVADOR	R\$ 29,70		
30723043	FRATURA/LUXACAO COM FIXADOR EXTERNO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 341,46	2	4
30723051	FRATURAS E/OU LUXACOES DO ANEL PELVICO (COM UMA OU MAIS ABORDAGENS) - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 486,21	2	5
30723060	FRATURAS E/OU LUXACOES DO ANEL PELVICO - REDUCAO INCRUENTA	R\$ 162,00		
30723078	OSTEOMIELITE AO NIVEL DA PELVE - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 484,95	1	3
30723086	OSTEOTOMIAS / ARTRODESES - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 651,53	2	3
30723094	FRATURA DE PELVE SEM APARELHO PELVE-PODALICO - TRATAMENTO CONSERVADOR	R\$ 46,40		
30723108	FRATURA E/OU LUXACAO DE ANEL PELVICO - TRATAMENTO CONSERVADOR	R\$ 46,40		
30723116	FRATURA OU DISJUNCAO AO NIVEL DA PELVE - TRATAMENTO CONSERVADOR COM GESSO	R\$ 46,40		
30723124	FRATURA OU DISJUNCAO AO NIVEL DA PELVE - TRATAMENTO CONSERVADOR SEM GESSO	R\$ 46,40		
30724015	ARTRITE SEPTICA - TRATAMENTO CIRURGICO - ARTICULACAO COXO-FEMORAL	R\$ 388,57	2	4
30724023	ARTRODESE / FRATURA DE ACETABULO (LIGAMENTOTAXIA) COM FIXADOR EXTERNO	R\$ 702,00	2	4

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30724031	ARTRODESE COXO-FEMORAL EM GERAL - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 702,00	2	5
30724040	ARTRODIASTASE DE QUADRIL	R\$ 315,48	1	5
30724058	ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 1.188,00	3	6
30724066	ARTROPLASTIA DE QUADRIL INFECTADA (RETIRADA DOS COMPONENTES) - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 441,67	2	4
30724074	ARTROPLASTIA DE RESSECCAO DO QUADRIL (GIRDLESTONE) - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 378,58	2	4
30724082	ARTROPLASTIA PARCIAL DO QUADRIL (TIPO THOMPSON OU QUALQUER TECNICA) - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 648,00	2	5
30724090	ARTROTOMIA DE QUADRIL INFECTADA (INCISAO E DRENAGEM DE ARTRITE SEPTICA) SEM RETIRADA DE COMPONENTE - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 315,48	1	3
30724104	ARTROTOMIA COXO-FEMORAL - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 216,00	2	2
30724112	BIOPSIA CIRURGICA COXO-FEMORAL	R\$ 268,60	1	2
30724120	DESARTICULACAO COXO-FEMORAL - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 648,00	2	4
30724139	EPIFISIODESE COM ABAIXAMENTO DO GRANDE TROCANTER - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 315,48	1	3
30724147	EPIFISIOLISTESE PROXIMAL DE FEMUR (FIXACAO "IN SITU") - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 341,46	1	3
30724155	FRATURA DE ACETABULO (COM UMA OU MAIS ABORDAGENS) - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 1.009,57	2	4
30724163	FRATURA DE ACETABULO - REDUCAO INCRUENTA	R\$ 301,41	1	2
30724171	FRATURA E/OU LUXACAO E/OU AVULSAO COXO-FEMORAL - REDUCAO INCRUENTA	R\$ 270,00	1	2
30724180	FRATURA E/OU LUXACAO E/OU AVULSAO COXO-FEMORAL - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 702,00	2	4
30724198	LUXACAO CONGENITA DE QUADRIL (REDUCAO CIRURGICA E OSTEOTOMIA) - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 864,00	2	5
30724201	LUXACAO CONGENITA DE QUADRIL (REDUCAO CIRURGICA SIMPLES) - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 540,00	2	4
30724210	LUXACAO CONGENITA DE QUADRIL (REDUCAO INCRUENTA COM OU SEM TENOTOMIA DE ADUTORES)	R\$ 378,00	1	2
30724228	OSTEOTOMIA - FIXADOR EXTERNO	R\$ 315,48	2	5
30724236	OSTEOTOMIAS AO NIVEL DO COLO OU REGIAO TROCANTERIANA (SUGIOKA, MARTIN, BOMBELLI ETC) - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 404,56	2	5
30724244	OSTEOTOMIAS SUPRA-ACETABULARES (CHIARI, PEMBERTON, "DIAL", ETC) - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 378,58	2	5
30724252	PUNCAO-BIOPSIA COXO-FEMORAL-ARTROCENTESE	R\$ 92,79	1	1
30724260	RECONSTRUCAO DE QUADRIL COM FIXADOR EXTERNO	R\$ 315,48	2	6

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30724279	REVISAO DE ARTROPLASTIAS DE QUADRIL COM RETIRADA DE COMPONENTES E IMPLANTE DE PROTESE	R\$ 1.188,00	3	6
30724287	TRATAMENTO DE NECROSE AVASCULAR POR FORAGEM DE ESTAQUEAMENTO ASSOCIADA A NECROSE MICROCIRURGICA DA CABECA FEMORAL - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 486,00		4
30725011	ALONGAMENTO / TRANSPORTE OSSEO / PSEUDOARTROSE COM FIXADOR EXTERNO - COXA/FEMUR	R\$ 356,31	2	5
30725020	ALONGAMENTO DE FEMUR - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 648,00	2	4
30725038	AMPUTACAO AO NIVEL DA COXA - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 405,00	2	3
30725046	BIOPSIA CIRURGICA DE FEMUR	R\$ 216,00	1	1
30725054	CORRECAO DE DEFORMIDADE ADQUIRIDA DE FEMUR COM FIXADOR EXTERNO	R\$ 356,31	2	4
30725062	DESCOLAMENTO EPIFISARIO (TRAUMATICO OU NAO) - REDUCAO INCRUENTA	R\$ 64,03	1	1
30725070	DESCOLAMENTO EPIFISARIO (TRAUMATICO OU NAO) - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 404,56	2	4
30725089	ENCURTAMENTO DE FEMUR - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 405,00	2	3
30725097	EPIFISIODESE (POR SEGMENTO) - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 297,19	1	2
30725100	FRATURA DE FEMUR - TRATAMENTO CONSERVADOR COM GESSO	R\$ 64,03		
30725119	FRATURAS DE FEMUR - REDUCAO INCRUENTA	R\$ 270,00	1	2
30725127	FRATURAS DE FEMUR - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 648,00	2	5
30725135	FRATURAS, PSEUDARTROSES, CORRECAO DE DEFORMIDADES E ALONGAMENTOS COM FIXADOR EXTERNO DINAMICO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 356,31	2	4
30725143	OSTEOMIELITE DE FEMUR - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 492,94	2	4
30725151	PSEUDARTROSES E/OU OSTEOTOMIAS - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 781,83	2	4
30725160	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS COM FIXADOR EXTERNO - COXA/FEMUR	R\$ 341,46	2	4
30725178	FEMUR - DESCOLAMENTO EPIFISARIO DE EXTREMIDADES SUPERIOR - TRATAMENTO CONSERVADOR COM GESSO	R\$ 46,40		
30725186	FEMUR - DESCOLAMENTO EPIFISARIO DE EXTREMIDADES SUPERIOR - TRATAMENTO CONSERVADOR SEM GESSO	R\$ 46,40		
30725194	FRATURA DE EXTREMIDADE SUPERIOR DO FEMUR OU CAVIDADE COTILOIDE - TRATAMENTO CONSERVADOR COM GESSO	R\$ 46,40		
30725208	NECROSE ASSEPTICA DA CABECA FEMORAL - TRATAMENTO CONSERVADOR	R\$ 46,40		
30726018	ARTRITE SEPTICA - TRATAMENTO CIRURGICO - JOELHO	R\$ 388,57	1	2
30726026	ARTRODESE DE JOELHO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 637,67	2	4

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30726034	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 972,00	3	5
30726042	ARTROTOMIA - TRATAMENTO CIRURGICO - JOELHO	R\$ 396,79	1	2
30726050	BIOPSIA CIRURGICA DE JOELHO	R\$ 162,00	1	1
30726069	DESARTICULACAO DE JOELHO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 432,00	2	3
30726077	EPIFISITES E TENDINITES - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 341,46	1	3
30726085	FRATURA DE JOELHO - TRATAMENTO CONSERVADOR	R\$ 46,40		
30726093	FRATURA E/OU LUXACAO DE PATELA (INCLUSIVE OSTEOCONDRA) - REDUCAO INCRUENTA	R\$ 64,03	1	1
30726107	FRATURA E/OU LUXACAO DE PATELA - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 429,66	1	3
30726115	FRATURAS E/OU LUXACOES AO NIVEL DO JOELHO - REDUCAO INCRUENTA	R\$ 270,00	1	1
30726123	FRATURAS E/OU LUXACOES AO NIVEL DO JOELHO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 575,22	2	3
30726131	LESAO AGUDA DE LIGAMENTO COLATERAL, ASSOCIADA A LIGAMENTO CRUZADO E MENISCO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 540,00	2	3
30726140	LESOES AGUDAS E/OU LUXACOES DE MENISCOS (1 OU AMBOS) - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 270,00	1	3
30726158	LESOES COMPLEXAS DE JOELHO (FRATURA COM LESAO LIGAMENTAR E MENISCAL) - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 756,00	2	5
30726166	LESOES INTRINSECAS DE JOELHO (LESOES CONDRAIS, OSTEOCONDRITE DISSECANTE, PLICA PATOLOGICA, CORPOS LIVRES, ARTROFITOSE) - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 243,00	1	2
30726174	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS - TRATAMENTO INCRUENTO	R\$ 135,00		
30726182	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 353,35	1	3
30726190	LESOES LIGAMENTARES PERIFERICAS CRONICAS - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 482,25	2	3
30726204	LIBERACAO LATERAL E FACECTOMIAS - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 341,46	1	4
30726212	MENISCORRAFIA - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 270,00	1	3
30726220	OSTEOTOMIAS AO NIVEL DO JOELHO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 356,31	2	3
30726239	REALINHAMENTOS DO APARELHO EXTENSOR - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 259,81	1	3
30726247	RECONSTRUCOES LIGAMENTARES DO PIVOT CENTRAL - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 404,56	2	4
30726255	REVISOES DE ARTROPLASTIA TOTAL - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 579,09	2	6
30726263	REVISOES DE REALINHAMENTOS DO APARELHO EXTENSOR - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 404,56	2	3
30726271	REVISOES DE RECONSTRUCOES INTRA-ARTICULARES - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 404,56	2	3

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30726280	TOALETE CIRURGICA - CORRECAO DE JOELHO FLEXO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 270,00	1	2
30726301	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACOES / ARTRODESE / CONTRATURAS COM FIXADOR EXTERNO	R\$ 437,19	2	4
30726310	BOLSA PRE-PATELAR - RESSECCAO	R\$ 92,79	1	1
30727014	ALONGAMENTO / TRANSPORTE OSSEO / PSEUDOARTROSE COM FIXADOR EXTERNO - PERNA	R\$ 315,48	2	5
30727022	ALONGAMENTO COM FIXADOR DINAMICO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 341,46	2	4
30727030	ALONGAMENTO DOS OSSOS DA PERNA - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 702,00	2	4
30727049	AMPUTACAO DE PERNA - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 405,00	2	3
30727057	BIOPSIA CIRURGICA DE TIBIA OU FIBULA	R\$ 162,00	1	1
30727065	CORRECAO DE DEFORMIDADE ADQUIRIDA DE TIBIA COM FIXADOR EXTERNO	R\$ 341,46	2	4
30727073	CORRECAO DE DEFORMIDADES CONGENITAS NA PERNA COM FIXADOR EXTERNO	R\$ 378,58	2	4
30727081	ENCURTAMENTO DOS OSSOS DA PERNA - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 432,00	2	3
30727090	EPIFISIODESE DE TIBIA/FIBULA - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 216,00	1	2
30727103	FRATURA DE OSSO DA PERNA - TRATAMENTO CONSERVADOR	R\$ 38,98		
30727111	FRATURAS DE FIBULA (INCLUI O DESCOLAMENTO EPIFISARIO) - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 459,00	2	4
30727120	FRATURAS DE FIBULA (INCLUI DESCOLAMENTO EPIFISARIO) - REDUCAO INCRUENTA	R\$ 64,03	1	3
30727138	FRATURAS DE TIBIA ASSOCIADA OU NAO A FIBULA (INCLUI DESCOLAMENTO EPIFISARIO) - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 459,00	2	4
30727146	FRATURAS DE TIBIA E FIBULA (INCLUI DESCOLAMENTO EPIFISARIO) - REDUCAO INCRUENTA	R\$ 135,00		
30727154	OSTEOMIELITE DOS OSSOS DA PERNA - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 432,00	2	2
30727162	OSTEOTOMIAS E/OU PSEUDARTROSES - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 432,00	2	3
30727170	TRANSPOSICAO DE FIBULA/TIBIA - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 842,97	2	4
30727189	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS DE TIBIA COM FIXADOR EXTERNO	R\$ 185,58	2	4
30727197	FRATURA DE DOIS OSSOS DA PERNA - TRATAMENTO CONSERVADOR	R\$ 46,40		
30728010	AMPUTACAO AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 324,00	2	2
30728029	ARTRITE OU OSTEOARTRITE - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 185,58	1	2
30728037	ARTRODESE (COM OU SEM ALONGAMENTO SIMULTANEO) COM FIXADOR EXTERNO	R\$ 378,58	2	4
30728045	ARTRODESE AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 645,42	2	3

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30728053	ARTROPLASTIA DE TORNOZELO (COM IMPLANTE) - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 864,00	3	5
30728061	ARTRORRISE DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 216,00	1	2
30728070	ARTROTOMIA DE TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 162,00	1	1
30728088	BIOPSIA CIRURGICA DO TORNOZELO	R\$ 199,32	1	1
30728096	FRATURA DE TORNOZELO - TRATAMENTO CONSERVADOR	R\$ 29,70		
30728100	FRATURAS / PSEUDARTROSES / ARTROSES AO NIVEL DO TORNOZELO COM FIXADOR EXTERNO DINAMICO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 356,31	2	4
30728118	FRATURAS E/OU LUXACOES AO NIVEL DO TORNOZELO - REDUCAO INCRUENTA	R\$ 189,00	1	1
30728126	FRATURAS E/OU LUXACOES AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 405,00	2	3
30728134	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO INCRUENTO	R\$ 64,03	1	1
30728142	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 216,00	1	2
30728150	LESOES LIGAMENTARES CRONICAS AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 489,60	1	3
30728169	OSTEOCONDRITE DE TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 259,81	1	3
30728177	PSEUDARTROSES OU OSTEOTOMIAS AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 356,31	2	3
30729017	AMPUTACAO AO NIVEL DO PE - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 329,64	1	2
30729025	AMPUTACAO/DESARTICULACAO DE PODODACTILOS (POR SEGMENTO) - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 135,00	1	1
30729033	ARTRITE OU OSTEOARTRITE DOS OSSOS DO PE (INCLUI OSTEOMIELITE) - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 189,00	1	2
30729041	ARTRODESE DE TARSO E/OU MEDIO PE - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 380,16	2	2
30729050	ARTRODESE METATARSO - FALANGICA OU INTERFALANGICA - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 247,35	1	2
30729068	BIOPSIA CIRURGICA DOS OSSOS DO PE	R\$ 135,00	1	1
30729084	CORRECAO DE DEFORMIDADES DO PE COM FIXADOR EXTERNO DINAMICO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 185,58	1	4
30729092	CORRECAO DE PE TORTO CONGENITO COM FIXADOR EXTERNO	R\$ 185,58	2	3
30729106	DEFORMIDADE DOS DEDOS - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 189,00	1	2
30729114	EXERESE UNGUEAL	R\$ 60,90		
30729122	FASCIOTOMIA OU RESSECCAO DE FASCIA PLANTAR - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 135,00	1	1
30729130	FRATURA DE OSSO DO PE - TRATAMENTO CONSERVADOR	R\$ 66,13		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30729149	FRATURA E/OU LUXACOES DO PE (EXCETO ANTEPE) - REDUCAO INCRUENTA	R\$ 135,00		1
30729157	FRATURA E/OU LUXACOES DO PE (EXCETO ANTEPE) - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 189,00	1	1
30729165	FRATURAS E/OU LUXACOES DO ANTEPE - REDUCAO INCRUENTA	R\$ 135,00		1
30729173	FRATURAS E/OU LUXACOES DO ANTEPE - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 189,00	1	1
30729181	HALLUX VALGUS (UM PE) - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 270,00	1	2
30729190	OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DO TARSO E MEDIO PE - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 324,00	2	3
30729203	OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 324,00	2	3
30729211	OSTEOTOMIAS / FRATURAS COM FIXADOR EXTERNO	R\$ 216,00	1	2
30729220	PE PLANO/PE CAVO/COALISAO TARSAL - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 549,40	2	4
30729238	PE TORTO CONGENITO (UM PE) - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 575,22	2	4
30729246	RESSECCAO DE OSSO DO PE - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 266,46	1	1
30729254	RETRACAO CICATRICAL DOS DEDOS	R\$ 297,00	1	2
30729262	ROTURA DO TENDAO DE AQUILES - TRATAMENTO INCRUENTO	R\$ 46,40	1	1
30729270	ROTURA DO TENDAO DE AQUILES - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 186,36	1	2
30729289	TRATAMENTO CIRURGICO DA SINDACTILIA COMPLEXA E /OU MULTIPLA	R\$ 432,00	2	3
30729297	TRATAMENTO CIRURGICO DA SINDACTILIA SIMPLES	R\$ 297,00	1	3
30729300	TRATAMENTO CIRURGICO DE GIGANTISMO	R\$ 486,00	1	3
30729319	TRATAMENTO CIRURGICO DE LINFEDEMA AO NIVEL DO PE	R\$ 404,56	2	3
30729327	TRATAMENTO CIRURGICO DE POLIDACTILIA MULTIPLA E/OU COMPLEXA	R\$ 216,00	1	2
30729335	TRATAMENTO CIRURGICO DE POLIDACTILIA SIMPLES	R\$ 150,27		1
30729343	TRATAMENTO CIRURGICO DO MAL PERFURANTE PLANTAR	R\$ 189,00	1	1
30730015	ALONGAMENTO	R\$ 189,00	1	2
30730023	BIOPSIA DE MUSCULO	R\$ 135,00	1	1
30730031	DESBRIDAMENTO CIRURGICO DE FERIDAS OU EXTREMIDADES	R\$ 135,00		1
30730040	DESINSERCAO OU MIOTOMIA	R\$ 171,69	1	1
30730058	DISSECCAO MUSCULAR	R\$ 189,00	1	1

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30730066	DRENAGEM CIRURGICA DO PSOAS	R\$ 189,00	1	2
30730074	FASCIOTOMIA	R\$ 137,33	1	2
30730082	FASCIOTOMIA - POR COMPARTIMENTO	R\$ 135,00	1	1
30730090	FASCIOTOMIAS (DESCOMPRESSIVAS)	R\$ 270,00	1	3
30730104	FASCIOTOMIAS ACIMA DO PUNHO	R\$ 270,00		3
30730112	MIORRAFIAS	R\$ 162,00		1
30730155	TRANSPOSICAO MUSCULAR	R\$ 216,00	1	2
30730163	LESAO LIGAMENTAR AGUDA - TRATAMENTO CONSERVADOR	R\$ 46,40		
30730171	LESOES MUSCULO TENDINOSAS - TRATAMENTO INCRUENTO	R\$ 92,79		
30731011	ABERTURA DE BAINHA TENDINOSA - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 117,40	1	1
30731020	BIOPSIAS CIRURGICAS DE TENDOES, BURSAS E SINOVIAS	R\$ 108,00	1	1
30731038	BURSECTOMIA - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 135,00	1	1
30731046	CISTO SINOVIAL - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 162,00	1	1
30731054	ENCURTAMENTO DE TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 225,98	1	2
30731062	SINOVECTOMIA - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 351,00	1	3
30731070	TENOARTROPLASTIA PARA OSSOS DO CARPO	R\$ 432,00	1	3
30731089	TENODESE	R\$ 270,00	1	2
30731097	TENOLISE NO TUNEL OSTEOFIBROSO	R\$ 378,00	1	3
30731100	TENOLISE/TENDONESE - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 189,00	1	2
30731119	TENOPLASTIA / ENXERTO DE TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 297,00	2	3
30731127	TENOPLASTIA DE TENDAO EM OUTRAS REGIOES	R\$ 297,00	1	4
30731135	TENORRAFIA MULTIPLA EM OUTRAS REGIOES	R\$ 297,00	1	3
30731143	TENORRAFIA NO TUNEL OSTEOFIBROSO - MAIS DE 2 DIGITOS	R\$ 540,00	1	3
30731151	TENORRAFIA NO TUNEL OSTEOFIBROSO ATE 2 DIGITOS	R\$ 378,00	1	2
30731160	TENORRAFIA UNICA EM OUTRAS REGIOES	R\$ 162,00	1	2
30731178	TENOSSINOVECTOMIA DE MAO OU PUNHO	R\$ 162,00	1	2

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30731186	TENOSSINOVITES ESTENOSANTES - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 97,20	1	1
30731194	TENOSSINOVITES INFECCIOSAS - DRENAGEM	R\$ 135,00	1	1
30731208	TENOTOMIA	R\$ 135,00	1	1
30731216	TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 432,00	2	4
30731224	TRANSPOSICAO UNICA DE TENDAO	R\$ 216,00	1	2
30731232	TUMORES DE TENDAO OU SINOVIAL - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 216,00	1	1
30731240	ALONGAMENTO DE TENDOS - TRATAMENTO CRUENTO	R\$ 189,00	1	2
30731259	ROTURA DE TENDAO DE AQUILES - TRATAMENTO CONSERVADOR	R\$ 46,40		
30732018	CURETAGEM OU RESSECCAO EM BLOCO DE TUMOR COM RECONSTRUCAO E ENXERTO VASCULARIZADO	R\$ 664,36	3	5
30732026	ENXERTO OSSEO	R\$ 325,29	2	2
30732034	RESSECCAO DA LESAO COM CIMENTACAO E OSTEOSINTESE	R\$ 345,18	2	5
30732085	TUMOR OSSEO (RESSECCAO COM SUBSTITUICAO)	R\$ 972,00	3	5
30732093	TUMOR OSSEO (RESSECCAO E ARTRODESE)	R\$ 378,58	2	4
30732107	TUMOR OSSEO (RESSECCAO E CIMENTO)	R\$ 378,58	2	4
30732115	TUMOR OSSEO (RESSECCAO E ENXERTO)	R\$ 702,00	2	4
30732123	TUMOR OSSEO (RESSECCAO SEGMENTAR)	R\$ 341,46	1	3
30732131	TUMOR OSSEO (RESSECCAO SIMPLES)	R\$ 319,31	1	2
30733014	SINOVECTOMIA TOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOELHO	R\$ 351,00	1	3
30733022	SINOVECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOELHO	R\$ 378,00	2	3
30733030	CONDROPLASTIA (COM REMOCAO DE CORPOS LIVRES) - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOELHO	R\$ 378,00	1	2
30733049	OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA # - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOELHO	R\$ 378,00	2	3
30733057	MENISCECTOMIA - UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOELHO	R\$ 378,00	2	3
30733065	REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOELHO	R\$ 378,00	2	3
30733073	RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR OU POSTERIOR # - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOELHO	R\$ 378,00	2	3

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30733081	FRATURA COM REDUCAO E/OU ESTABILIZACAO DA SUPERFICIE ARTICULAR - UM COMPARTIMENTO # - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOELHO	R\$ 801,61	1	5
30733090	TRATAMENTO CIRURGICO DA ARTROFIBROSE # - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOELHO	R\$ 404,96	2	3
30733103	INSTABILIDADE FEMORO-PATELAR, RELEASE LATERAL DA PATELA, RETENCIONAMENTO, REFORCO OU RECONSTRUCAO DO LIGAMENTO PATELO-FEMORAL MEDIAL # - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOELHO	R\$ 1.495,08	2	3
30734010	SINOVECTOMIA TOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE TORNOZELO	R\$ 1.026,34	1	5
30734029	SINOVECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE TORNOZELO	R\$ 693,98	1	4
30734037	CONDROPLASTIA (COM REMOCAO DE CORPOS LIVRES) - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE TORNOZELO	R\$ 693,98	1	4
30734045	OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E OU PLASTIA (ENXERTIA) # - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE TORNOZELO	R\$ 1.031,09	1	6
30734053	RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE TORNOZELO	R\$ 986,51	1	6
30734061	FRATURAS - REDUCAO E ESTABILIZACAO DE CADA SUPERFICIE - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE TORNOZELO	R\$ 801,61	1	5
30735017	SINOVECTOMIA TOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO	R\$ 892,47	1	5
30735025	SINOVECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO	R\$ 822,58	1	4
30735033	ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO	R\$ 232,04	1	2
30735041	LESAO LABRAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO	R\$ 1.263,08	1	6
30735050	LUXACAO GLENO-UMERAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO	R\$ 986,51	1	6
30735068	RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO	R\$ 217,18	1	2
30735076	INSTABILIDADE MULTIDIRECIONAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO	R\$ 986,51	1	6
30735084	RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO	R\$ 807,07	1	2
30735092	TENOTOMIA DA PORCAO LONGA DO BICEPS - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO	R\$ 270,00	1	2
30736013	SINOVECTOMIA TOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE COTOVELO	R\$ 801,61	1	5
30736021	SINOVECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE COTOVELO	R\$ 693,98	1	4
30736030	CONDROPLASTIA (COM REMOCAO DE CORPOS LIVRES) - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE COTOVELO	R\$ 693,98	1	4
30736048	OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA (ENXERTIA) # - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE COTOVELO	R\$ 801,61	1	5

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30736056	RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTO # - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE COTOVELO	R\$ 801,61	1	5
30736064	FRATURAS: REDUCAO E ESTABILIZACAO PARA CADA SUPERFICIE - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE COTOVELO	R\$ 757,07	1	5
30737010	SINOVECTOMIA TOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE PUNHO E TUNEL DO CARPO	R\$ 358,88	1	3
30737028	SINOVECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE PUNHO E TUNEL DO CARPO	R\$ 772,64	1	4
30737036	CONDROPLASTIA (COM REMOCAO DE CORPOS LIVRES) - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE PUNHO E TUNEL DO CARPO	R\$ 693,98	1	4
30737044	OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA (ENXERTIA) - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE PUNHO E TUNEL DO CARPO	R\$ 986,51	1	6
30737052	RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTO OU REPARO DE CARTILAGEM TRIANGULAR # - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE PUNHO E TUNEL DO CARPO	R\$ 801,61	1	5
30737060	FRATURAS - REDUCAO E ESTABILIZACAO DE CADA SUPERFICIE - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE PUNHO E TUNEL DO CARPO	R\$ 801,61	1	5
30737079	TUNEL DO CARPO - DESCOMPRESSAO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE PUNHO E TUNEL DO CARPO	R\$ 375,66	1	2
30738016	SINOVECTOMIA TOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE COXOFEMORAL	R\$ 1.031,09	1	6
30738024	SINOVECTOMIA PARCIAL E/OU REMOCAO DE CORPOS LIVRES - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE COXOFEMORAL	R\$ 801,61	1	5
30738032	DESBRIDAMENTO DO LABRUM OU LIGAMENTO REDONDO COM OU SEM CONDROPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE COXOFEMORAL	R\$ 986,51	1	6
30738040	TRATAMENTO DO IMPACTO FEMORO-ACETABULAR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE COXOFEMORAL	R\$ 302,65	1	4
30738059	CONDROPLASTIA COM SUTURA LABRAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE COXOFEMORAL	R\$ 554,85	1	4
30801010	COLOCACAO DE ORTESE TRAQUEAL, TRAQUEOBRONQUICA OU BRONQUICA, POR VIA ENDOSCOPICA (TUBO DE SILICONE OU METALICO)	R\$ 532,91	1	3
30801028	COLOCACAO DE PROTESE TRAQUEAL OU TRAQUEOBRONQUICA (QUALQUER VIA)	R\$ 1.080,00	2	5
30801036	FECHAMENTO DE FISTULA TRAQUEO-CUTANEA	R\$ 404,56	2	2
30801044	PUNCAO TRAQUEAL	R\$ 108,00		
30801052	RESSECCAO CARINAL (TRAQUEOBRONQUICA)	R\$ 890,76	2	6
30801060	RESSECCAO DE TUMOR TRAQUEAL	R\$ 1.080,00	2	6
30801079	TRAQUEOPLASTIA (QUALQUER VIA)	R\$ 1.098,79	2	5
30801087	TRAQUEORRAFIA (QUALQUER VIA)	R\$ 159,60	1	3

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30801109	TRAQUEOSTOMIA COM COLOCACAO DE ORTESE TRAQUEAL OU TRAQUEOBRONQUICA POR VIA CERVICAL	R\$ 284,22	1	3
30801117	TRAQUEOSTOMIA MEDIASTINAL	R\$ 648,00	2	5
30801133	PLASTIA DE TRAQUEOSTOMA	R\$ 137,33	1	5
30801141	TRAQUEOTOMIA OU FECHAMENTO CIRURGICO	R\$ 111,35	1	3
30801150	TROCA DE PROTESE TRAQUEO-ESOFAGICA	R\$ 92,79	1	4
30801168	RESSECCAO DE TUMOR TRAQUEAL POR VIDEOTORACOSCOPIA	R\$ 1.491,50	2	6
30801176	TRAQUEORRAFIA POR VIDEOTORACOSCOPIA	R\$ 519,54	1	3
30801184	TRAQUEOSTOMIA COM RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	R\$ 404,56	1	3
30802016	BRONCOPLASTIA E/OU ARTERIOPLASTIA	R\$ 810,00	2	6
30802024	BRNCOTOMIA E/OU BRNCORRAFIA	R\$ 664,36	2	4
30802032	COLOCACAO DE MOLDE BRONQUICO POR TORACOTOMIA	R\$ 664,36	2	5
30802040	BRONCOPLASTIA E/OU ARTERIOPLASTIA POR VIDEOTORACOSCOPIA	R\$ 1.491,50	2	6
30802059	BRNCOTOMIA E/OU BRNCORRAFIA POR VIDEOTORACOSCOPIA	R\$ 1.291,08	2	4
30803012	BULECTOMIA UNILATERAL	R\$ 594,00	2	4
30803020	CIRURGIA REDUTORA DO VOLUME PULMONAR UNILATERAL (QUALQUER TECNICA)	R\$ 702,00	2	5
30803039	CISTO PULMONAR CONGENITO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 702,00	2	6
30803047	CORRECAO DE FISTULA BRNCO-PLEURAL (QUALQUER TECNICA)	R\$ 810,00	3	6
30803055	DRENAGEM TUBULAR ABERTA DE CAVIDADE PULMONAR	R\$ 356,31	1	3
30803063	EMBOLECTOMIA PULMONAR	R\$ 783,00	3	6
30803071	LOBECTOMIA POR MALFORMACAO PULMONAR	R\$ 1.052,89	2	5
30803080	LOBECTOMIA PULMONAR	R\$ 940,07	2	4
30803098	METASTASECTOMIA PULMONAR UNILATERAL (QUALQUER TECNICA)	R\$ 627,25	2	5
30803101	PNEUMONECTOMIA	R\$ 702,00	2	5
30803110	PNEUMONECTOMIA DE TOTALIZACAO	R\$ 1.080,00	2	6
30803128	PNEUMORRAFIA	R\$ 594,00	1	4
30803136	PNEUMOSTOMIA (CAVERNOSTOMIA) COM COSTECTOMIA E ESTOMA CUTANEO-CAVITARIO	R\$ 378,00	1	3

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30803144	POSICIONAMENTO DE AGULHAS RADIATIVAS POR TORACOTOMIA (BRAQUITERAPIA)	R\$ 356,31	2	4
30803152	SEGMENTECTOMIA (QUALQUER TECNICA)	R\$ 702,00	2	5
30803160	TROMBOENDARTERECTOMIA PULMONAR	R\$ 1.623,78	2	6
30803179	BULECTOMIA UNILATERAL POR VIDEOTORACOSCOPIA	R\$ 1.291,08	2	5
30803209	DRENAGEM TUBULAR ABERTA DE CAVIDADE PULMONAR POR VIDEOTORACOSCOPIA	R\$ 757,07	1	4
30803217	LOBECTOMIA PULMONAR POR VIDEOTORACOSCOPIA	R\$ 1.527,72	2	6
30803225	METASTASECTOMIA PULMONAR UNILATERAL POR VIDEOTORACOSCOPIA	R\$ 1.086,72	2	6
30803233	SEGMENTECTOMIA POR VIDEOTORACOSCOPIA	R\$ 1.023,62	2	6
30804019	BIOPSIA PERCUTANEA DE PLEURA POR AGULHA	R\$ 123,22		3
30804027	DESCORTICACAO PULMONAR	R\$ 594,00	2	4
30804035	PLEURECTOMIA	R\$ 594,00	1	4
30804043	PLEURODESE (QUALQUER TECNICA)	R\$ 256,39		4
30804051	PLEUROSCOPIA	R\$ 432,00	1	3
30804060	PLEUROSTOMIA (ABERTA)	R\$ 222,69	1	3
30804086	PUNCAO PLEURAL	R\$ 108,00		3
30804094	REPLECAO DE CAVIDADE PLEURAL COM SOLUCAO DE ANTIBIOTICO PARA TRATAMENTO DE EMPIEMA	R\$ 432,00	1	
30804108	RESSECCAO DE TUMOR DA PLEURA LOCALIZADO	R\$ 594,00	1	4
30804116	RETIRADA DE DRENO TUBULAR TORACICO (COLOCADO EM OUTRO SERVICO)	R\$ 81,00		3
30804124	TENDA PLEURAL	R\$ 315,48	1	5
30804132	TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA	R\$ 324,00	1	3
30804140	TRATAMENTO OPERATORIO DA HEMORRAGIA INTRAPLEURAL	R\$ 564,15	2	5
30804159	DESCORTICACAO PULMONAR POR VIDEOTORACOSCOPIA	R\$ 1.091,28	2	6
30804167	PLEURECTOMIA POR VIDEOTORACOSCOPIA	R\$ 923,41	2	5
30804175	PLEURODESE POR VIDEO	R\$ 656,86	1	5
30804183	PLEUROSCOPIA POR VIDEO	R\$ 801,61	1	5
30804191	RESSECCAO DE TUMOR DA PLEURA LOCALIZADO POR VIDEO	R\$ 1.157,24	1	5

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30804205	TENDA PLEURAL POR VIDEO	R\$ 719,96	1	5
30804213	TRATAMENTO OPERATORIO DA HEMORRAGIA INTRAPLEURAL POR VIDEO	R\$ 1.157,24	2	5
30805015	RESSECCAO DE BOCIO INTRATORACICO	R\$ 810,00	2	5
30805023	BIOPSIA DE LINFONODOS PRE-ESCALENICOS OU DO CONFLUENTE VENOSO	R\$ 159,60	1	2
30805031	BIOPSIA DE TUMOR DO MEDIASTINO (QUALQUER VIA)	R\$ 324,00	1	2
30805040	CISTO OU DUPLICACAO BRONQUICA OU ESOFAGICA - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 513,00	2	6
30805074	LIGADURA DE ARTERIAS BRONQUICAS POR TORACOTOMIA PARA CONTROLE DE HEMOPTISE	R\$ 564,15	2	5
30805082	LIGADURA DE DUCTO-TORACICO (QUALQUER VIA)	R\$ 564,15	2	4
30805090	LINFADENECTOMIA MEDIASTINAL	R\$ 839,35	1	4
30805104	MEDIASTINOSCOPIA, VIA CERVICAL	R\$ 610,44	1	3
30805112	MEDIASTINOTOMIA (VIA PARAESTERNAL, TRANSESTERNAL, CERVICAL)	R\$ 563,48	1	4
30805120	MEDIASTINOTOMIA EXTRAPLEURAL POR VIA POSTERIOR	R\$ 710,22	1	5
30805139	PERICARDIOTOMIA COM ABERTURA PLEURO-PERICARDICA (QUALQUER TECNICA)	R\$ 702,00	2	4
30805147	RESSECCAO DE TUMOR DE MEDIASTINO	R\$ 1.171,57	2	6
30805155	TIMECTOMIA (QUALQUER VIA)	R\$ 702,00	2	5
30805163	TRATAMENTO DA MEDIASTINITE (QUALQUER VIA)	R\$ 1.246,88	1	4
30805171	VAGOTOMIA TRONCULAR TERAPEUTICA POR TORACOTOMIA	R\$ 564,15	2	4
30805180	BIOPSIA DE TUMOR DO MEDIASTINO POR VIDEO	R\$ 556,65	1	4
30805198	CISTO OU DUPLICACAO BRONQUICA OU ESOFAGICA - TRATAMENTO CIRURGICO POR VIDEO	R\$ 1.291,08	1	6
30805228	LINFADENECTOMIA MEDIASTINAL POR VIDEO	R\$ 378,00	1	3
30805236	MEDIASTINOSCOPIA, VIA CERVICAL POR VIDEO	R\$ 878,87	1	5
30805244	MEDIASTINOTOMIA EXTRAPLEURAL POR VIA POSTERIOR POR VIDEO	R\$ 986,51	1	5
30805252	PERICARDIOTOMIA COM ABERTURA PLEURO-PERICARDICA POR VIDEO	R\$ 1.157,24	1	6
30805260	RESSECCAO DE TUMOR DE MEDIASTINO POR VIDEO	R\$ 1.497,77	2	7
30805279	TIMECTOMIA POR VIDEO	R\$ 1.291,08	2	6
30805295	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO MEDIASTINO	R\$ 441,67	2	4

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30806011	ABSCESO SUBFRENICO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 486,00	2	4
30806020	EVENTRACAO DIAFRAGMATICA - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 594,00	2	5
30806038	HERNIA DIAFRAGMATICA - TRATAMENTO CIRURGICO (QUALQUER TECNICA)	R\$ 810,00	2	6
30901014	AMPLIACAO (ANEL VALVAR, GRANDES VASOS, ATRIO, VENTRICULO)	R\$ 1.009,57		6
30901022	CANAL ARTERIAL PERSISTENTE - CORRECAO CIRURGICA	R\$ 783,00	2	5
30901030	COARCTACAO DA AORTA - CORRECAO CIRURGICA	R\$ 783,00		5
30901049	CONFECACAO DE BANDAGEM DA ARTERIA PULMONAR	R\$ 810,00		6
30901057	CORRECAO CIRURGICA DA COMUNICACAO INTERATRIAL	R\$ 1.171,57	3	6
30901065	CORRECAO CIRURGICA DA COMUNICACAO INTERVENTRICULAR	R\$ 1.285,44	3	6
30901073	CORRECAO DE CARDIOPATIA CONGENITA + CIRURGIA VALVAR	R\$ 1.317,58	3	7
30901081	CORRECAO DE CARDIOPATIA CONGENITA + REVASCULARIZACAO DO MIOCARDIO	R\$ 1.456,76	3	7
30901090	REDIRECIONAMENTO DO FLUXO SANGUINEO (COM ANASTOMOSE DIRETA, RETALHO, TUBO) - EM DEFEITOS CARDIACOS CONGENITOS	R\$ 2.066,09	3	6
30901103	RESSECCAO (INFUNDIBULO, SEPTO, MEMBRANAS, BANDAS) - EM DEFEITOS CARDIACOS CONGENITOS	R\$ 1.080,00	3	6
30901111	TRANSPOSICOES (VASOS, CAMARAS) - EM DEFEITOS CARDIACOS CONGENITOS	R\$ 1.350,00	3	6
30902010	AMPLIACAO DO ANEL VALVAR	R\$ 1.080,00	3	6
30902029	CIRURGIA MULTIVALVAR	R\$ 1.623,78	3	7
30902037	COMISSUROTOMIA VALVAR	R\$ 1.931,09		6
30902045	PLASTIA VALVAR	R\$ 2.160,00	3	6
30902053	TROCA VALVAR	R\$ 1.342,96	3	6
30903017	ANEURISMECTOMIA DE VE	R\$ 1.350,00		6
30903025	REVASCULARIZACAO DO MIOCARDIO	R\$ 1.080,00	3	6
30903033	REVASCULARIZACAO DO MIOCARDIO + CIRURGIA VALVAR	R\$ 1.623,78	3	7
30903041	VENTRICULECTOMIA PARCIAL - EM CORONARIOPATIAS	R\$ 1.456,76	3	7
30904013	CARDIO-ESTIMULACAO TRANSESOFAGICA (CETE), TERAPEUTICA OU DIAGNOSTICA	R\$ 162,00		
30904021	IMPLANTE DE DESFIBRILADOR INTERNO, PLACAS E ELETRODOS	R\$ 1.292,42	3	3

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30904064	IMPLANTE DE ESTIMULADOR CARDIACO ARTIFICIAL MULTISSITIO	R\$ 827,67	1	3
30904080	INSTALACAO DE MARCA-PASSO EPIMIOCARDIO TEMPORARIO	R\$ 162,00	1	4
30904099	IMPLANTE DE MARCA-PASSO TEMPORARIO A BEIRA DO LEITO	R\$ 135,00		
30904102	RECOLOCACAO DE ELETRODO / GERADOR COM OU SEM TROCA DE UNIDADES	R\$ 432,00		3
30904110	RETIRADA DO SISTEMA (NAO APLICAVEL NA TROCA DO GERADOR)	R\$ 532,91	1	3
30904129	TROCA DE GERADOR	R\$ 432,00	1	3
30904137	IMPLANTE DE MARCA-PASSO MONOCAMERAL (GERADOR + ELETRODO ATRIAL OU VENTRICULAR)	R\$ 459,00	1	3
30904145	IMPLANTE DE MARCA-PASSO BICAMERAL (GERADOR + ELETRODO ATRIAL E VENTRICULAR)	R\$ 347,95	1	3
30904153	REMOCAO DE CABO-ELETRODO DE MARCAPASSO E/OU CARDIO-DEFIBRILADOR IMPLANTAVEL COM AUXILIO DE DILATADOR MECANICO, LASER OU RADIOFREQUENCIA	R\$ 723,67	2	5
30904161	IMPLANTE DE CARDIODEFIBRILADOR MULTISSITIO - TRC-D (GERADOR E ELETRODOS)	R\$ 1.807,83	2	6
30904170	IMPLANTE DE MONITOR DE EVENTOS (LOOPER IMPLANTAVEL)	R\$ 206,61	1	3
30905010	COLOCACAO DE BALAO INTRA-AORTICO	R\$ 513,00		4
30905028	COLOCACAO DE STENT NA AORTA SEM CEC	R\$ 519,61	2	5
30905036	INSTALACAO DO CIRCUITO DE CIRCULACAO EXTRACORPOREA CONVENCIONAL	R\$ 432,00	2	6
30905044	INSTALACAO DO CIRCUITO DE CIRCULACAO EXTRACORPOREA EM CRIANCAS DE BAIXO PESO (10 KG)	R\$ 783,00	2	7
30905052	DERIVACAO CAVO-ATRIAL	R\$ 664,36	2	6
30905060	PERFUSIONISTA - EM PROCEDIMENTOS CARDIACOS	R\$ 432,00		3
30906016	ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL INFRA-RENAL	R\$ 1.350,00	3	6
30906024	ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL SUPRA-RENAL	R\$ 797,97	4	7
30906032	ANEURISMA DE AORTA-TORACICA	R\$ 1.526,09	3	6
30906040	ANEURISMA DE ARTERIAS VISCERAIS	R\$ 1.350,00		6
30906059	ANEURISMA DE AXILAR, FEMORAL, POPLITEA	R\$ 1.068,27	3	5
30906067	ANEURISMA DE CAROTIDA, SUBCLAVIA, ILIACA	R\$ 1.068,27		5
30906075	ANEURISMAS - OUTROS	R\$ 1.068,27		4
30906083	ANEURISMAS TORACICOS OU TORACO-ABDOMINAIS	R\$ 1.350,00	3	7

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30906113	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL TRANSOPERATORIA - POR ARTERIA	R\$ 756,00		4
30906121	ARTERIA HIPOGASTRICA - UNILATERAL - QUALQUER TECNICA	R\$ 918,00		5
30906130	ARTERIA MESENTERICA INFERIOR - QUALQUER TECNICA	R\$ 756,00	3	5
30906148	ARTERIA MESENTERICA SUPERIOR - QUALQUER TECNICA	R\$ 1.080,00		5
30906156	ARTERIA RENAL BILATERAL REVASCULARIZACAO	R\$ 1.350,00	3	6
30906164	CATETERISMO DA ARTERIA RADIAL - PARA PAM	R\$ 81,00		1
30906172	CORRECAO DAS DISSECCOES DA AORTA	R\$ 1.620,00	4	7
30906180	ENDARTERECTOMIA AORTO-ILIACA	R\$ 1.080,00		5
30906199	ENDARTERECTOMIA CAROTIDEA - CADA SEGMENTO ARTERIAL TRATADO	R\$ 1.080,00	3	5
30906202	ENDARTERECTOMIA ILIACO-FEMORAL	R\$ 756,00	3	5
30906210	LIGADURA DE CAROTIDA OU RAMOS	R\$ 537,19		4
30906229	PONTE AORTO-BIFEMORAL	R\$ 1.350,00		6
30906237	PONTE AORTO-BIILIACA	R\$ 1.404,00	3	6
30906245	PONTE AORTO-FEMORAL - UNILATERAL	R\$ 519,61	3	5
30906253	PONTE AORTO-ILIACA - UNILATERAL	R\$ 756,00		5
30906261	PONTE AXILO-BIFEMORAL	R\$ 918,00		6
30906270	PONTE AXILO-FEMORAL	R\$ 756,00		5
30906288	PONTE DISTAL	R\$ 864,00		5
30906296	PONTE FEMORO POPLITEA PROXIMAL	R\$ 756,00		5
30906300	PONTE FEMORO-FEMORAL CRUZADA	R\$ 781,83	2	4
30906318	PONTE FEMORO-FEMORAL IPSILATERAL	R\$ 486,21	3	5
30906326	PONTE SUBCLAVIO BIFEMORAL	R\$ 519,61	3	7
30906334	PONTE SUBCLAVIO FEMORAL	R\$ 519,61	3	6
30906342	PONTES AORTO-CERVICAIS OU ENDARTERECTOMIAS DOS TRONCOS SUPRA-AORTICOS	R\$ 1.350,00		5
30906350	PONTES TRANSCERVICAIS - QUALQUER TIPO	R\$ 1.080,00		5
30906377	PREPARO DE VEIA AUTOLOGA PARA REMENDOS VASCULARES	R\$ 92,79	1	4

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30906385	ARTERIOPLASTIA DA FEMORAL PROFUNDA (PROFUNDOPLASTIA)	R\$ 756,00	2	4
30906393	REOPERACAO DE AORTA ABDOMINAL	R\$ 1.620,00		6
30906407	RETIRADA DE ENXERTO INFECTADO EM POSICAO NAO AORTICA	R\$ 810,00	3	6
30906415	REVASCULARIZACAO AORTO-FEMORAL - UNILATERAL	R\$ 756,00	3	4
30906423	REVASCULARIZACAO ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 1.009,57		4
30906431	TRATAMENTO CIRURGICO DA ISQUEMIA CEREBRAL	R\$ 1.091,18	2	6
30906440	TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME VERTEBRO BASILAR	R\$ 1.080,00	3	5
30906458	TRATAMENTO CIRURGICO DE TUMOR CAROTIDEO	R\$ 648,00		4
30906466	TRONCO CELIACO - QUALQUER TECNICA	R\$ 1.080,00		5
30907012	CIRURGIA DE RESTAURACAO VENOSA COM PONTES EM CAVIDADES	R\$ 809,91	3	5
30907020	CIRURGIA DE RESTAURACAO VENOSA COM PONTES NOS MEMBROS	R\$ 756,00	3	3
30907039	CURA CIRURGICA DA IMPOTENCIA COEUNDI VENOSA	R\$ 702,00	2	5
30907047	CURA CIRURGICA DE HIPERTENSAO PORTAL - QUALQUER TIPO	R\$ 945,00		5
30907071	FULGURACAO DE TELANGIECTASIAS (POR GRUPO)	R\$ 54,00		
30907080	IMPLANTE DE FILTRO DE VEIA CAVA	R\$ 648,00	2	4
30907098	INTERRUPCAO CIRURGICA VEIA CAVA INFERIOR	R\$ 756,00	3	4
30907101	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES COM LIPODERMATOESCLEROSE OU ULCERA (UM MEMBRO)	R\$ 702,00	2	3
30907110	TROMBECTOMIA VENOSA	R\$ 809,91	3	3
30907128	VALVULOPLASTIA OU INTERPOSICAO DE SEGMENTO VALVULADO VENOSO	R\$ 727,46	3	4
30907136	VARIZES - TRATAMENTO CIRURGICO DE DOIS MEMBROS	R\$ 756,00	2	5
30907144	VARIZES - TRATAMENTO CIRURGICO DE UM MEMBRO	R\$ 432,00	1	3
30907152	VARIZES - RESSECCAO DE COLATERAIS COM ANESTESIA LOCAL EM CONSULTORIO / AMBULATORIO	R\$ 432,00		
30908019	FISTULA AORTO-CAVA, RENO-CAVA OU ILIO-ILIACA	R\$ 1.620,00	3	7
30908027	FISTULA ARTERIOVENOSA - COM ENXERTO	R\$ 594,00	2	4
30908035	FISTULA ARTERIOVENOSA CERVICAL OU CEFALICA EXTRACRANIANA	R\$ 1.080,00		6
30908043	FISTULA ARTERIOVENOSA CONGENITA - REINTERVENCAO	R\$ 648,00		4

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30908051	FISTULA ARTERIOVENOSA CONGENITA - CORRECAO CIRURGICA RADICAL	R\$ 1.350,00		7
30908060	FISTULA ARTERIOVENOSA CONGENITA PARA REDUCAO DE FLUXO	R\$ 972,00		6
30908078	FISTULA ARTERIOVENOSA DIRETA	R\$ 270,00		2
30908086	FISTULA ARTERIOVENOSA DOS GRANDES VASOS INTRATORACICOS	R\$ 1.620,00		7
30908094	FISTULA ARTERIOVENOSA DOS MEMBROS	R\$ 758,38		4
30908108	TROMBOEMBOLECTOMIA DE FISTULA ARTERIOVENOSA	R\$ 148,46		2
30909023	HEMODIALISE CONTINUA (12H)	R\$ 122,48		
30909031	HEMODIALISE CRONICA (POR SESSAO)	R\$ 122,09		
30909139	HEMODEPURACAO DE CASOS AGUDOS (SESSAO HEMODIALISE, HEMOFILTRACAO, HEMODIAFILTRACAO ISOLADA, PLASMAFERESE OU HEMOPERFUSAO) - ATE 4 HORAS OU FRACAO	R\$ 163,60		
30909147	HEMODEPURACAO DE CASOS AGUDOS (SESSAO HEMODIALISE, HEMOFILTRACAO, HEMODIAFILTRACAO ISOLADA, PLASMAFERESE OU HEMOPERFUSAO) - ATE 12 HORAS	R\$ 327,56		
30910013	ANEURISMA ROTO OU TROMBOSADO DE AORTA ABDOMINAL ABAIXO DA ARTERIA RENAL	R\$ 1.620,00	4	7
30910030	ANEURISMAS ROTOS OU TROMBOSADOS DE AORTA ABDOMINAL ACIMA DA ARTERIA RENAL	R\$ 890,76	4	7
30910048	ANEURISMAS ROTOS OU TROMBOSADOS DE ARTERIAS VISCERAIS	R\$ 473,83	3	5
30910056	ANEURISMAS ROTOS OU TROMBOSADOS DE AXILAR, FEMORAL, POPLITEA	R\$ 564,15	3	6
30910064	ANEURISMAS ROTOS OU TROMBOSADOS DE CAROTIDA, SUBCLAVIA, ILIACA	R\$ 564,15	3	7
30910072	ANEURISMAS ROTOS OU TROMBOSADOS TORACICOS OU TORACO-ABDOMINAIS	R\$ 1.623,78	4	7
30910080	EMBOLECTOMIA OU TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL	R\$ 594,00	2	4
30910099	EXPLORACAO VASCULAR EM TRAUMAS DE OUTROS SEGMENTOS	R\$ 486,21	3	5
30910102	EXPLORACAO VASCULAR EM TRAUMAS TORACICOS E ABDOMINAIS	R\$ 1.350,00	4	7
30910110	LESOES VASCULARES CERVICAIS E CERVICO-TORACICAS	R\$ 702,00		5
30910129	LESOES VASCULARES DE MEMBRO INFERIOR OU SUPERIOR - UNILATERAL	R\$ 781,83		4
30910137	LESOES VASCULARES INTRA-ABDOMINAIS	R\$ 1.355,87		6
30910145	LESOES VASCULARES TRAUMATICAS INTRATORACICAS	R\$ 1.350,00	4	7
30911028	AVALIACAO FISIOLÓGICA DA GRAVIDADE DE OBSTRUÇÕES (CATETER OU GUIA)	R\$ 165,29	1	4

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30911036	BIOPSIA ENDOMIOCARDICA	R\$ 461,99	1	2
30911044	CATETERISMO CARDIACO D E/OU E COM OU SEM CINECORONARIOGRAFIA / CINEANGIOGRAFIA COM AVALIACAO DE REATIVIDADE VASCULAR PULMONAR OU TESTE DE SOBRECARGA HEMODINAMICA	R\$ 216,00	1	3
30911052	CATETERISMO CARDIACO D E/OU E COM ESTUDO CINEANGIOGRAFICO E DE REVASCULARIZACAO CIRURGICA DO MIOCARDIO	R\$ 675,00	1	4
30911060	CATETERISMO CARDIACO DIREITO COM ESTUDO ANGIOGRAFICO DA ARTERIA PULMONAR	R\$ 432,00	1	3
30911079	CATETERISMO CARDIACO E E/OU D COM CINEANGIOCORONARIOGRAFIA E VENTRICULOGRAFIA	R\$ 513,00	1	3
30911087	CATETERISMO CARDIACO E E/OU D COM CINEANGIOCORONARIOGRAFIA, VENTRICULOGRAFIA E ESTUDO ANGIOGRAFICO DA AORTA E/OU RAMOS TORACO-ABDOMINAIS E/OU MEMBROS	R\$ 675,00	1	3
30911095	CATETERISMO E E ESTUDO CINEANGIOGRAFICO DA AORTA E/OU SEUS RAMOS	R\$ 459,00	1	3
30911109	CATETERIZACAO CARDIACA E POR VIA TRANSEPTAL	R\$ 165,29	1	4
30911125	ESTUDO HEMODINAMICO DAS CARDIOPATIAS CONGENITAS ESTRUTURALMENTE COMPLEXAS (MENOS: CIA, CIV, PCA, CO, AO, ESTENOSE AORTICA E PULMONAR ISOLADAS)	R\$ 508,31		
30911133	ESTUDO HEMODINAMICO DE CARDIOPATIAS CONGENITAS E/OU VALVOPATIAS COM OU SEM CINECORONARIOGRAFIA OU OXIMETRIA	R\$ 578,51	1	4
30911141	ESTUDO ULTRASSONOGRAFICO INTRAVASCULAR	R\$ 513,00	1	3
30911150	MAPEAMENTO DE FEIXES ANOMALOS E FOCOS ECTOPICOS POR ELETROFISIOLOGIA INTRACAVITARIA, COM PROVAS	R\$ 567,00	1	4
30911176	MAPEAMENTO ELETROFISIOLOGICO CARDIACO CONVENCIONAL	R\$ 148,46	1	3
30912016	ABLACAO DE CIRCUITO ARRITMOGENICO POR CATETER DE RADIOFREQUENCIA	R\$ 872,82	2	4
30912024	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL DA AORTA OU RAMOS OU DA ARTERIA PULMONAR E RAMOS (POR VASO)	R\$ 702,00	2	4
30912032	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA DE MULTIPLOS VASOS, COM IMPLANTE DE STENT	R\$ 810,00	2	3
30912040	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA POR BALAO (1 VASO)	R\$ 702,00	2	3
30912059	ATRIOSSEPTOSTOMIA POR BALAO	R\$ 432,00	1	4
30912067	ATRIOSSEPTOSTOMIA POR LAMINA	R\$ 564,15	1	5
30912075	EMBOLOTERAPIA	R\$ 783,00	2	5
30912083	COLOCACAO DE CATETER INTRACAVITARIO PARA MONITORIZACAO HEMODINAMICA	R\$ 135,00	1	3
30912091	IMPLANTE DE PROTESE INTRAVASCULAR NA AORTA/PULMONAR OU RAMOS COM OU SEM ANGIOPLASTIA	R\$ 576,87	2	4

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30912105	IMPLANTE DE STENT CORONARIO COM OU SEM ANGIOPLASTIA POR BALAO CONCOMITANTE (1 VASO)	R\$ 810,00	2	4
30912113	INFUSAO SELETIVA INTRAVASCULAR DE ENZIMAS TROMBOLITICAS	R\$ 441,72		
30912121	OCLUSAO PERCUTANEA DE "SHUNTS" INTRACARDIACOS	R\$ 1.171,57	1	3
30912130	OCLUSAO PERCUTANEA DE FISTULA E/OU CONEXOES SISTEMICO PULMONARES	R\$ 521,64		
30912148	OCLUSAO PERCUTANEA DO CANAL ARTERIAL	R\$ 909,79	2	4
30912156	PUNCAO SACO PERICARDICO COM INTRODUCAO DE CATETER MULTIPOLAR NO ESPACO PERICARDICO	R\$ 148,46	2	5
30912164	PUNCAO TRANSEPTAL COM INTRODUCAO DE CATETER MULTIPOLAR NAS CAMARAS ESQUERDAS E/OU VEIAS PULMONARES	R\$ 159,60	2	5
30912180	RECANALIZACAO ARTERIAL NO IAM - ANGIOPLASTIA PRIMARIA - COM IMPLANTE DE STENT COM OU SEM SUPORTE CIRCULATORIO (BALAO INTRA-ORTICO)	R\$ 1.091,18	2	6
30912199	RECANALIZACAO MECANICA DO IAM (ANGIOPLASTIA PRIMARIA COM BALAO)	R\$ 1.009,57	2	4
30912210	RETIRADA PERCUTANEA DE CORPOS ESTRANHOS VASCULARES	R\$ 702,54		
30912237	TRATAMENTO PERCUTANEO DO ANEURISMA/DISSECCAO DA AORTA	R\$ 1.620,00		7
30912245	VALVOPLASTIA PERCUTANEA POR VIA ARTERIAL OU VENOSA	R\$ 702,00	2	3
30912253	VALVOPLASTIA PERCUTANEA POR VIA TRANSEPTAL	R\$ 729,00	2	3
30912261	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA DE BIFURCACAO E DE TRONCO COM IMPLANTE DE STENT	R\$ 1.432,18	2	3
30912288	PROCEDIMENTO TERAPEUTICO NAS CARDIOPATIAS CONGENITAS, EXCETO ATRIOSSEPTOSTOMIA	R\$ 148,46	1	4
30913012	IMPLANTE DE CATETER VENOSO CENTRAL POR PUNCAO, PARA NPP, QT, HEMODEPURACAO OU PARA INFUSAO DE SOROS/DROGAS	R\$ 216,00	1	3
30913020	INSTALACAO DE CATETER PARA MONITORIZACAO HEMODINAMICA A BEIRA DO LEITO (SWAN-GANZ)	R\$ 162,00		
30913047	INSTALACAO DE CIRCUITO PARA ASSISTENCIA MECANICA CIRCULATORIA PROLONGADA (TORACOTOMIA)	R\$ 783,00	2	5
30913055	MANUTENCAO DE CIRCUITO PARA ASSISTENCIA MECANICA CIRCULATORIA PROLONGADA - PERIODO DE 6 HORAS	R\$ 270,00		
30913071	DISSECCAO DE VASO UMBILICAL COM COLOCACAO DE CATETER	R\$ 46,40		
30913080	DISSECCAO DE VEIA EM RN OU LACTENTE	R\$ 92,79	1	
30913098	DISSECCAO DE VEIA COM COLOCACAO CATETER VENOSO	R\$ 97,20	1	1
30913101	IMPLANTE CIRURGICO DE CATETER DE LONGA PERMANENCIA PARA NPP, QT OU PARA HEMODEPURACAO	R\$ 442,80	2	3
30913128	RETIRADA CIRURGICA DE CATETER DE LONGA PERMANENCIA PARA NPP, QT OU PARA HEMODEPURACAO	R\$ 177,12		3

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30913144	CONFECCAO DE FISTULA AV PARA HEMODIALISE	R\$ 165,29	1	2
30913152	RETIRADA/DESATIVACAO DE FISTULA AV PARA HEMODIALISE	R\$ 540,00	2	3
30914019	ANASTOMOSE LINFOVENOSA	R\$ 648,00		4
30914027	DOENCA DE HODGKIN - ESTADIAMENTO CIRURGICO	R\$ 432,00	1	4
30914043	LINFADENECTOMIA INGUINAL OU ILIACA	R\$ 698,34	2	4
30914051	LINFADENECTOMIA CERVICAL	R\$ 698,34	2	4
30914060	LINFADENECTOMIA PELVICA	R\$ 783,00	2	4
30914078	LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL	R\$ 1.080,00	2	6
30914086	LINFANGIOPLASTIA	R\$ 594,00	2	4
30914094	LINFEDEMA - RESSECCAO TOTAL	R\$ 756,00		5
30914108	LINFEDEMA GENITAL - RESSECCAO	R\$ 648,00		4
30914116	MARSUPIALIZACAO DE LINFOCELE	R\$ 378,58	1	4
30914124	PUNCAO BIOPSIA GANGLIONAR	R\$ 14,85		
30914132	LINFEDEMA - RESSECCAO PARCIAL	R\$ 486,00		4
30914140	LINFADENECTOMIA PELVICA LAPAROSCOPICA	R\$ 1.464,38	1	5
30914159	LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL LAPAROSCOPICA	R\$ 1.377,03	1	7
30914167	MARSUPIALIZACAO LAPAROSCOPICA DE LINFOCELE	R\$ 980,43	1	5
30915015	CORRECAO CIRURGICA DAS ARRITMIAS	R\$ 1.080,00	3	5
30915023	DRENAGEM DO PERICARDIO	R\$ 432,00	2	4
30915031	PERICARDIOCENTESE	R\$ 135,00		
30915040	PERICARDIOTOMIA / PERICARDIECTOMIA	R\$ 702,00	2	4
30915058	DRENAGEM DO PERICARDIO POR VIDEO	R\$ 575,21	1	4
30915066	PERICARDIOTOMIA / PERICARDIECTOMIA POR VIDEO	R\$ 878,87	1	5
30916011	HIPOTERMIA PROFUNDA COM OU SEM PARADA CIRCULATORIA TOTAL	R\$ 814,17	2	6
30917018	BIOPSIA DO MIOCARDIO	R\$ 549,40		5
30917034	CARDIOTOMIA (FERIMENTO, CORPO ESTRANHO, EXPLORACAO)	R\$ 810,00		4

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
30917042	RETIRADA DE TUMORES INTRACARDIACOS	R\$ 1.198,82	3	6
30918014	ESTUDO ELETROFISIOLOGICO CARDIACO COM OU SEM SENSIBILIZACAO FARMACOLOGICA	R\$ 316,81	1	3
30918022	MAPEAMENTO DE GATILHOS OU SUBSTRATOS ARRITMOGENICOS POR TECNICA ELETROFISIOLOGICA COM OU SEM PROVAS FARMACOLOGICAS	R\$ 488,25	1	3
30918030	MAPEAMENTO ELETROANATOMICO TRIDIMENSIONAL	R\$ 519,61	1	3
30918081	ABLACAO PERCUTANEA POR CATETER PARA TRATAMENTO DE ARRITMIAS CARDIACAS COMPLEXAS (FIBRILACAO ATRIAL, TAQUICARDIA VENTRICULAR COM MODIFICACAO DE CICATRIZ, TAQUICARDIAS ATRIAIS MACRORRETRANTES COM MODIFICACAO DE CICATRIZ), POR ENERGIA DE RADIOFREQUENCIA OU CRIOABLACAO	R\$ 1.317,58	2	7
31001017	ATRESIA DE ESOFAGO COM FISTULA TRAQUEAL - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 783,00	2	6
31001025	ATRESIA DE ESOFAGO SEM FISTULA (DUPLA ESTOMIA) - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 513,00	2	4
31001033	AUTOTRANSPLANTE COM MICROCIRURGIA	R\$ 1.350,00	2	7
31001041	ESOFAGECTOMIA DISTAL COM TORACOTOMIA	R\$ 1.080,00	2	6
31001050	ESOFAGECTOMIA DISTAL SEM TORACOTOMIA	R\$ 1.080,00	2	6
31001068	ESOFAGOPLASTIA (COLOPLASTIA)	R\$ 1.091,18	2	5
31001076	ESOFAGOPLASTIA (GASTROPLASTIA)	R\$ 890,76	2	5
31001084	ESTENOSE DE ESOFAGO - TRATAMENTO CIRURGICO VIA TORACICA	R\$ 810,00	3	6
31001092	FARINGO-LARINGO-ESOFAGECTOMIA TOTAL COM OU SEM TORACOTOMIA	R\$ 890,76	2	7
31001106	FISTULA TRAQUEO ESOFAGICA - TRATAMENTO CIRURGICO VIA CERVICAL	R\$ 519,61	2	5
31001114	FISTULA TRAQUEO ESOFAGICA - TRATAMENTO CIRURGICO VIA TORACICA	R\$ 564,15	2	6
31001149	REINTERVENCAO SOBRE A TRANSICAO ESOFAGO GASTRICA	R\$ 519,61	2	6
31001157	RESSECCAO DO ESOFAGO CERVICAL E/OU TORACICO E TRANSPLANTE COM MICROCIRURGIA	R\$ 1.728,00	3	6
31001165	SUBSTITUICAO ESOFAGICA - COLON OU TUBO GASTRICO	R\$ 810,00	2	6
31001173	TRATAMENTO CIRURGICO DAS VARIZES ESOFAGICAS	R\$ 810,00	2	5
31001181	TRATAMENTO CIRURGICO CONSERVADOR DO MEGAESOFAGO	R\$ 710,22	2	5
31001190	TUNELIZACAO ESOFAGICA	R\$ 540,00	1	3
31001203	ESOFAGORRAFIA CERVICAL	R\$ 432,00	2	3

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
31001211	ESOFAGORRAFIA TORACICA	R\$ 648,00	2	5
31001220	ESOFAGOSTOMIA	R\$ 378,00	1	2
31001238	TRATAMENTO CIRURGICO DO DIVERTICULO ESOFAGICO	R\$ 519,61	2	4
31001246	TRATAMENTO CIRURGICO DO DIVERTICULO FARINGOESOFAGICO	R\$ 519,61	2	4
31001254	ESOFAGECTOMIA SUBTOTAL COM LINFADENECTOMIA COM OU SEM TORACOTOMIA	R\$ 827,67	2	7
31001262	REFLUXO GASTROESOFAGICO - TRATAMENTO CIRURGICO (HERNIA DE HIATO)	R\$ 648,00	2	4
31001270	RECONSTRUCAO DO ESOFAGO CERVICAL E TORACICO COM TRANSPLANTE SEGMENTAR DE INTESTINO	R\$ 1.623,78	2	7
31001289	RECONSTRUCAO DO ESOFAGO CERVICAL OU TORACICO, COM TRANSPLANTE DE INTESTINO	R\$ 1.623,78	2	7
31001297	DISSECCAO DO ESOFAGO TORACICO (QUALQUER TECNICA)	R\$ 519,61	2	6
31001319	REINTERVENCAO SOBRE A TRANSICAO ESOFAGO GASTRICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 1.332,88	2	7
31001335	TRATAMENTO CIRURGICO CONSERVADOR DO MEGAESOFAGO POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 1.194,11	2	6
31001343	ESOFAGORRAFIA TORACICA POR VIDEOTORACOSCOPIA	R\$ 1.257,20	2	5
31001360	REFLUXO GASTROESOFAGICO - TRATAMENTO CIRURGICO (HERNIA DE HIATO) POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 714,00	2	4
31002013	COLOCACAO DE BANDA GASTRICA	R\$ 441,67	2	5
31002021	CONVERSAO DE ANASTOMOSE GASTROJEJUNAL (QUALQUER TECNICA)	R\$ 756,00	2	4
31002030	DEGASTROGASTRECTOMIA COM VAGOTOMIA	R\$ 909,79	2	4
31002048	DEGASTROGASTRECTOMIA SEM VAGOTOMIA	R\$ 404,56	2	6
31002056	GASTROSTOMIA CONFECCAO / FECHAMENTO	R\$ 324,00	1	3
31002064	GASTRECTOMIA PARCIAL COM LINFADENECTOMIA	R\$ 918,00	2	4
31002072	GASTRECTOMIA PARCIAL COM VAGOTOMIA	R\$ 702,00	2	4
31002080	GASTRECTOMIA PARCIAL SEM VAGOTOMIA	R\$ 702,00	2	4
31002099	GASTRECTOMIA POLAR SUPERIOR COM RECONSTRUCAO JEJUNAL COM TORACOTOMIA	R\$ 664,36	2	6
31002102	GASTRECTOMIA POLAR SUPERIOR COM RECONSTRUCAO JEJUNAL SEM TORACOTOMIA	R\$ 564,15	2	6
31002110	GASTRECTOMIA TOTAL COM LINFADENECTOMIA	R\$ 739,66	2	6
31002129	GASTRECTOMIA TOTAL VIA ABDOMINAL	R\$ 1.291,31	2	5
31002137	GASTROENTEROANASTOMOSE	R\$ 648,00	1	3

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
31002145	GASTRORRAFIA	R\$ 324,00	1	3
31002153	GASTROTOMIA COM SUTURA DE VARIZES	R\$ 783,00	2	4
31002161	GASTROTOMIA PARA RETIRADA DE CE OU LESAO ISOLADA	R\$ 216,00	1	4
31002170	GASTROTOMIA PARA QUALQUER FINALIDADE	R\$ 324,00	1	3
31002188	MEMBRANA ANTRAL - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 432,00	2	4
31002196	PILOROPLASTIA	R\$ 405,00	1	3
31002218	GASTROPLASTIA PARA OBESIDADE MORBIDA - QUALQUER TECNICA	R\$ 1.009,57	2	4
31002242	TRATAMENTO CIRURGICO DAS VARIZES GASTRICAS	R\$ 648,00	2	5
31002250	VAGOTOMIA COM OPERACAO DE DRENAGEM	R\$ 648,00	2	3
31002269	VAGOTOMIA GASTRICA PROXIMAL OU SUPERSELETIVA COM DUODENOPLASTIA (OPERACAO DE DRENAGEM)	R\$ 356,31	2	5
31002277	VAGOTOMIA SUPERSELETIVA OU VAGOTOMIA GASTRICA PROXIMAL	R\$ 648,00	2	4
31002285	COLOCACAO DE BANDA GASTRICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 1.081,31	2	6
31002307	GASTRECTOMIA PARCIAL COM LINFADENECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 1.496,19	2	6
31002315	GASTRECTOMIA PARCIAL COM VAGOTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 1.018,22	2	6
31002323	GASTRECTOMIA PARCIAL SEM VAGOTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 1.042,94	2	5
31002331	GASTRECTOMIA TOTAL COM LINFADENECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 1.496,19	2	7
31002340	GASTRECTOMIA TOTAL VIA ABDOMINAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 1.433,09	2	7
31002374	PILOROPLASTIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 861,55	2	5
31002390	GASTROPLASTIA PARA OBESIDADE MORBIDA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 2.394,54	2	7
31002412	VAGOTOMIA SUPERSELETIVA OU VAGOTOMIA GASTRICA PROXIMAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 935,89	2	5
31003010	AMPUTACAO ABDOMINO-PERINEAL DO RETO (COMPLETA)	R\$ 1.620,00	2	5
31003028	AMPUTACAO DO RETO POR PROCIDENCIA	R\$ 648,00	2	2
31003036	ANOMALIA ANORRETAL - CORRECAO VIA SAGITAL POSTERIOR	R\$ 972,00	2	5
31003044	ANOMALIA ANORRETAL - TRATAMENTO CIRURGICO VIA ABDOMINO-PERINEAL	R\$ 864,00	3	5
31003052	ANOMALIA ANORRETAL - TRATAMENTO CIRURGICO VIA PERINEAL	R\$ 702,00	2	4
31003060	ANORRETOMIOMECTOMIA	R\$ 216,00	1	2

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
31003079	APENDICECTOMIA	R\$ 432,00	1	3
31003087	APPLE-PEEL - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 729,00	2	3
31003095	ATRESIA DE COLON - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 513,00	2	4
31003109	ATRESIA DE DUODENO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 378,00	1	4
31003117	ATRESIA JEJUNAL DISTAL OU ILEAL - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 378,00	1	4
31003125	ATRESIA JEJUNAL PROXIMAL - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 432,00	1	4
31003133	CIRURGIA DE ABAIXAMENTO (QUALQUER TECNICA)	R\$ 1.350,00	3	6
31003141	CIRURGIA DE ACESSO POSTERIOR	R\$ 810,00	2	6
31003150	CISTO MESENTERICO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 432,00	1	4
31003176	COLECTOMIA PARCIAL SEM COLOSTOMIA	R\$ 486,21	2	5
31003184	COLECTOMIA TOTAL COM ILEO-RETO-ANASTOMOSE	R\$ 1.350,00	2	5
31003192	COLECTOMIA TOTAL COM ILEOSTOMIA	R\$ 968,48	2	5
31003206	COLOCACAO DE SONDA ENTERAL	R\$ 54,00		
31003214	COLOSTOMIA OU ENTEROSTOMIA	R\$ 432,00	1	3
31003230	COLOTOMIA E COLORRAFIA	R\$ 475,20	1	4
31003249	DISTORCAO DE VOLVO POR LAPAROTOMIA	R\$ 432,00	1	3
31003257	DISTORCAO DE VOLVO POR VIA ENDOSCOPICA	R\$ 162,00		
31003265	DIVERTICULO DE MECKEL - EXERESE	R\$ 432,00	1	4
31003273	DUPLICACAO DO TUBO DIGESTIVO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 486,00	2	4
31003281	ENTERECTOMIA SEGMENTAR	R\$ 513,00	2	4
31003290	ENTERO-ANASTOMOSE (QUALQUER SEGMENTO)	R\$ 432,00	2	3
31003303	ENTEROCOLITE NECROTIZANTE - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 648,00	2	5
31003311	ENTEROPEXIA (QUALQUER SEGMENTO)	R\$ 549,40	2	3
31003320	ENTEROTOMIA E/OU ENTERORRAFIA DE QUALQUER SEGMENTO (POR SUTURA OU RESSECCAO)	R\$ 432,00	2	3
31003338	ESPORAO RETAL - RESSECCAO	R\$ 297,00	1	4
31003346	ESVAZIAMENTO PELVICO ANTERIOR OU POSTERIOR - PROCEDIMENTO CIRURGICO	R\$ 1.080,00	2	5

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
31003354	ESVAZIAMENTO PELVICO TOTAL - PROCEDIMENTO CIRURGICO	R\$ 1.350,00	3	6
31003362	FECALOMA - REMOCAO MANUAL	R\$ 135,00		
31003370	FECHAMENTO DE COLOSTOMIA OU ENTEROSTOMIA	R\$ 369,32	1	3
31003389	FIXACAO DO RETO POR VIA ABDOMINAL	R\$ 648,00	1	3
31003397	ILEO MECONIAL - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 513,00	2	4
31003427	INVAGINACAO INTESTINAL - RESSECCAO	R\$ 513,00	2	5
31003435	INVAGINACAO INTESTINAL SEM RESSECCAO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 432,00	1	3
31003451	MA-ROTACAO INTESTINAL - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 378,00	1	4
31003460	MEGACOLON CONGENITO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 702,00	2	5
31003478	MEMBRANA DUODENAL - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 1.068,27	2	4
31003486	PANCREAS ANULAR - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 378,00	1	4
31003494	PERFURACAO DUODENAL OU DELGADO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 594,00	1	4
31003508	PILOROMIOTOMIA	R\$ 297,00	1	3
31003516	PROCIDENCIA DO RETO - REDUCAO MANUAL	R\$ 81,00		
31003524	PROCTOCOLECTOMIA TOTAL	R\$ 1.350,00	2	5
31003532	PROCTOCOLECTOMIA TOTAL COM RESERVATORIO ILEAL	R\$ 1.620,00	3	6
31003540	RESSECCAO TOTAL DE INTESTINO DELGADO	R\$ 651,53	2	4
31003559	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL	R\$ 972,00	2	4
31003567	TUMOR ANORRETAL - RESSECCAO ANORRETAL, TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 162,00	1	1
31003575	AMPUTACAO ABDOMINO-PERINEAL DO RETO (COMPLETA) POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 1.496,19	2	7
31003583	APENDICECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 864,00	2	5
31003591	CIRURGIA DE ABAIXAMENTO POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 1.496,19	2	7
31003605	CISTO MESENTERICO - TRATAMENTO CIRURGICO POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 860,21	2	5
31003613	COLECTOMIA PARCIAL COM COLOSTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 1.433,09	2	7
31003621	COLECTOMIA PARCIAL SEM COLOSTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 810,00	2	4
31003630	COLECTOMIA TOTAL COM ILEO-RETO-ANASTOMOSE POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 1.515,13	2	7

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
31003648	COLECTOMIA TOTAL COM ILEOSTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 1.496,19	2	7
31003656	DISTORCAO DE VOLVO POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 857,95	2	5
31003664	DIVERTICULO DE MECKEL - EXERESE POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 488,25	2	5
31003672	ENTERECTOMIA SEGMENTAR POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 935,89	2	5
31003680	ENTERO-ANASTOMOSE (QUALQUE SEGMENTO) POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 902,49	2	5
31003699	ENTEROPEXIA (QUALQUER SEGMENTO) POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 782,27	2	5
31003702	ESVAZIAMENTO PELVICO ANTERIOR OU POSTERIOR POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 1.584,45	2	6
31003710	ESVAZIAMENTO PELVICO TOTAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 1.912,46	2	7
31003729	FIXACAO DO RETO POR VIA ABDOMINAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 782,27	2	5
31003770	PROCTOCOLECTOMIA TOTAL COM RESERVATORIO ILEAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 2.220,51	2	7
31003788	PROCTOCOLECTOMIA TOTAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 1.847,96	2	7
31003796	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 2.273,78	2	4
31004016	ABSCESSO ANORRETAL - DRENAGEM	R\$ 135,00		3
31004024	ABSCESSO ISQUIO-RETAL - DRENAGEM	R\$ 136,37		2
31004032	CERCLAGEM ANAL	R\$ 135,00		
31004040	CORPO ESTRANHO DO RETO - RETIRADA	R\$ 164,82		
31004059	CRIPTECTOMIA (UNICA OU MULTIPLA)	R\$ 38,98		1
31004067	DILATAAO DIGITAL OU INSTRUMENTAL DO ANUS E/OU DO RETO	R\$ 54,00		3
31004075	ESFINCTEROPLASTIA ANAL (QUALQUER TECNICA)	R\$ 324,00	1	1
31004083	ESTENOSE ANAL - TRATAMENTO CIRURGICO (QUALQUER TECNICA)	R\$ 216,00	1	1
31004091	EXCISAO DE PLICOMA	R\$ 46,42		1
31004105	FISSURECTOMIA COM OU SEM ESFINCTEROTOMIA	R\$ 216,00	1	1
31004113	FISTULA RETO-VAGINAL E FISTULA ANAL EM FERRADURA - TRATAMENTO CIRURGICO VIA PERINEAL	R\$ 324,00	1	1
31004121	FISTULECTOMIA ANAL EM DOIS TEMPOS	R\$ 432,00	1	1
31004130	FISTULECTOMIA ANAL EM FERRADURA	R\$ 315,48	1	2
31004148	FISTULECTOMIA ANAL EM UM TEMPO	R\$ 324,00	1	1

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
31004156	FISTULECTOMIA ANORRETAL COM ABAIXAMENTO MUCOSO	R\$ 315,48	1	1
31004164	FISTULECTOMIA PERINEAL	R\$ 137,33	1	2
31004180	HEMORROIDAS - LIGADURA ELASTICA (POR SESSAO)	R\$ 54,00		
31004199	HEMORROIDAS - TRATAMENTO ESCLEROSANTE (POR SESSAO)	R\$ 63,40		3
31004202	HEMORROIDECTOMIA ABERTA OU FECHADA, COM OU SEM ESFINCTEROTOMIA, SEM GRAMPEADOR	R\$ 324,00	1	3
31004210	LACERACAO ANORRETAL - TRATAMENTO CIRURGICO POR VIA PERINEAL	R\$ 376,88	1	2
31004229	LESAO ANAL - ELETROCAUTERIZACAO	R\$ 108,00		3
31004237	PAPILECTOMIA (UNICA OU MULTIPLA)	R\$ 38,98		1
31004245	POLIPO RETAL - RESSECCAO ENDOANAL	R\$ 81,00	1	2
31004253	PROLAPSO RETAL - ESCLEROSE (POR SESSAO)	R\$ 216,00	1	2
31004261	PROLAPSO RETAL - TRATAMENTO CIRURGICO PERINEAL	R\$ 355,11	1	3
31004270	RECONSTITUICAO DE ESFINCTER ANAL POR PLASTICA MUSCULAR (QUALQUER TECNICA)	R\$ 1.126,96	2	5
31004288	RECONSTRUCAO TOTAL ANOPERINEAL	R\$ 1.009,57	2	5
31004300	TRATAMENTO CIRURGICO DE RETOCELE (COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR)	R\$ 388,57	2	1
31004318	TROMBOSE HEMORROIDARIA - EXERESE	R\$ 81,00		
31004326	PRURIDO ANAL - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 299,35	1	1
31004334	ESFINCTEROTOMIA - ANUS	R\$ 38,98		
31005012	ABSCESSO HEPATICO - DRENAGEM CIRURGICA (ATE 3 FRAGMENTOS)	R\$ 540,00	1	3
31005020	ALCOOLIZACAO PERCUTANEA DIRIGIDA DE TUMOR HEPATICO	R\$ 259,81	1	3
31005039	ANASTOMOSE BILIODIGESTIVA INTRA-HEPATICA	R\$ 1.620,00	3	6
31005047	ATRESIA DE VIAS BILIARES - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 783,00	2	6
31005063	BIOPSIA HEPATICA POR LAPAROTOMIA (ATE 3 FRAGMENTOS)	R\$ 190,08		3
31005071	BIOPSIA HEPATICA TRANSPARIETAL (ATE 3 FRAGMENTOS)	R\$ 135,00		3
31005080	LAPAROTOMIA PARA IMPLANTACAO CIRURGICA DE CATETER ARTERIAL VISCERAL PARA QUIMIOTERAPIA	R\$ 378,00	2	3
31005098	CISTO DE COLEDOCO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 378,58	1	5
31005101	COLECISTECTOMIA COM COLANGIOGRAFIA	R\$ 648,00	2	5

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
31005110	COLECISTECTOMIA COM FISTULA BILIODIGESTIVA	R\$ 756,00	2	4
31005128	COLECISTECTOMIA SEM COLANGIOGRAFIA	R\$ 540,00	2	4
31005136	COLECISTOJEJUNOSTOMIA	R\$ 594,00	2	5
31005144	COLECISTOSTOMIA	R\$ 324,00	1	3
31005152	COLEDOCO OU HEPATICO-JEJUNOSTOMIA (QUALQUER TECNICA)	R\$ 810,00	2	5
31005160	COLEDOCO OU HEPATICOPLASTIA	R\$ 972,00	2	5
31005179	COLEDOCO-DUODENOSTOMIA	R\$ 702,00	2	4
31005187	COLEDOCOTOMIA OU COLEDOCOSTOMIA SEM COLECISTECTOMIA	R\$ 648,00	2	4
31005195	COLEDOCOSCOPIA INTRA-OPERATORIA	R\$ 129,60		4
31005209	DERIVACAO PORTO SISTEMICA	R\$ 1.620,00	3	6
31005217	DESCONEXAO AZIGOS - PORTAL COM ESPLENECTOMIA	R\$ 783,00	2	6
31005225	DESCONEXAO AZIGOS - PORTAL SEM ESPLENECTOMIA	R\$ 702,00	2	5
31005233	DESVASCULARIZACAO HEPATICA	R\$ 540,00	2	3
31005241	DRENAGEM BILIAR TRANS-HEPATICA	R\$ 702,00	2	3
31005250	ENUCLEACAO DE METASTASES HEPATICAS	R\$ 540,00	2	4
31005268	ENUCLEACAO DE METASTASES, POR METASTASE	R\$ 137,33		3
31005276	HEPATORRAFIA	R\$ 540,00	1	4
31005284	HEPATORRAFIA COM LESAO DE ESTRUTURAS VASCULARES BILIARES	R\$ 918,00	2	6
31005292	LOBECTOMIA HEPATICA DIREITA	R\$ 1.188,00	3	5
31005306	LOBECTOMIA HEPATICA ESQUERDA	R\$ 1.188,00	3	6
31005314	PAPILOTOMIA TRANSDUODENAL	R\$ 710,22	2	4
31005322	PUNCAO HEPATICA PARA DRENAGEM DE ABSCESSOS	R\$ 185,58		3
31005330	RADIOABLACAO / TERMOABLACAO DE TUMORES HEPATICOS	R\$ 315,48		3
31005357	RESSECCAO DE CISTO HEPATICO COM HEPATECTOMIA	R\$ 404,56	2	6
31005365	RESSECCAO DE CISTO HEPATICO SEM HEPATECTOMIA	R\$ 702,00	2	5
31005373	RESSECCAO DE TUMOR DE VESICULA OU DA VIA BILIAR COM HEPATECTOMIA	R\$ 1.620,00	3	6

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
31005381	RESSECCAO DE TUMOR DE VESICULA OU DA VIA BILIAR SEM HEPATECTOMIA	R\$ 1.350,00	3	5
31005390	SEGMENTECTOMIA HEPATICA	R\$ 1.009,57	2	5
31005403	SEQUESTRECTOMIA HEPATICA	R\$ 540,00	2	6
31005420	TRATAMENTO CIRURGICO DE ESTENOSE CICATRICIAL DAS VIAS BILIARES	R\$ 1.620,00	3	6
31005438	TRISSEGMENTECTOMIAS	R\$ 1.620,00	3	6
31005446	COLEDOCOTOMIA OU COLEDOCOSTOMIA COM COLECISTECTOMIA	R\$ 651,53	2	4
31005454	ABSCESO HEPATICO - DRENAGEM CIRURGICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 606,38	2	5
31005470	COLECISTECTOMIA COM COLANGIOGRAFIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 648,00	2	5
31005489	COLECISTECTOMIA COM FISTULA BILIODIGESTIVA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 1.181,52	2	6
31005497	COLECISTECTOMIA SEM COLANGIOGRAFIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 612,01	2	4
31005500	COLECISTOJEJUNOSTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 904,75	2	6
31005519	COLECISTOSTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 669,48	2	5
31005527	COLEDOCO OU HEPATICO-JEJUNOSTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 967,84	2	6
31005535	COLEDOCO-DUODENOSTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 967,84	2	6
31005543	COLEDOCOTOMIA OU COLEDOCOSTOMIA COM COLECISTECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 841,27	2	6
31005551	COLEDOCOTOMIA OU COLEDOCOSTOMIA SEM COLECISTECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 807,86	2	6
31005560	DESCONEXAO AZIGOS - PORTAL COM ESPLENECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 1.496,19	2	7
31005586	ENUCLEACAO DE METASTASE HEPATICAS POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 904,75	2	5
31005632	PUNCAO HEPATICA PARA DRENAGEM DE ABCESSOS POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 431,17		5
31005659	RESSECCAO DE CISTO HEPATICO COM HEPATECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 1.081,31	2	7
31005667	RESSECCAO DE CISTO HEPATICO SEM HEPATECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 841,27	2	6
31005675	BIOPSIA HEPATICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 746,47		5
31005683	BIOPSIA HEPATICA POR LAPAROTOMIA (ACIMA DE 3 FRAGMENTOS)	R\$ 315,48		3
31005691	BIOPSIA HEPATICA TRANSPARIETAL (ACIMA DE 3 FRAGMENTOS)	R\$ 148,46		3
31006019	BIOPSIA DE PANCREAS POR LAPAROTOMIA	R\$ 349,75	2	5
31006027	BIOPSIA DE PANCREAS POR PUNCAO DIRIGIDA	R\$ 137,33	1	3

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
31006035	ENUCLEACAO DE TUMORES PANCREATICOS	R\$ 404,56	2	5
31006043	HIPOGLICEMIA - TRATAMENTO CIRURGICO (PANCREATOTOMIA PARCIAL OU TOTAL)	R\$ 810,00	2	6
31006051	PANCREATECTOMIA CORPO CAUDAL COM PRESERVACAO DO BACO	R\$ 540,00	2	3
31006060	PANCREATECTOMIA PARCIAL OU SEQUESTRECTOMIA	R\$ 1.007,22	2	4
31006078	PANCREATO-DUODENECTOMIA COM LINFADENECTOMIA	R\$ 1.620,00	2	6
31006086	PANCREATO-ENTEROSTOMIA	R\$ 810,00	2	3
31006094	PANCREATORRAFIA	R\$ 648,00	2	3
31006108	PSEUDOCISTO PANCREAS - DRENAGEM EXTERNA (QUALQUER TECNICA)	R\$ 405,00	1	3
31006116	PSEUDOCISTO PANCREAS - DRENAGEM INTERNA (QUALQUER TECNICA)	R\$ 594,00	2	4
31006167	ENUCLEACAO DE TUMORES PANCREATICOS POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 904,75	2	6
31006175	PSEUDOCISTO PANCREAS - DRENAGEM EXTERNA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 860,21	2	5
31006183	PSEUDOCISTO PANCREAS - DRENAGEM INTERNA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 1.081,31	2	5
31007015	BIOPSIA ESLENICA	R\$ 135,00		
31007023	ESPLENECTOMIA PARCIAL	R\$ 564,15	2	4
31007031	ESPLENECTOMIA TOTAL	R\$ 810,00	1	3
31007040	ESPLENORRAFIA	R\$ 540,00	1	3
31007058	ESPLENECTOMIA PARCIAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 1.452,03	2	5
31007066	ESPLENECTOMIA TOTAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 977,77	2	5
31008011	DIALISE PERITONEAL INTERMITENTE - AGUDO OU CRONICO (POR SESSAO)	R\$ 162,00		
31008020	DIALISE PERITONEAL AMBULATORIAL CONTINUA (CAPD) 9 DIAS - TREINAMENTO	R\$ 324,00		
31008038	DIALISE PERITONEAL AMBULATORIAL CONTINUA (CAPD) POR MES/PACIENTE	R\$ 1.263,60		
31008054	EPIPLOPLASTIA	R\$ 159,60	2	3
31008062	IMPLANTE DE CATETER PERITONEAL	R\$ 216,00		
31008070	INSTALACAO DE CATETER TENCKHOFF	R\$ 216,00		
31008097	RETIRADA DE CATETER TENCKHOFF	R\$ 216,00		
31009018	ABSCESO PERINEAL - DRENAGEM CIRURGICA	R\$ 297,00	1	2

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
31009026	BIOPSIA DE PAREDE ABDOMINAL	R\$ 140,29		
31009042	CISTO SACRO-COCCIGEO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 297,00	1	1
31009050	DIASTASE DOS RETOS-ABDOMINAIS - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 324,00	1	2
31009069	HERNIORRAFIA ENCARCERADA EM RN OU LACTENTE - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 432,00	1	4
31009077	HERNIORRAFIA COM RESSECCAO INTESTINAL - ESTRANGULADA	R\$ 648,00	1	4
31009085	HERNIORRAFIA CRURAL - UNILATERAL	R\$ 549,40	1	2
31009093	HERNIORRAFIA EPIGASTRICA	R\$ 378,00	1	2
31009107	HERNIORRAFIA INCISIONAL	R\$ 378,00	1	3
31009115	HERNIORRAFIA INGUINAL - UNILATERAL	R\$ 432,00	1	2
31009123	HERNIORRAFIA INGUINAL NO RN OU LACTENTE	R\$ 540,00	1	3
31009131	HERNIORRAFIA LOMBAR	R\$ 432,00	1	3
31009140	HERNIORRAFIA RECIDIVANTE	R\$ 540,00	1	3
31009158	HERNIORRAFIA SEM RESSECCAO INTESTINAL ENCARCERADA	R\$ 432,00	1	3
31009166	HERNIORRAFIA UMBILICAL	R\$ 351,00	1	2
31009174	LAPAROTOMIA EXPLORADORA, OU PARA BIOPSIA, OU PARA DRENAGEM DE ABSCESSO, OU PARA LIBERACAO DE BRIDAS EM VIGENCIA DE OCLUSAO	R\$ 432,00	1	5
31009204	NEUROBLASTOMA ABDOMINAL - EXERESE	R\$ 783,00	2	5
31009220	ONFALOCELE/GASTROSQUISE EM 1 TEMPO OU PRIMEIRO TEMPO OU PROTESE - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 594,00	2	5
31009239	ONFALOCELE/GASTROSQUISE - SEGUNDO TEMPO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 513,00	1	3
31009247	PARACENTESE ABDOMINAL	R\$ 81,00		
31009255	RECONSTRUCAO DA PAREDE ABDOMINAL COM RETALHO MUSCULAR OU MIOCUTANEO	R\$ 1.080,00	2	5
31009263	REPARACAO DE OUTRAS HERNIAS (INCLUI HERNIORRAFIA MUSCULAR)	R\$ 159,60	1	2
31009271	RESSECCAO DE CISTO OU FISTULA DE URACO	R\$ 324,00	1	2
31009280	RESSECCAO DE CISTO OU FISTULA OU RESTOS DO DUCTO ONFALOMESENTERICO	R\$ 324,00	1	2
31009298	RESSUTURA DA PAREDE ABDOMINAL (POR DEISCENCIA TOTAL OU EVISCERACAO)	R\$ 258,27	1	3
31009301	TERATOMA SACRO-COCCIGEO - EXERESE	R\$ 513,00	2	4

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
31009310	HERNIORRAFIA COM RESSECCAO INTESTINAL - ESTRANGULADA - POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 820,83	2	5
31009328	HERNIORRAFIA CRURAL - UNILATERAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 722,20	1	5
31009336	HERNIORRAFIA INGUINAL - UNILATERAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 692,59	1	5
31009344	HERNIORRAFIA RECIDIVANTE POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 942,26	1	5
31009352	LAPAROTOMIA EXPLORADORA, OU PARA BIOPSIA, OU PARA DRENAGEM DE ABSCESSO, OU PARA LIBERACAO DE BRIDAS EM VIGENCIA DE OCLUSAO POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 205,20		5
31009360	HERNIORRAFIA INGUINAL EM CRIANCA - UNILATERAL	R\$ 259,81	1	2
31101011	ABSCESSO RENAL OU PERI-RENAL - DRENAGEM CIRURGICA	R\$ 216,00	1	2
31101020	ABSCESSO RENAL OU PERI-RENAL - DRENAGEM PERCUTANEA	R\$ 299,35	1	2
31101038	ADRENALECTOMIA UNILATERAL	R\$ 973,65	2	6
31101046	ANGIOPLASTIA RENAL UNILATERAL A CEU ABERTO	R\$ 810,00	2	5
31101054	ANGIOPLASTIA RENAL UNILATERAL TRANSLUMINAL	R\$ 810,00	1	4
31101062	AUTOTRANSPLANTE RENAL UNILATERAL	R\$ 1.762,96	2	7
31101070	BIOPSIA RENAL CIRURGICA UNILATERAL	R\$ 439,52	1	2
31101089	CISTO RENAL - ESCLEROTERAPIA PERCUTANEA - POR CISTO	R\$ 108,00	1	
31101097	ENDOPIELOTOMIA PERCUTANEA UNILATERAL	R\$ 959,68	2	5
31101100	ESTENOSE DE JUNCAO PIELOURETERAL - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 610,44	2	3
31101119	FISTULA PIELO-CUTANEA - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 378,00	2	3
31101127	LOMBOTOMIA EXPLORADORA	R\$ 351,00	1	3
31101135	MARSUPIALIZACAO DE CISTOS RENAIIS UNILATERAL	R\$ 335,74	1	3
31101151	NEFRECTOMIA PARCIAL COM URETERECTOMIA	R\$ 1.068,27	2	5
31101160	NEFRECTOMIA PARCIAL UNILATERAL	R\$ 513,00	2	4
31101178	NEFRECTOMIA PARCIAL UNILATERAL EXTRACORPOREA	R\$ 1.350,00	3	4
31101186	NEFRECTOMIA RADICAL UNILATERAL	R\$ 864,00	2	5
31101194	NEFRECTOMIA TOTAL UNILATERAL	R\$ 879,03	2	4
31101208	NEFRO OU PIELOENTEROCISTOSTOMIA UNILATERAL	R\$ 810,00	2	5

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
31101216	NEFROLITOTOMIA ANATROFICA UNILATERAL	R\$ 1.068,27	2	5
31101224	NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA UNILATERAL	R\$ 989,08	2	5
31101232	NEFROLITOTOMIA SIMPLES UNILATERAL	R\$ 540,00	1	4
31101240	NEFROLITOTRIPSIA EXTRACORPOREA - 1ª SESSAO	R\$ 648,00		5
31101259	NEFROLITOTRIPSIA EXTRACORPOREA - REAPLICACOES (ATE 3 MESES)	R\$ 857,99		5
31101275	NEFROLITOTRIPSIA PERCUTANEA (PNEUMATICA OU PNEUMATICO-BALISTICA - MEC; ELETROHIDRAULICA - E.H.; OU ULTRASSOM - U.S.)	R\$ 1.977,32	1	5
31101283	NEFROPEXIA UNILATERAL	R\$ 297,00	1	3
31101291	NEFRORRAFIA (TRAUMA) UNILATERAL	R\$ 513,00	1	4
31101305	NEFROSTOMIA A CEU ABERTO UNILATERAL	R\$ 351,00	1	3
31101313	NEFROSTOMIA PERCUTANEA UNILATERAL	R\$ 523,70		1
31101321	NEFROURETERECTOMIA COM RESSECCAO VESICAL UNILATERAL	R\$ 648,00	2	5
31101330	PIELOTOTOMIA COM NEFROLITOTOMIA ANATROFICA UNILATERAL	R\$ 594,00	2	5
31101348	PIELOTOTOMIA COM NEFROLITOTOMIA SIMPLES UNILATERAL	R\$ 513,00	2	4
31101356	PIELOTOTOMIA UNILATERAL	R\$ 486,00	2	3
31101364	PIELOPLASTIA	R\$ 513,00	2	3
31101372	PIELOTOMIA UNILATERAL	R\$ 297,00	1	3
31101380	PIELOTOMIA EXPLORADORA UNILATERAL	R\$ 432,00	2	3
31101399	PUNCAO ASPIRATIVA RENAL PARA DIAGNOSTICO DE REJEICAO (ATO MEDICO)	R\$ 108,00		
31101402	PUNCAO BIOPSIA RENAL PERCUTANEA	R\$ 123,97		
31101410	REVASCULARIZACAO RENAL - QUALQUER TECNICA	R\$ 702,00	2	5
31101429	SINFISIOTOMIA (RIM EM FERRADURA)	R\$ 432,00	2	4
31101437	TRANSURETERO ANASTOMOSE	R\$ 341,46	2	5
31101445	TRATAMENTO CIRURGICO DA FISTULA PIELO-INTESTINAL	R\$ 432,00	2	4
31101453	TUMOR RENAL - ENUCLEACAO UNILATERAL	R\$ 432,00	2	4
31101461	TUMOR WILMS - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 783,00	2	6

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
31101470	TUMORES RETRO-PERITONEAIS MALIGNOS UNILATERAIS - EXERESE	R\$ 994,78	2	5
31101488	ADRENALECTOMIA LAPAROSCOPICA UNILATERAL	R\$ 1.476,57		
31101518	NEFROPEXIA LAPAROSCOPICA UNILATERAL	R\$ 860,21	2	5
31101526	PIELOPLASTIA LAPAROSCOPICA UNILATERAL	R\$ 1.181,52	2	6
31101534	PIELOTOTOMIA LAPAROSCOPICA UNILATERAL	R\$ 860,21	2	5
31101542	NEFROURETERECTOMIA COM RESSECCAO VESICAL LAPAROSCOPICA UNILATERAL	R\$ 1.295,09	2	6
31101550	NEFRECTOMIA RADICAL LAPAROSCOPICA UNILATERAL	R\$ 1.762,58	2	6
31101569	NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCOPICA UNILATERAL	R\$ 1.804,66	2	5
31101577	NEFROLITOTRIPSIA PERCUTANEA UNILATERAL A LASER	R\$ 2.590,82	2	6
31101585	NEFRECTOMIA TOTAL UNILATERAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 727,46	2	6
31102018	BIOPSIA CIRURGICA DE URETER UNILATERAL	R\$ 162,00	1	1
31102026	BIOPSIA ENDOSCOPICA DE URETER UNILATERAL	R\$ 216,00		1
31102034	CATETERISMO URETERAL UNILATERAL	R\$ 70,20		3
31102042	COLOCACAO CIRURGICA DE DUPLO J UNILATERAL	R\$ 324,00	1	4
31102050	COLOCACAO CISTOSCOPICA DE DUPLO J UNILATERAL	R\$ 513,00	1	4
31102069	COLOCACAO NEFROSCOPICA DE DUPLO J UNILATERAL	R\$ 702,00	1	4
31102077	COLOCACAO URETEROSCOPICA DE DUPLO J UNILATERAL	R\$ 548,43	1	4
31102085	DILATAcao ENDOSCOPICA UNILATERAL	R\$ 162,00		1
31102093	DUPLICACAO PIELOURETERAL - TRATAMENTO CIRURGICO - UNILATERAL	R\$ 648,00	2	5
31102107	FISTULA URETERO-CUTANEA UNILATERAL (TRATAMENTO CIRURGICO)	R\$ 297,00	1	3
31102115	FISTULA URETERO-INTESTINAL UNILATERAL (TRATAMENTO CIRURGICO)	R\$ 594,00	2	3
31102123	FISTULA URETERO-VAGINAL UNILATERAL (TRATAMENTO CIRURGICO)	R\$ 378,00	2	3
31102131	MEATOTOMIA ENDOSCOPICA UNILATERAL	R\$ 162,00		1
31102174	REIMPLANTE URETEROINTESTINAL UNI OU BILATERAL	R\$ 783,00	2	5
31102182	REIMPLANTE URETERAL POR VIA EXTRA OU INTRAVESICAL UNILATERAL	R\$ 541,32	2	4
31102204	REIMPLANTE URETERO-VESICAL UNILATERAL - VIA COMBINADA	R\$ 1.080,00	2	5

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
31102220	RETIRADA ENDOSCOPICA DE CALCULO DE URETER UNILATERAL	R\$ 378,00	1	3
31102239	TRANSURETEROSTOMIA	R\$ 810,00	2	4
31102247	URETERECTOMIA UNILATERAL	R\$ 549,40	1	2
31102255	URETEROCELE UNILATERAL - RESSECÇÃO A CEU ABERTO	R\$ 216,00	1	2
31102263	URETEROCELES - TRATAMENTO ENDOSCOPICO - UNILATERAL	R\$ 432,00		3
31102271	URETEROILEOCISTOSTOMIA UNILATERAL	R\$ 519,61	2	7
31102280	URETEROILEOSTOMIA CUTANEA UNILATERAL	R\$ 902,90	2	5
31102298	URETEROLISE UNILATERAL	R\$ 378,00	1	4
31102301	URETEROLITOTOMIA UNILATERAL	R\$ 388,57	1	3
31102310	URETEROLITOTRIPSIA EXTRACORPOREA - 1ª SESSÃO	R\$ 1.080,00	1	5
31102328	URETEROLITOTRIPSIA EXTRACORPOREA - REAPLICAÇÕES (ATE 3 MESES)	R\$ 463,94		5
31102344	URETEROPLASTIA UNILATERAL	R\$ 513,00	2	4
31102352	URETERORRENOLITOTOMIA UNILATERAL	R\$ 547,23	1	5
31102360	URETERORRENOLITOTRIPSIA FLEXIVEL A LASER UNILATERAL	R\$ 1.080,00	1	5
31102379	URETERORRENOLITOTRIPSIA RIGIDA UNILATERAL	R\$ 1.080,00	1	5
31102409	URETEROSSIGMOIDOPLASTIA UNILATERAL	R\$ 519,61	2	5
31102417	URETEROSSIGMOIDOSTOMIA UNILATERAL	R\$ 702,00	2	4
31102425	URETEROSTOMIA CUTANEA UNILATERAL	R\$ 378,00	1	3
31102433	URETEROTOMIA INTERNA PERCUTANEA UNILATERAL	R\$ 844,63	1	4
31102441	URETEROTOMIA INTERNA URETEROSCOPICA FLEXIVEL UNILATERAL	R\$ 1.405,27	1	4
31102450	URETEROTOMIA INTERNA URETEROSCOPICA RIGIDA UNILATERAL	R\$ 575,64	1	4
31102468	URETEROURETEROCISTONEOSTOMIA	R\$ 810,00	2	5
31102476	URETEROURETEROSTOMIA UNILATERAL	R\$ 702,00	2	4
31102514	URETEROURETEROSTOMIA LAPAROSCOPICA UNILATERAL	R\$ 1.118,43	2	5
31102530	CORREÇÃO LAPAROSCOPICA DE REFLUXO VESICO-URETERAL UNILATERAL	R\$ 1.840,48	2	6
31102549	REIMPLANTE URETERO-VESICAL LAPAROSCOPICO UNILATERAL	R\$ 2.072,69	2	6

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
31102557	REIMPLANTE URETEROINTESTINAL LAPAROSCOPICO UNILATERAL	R\$ 1.332,88	2	6
31102565	URETERORRENOLITOTRIPSIA RIGIDA UNILATERAL A LASER	R\$ 885,60	1	6
31102590	REFLUXO VESICO-URETERAL - TRATAMENTO ENDOSCOPICO - UNILATERAL	R\$ 430,50	1	4
31103014	AMPLIACAO VESICAL	R\$ 702,00	2	5
31103022	BEXIGA PSOICA - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 432,00	2	3
31103030	BIOPSIA ENDOSCOPICA DE BEXIGA (INCLUI CISTOSCOPIA)	R\$ 162,00		1
31103049	BIOPSIA VESICAL A CEU ABERTO	R\$ 162,00		2
31103057	CALCULO VESICAL - EXTRACAO ENDOSCOPICA	R\$ 231,39	1	5
31103065	CISTECTOMIA PARCIAL	R\$ 378,00	1	3
31103073	CISTECTOMIA RADICAL (INCLUI PROSTATA OU UTERO)	R\$ 702,00	2	5
31103081	CISTECTOMIA TOTAL	R\$ 702,00	2	4
31103090	CISTOLITOTOMIA	R\$ 216,00	1	2
31103103	CISTOLITOTRIPSIA EXTRACORPOREA - 1ª SESSAO	R\$ 1.262,07		4
31103111	CISTOLITOTRIPSIA EXTRACORPOREA - REAPLICACOES (ATE 3 MESES)	R\$ 432,00		4
31103138	CISTOLITOTRIPSIA PERCUTANEA (U.S., E.H., E.C.)	R\$ 1.012,19	1	4
31103146	CISTOLITOTRIPSIA TRANSURETRAL (U.S., E.H., E.C.)	R\$ 410,87	1	4
31103154	CISTOPLASTIA REDUTORA	R\$ 297,00	2	2
31103162	CISTORRAFIA (TRAUMA)	R\$ 270,00	1	2
31103170	CISTOSTOMIA CIRURGICA	R\$ 162,00	1	2
31103189	CISTOSTOMIA COM PROCEDIMENTO ENDOSCOPICO	R\$ 190,62	1	3
31103197	CISTOSTOMIA POR PUNCAO COM TROCATER	R\$ 91,57		3
31103200	COLO DE DIVERTICULO - RESSECCAO ENDOSCOPICA	R\$ 297,00	1	2
31103219	COLO VESICAL - RESSECCAO ENDOSCOPICA	R\$ 432,00	1	3
31103227	CORPO ESTRANHO - EXTRACAO CIRURGICA	R\$ 162,00		2
31103235	CORPO ESTRANHO - EXTRACAO ENDOSCOPICA	R\$ 162,00		1
31103243	DIVERTICULECTOMIA VESICAL	R\$ 378,00	1	3

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
31103251	ENTEROCISTOPLASTIA (AMPLIACAO VESICAL)	R\$ 702,00	2	5
31103260	EXTROFIA EM CLOACA - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 1.080,00	2	6
31103278	EXTROFIA VESICAL - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 783,00	2	5
31103286	FISTULA VESICO-CUTANEA - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 478,96	1	2
31103294	FISTULA VESICO-ENTERICA - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 702,00	2	4
31103308	FISTULA VESICO-RETAL - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 783,00	2	4
31103316	FISTULA VESICO-UTERINA - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 432,00	1	4
31103324	FISTULA VESICO-VAGINAL - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 432,00	2	4
31103332	INCONTINENCIA URINARIA - "SLING" VAGINAL OU ABDOMINAL	R\$ 526,10	1	5
31103340	INCONTINENCIA URINARIA - SUSPENSAO ENDOSCOPICA DE COLO	R\$ 267,19	2	4
31103359	INCONTINENCIA URINARIA - TRATAMENTO CIRURGICO SUPRA-PUBICO	R\$ 513,00	1	4
31103367	INCONTINENCIA URINARIA - TRATAMENTO ENDOSCOPICO (INJECAO)	R\$ 378,00	1	4
31103375	INCONTINENCIA URINARIA COM COLPOPLASTIA ANTERIOR - TRATAMENTO CIRURGICO (COM OU SEM USO DE PROTESE)	R\$ 594,00	2	5
31103383	POLIPOS VESICAIS - RESSECCAO CIRURGICA	R\$ 297,00	1	3
31103391	POLIPOS VESICAIS - RESSECCAO ENDOSCOPICA	R\$ 431,05	1	2
31103405	PUNCAO E ASPIRACAO VESICAL	R\$ 54,00		3
31103413	REIMPLANTE URETERO-VESICAL A BOARI	R\$ 486,21	2	5
31103430	RETENCAO POR COAGULO - ASPIRACAO VESICAL	R\$ 67,15		1
31103448	TUMOR VESICAL - FOTOCOAGULACAO A LASER	R\$ 159,60	1	4
31103456	TUMOR VESICAL - RESSECCAO ENDOSCOPICA	R\$ 513,00	1	4
31103464	VESICOSTOMIA CUTANEA	R\$ 432,00	1	4
31103472	RETIRADA ENDOSCOPICA DE DUPLO J	R\$ 162,00		1
31103480	NEOBEXIGA CUTANEA CONTINENTE	R\$ 664,36	3	7
31103499	NEOBEXIGA RETAL CONTINENTE	R\$ 890,76	3	7
31103502	NEOBEXIGA URETRAL CONTINENTE	R\$ 664,36	3	7
31103537	CISTECTOMIA RADICAL LAPAROSCOPICA (INCLUI PROSTATA OU UTERO)	R\$ 2.349,10	2	7

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
31103561	CISTOLITOTRIPSIA A LASER	R\$ 989,60	1	5
31103596	TRATAMENTO DA HIPERATIVIDADE VESICAL: INJECAO INTRAVESICAL DE TOXINA BOTULINICA	R\$ 177,69	1	3
31104010	ABSCESO PERIURETRAL - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 64,80		1
31104029	BIOPSIA ENDOSCOPICA DE URETRA	R\$ 162,00		1
31104037	CORPO ESTRANHO OU CALCULO - EXTRACAO CIRURGICA	R\$ 258,27		1
31104045	CORPO ESTRANHO OU CALCULO - EXTRACAO ENDOSCOPICA	R\$ 162,00		1
31104053	DIVERTICULO URETRAL - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 216,00	1	2
31104061	ELETROCOAGULACAO ENDOSCOPICA	R\$ 162,00	1	2
31104070	ESFINCTEROTOMIA - URETRA	R\$ 216,00	1	2
31104088	FISTULA URETRO-CUTANEA - CORRECAO CIRURGICA	R\$ 297,00	1	2
31104096	FISTULA URETRO-RETAL - CORRECAO CIRURGICA	R\$ 702,00	1	4
31104100	FISTULA URETRO-VAGINAL - CORRECAO CIRURGICA	R\$ 513,00	1	3
31104118	INCONTINENCIA URINARIA MASCULINA - TRATAMENTO CIRURGICO (EXCLUI IMPLANTE DE ESFINCTER ARTIFICIAL)	R\$ 781,83	1	4
31104126	INJECoes PERIURETRAI (INCLUINDO URETROCISTOCOPIA) POR TRATAMENTO	R\$ 136,00	1	3
31104134	MEATOPLASTIA (RETALHO CUTANEO)	R\$ 162,00	1	2
31104142	MEATOTOMIA URETRAL	R\$ 64,80		1
31104150	NEOURETRA PROXIMAL (CISTOURETROPLASTIA)	R\$ 594,00	2	4
31104169	RESSECCAO DE CARUNCULA	R\$ 81,00		1
31104177	RESSECCAO DE VALVULA URETRAL POSTERIOR	R\$ 432,00	1	3
31104185	TUMOR URETRAL - EXCISAO	R\$ 378,00	1	3
31104193	URETROPLASTIA ANTERIOR	R\$ 532,91	1	2
31104207	URETROPLASTIA POSTERIOR	R\$ 513,00	2	2
31104215	URETOSTOMIA	R\$ 216,00	1	1
31104223	URETROTOMIA INTERNA	R\$ 216,00	1	1
31104231	URETROTOMIA INTERNA COM PROTESE ENDOURETRAL	R\$ 586,10	1	3
31104240	URETRECTOMIA TOTAL	R\$ 342,89	1	3

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
31104274	INCONTINENCIA URINARIA MASCULINA - "SLING"	R\$ 486,21	1	5
31104282	INCONTINENCIA URINARIA MASCULINA - ESFINCTER ARTIFICIAL	R\$ 486,21	1	5
31104290	RETIRADA E/OU SUBSTITUICAO DE IMPLANTE NO TRATAMENTO DA INCONTINENCIA URINARIA MASCULINA - ESFINCTER ARTIFICIAL	R\$ 241,25	1	4
31201024	ABSCESSO DE PROSTATA - DRENAGEM	R\$ 297,00	1	2
31201032	BIOPSIA PROSTATICA - ATE 8 FRAGMENTOS	R\$ 162,00		1
31201040	BIOPSIA PROSTATICA - MAIS DE 8 FRAGMENTOS	R\$ 162,00		1
31201067	HEMORRAGIA DA LOJA PROSTATICA - EVACUACAO E IRRIGACAO	R\$ 297,00	1	4
31201075	HEMORRAGIA DA LOJA PROSTATICA - REVISAO ENDOSCOPICA	R\$ 432,00	1	4
31201091	HIPERTROFIA PROSTATICA - IMPLANTE DE PROTESE	R\$ 162,00	1	3
31201105	HIPERTROFIA PROSTATICA - TRATAMENTO POR DILATACAO	R\$ 64,80	1	3
31201113	PROSTATAVESICULECTOMIA RADICAL	R\$ 945,00	2	6
31201121	PROSTATECTOMIA A CEU ABERTO	R\$ 723,14	2	4
31201130	RESSECCAO ENDOSCOPICA DA PROSTATA	R\$ 783,00	1	5
31201148	PROSTATAVESICULECTOMIA RADICAL LAPAROSCOPICA	R\$ 2.109,43	2	7
31202012	BIOPSIA ESCROTAL	R\$ 81,66		1
31202020	DRENAGEM DE ABSCESSO - ESCROTO	R\$ 64,80		3
31202039	ELEFANTIASE PENO-ESCROTAL - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 432,00	2	4
31202047	EXERESE DE CISTO ESCROTAL	R\$ 139,02		
31202063	RECONSTRUCAO DA BOLSA ESCROTAL COM RETALHO INGUINAL PEDICULADO - POR ESTAGIO	R\$ 813,41	2	4
31202071	RESSECCAO PARCIAL DA BOLSA ESCROTAL	R\$ 216,00	1	2
31203019	AUTOTRANSPLANTE DE UM TESTICULO	R\$ 864,00	3	6
31203027	BIOPSIA UNILATERAL DE TESTICULO	R\$ 131,48	1	1
31203035	ESCROTO AGUDO - EXPLORACAO CIRURGICA	R\$ 549,40	1	3
31203043	HIDROCELE UNILATERAL - CORRECAO CIRURGICA	R\$ 135,00	1	2
31203051	IMPLANTE DE PROTESE TESTICULAR UNILATERAL	R\$ 162,00	1	2

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
31203060	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	R\$ 377,71	1	3
31203078	ORQUIECTOMIA UNILATERAL	R\$ 219,66	1	2
31203086	PUNCAO DA VAGINAL	R\$ 54,00		
31203094	REPARACAO PLASTICA (TRAUMA)	R\$ 378,00	1	3
31203108	TORCAO DE TESTICULO - CURA CIRURGICA	R\$ 549,40	1	3
31203116	TUMOR DE TESTICULO - RESSECCAO	R\$ 540,00	2	5
31203124	VARICOCELE UNILATERAL - CORRECAO CIRURGICA	R\$ 162,00	1	2
31203132	ORQUIDOPEXIA LAPAROSCOPICA UNILATERAL	R\$ 957,72	1	5
31204015	BIOPSIA DE EPIDIDIMO	R\$ 127,54	1	1
31204023	DRENAGEM DE ABSCESSO - EPIDIDIMO	R\$ 81,00		
31204031	EPIDIDIMECTOMIA UNILATERAL	R\$ 216,00	1	2
31204040	EPIDIDIMOVASOPLASTIA UNILATERAL	R\$ 429,66	1	3
31204058	EPIDIDIMOVASOPLASTIA UNILATERAL MICROCIRURGICA	R\$ 341,46	1	5
31204066	EXERESE DE CISTO UNILATERAL	R\$ 135,00	1	1
31205011	ESPERMATOCELECTOMIA UNILATERAL	R\$ 162,00	1	1
31205020	EXPLORACAO CIRURGICA DO DEFERENTE UNILATERAL	R\$ 162,00	1	1
31205046	VASECTOMIA UNILATERAL	R\$ 108,00	1	1
31205070	CIRURGIA ESTERILIZADORA MASCULINA	R\$ 422,93	1	
31206018	AMPUTACAO PARCIAL	R\$ 556,72	1	2
31206026	AMPUTACAO TOTAL	R\$ 378,00	1	4
31206034	BIOPSIA PENIANA	R\$ 54,00		1
31206042	DOENCA DE PEYRONIE - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 575,22	1	3
31206050	ELETROCOAGULACAO DE LESOES CUTANEAS	R\$ 64,80		3
31206069	EMASCULACAO	R\$ 513,00	2	3
31206077	EPISPADIA - RECONSTRUCAO POR ETAPA	R\$ 432,00	2	4
31206085	EPISPADIA COM INCONTINENCIA - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 702,00	2	4

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
31206093	FRATURA DE PENIS - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 297,00	1	3
31206107	HIOSPADIA - POR ESTAGIO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 513,00	1	4
31206115	HIOSPADIA DISTAL - TRATAMENTO EM 1 TEMPO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 297,00	1	4
31206123	HIOSPADIA PROXIMAL - TRATAMENTO EM 1 TEMPO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 702,00	1	4
31206140	IMPLANTE DE PROTESE SEMI-RIGIDA (EXCLUI PROTESES INFLAVEIS)	R\$ 378,00	1	4
31206158	NEOFALOPLASTIA - POR ESTAGIO	R\$ 648,00	2	4
31206166	NEOFALOPLASTIA COM RETALHO INGUINAL PEDICULADO COM RECONSTRUCAO URETRAL - POR ESTAGIO	R\$ 756,00	2	5
31206174	PARAFIMOSE - REDUCAO MANUAL OU CIRURGICA	R\$ 81,66		2
31206182	PENIS CURVO CONGENITO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 710,22	1	4
31206190	PLASTICA - RETALHO CUTANEO A DISTANCIA	R\$ 356,31	2	5
31206204	PLASTICA DE CORPO CAVERNOSO	R\$ 549,40	1	2
31206212	PLASTICA DO FREIO BALANO-PREPUICIAL	R\$ 64,80	1	1
31206220	POSTECTOMIA	R\$ 135,00	1	2
31206239	PRIAPISMO - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 378,00	1	3
31206247	RECONSTRUCAO DE PENIS COM ENXERTO - PLASTICA TOTAL	R\$ 810,00	2	4
31206255	REIMPLANTE DO PENIS	R\$ 810,00	3	6
31206263	REVASCULARIZACAO PENIANA	R\$ 945,00	2	5
31301010	BARTOLINECTOMIA UNILATERAL	R\$ 197,22	1	1
31301029	BIOPSIA DE VULVA	R\$ 54,00		
31301037	CAUTERIZACAO QUIMICA, OU ELETROCAUTERIZACAO, OU CRIOCAUTERIZACAO DE LESOES DA VULVA (POR GRUPO DE ATE 5 LESOES)	R\$ 38,98		
31301045	CLITORECTOMIA (PARCIAL OU TOTAL)	R\$ 135,00	1	1
31301053	CLITOROPLASTIA	R\$ 513,00	2	4
31301061	EXCISAO RADICAL LOCAL DA VULVA (NAO INCLUI A LINFADENECTOMIA)	R\$ 404,56	2	4
31301070	EXERESE DE GLANDULA DE SKENE	R\$ 81,00	1	1
31301088	EXERESE DE LESAO DA VULVA E/OU DO PERINEO (POR GRUPO DE ATE 5 LESOES)	R\$ 81,00		3

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
31301096	HIPERTROFIA DOS PEQUENOS LABIOS - CORRECAO CIRURGICA	R\$ 108,00	1	1
31301100	INCISAO E DRENAGEM DA GLANDULA DE BARTHOLIN OU SKENE	R\$ 64,80		3
31301118	MARSUPIALIZACAO DA GLANDULA DE BARTHOLIN	R\$ 81,00	1	1
31301126	VULVECTOMIA AMPLIADA (NAO INCLUI A LINFADENECTOMIA)	R\$ 783,00	2	4
31301134	VULVECTOMIA SIMPLES	R\$ 770,09	2	3
31302017	BIOPSIA DE VAGINA	R\$ 64,80		
31302025	COLPECTOMIA	R\$ 432,00	2	3
31302033	COLPOCLEISE (LEFORT)	R\$ 258,27	2	2
31302041	COLPOPLASTIA ANTERIOR	R\$ 216,00	2	2
31302050	COLPOPLASTIA POSTERIOR COM PERINEORRAFIA	R\$ 216,00	2	2
31302068	COLPORRAFIA OU COLPOPERINEOPLASTIA INCLUINDO RESSECCAO DE SEPTO OU RESSUTURA DE PAREDE VAGINAL	R\$ 216,00	2	2
31302076	COLPOTOMIA OU CULDOCENTESE	R\$ 161,42	2	1
31302084	EXERESE DE CISTO VAGINAL	R\$ 81,00	1	1
31302092	EXTRACAO DE CORPO ESTRANHO COM ANESTESIA GERAL OU BLOQUEIO	R\$ 99,66	1	1
31302106	FISTULA GINECOLOGICA - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 594,00	2	4
31302114	HIMENOTOMIA	R\$ 81,00		1
31302122	NEOVAGINA (COLON, DELGADO, TUBO DE PELE)	R\$ 391,50	2	
31302130	CAUTERIZACAO QUIMICA, OU ELETROCAUTERIZACAO, OU CRIOCAUTERIZACAO DE LESOES DA VAGINA (POR GRUPO DE ATE 5 LESOES)	R\$ 38,98		
31303013	ASPIRACAO MANUAL INTRA-UTERINA (AMIU)	R\$ 111,35		2
31303021	BIOPSIA DO COLO UTERINO	R\$ 64,80		3
31303030	BIOPSIA DO ENDOMETRIO	R\$ 64,80		3
31303056	CURETAGEM GINECOLOGICA SEMIOTICA E/OU TERAPEUTICA COM OU SEM DILATAcao DE COLO UTERINO	R\$ 108,00	1	1
31303064	DILATAcao DO COLO UTERINO	R\$ 81,00		1
31303072	EXCISAO DE POLIPO CERVICAL	R\$ 108,00	1	1
31303080	HISTERECTOMIA SUBTOTAL COM OU SEM ANEXECTOMIA, UNI OU BILATERAL - QUALQUER VIA	R\$ 465,07	2	3

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
31303102	HISTERECTOMIA TOTAL - QUALQUER VIA	R\$ 540,00	2	4
31303110	HISTERECTOMIA TOTAL AMPLIADA - QUALQUER VIA - (NAO INCLUI A LINFADENECTOMIA PELVICA)	R\$ 945,00	3	5
31303129	HISTERECTOMIA TOTAL COM ANEXECTOMIA UNI OU BILATERAL - QUALQUER VIA	R\$ 702,00	2	4
31303137	METROPLASTIA (STRASSMANN OU OUTRA TECNICA)	R\$ 404,56	2	3
31303145	MIOMECTOMIA UTERINA	R\$ 378,00	2	3
31303153	TRAQUELECTOMIA - AMPUTACAO, CONIZACAO - (COM OU SEM CIRURGIA DE ALTA FREQUENCIA / CAF)	R\$ 216,00	2	2
31303161	TRAQUELECTOMIA RADICAL (NAO INCLUI A LINFADENECTOMIA)	R\$ 627,25	2	4
31303170	HISTEROSCOPIA CIRURGICA COM BIOPSIA E/OU CURETAGEM UTERINA, LISE DE SINEQUIAS, RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	R\$ 282,68		3
31303188	HISTEROSCOPIA COM RESSECTOSCOPIO PARA MIOMECTOMIA, POLIPECTOMIA, METROPLASTIA, ENDOMETRECTOMIA E RESSECCAO DE SINEQUIAS	R\$ 324,00		4
31303196	CAUTERIZACAO QUIMICA, OU ELETROCAUTERIZACAO, OU CRIOCAUTERIZACAO DE LESOES DE COLO UTERINO (POR SESSAO)	R\$ 54,00		
31303200	HISTERECTOMIA SUBTOTAL LAPAROSCOPICA COM OU SEM ANEXECTOMIA, UNI OU BILATERAL - VIA ALTA	R\$ 1.259,17	2	5
31303218	HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCOPICA	R\$ 1.264,84	2	6
31303226	HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCOPICA AMPLIADA	R\$ 2.200,97	2	7
31303234	HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCOPICA COM ANEXECTOMIA UNI OU BILATERAL	R\$ 1.171,92	2	6
31303250	MIOMECTOMIA UTERINA LAPAROSCOPICA	R\$ 1.144,11	1	4
31303269	IMPLANTE DE DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU) NAO HORMONAL	R\$ 180,00		
31303285	HISTERECTOMIA PUERPERAL	R\$ 519,61	2	5
31303293	IMPLANTE DE DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU) HORMONAL	R\$ 178,20		3
31303307	RETIRADA DE DIU POR HISTEROSCOPIA	R\$ 140,62		
31303315	CURETAGEM UTERINA POS-PARTO	R\$ 142,56		
31303323	HISTERECTOMIA POS-PARTO	R\$ 622,52	2	4
31304010	CIRURGIA DE ESTERILIZACAO FEMININA (LAQUEADURA TUBARICA CONVENCIONAL)	R\$ 343,20		3
31304028	NEOSSALPINGOSTOMIA DISTAL	R\$ 404,56	1	5
31304036	RECANALIZACAO TUBARIA (QUALQUER TECNICA), UNI OU BILATERAL (COM MICROSCOPIO OU LUPA)	R\$ 594,00	1	4
31304044	SALPINGECTOMIA UNI OU BILATERAL	R\$ 378,00	1	3

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
31304052	CIRURGIA DE ESTERILIZACAO FEMININA (LAQUEADURA TUBARICA LAPAROSCOPICA)	R\$ 989,82	1	5
31304060	NEOSSALPINGOSTOMIA DISTAL LAPAROSCOPICA	R\$ 1.523,22	1	6
31304079	RECANALIZACAO TUBARIA LAPAROSCOPICA UNI OU BILATERAL	R\$ 1.156,99	1	5
31304087	SALPINGECTOMIA UNI OU BILATERAL LAPAROSCOPICA	R\$ 977,63	1	5
31305016	OOFORRECTOMIA UNI OU BILATERAL OU OOFOROPLASTIA UNI OU BILATERAL	R\$ 378,00	1	3
31305024	TRANSLOCACAO DE OVARIOS	R\$ 378,58	1	5
31305032	OOFORRECTOMIA LAPAROSCOPICA UNI OU BILATERAL OU OOFOROPLASTIA UNI OU BILATERAL	R\$ 913,86	1	5
31306012	CORRECAO DE DEFEITO LATERAL	R\$ 541,32	2	4
31306020	CORRECAO DE ENTEROCELE	R\$ 441,90	2	4
31306039	CORRECAO DE ROTURA PERINEAL DE III GRAU (COM LESAO DO ESFINCTER) E RECONSTITUICAO POR PLASTICA - QUALQUER TECNICA	R\$ 581,09	2	2
31306047	PERINEORRAFIA (NAO OBSTETRICA) E/OU EPISIOTOMIA E/OU EPISIORRAFIA	R\$ 250,52	1	1
31306055	RECONSTRUCAO PERINEAL COM RETALHOS MIOCUTANEOS	R\$ 443,53	1	6
31306063	RESSECCAO DE TUMOR DO SEPTO RETO-VAGINAL	R\$ 599,40	2	5
31306071	SEIO UROGENITAL - PLASTICA	R\$ 432,00	2	4
31307019	CANCER DE OVARIO (DEBULKING)	R\$ 607,50	2	4
31307027	CIRURGIA (VIA ALTA OU BAIXA) DO PROLAPSO DE CUPULA VAGINAL (FIXACAO SACRAL OU NO LIGAMENTO SACRO-ESPINHOSO) QUALQUER TECNICA	R\$ 432,00	2	3
31307035	CULDOPLASTIA (MAC CALL, MOSCHOWICZ, ETC.)	R\$ 486,21	2	3
31307043	ENDOMETRIOSE PERITONIAL - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 475,20	1	4
31307051	EPIPLOPLASTIA OU APLICACAO DE MEMBRANAS ANTIADERENTES	R\$ 315,48	1	3
31307060	LAPAROSCOPIA GINECOLOGICA COM OU SEM BIOPSIA (INCLUI A CROMOTUBAGEM)	R\$ 374,00	1	4
31307078	LIBERACAO DE ADERENCIAS PELVICAS COM OU SEM RESSECCAO DE CISTOS PERITONIAIS OU SALPINGOLISE	R\$ 337,50	1	4
31307086	LIGADURA DE VEIA OVARIANA	R\$ 159,60	1	3
31307094	LIGAMENTOPEXIA PELVICA	R\$ 297,00	1	3
31307108	NEURECTOMIA PRE-SACRAL OU DO NERVO GENITO-FEMORAL	R\$ 159,60	1	4

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
31307116	OMENTECTOMIA	R\$ 504,90		3
31307124	RESSECCAO DE TUMOR DE PAREDE ABDOMINAL PELVICA	R\$ 424,37	1	4
31307132	RESSECCAO OU LIGADURA DE VARIZES PELVICAS	R\$ 341,46	1	4
31307140	SECCAO DE LIGAMENTOS UTERO-SACROS	R\$ 159,60	1	4
31307159	CANCER DE OVARIO (DEBULKING) LAPAROSCOPICA	R\$ 1.955,60	2	6
31307167	CIRURGIA LAPAROSCOPICA DO PROLAPSO DE CUPULA VAGINAL (FIXACAO SACRAL OU NO LIGAMENTO SACRO-ESPINHOSO)	R\$ 629,88	2	5
31307183	ENDOMETRIOSE PERITONEAL - TRATAMENTO CIRURGICO VIA LAPAROSCOPICA	R\$ 378,00	1	4
31307205	LIBERACAO LAPAROSCOPICA DE ADERENCIAS PELVICAS COM OU SEM RESSECCAO DE CISTOS PERITONEAIS OU SALPINGOLISE	R\$ 378,00	1	4
31307221	LIGAMENTOPEXIA PELVICA LAPAROSCOPICA	R\$ 857,95	1	6
31307248	OMENTECTOMIA LAPAROSCOPICA	R\$ 902,49	2	5
31307264	RESSECCAO OU LIGADURA LAPAROSCOPICA DE VARIZES PELVICAS	R\$ 902,49	1	5
31307272	SECCAO LAPAROSCOPICA DE LIGAMENTOS UTERO-SACROS	R\$ 499,75	1	5
31309011	AMNIORREDUCAO OU AMNIOINFUSAO	R\$ 54,00		
31309020	ASPIRACAO MANUAL INTRA-UTERINA (AMIU) POS-ABORTAMENTO	R\$ 111,35		2
31309038	ASSISTENCIA AO TRABALHO DE PARTO, POR HORA (ATE O LIMITE DE 6 HORAS). NAO DEVERA SER CONSIDERADO SE O PARTO OCORRER NA PRIMEIRA HORA APOS O INICIO DA ASSISTENCIA. APOS A PRIMEIRA HORA, ALEM DA ASSISTENCIA, REMUNERA-SE O PARTO (VIA BAIXA OU CESARIANA).	R\$ 110,52		2
31309046	CERCLAGEM DO COLO UTERINO (QUALQUER TECNICA)	R\$ 221,87	1	2
31309054	CESARIANA	R\$ 432,00	1	5
31309062	CURETAGEM POS-ABORTAMENTO	R\$ 189,00		1
31309089	GRAVIDEZ ECTOPICA - CIRURGIA	R\$ 549,40	1	3
31309097	MATURACAO CERVICAL PARA INDUCAO DE ABORTAMENTO OU DE TRABALHO DE PARTO	R\$ 137,90	1	5
31309100	INVERSAO UTERINA AGUDA - REDUCAO MANUAL	R\$ 135,00		3
31309119	INVERSAO UTERINA - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 378,00	2	3
31309127	PARTO (VIA VAGINAL)	R\$ 540,00		5
31309135	PARTO MULTIPLO (CADA UM SUBSEQUENTE AO INICIAL)	R\$ 135,00		3

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
31309151	REVISAO OBSTETRICA DE PARTO OCORRIDO FORA DO HOSPITAL (INCLUI EXAME, DEQUITACAO E SUTURA DE LACERACOES ATE DE 2º GRAU)	R\$ 108,00	1	1
31309178	VERSAO CEFALICA EXTERNA	R\$ 137,91		
31309186	GRAVIDEZ ECTOPICA - CIRURGIA LAPAROSCOPICA	R\$ 857,95	1	5
31309208	CESARIANA COM HISTERECTOMIA	R\$ 664,36	2	5
31401015	BIOPSIA ESTEREOTAXICA DE ENCEFALO	R\$ 714,57	1	3
31401031	CIRURGIA INTRACRANIANA POR VIA ENDOSCOPICA	R\$ 667,15	1	7
31401040	CRANIOTOMIA PARA REMOCAO DE CORPO ESTRANHO	R\$ 564,15	2	5
31401058	DERIVACAO VENTRICULAR EXTERNA	R\$ 540,00	2	5
31401066	DRENAGEM ESTEREOTAXICA - CISTOS, HEMATOMAS OU ABSCESSOS	R\$ 443,34	2	6
31401074	HIPOFISECTOMIA POR QUALQUER METODO	R\$ 727,46	2	6
31401082	IMPLANTE DE CATETER INTRACRANIANO	R\$ 311,74	1	5
31401090	IMPLANTE DE ELETRODO CEREBRAL PROFUNDO	R\$ 702,00	1	4
31401104	IMPLANTE DE ELETRODOS CEREBRAL OU MEDULAR	R\$ 519,61	2	6
31401112	IMPLANTE ESTEREOTAXICO DE CATETER PARA BRAQUITERAPIA	R\$ 519,61	2	6
31401120	IMPLANTE INTRATECAL DE BOMBAS PARA INFUSAO DE FARMACOS	R\$ 745,87	2	5
31401139	LOCALIZACAO ESTEREOTAXICA DE CORPO ESTRANHO INTRACRANIANO COM REMOCAO	R\$ 519,61	2	5
31401147	LOCALIZACAO ESTEREOTAXICA DE LESOES INTRACRANIANAS COM REMOCAO	R\$ 665,28	1	5
31401155	MICROCIRURGIA PARA TUMORES INTRACRANIANOS	R\$ 1.620,00	2	6
31401163	MICROCIRURGIA POR VIA TRANSENFENOIDAL	R\$ 1.080,00	2	6
31401171	MICROCIRURGIA VASCULAR INTRACRANIANA	R\$ 1.907,00	2	6
31401198	PUNCAO SUBDURAL OU VENTRICULAR TRANSFONTANELA	R\$ 63,40		
31401201	RESSECCAO DE MUOCOCELE FRONTAL	R\$ 432,00	2	4
31401228	REVISAO DE SISTEMA DE NEUROESTIMULACAO	R\$ 79,53		3
31401236	SISTEMA DE DERIVACAO VENTRICULAR INTERNA COM VALVULAS OU REVISOES	R\$ 540,00	2	4
31401244	TERCEIRO VENTRICULOSTOMIA	R\$ 305,22	1	3

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
31401252	TRATAMENTO CIRURGICO DA EPILEPSIA	R\$ 972,00	2	4
31401260	TRATAMENTO CIRURGICO DA FISTULA LIQUORICA	R\$ 781,83	2	5
31401279	TRATAMENTO CIRURGICO DA MENINGOENCEFALOCELE	R\$ 432,00	2	4
31401287	TRATAMENTO CIRURGICO DE TUMORES CEREBRAIS SEM MICROSCOPIA	R\$ 816,52	2	6
31401295	TRATAMENTO CIRURGICO DO ABSCESSO ENCEFALICO	R\$ 909,79	2	5
31401309	TRATAMENTO CIRURGICO DO HEMATOMA INTRACRANIANO	R\$ 540,00	2	5
31401333	TRATAMENTO PRE-NATAL DAS HIDROCEFALIAS E CISTOS CEREBRAIS	R\$ 404,56	2	6
31401341	ACESSO ENDOSCOPICO AO TRATAMENTO CIRURGICO DOS TUMORES DA REGIAO SELAR	R\$ 342,89	1	4
31401350	IMPLANTACAO DE HALO PARA RADIOCIRURGIA	R\$ 519,61	2	5
31401368	CRANIECTOMIA PARA TUMORES CEREBELARES	R\$ 404,56	2	4
31401376	CRANIOTOMIA EXPLORADORA COM OU SEM BIOPSIA	R\$ 315,48	2	4
31402011	CORDOTOMIA-MIELOTOMIAS POR RADIOFREQUENCIA	R\$ 519,61	2	6
31402020	LESAO DE SUBSTANCIA GELATINOSA MEDULAR (DREZ) POR RADIOFREQUENCIA	R\$ 564,15	2	6
31402038	TAMPAO SANGUINEO PERIDURAL PARA TRATAMENTO DE CEFALEIA APOS PUNCAO (NAO INDICADA NA PROFILAXIA DA CEFALEIA)	R\$ 92,79		
31403018	BIOPSIA DE NERVO	R\$ 162,00		1
31403026	BLOQUEIO DE NERVO PERIFERICO - NERVOS PERIFERICOS	R\$ 94,50		
31403034	DENERVACAO PERCUTANEA DE FACETA ARTICULAR - POR SEGMENTO	R\$ 432,00	1	4
31403042	ENXERTO DE NERVO	R\$ 702,00	3	4
31403050	ENXERTO DE NERVO INTERFASCICULAR, PEDICULADO (1º ESTAGIO)	R\$ 783,00	2	6
31403069	ENXERTO DE NERVO INTERFASCICULAR, PEDICULADO (2º ESTAGIO)	R\$ 783,00	2	6
31403077	ENXERTO INTERFASCICULAR DE NERVO VASCULARIZADO	R\$ 810,00	3	6
31403085	ENXERTO INTERFASCICULAR	R\$ 702,00	2	5
31403093	ENXERTO PARA REPARO DE 2 OU MAIS NERVOS	R\$ 864,00	3	5
31403107	EXCISAO DE TUMORES DE NERVOS PERIFERICOS COM ENXERTO INTERFASCICULAR	R\$ 702,00	2	5
31403115	EXCISAO DE TUMORES DOS NERVOS PERIFERICOS	R\$ 459,00	2	4

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
31403123	EXPLORACAO CIRURGICA DE NERVO (NEUROLISE EXTERNA)	R\$ 270,00	1	3
31403131	EXTIRPACAO DE NEUROMA	R\$ 117,40	1	1
31403140	IMPLANTE DE GERADOR PARA NEUROESTIMULACAO	R\$ 421,88	1	2
31403158	LESAO DE NERVOS ASSOCIADA A LESAO OSSEA - TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 432,00	1	3
31403166	LESAO ESTEREOTAXICA DE ESTRUTURAS PROFUNDAS PARA TRATAMENTO DA DOR OU MOVIMENTO ANORMAL	R\$ 564,15	2	6
31403174	MICROCIRURGIA DO PLEXO BRAQUIAL COM A EXPLORACAO, NEUROLISE E ENXERTOS INTERFASCICULARES PARA REPARO DAS LESOES	R\$ 1.080,00	3	7
31403182	MICROCIRURGIA DO PLEXO BRAQUIAL COM EXPLORACAO E NEUROLISE	R\$ 1.755,00	3	5
31403204	MICRONEUROLISE INTRANEURAL OU INTRAFASCICULAR DE UM NERVO	R\$ 601,05	2	4
31403212	MICRONEUROLISE INTRANEURAL OU INTRAFASCICULAR DE DOIS OU MAIS NERVOS	R\$ 575,22	2	4
31403220	MICRONEUROLISE MULTIPLAS	R\$ 486,00	2	4
31403239	MICRONEUROLISE UNICA	R\$ 378,00	2	3
31403255	MICRONEURORRAFIA DE DEDOS DA MAO	R\$ 575,22	2	4
31403263	MICRONEURORRAFIA MULTIPLA (PLEXO NERVOSO)	R\$ 1.432,18	2	5
31403271	MICRONEURORRAFIA UNICA	R\$ 540,00	2	4
31403280	NEUROLISE DAS SINDROMES COMPRESSIVAS	R\$ 297,00	1	3
31403298	NEUROTRIPSIA (CADA EXTREMIDADE)	R\$ 324,00		2
31403301	REPOSICAO DE FARMACO(S) EM BOMBAS IMPLANTADAS	R\$ 12,67		
31403310	RESSECCAO DE NEUROMA	R\$ 111,35	2	3
31403328	REVISAO DE SISTEMA IMPLANTADOS PARA INFUSAO DE FARMACOS	R\$ 185,58		3
31403336	RIZOTOMIA PERCUTANEA POR SEGMENTO - QUALQUER METODO	R\$ 397,06	1	5
31403344	SIMPATECTOMIA	R\$ 688,92	2	4
31403352	TRANSPOSICAO DE NERVO	R\$ 199,32	1	2
31403360	TRATAMENTO MICROCIRURGICO DAS NEUROPATIAS COMPRESSIVAS (TUMORAL, INFLAMATORIO, ETC)	R\$ 450,79	1	2
31403379	SIMPATECTOMIA POR VIDEOTORACOSCOPIA	R\$ 923,41	1	6
31403387	NEUROTOMIA	R\$ 259,81	2	6

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
31404014	DESCOMPRESSAO VASCULAR DE NERVOS CRANIANOS	R\$ 1.068,27	2	6
31404022	NEUROTOMIA SELETIVA DO TRIGEMIO	R\$ 432,00	1	4
31404030	TRATAMENTO DE NEURALGIA DO TRIGEMIO POR TECNICA CIRURGICA PERCUTANEA - QUALQUER METODO (QUANDO ORIENTADO POR IMAGEM, COBRAR CODIGO CORRESPONDENTE)	R\$ 519,61	1	4
31405010	BLOQUEIO DO SISTEMA NERVOSO AUTONOMO	R\$ 43,20		
31405029	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESAO DO SISTEMA NERVOSO AUTONOMO - QUALQUER METODO	R\$ 92,79	1	2
31405037	TRATAMENTO CIRURGICO DA SINDROME DO DESFILADEIRO CERVICO TORACICO	R\$ 441,67	2	5
31501010	TRANSPLANTE PENETRANTE DA CORNEA	R\$ 1.080,00	2	4
31501028	RETIRADA PARA TRANSPLANTE - CORNEA	R\$ 189,00		
31502016	TRANSPLANTE CARDIACO (DOADOR)	R\$ 810,00	2	3
31502024	TRANSPLANTE CARDIACO (RECEPTOR)	R\$ 1.890,00		7
31503012	TRANSPLANTE CARDIOPULMONAR (DOADOR)	R\$ 890,76	3	7
31503020	TRANSPLANTE CARDIOPULMONAR (RECEPTOR)	R\$ 1.948,54	3	7
31504019	TRANSPLANTE PULMONAR (DOADOR)	R\$ 727,46	3	7
31504027	TRANSPLANTE PULMONAR UNILATERAL (RECEPTOR)	R\$ 1.623,78	3	7
31505015	TRANSPLANTE HEPATICO (RECEPTOR)	R\$ 1.542,86	3	7
31505023	TRANSPLANTE HEPATICO (DOADOR)	R\$ 1.091,18	3	7
31506011	TRANSPLANTE RENAL (RECEPTOR E DOADOR VIVO OU DOADOR FALECIDO)	R\$ 1.890,00	2	7
31506038	NEFRECTOMIA EM DOADOR VIVO - PARA TRANSPLANTE	R\$ 702,47	2	5
31506046	NEFRECTOMIA LAPAROSCOPICA EM DOADOR VIVO - PARA TRANSPLANTE	R\$ 1.583,14	2	6
31507018	TRANSPLANTE PANCREATICO (RECEPTOR)	R\$ 1.623,78	2	7
31507026	TRANSPLANTE PANCREATICO (DOADOR)	R\$ 664,36	2	5
31601014	ACUPUNTURA POR SESSAO	R\$ 56,21		
31602029	ANALGESIA POR DIA SUBSEQUENTE. ACOMPANHAMENTO DE ANALGESIA POR CATETER PERIDURAL	R\$ 94,50		1
31602045	BLOQUEIO ANESTESICO DE NERVOS CRANIANOS	R\$ 135,00		2
31602053	BLOQUEIO ANESTESICO DE PLEXO CELIACO	R\$ 135,00		2

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
31602061	BLOQUEIO ANESTESICO DE SIMPATICO LOMBAR	R\$ 223,05		2
31602070	BLOQUEIO ANESTESICO SIMPATICO	R\$ 135,00		2
31602088	BLOQUEIO DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR	R\$ 92,79		2
31602096	BLOQUEIO DE GANGLIO ESTRELADO COM ANESTESICO LOCAL	R\$ 135,00		2
31602100	BLOQUEIO DE GANGLIO ESTRELADO COM NEUROLITICO	R\$ 204,14		4
31602118	BLOQUEIO DE NERVO PERIFERICO - BLOQUEIOS ANESTESICOS DE NERVOS E ESTIMULOS NEUROVASCULARES	R\$ 94,50		1
31602126	BLOQUEIO FACETARIO PARA-ESPINHOSO	R\$ 221,87		3
31602134	BLOQUEIO NEUROLITICO DE NERVOS CRANIANOS OU CERVICO-TORACICO	R\$ 270,00		4
31602142	BLOQUEIO NEUROLITICO DO PLEXO CELIACO, SIMPATICO LOMBAR OU TORACICO	R\$ 343,37		4
31602150	BLOQUEIO NEUROLITICO PERIDURAL OU SUBARACNOIDEO	R\$ 270,00		4
31602169	BLOQUEIO PERIDURAL OU SUBARACNOIDEO COM CORTICOIDE	R\$ 135,00		2
31602177	BLOQUEIO SIMPATICO POR VIA VENOSA	R\$ 94,63		1
31602185	ESTIMULACAO ELETRICA TRANSCUTANEA	R\$ 126,22		
31602207	INSTALACAO DE BOMBA DE INFUSAO PARA ANALGESIA EM DOR AGUDA OU CRONICA, POR QUALQUER VIA	R\$ 154,27		
31602223	PASSAGEM DE CATETER PERIDURAL OU SUBARACNOIDEO COM BLOQUEIO DE PROVA	R\$ 150,27		2
31602339	BLOQUEIO ANESTESICO DE PLEXOS NERVOSOS (LOMOSSACRO, BRAQUIAL, CERVICAL) PARA TRATAMENTO DE DOR	R\$ 118,80		2
40101010	ECG CONVENCIONAL DE ATE 12 DERIVACOES	R\$ 26,40		
40101029	ECG DE ALTA RESOLUCAO	R\$ 32,02		
40101037	TESTE ERGOMETRICO COMPUTADORIZADO (INCLUI ECG BASAL CONVENCIONAL)	R\$ 110,74		
40101045	TESTE ERGOMETRICO CONVENCIONAL - 3 OU MAIS DERIVACOES SIMULTANEAS (INCLUI ECG BASAL CONVENCIONAL)	R\$ 96,80		
40101053	VARIABILIDADE DA FREQUENCIA CARDIACA	R\$ 24,60		
40101061	ERGOESPIROMETRIA OU TESTE CARDIOPULMONAR DE EXERCICIO COMPLETO (ESPIROMETRIA FORCADA, CONSUMO DE O2, PRODUCAO DE CO2 E DERIVADOS, ECG, OXIMETRIA)	R\$ 220,00		
40102025	MANOMETRIA COMPUTADORIZADA ANORRETAL	R\$ 171,87		
40102033	MANOMETRIA COMPUTADORIZADA ANORRETAL PARA BIOFEEDBACK - 1ª SESSAO	R\$ 236,98		
40102041	MANOMETRIA COMPUTADORIZADA ANORRETAL PARA BIOFEEDBACK - DEMAIS SESSOES	R\$ 225,85		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40102050	MANOMETRIA ESOFAGICA COMPUTADORIZADA COM TESTE PROVOCATIVO	R\$ 207,46		
40102068	MANOMETRIA ESOFAGICA COMPUTADORIZADA SEM TESTE PROVOCATIVO	R\$ 171,87		
40102076	MANOMETRIA ESOFAGICA PARA LOCALIZACAO DOS ESFINCTERES PRE-PH-METRIA	R\$ 248,12		
40102084	PH-METRIA ESOFAGICA COMPUTADORIZADA COM UM CANAL	R\$ 308,00		
40102092	PH-METRIA ESOFAGICA COMPUTADORIZADA COM DOIS CANAIS	R\$ 308,00		
40102106	PH-METRIA ESOFAGICA COMPUTADORIZADA COM TRES CANAIS	R\$ 258,70		
40102130	PH-METRIA ESOFAGICA DE 24 HORAS COM QUATRO CANAIS	R\$ 308,00		
40103013	ANALISE COMPUTADORIZADA DA VOZ	R\$ 58,50		
40103056	POTENCIAL EVOCADO ESTACIONARIO (STEADY STATE)	R\$ 200,86		
40103064	AUDIOMETRIA DE TRONCO CEREBRAL (PEA) BERA	R\$ 132,00		
40103072	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR COM TESTES DE DISCRIMINACAO	R\$ 39,60		
40103080	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR INFANTIL CONDICIONADA (QUALQUER TECNICA) - PEEP-SHOW	R\$ 61,60		
40103099	AUDIOMETRIA VOCAL - PESQUISA DE LIMIAR DE DISCRIMINACAO	R\$ 17,60		
40103102	AUDIOMETRIA VOCAL - PESQUISA DE LIMIAR DE INTELIGIBILIDADE	R\$ 17,60		
40103110	AUDIOMETRIA VOCAL COM MENSAGEM COMPETITIVA (SSI, SSW)	R\$ 41,69		
40103137	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA - MONOCULAR	R\$ 35,20		
40103161	DECAY DO REFLEXO ESTAPEDICO	R\$ 27,53		
40103170	EEG DE ROTINA	R\$ 52,80		
40103188	EEG INTRA-OPERATORIO PARA MONITORIZACAO CIRURGICA (EEG/IO) - POR HORA DE MONITORIZACAO	R\$ 157,50		
40103196	EEGQ QUANTITATIVO (MAPEAMENTO CEREBRAL)	R\$ 308,00		
40103200	ELETRENCEFALOGRAMA ESPECIAL: TERAPIA INTENSIVA, MORTE ENCEFALICA, EEG PROLONGADO (ATE 2 HORAS)	R\$ 172,80		
40103234	ELETRENCEFALOGRAMA EM VIGILIA, E SONO ESPONTANEO OU INDUZIDO	R\$ 129,60		
40103242	ELETRO-OCULOGRAFIA - MONOCULAR	R\$ 79,20		
40103250	ELETRO-RETINOGRAFIA - MONOCULAR	R\$ 83,37		
40103277	ELETROCORTICOGRAFIA INTRA-OPERATORIA (ECOG) - POR HORA DE MONITORIZACAO	R\$ 89,19		
40103285	ELETROGLOTOGRAFIA	R\$ 52,44		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40103307	ELETRONEUROMIOGRAFIA (VELOCIDADE DE CONDUCAO) TESTES DE ESTIMULOS PARA PARALISIA FACIAL	R\$ 192,92		
40103315	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMII	R\$ 177,16		
40103323	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS	R\$ 177,16		
40103331	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS E MMII	R\$ 188,97		
40103340	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE SEGMENTO COMPLEMENTAR	R\$ 71,69		
40103358	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE SEGMENTO ESPECIAL	R\$ 167,28		
40103366	ELETRONEUROMIOGRAFIA GENITOPERINEAL	R\$ 330,05		
40103374	EMG COM REGISTRO DE MOVIMENTO INVOLUNTARIO (TESTE DINAMICO DE ESCRITA; ESTUDO FUNCIONAL DE TREMORES)	R\$ 66,09		
40103382	EMG PARA MONITORACAO DE QUIMODENERVACAO (POR SESSAO)	R\$ 149,27		
40103390	EMG QUANTITATIVA OU EMG DE FIBRA UNICA	R\$ 383,55		
40103404	ESPECTROGRAFIA VOCAL	R\$ 58,50		
40103412	GUSTOMETRIA	R\$ 18,31		
40103439	IMPEDANCIOMETRIA - TIMPANOMETRIA	R\$ 39,60		
40103447	METODO DE PROETZ (POR SESSAO)	R\$ 8,86		
40103455	OTOEMISSOES ACUSTICAS PRODUTO DE DISTORCAO	R\$ 55,00		
40103463	OTOEMISSOES EVOCADAS TRANSIENTES	R\$ 73,18		
40103480	PESQUISA DE PARES CRANIANOS RELACIONADOS COM O VIII PAR	R\$ 44,00		
40103498	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE TRONCO CEREBRAL (PEA-TC)	R\$ 132,00		
40103501	PESQUISA DO FENOMENO DE TULLIO	R\$ 17,93		
40103510	POLIGRAFIA DE RECEM-NASCIDO (MAIOR OU IGUAL 2 HORAS) (PG/RN)	R\$ 210,95		
40103528	POLISSONOGRAMA DE NOITE INTEIRA (PSG) (INCLUI POLISSONOGRAMAS)	R\$ 440,00		
40103536	POLISSONOGRAMA COM EEG DE NOITE INTEIRA	R\$ 540,00		
40103544	POLISSONOGRAMA COM TESTE DE CPAP/BIPAP NASAL	R\$ 428,62		
40103560	POTENCIAL EVOCADO - P300	R\$ 270,00		
40103579	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE MEDIA LATENCIA (PEA-ML) BILATERAL	R\$ 234,61		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40103587	POTENCIAL SOMATO-SENSITIVO PARA LOCALIZACAO FUNCIONAL DA AREA CENTRAL (MONITORIZACAO POR HORA) ATE 3 HORAS	R\$ 158,65		
40103595	POTENCIAL EVOCADO GENITO-CORTICAL (PEGC)	R\$ 135,00		
40103609	POTENCIAL EVOCADO MOTOR - PEM (BILATERAL)	R\$ 135,00		
40103617	POTENCIAL EVOCADO SOMATO-SENSITIVO - MEMBROS INFERIORES (PESS)	R\$ 185,87		
40103625	POTENCIAL EVOCADO SOMATO-SENSITIVO - MEMBROS SUPERIORES (PESS)	R\$ 185,87		
40103633	POTENCIAL EVOCADO VISUAL (PEV)	R\$ 162,11		
40103641	PROVAS DE FUNCAO TUBARIA	R\$ 16,24		
40103650	REGISTRO DO NISTAGMO PENDULAR	R\$ 110,00		
40103668	RINOMANOMETRIA COMPUTADORIZADA	R\$ 74,26		
40103714	TESTE DE ESTIMULACAO REPETITIVA (UM OU MAIS MUSCULOS)	R\$ 73,09		
40103722	TESTE DE FISTULA PERILINFATICA COM ELETRONISTAGMOGRAFIA	R\$ 91,32		
40103730	TESTE DE LATENCIAS MULTIPLAS DE SONO (TLMS) DIURNO POS PSG	R\$ 287,98		
40103749	VECTOELETRONISTAGMOGRAFIA - COMPUTADORIZADA	R\$ 132,00		
40103757	VIDEO-ELETRENEFALOGRAFIA CONTINUA NAO INVASIVA - 12 HORAS (VIDEO EEG/NT)	R\$ 121,96		
40103820	PESQUISA DO NISTAGMO OPTOCINETICO	R\$ 8,48		
40103889	PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL INFANTIL (DE 3 A 7 ANOS)	R\$ 205,12		
40103897	PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL (A PARTIR DOS 7 ANOS E ADULTO)	R\$ 229,45		
40104010	AVALIACAO MUSCULAR POR DINAMOMETRIA COMPUTADORIZADA (ISOCINETICA) - POR ARTICULACAO	R\$ 84,55		
40104028	CRONAXIMETRIA	R\$ 26,40		
40104036	CURVA I/T - MEDIDA DE LATENCIA DE NERVO PERIFERICO	R\$ 29,92		
40104125	SISTEMA TRIDIMENSIONAL DE AVALIACAO DO MOVIMENTO QUE INCLUI VIDEO ACOPLADO A PLATAFORMA DA FORCA E ELETROMIOGRAFIA	R\$ 237,74		
40105016	DETERMINACAO DAS PRESSOES RESPIRATORIAS MAXIMAS	R\$ 26,40		
40105024	DETERMINACAO DOS VOLUMES PULMONARES POR DILUICAO DE GASES	R\$ 67,02		
40105032	DETERMINACAO DOS VOLUMES PULMONARES POR PLETISMOGRAFIA	R\$ 67,02		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40105040	MEDIDA DA DIFUSAO DO MONOXIDO DE CARBONO	R\$ 84,81		
40105059	MEDIDA DE PICO DE FLUXO EXPIRATORIO	R\$ 8,72		
40105067	MEDIDA SERIADA POR 3 SEMANAS DO PICO DE FLUXO EXPIRATORIO	R\$ 26,40		
40105075	PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA (OU ESPIROMETRIA)	R\$ 123,20		
40105083	RESISTENCIA DAS VIAS AEREAS POR OSCILOMETRIA	R\$ 94,35		
40105091	RESISTENCIA DAS VIAS AEREAS POR PLETISMOGRAFIA	R\$ 96,35		
40201015	AMNIOSCOPIA	R\$ 14,85		
40201023	ANUSCOPIA (INTERNA E EXTERNA)	R\$ 26,40		
40201031	BRONCOSCOPIA COM BIOPSIA TRANSBRONQUICA	R\$ 220,00		2
40201058	BRONCOSCOPIA COM OU SEM ASPIRADO OU LAVADO BRONQUICO BILATERAL	R\$ 132,00		2
40201066	CISTOSCOPIA E/OU URETROSCOPIA	R\$ 52,80		
40201074	COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA	R\$ 286,00		3
40201082	COLONOSCOPIA (INCLUI A RETOSSIGMOIDOSCOPIA)	R\$ 286,00		3
40201090	COLONOSCOPIA COM MAGNIFICACAO	R\$ 468,20		
40201104	ECOENDOSCOPIA ALTA	R\$ 132,00		
40201112	ECOENDOSCOPIA BAIXA	R\$ 365,70		
40201120	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	R\$ 105,60		3
40201139	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM MAGNIFICACAO	R\$ 354,33		
40201147	ENTEROSCOPIA	R\$ 867,95	1	
40201155	HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA COM BIOPSIA	R\$ 105,60		2
40201163	LAPAROSCOPIA	R\$ 132,00		3
40201171	RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXIVEL	R\$ 88,00		3
40201180	RETOSSIGMOIDOSCOPIA RIGIDA	R\$ 66,00		3
40201198	VIDEO-ENDOSCOPIA DO ESFINCTER VELO-PALATINO COM OTICA FLEXIVEL	R\$ 132,50		
40201201	VIDEO-ENDOSCOPIA DO ESFINCTER VELO-PALATINO COM OTICA RIGIDA	R\$ 125,63		
40201210	VIDEO-ENDOSCOPIA NASO-SINUSAL COM OTICA FLEXIVEL	R\$ 106,95		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40201228	VIDEO-ENDOSCOPIA NASO-SINUSAL COM OTICA RIGIDA	R\$ 128,34		
40201236	VIDEO-LARINGO-ESTROBOSCOPIA COM ENDOSCOPIO FLEXIVEL	R\$ 183,34		
40201244	VIDEO-LARINGO-ESTROBOSCOPIA COM ENDOSCOPIO RIGIDO	R\$ 199,67		
40201252	VIDEO-FARINGO-LARINGOSCOPIA COM ENDOSCOPIO FLEXIVEL	R\$ 106,95		
40201260	VIDEO-FARINGO-LARINGOSCOPIA COM ENDOSCOPIO RIGIDO	R\$ 106,95		
40201279	URETEROSCOPIA FLEXIVEL UNILATERAL	R\$ 99,58		
40201287	URETEROSCOPIA RIGIDA UNILATERAL	R\$ 88,00		
40201309	AVALIACAO ENDOSCOPICA DA DEGLUTICAO (FEES)	R\$ 302,53		
40201333	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM CROMOSCOPIA	R\$ 239,50		
40202011	ARITENOIDECTOMIA MICROCIRURGICA ENDOSCOPICA	R\$ 356,31		
40202038	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM BIOPSIA E/OU CITOLOGIA	R\$ 156,60		3
40202046	BIOPSIAS POR LAPAROSCOPIA	R\$ 97,20		3
40202054	BRONCOSCOPIA COM BIOPSIA TRANSBRONQUICA COM ACOMPANHAMENTO RADIOSCOPICO	R\$ 267,46		
40202062	CECOSTOMIA	R\$ 407,26	1	
40202089	COLAGEM DE FISTULA POR VIA ENDOSCOPICA	R\$ 227,09		
40202097	COLOCACAO DE CANULA SOB ORIENTACAO ENDOSCOPICA	R\$ 225,77		
40202100	COLOCACAO DE CATETER PARA BRAQUITERAPIA ENDOBRONQUICA	R\$ 258,64		
40202119	COLOCACAO DE PROTESE COLEDOCIANA POR VIA ENDOSCOPICA	R\$ 1.037,74		3
40202127	COLOCACAO DE PROTESE TRAQUEAL OU BRONQUICA	R\$ 341,46		
40202135	COLONOSCOPIA COM MAGNIFICACAO E TATUAGEM	R\$ 642,31		
40202143	DESCOMPRESSAO COLONICA POR COLONOSCOPIA	R\$ 324,00		
40202151	DESOBSTRUCAO BRONQUICA COM LASER OU ELETROCAUTERIO	R\$ 381,12		
40202160	DESOBSTRUCAO BRONQUICA POR BRONCOASPIRACAO	R\$ 312,53		
40202178	DILATAcao DE ESTENOSE LARINGO-TRAQUEO-BRONQUICA	R\$ 129,60		1
40202186	DILATAcao INSTRUMENTAL DO ESOFAGO, ESTOMAGO OU DUODENO	R\$ 151,20		
40202194	DILATAcao INSTRUMENTAL E INJECao DE SUBSTANCIA MEDICAMENTOSA POR ENDOSCOPIA	R\$ 323,74		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40202208	DIVERTICULOTOMIA - APARELHO DIGESTIVO	R\$ 313,20		
40202216	DRENAGEM CAVITARIA POR LAPAROSCOPIA	R\$ 205,20		
40202240	ECOENDOSCOPIA COM PUNCAO POR AGULHA	R\$ 486,21	1	
40202259	ESCLEROSE DE VARIZES DE ESOFAGO, ESTOMAGO OU DUODENO	R\$ 151,20		
40202267	ESTENOSTOMIA ENDOSCOPICA	R\$ 509,16	1	
40202283	GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA	R\$ 313,20		3
40202291	HEMOSTASIA MECANICA DO ESOFAGO, ESTOMAGO OU DUODENO	R\$ 205,20		
40202305	HEMOSTASIA TERMICA POR ENDOSCOPIA	R\$ 291,39		
40202313	HEMOSTASIAS DE COLON	R\$ 205,20		3
40202330	INJECAO DE SUBSTANCIA MEDICAMENTOSA POR ENDOSCOPIA	R\$ 262,51		
40202348	INTRODUCAO DE PROTESE NO ESOFAGO	R\$ 313,20		3
40202356	JEJUNOSTOMIA ENDOSCOPICA	R\$ 930,64	1	
40202364	LARINGOSCOPIA COM MICROSCOPIA PARA EXERESE DE POLIPO/NODULO/PAPILOMA	R\$ 270,00		1
40202399	LARINGOSCOPIA/TRAQUEOSCOPIA COM EXERESE DE POLIPO/NODULO/PAPILOMA	R\$ 172,80		1
40202410	LARINGOSCOPIA/TRAQUEOSCOPIA COM RETIRADA DE CORPO ESTRANHO (TUBO RIGIDO)	R\$ 185,58		
40202429	LARINGOSCOPIA/TRAQUEOSCOPIA PARA DIAGNOSTICO E BIOPSIA (TUBO RIGIDO)	R\$ 108,00		
40202437	LARINGOSCOPIA/TRAQUEOSCOPIA PARA DIAGNOSTICO E BIOPSIA COM APARELHO FLEXIVEL	R\$ 130,18		
40202445	LARINGOSCOPIA/TRAQUEOSCOPIA PARA INTUBACAO ORO OU NASOTRAQUEAL	R\$ 185,85		
40202453	LIGADURA ELASTICA DO ESOFAGO, ESTOMAGO OU DUODENO	R\$ 253,12		
40202470	MUCOSECTOMIA	R\$ 824,87		
40202488	NASOFIBROLARINGOSCOPIA PARA DIGNOSTICO E/OU BIOPSIA	R\$ 52,80		3
40202496	PAPILOTOMIA BIOPSIA E/OU CITOLOGIA BILIAR E PANCREATICA	R\$ 726,44	1	
40202500	PAPILOTOMIA E DILATACAO BILIAR OU PANCREATICA	R\$ 726,44	1	
40202518	PAPILOTOMIA ENDOSCOPICA (PARA RETIRADA DE CALCULOS COLEDOCIANOS OU DRENAGEM BILIAR)	R\$ 648,00		3
40202526	PAPILOTOMIA, DILATACAO E COLOCACAO DE PROTESE OU DRENO BILIAR OU PANCREATICO	R\$ 1.086,92	1	
40202534	PASSAGEM DE SONDA NASO-ENTERAL	R\$ 183,60		3

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40202542	POLIPECTOMIA DE COLON (INDEPENDENTE DO NUMERO DE POLIPOS)	R\$ 324,00		3
40202550	POLIPECTOMIA DO ESOFAGO, ESTOMAGO OU DUODENO (INDEPENDENTE DO NUMERO DE POLIPOS)	R\$ 259,20		
40202569	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO COLON	R\$ 524,98		
40202577	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESOFAGO, ESTOMAGO OU DUODENO	R\$ 178,20		
40202585	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NO BRONQUIO OU BRONQUICO	R\$ 234,10		
40202593	RETIRADA DE TUMOR OU PAPILOMA POR BRONCOSCOPIA	R\$ 341,69		
40202607	TAMPONAMENTO DE VARIZES DO ESOFAGO E ESTOMAGO	R\$ 108,00		
40202615	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM BIOPSIA E TESTE DE UREASE (PESQUISA HELICOBACTER PYLORI)	R\$ 172,80		
40202623	TRAQUEOSTOMIA POR PUNCAO PERCUTANEA	R\$ 136,79		
40202631	TRATAMENTO ENDOSCOPICO DE HEMOPTISE	R\$ 423,35		
40202640	URETROTOMIA ENDOSCOPICA	R\$ 224,73		2
40202666	COLONOSCOPIA COM BIOPSIA E/OU CITOLOGIA	R\$ 351,00		3
40202674	COLONOSCOPIA COM DILATAÇÃO SEGMENTAR	R\$ 403,70		
40202682	RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXIVEL COM POLIPECTOMIA	R\$ 149,23		
40202690	RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXIVEL COM BIOPSIA E/OU CITOLOGIA	R\$ 130,67		
40202704	COLONOSCOPIA COM ESTENOSTOMIA	R\$ 726,60	1	
40202712	COLONOSCOPIA COM MUCOSECTOMIA	R\$ 700,28		
40202720	RETOSSIGMOIDOSCOPIA RIGIDA COM BIOPSIA E/OU CITOLOGIA	R\$ 74,71		
40202739	RETOSSIGMOIDOSCOPIA RIGIDA COM POLIPECTOMIA	R\$ 120,79		
40202747	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM CROMOSCOPIA E BIOPSIA E/OU CITOLOGIA	R\$ 106,74		
40202763	LARINGOSCOPIA/TRAQUEOSCOPIA COM LASER PARA EXERESE DE PAPILOMA/TUMOR	R\$ 800,72	1	
40301010	3-METIL HISTIDINA, PESQUISA E/OU DOSAGEM NO SORO	R\$ 35,19		
40301028	5-NUCLEOTIDASE - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 8,80		
40301036	ACETAMINOFEN - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 35,19		
40301044	ACETILCOLINESTERASE, EM ERITROCITOS - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 8,80		
40301060	ACIDO ASCORBICO (VITAMINA C) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 6,16		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40301087	ACIDO FOLICO, PESQUISA E/OU DOSAGEM NOS ERITROCITOS	R\$ 37,40		
40301109	ACIDO LACTICO (LACTATO) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 39,60		
40301117	ACIDO OROTICO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 482,52		
40301125	ACIDO OXALICO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 13,20		
40301133	ACIDO PIRUVICO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 13,20		
40301141	ACIDO SIALICO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 13,20		
40301150	ACIDO URICO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 6,16		
40301168	ACIDO VALPROICO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 66,00		
40301184	ACIDOS GRAXOS LIVRES - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 6,60		
40301192	ACIDOS ORGANICOS (PERFIL QUANTITATIVO)	R\$ 374,61		
40301206	ACILCARNITINAS (PERFIL QUALITATIVO)	R\$ 321,58		
40301214	ACILCARNITINAS (PERFIL QUANTITATIVO)	R\$ 479,58		
40301222	ALBUMINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 6,16		
40301230	ALDOLASE - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 11,88		
40301249	ALFA-1-ANTITRIPSINA, PESQUISA E/OU DOSAGEM NO SORO	R\$ 17,60		
40301257	ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 17,60		
40301265	ALFA-2-MACROGLOBULINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 17,60		
40301273	ALUMINIO, PESQUISA E/OU DOSAGEM NO SORO	R\$ 66,00		
40301281	AMILASE - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 6,16		
40301290	AMINOACIDOS, FRACIONAMENTO E QUANTIFICACAO	R\$ 216,45		
40301303	AMIODARONA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 143,73		
40301311	AMITRIPTILINA, NORTRIPTILINA (CADA) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 35,19		
40301320	AMONIA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 13,20		
40301346	ANTIBIOTICOS, PESQUISA E/OU DOSAGEM NO SORO, CADA	R\$ 44,00		
40301354	APOLIPOPROTEINA A (APO A) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 35,20		
40301362	APOLIPOPROTEINA B (APO B) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 35,20		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40301370	BARBITURICOS, ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS (CADA) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 23,32		
40301389	BETA-GLICURONIDASE - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 7,48		
40301397	BILIRRUBINAS (DIRETA, INDIRETA E TOTAL) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 6,60		
40301400	CALCIO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 6,16		
40301419	CALCIO IONICO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 17,60		
40301427	CAPACIDADE DE FIXACAO DE FERRO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 6,16		
40301435	CARBAMAZEPINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 66,00		
40301443	CARNITINA LIVRE - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 48,83		
40301451	CARNITINA TOTAL E FRACOES - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 321,58		
40301460	CAROTENO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 8,80		
40301478	CERULOPLASMINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 17,60		
40301486	CICLOSPORINA, METHOTREXATE - CADA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 132,00		
40301494	CLEARANCE DE ACIDO URICO	R\$ 15,16		
40301508	CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 11,00		
40301516	CLEARANCE DE FOSFATO	R\$ 11,00		
40301524	CLEARANCE DE UREIA	R\$ 11,00		
40301540	CLOMIPRAMINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 35,19		
40301559	CORO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 6,16		
40301567	COBRE - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 52,80		
40301583	COLESTEROL (HDL) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 13,20		
40301591	COLESTEROL (LDL) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 17,60		
40301605	COLESTEROL TOTAL - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 6,16		
40301621	CREATINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 8,80		
40301630	CREATININA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 6,16		
40301648	CREATINO FOSFOQUINASE TOTAL (CK) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 22,00		
40301656	CREATINO FOSFOQUINASE - FRACAO MB - MASSA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 44,00		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40301664	CREATINO FOSFOQUINASE - FRACAO MB - ATIVIDADE - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	44,00	
40301672	CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS (PERFIL QUALITATIVO) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	44,00	
40301680	CURVA GLICEMICA (4 DOSAGENS) VIA ORAL OU ENDOVENOSA	R\$	33,00	
40301699	DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	17,60	
40301702	DESIDROGENASE GLUTAMICA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	17,60	
40301729	DESIDROGENASE LACTICA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	13,20	
40301737	DESIDROGENASE LACTICA - ISOENZIMAS FRACIONADAS - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	44,00	
40301745	BENZODIAZEPINICOS E SIMILARES (CADA) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	66,00	
40301753	DIGITOXINA OU DIGOXINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	30,80	
40301761	ELETROFERESE DE PROTEINAS	R\$	17,60	
40301770	ELETROFORESE DE GLICOPROTEINAS	R\$	21,24	
40301788	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$	17,60	
40301796	ENOLASE - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	52,44	
40301800	ETOSSUXIMIDA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	66,00	
40301818	FENILALANINA, PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	22,00	
40301826	FENITOINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	66,00	
40301834	FENOBARBITAL - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	66,00	
40301842	FERRO SERICO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	7,92	
40301850	FORMALDEIDO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	8,80	
40301869	FOSFATASE ACIDA FRACAO PROSTATICA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	9,68	
40301877	FOSFATASE ACIDA TOTAL - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	7,92	
40301885	FOSFATASE ALCALINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	7,92	
40301893	FOSFATASE ALCALINA COM FRACIONAMENTO DE ISOENZIMAS - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	24,20	
40301907	FOSFATASE ALCALINA FRACAO OSSEA - ELISA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	40,79	
40301915	FOSFATASE ALCALINA TERMO-ESTAVEL - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	11,71	
40301923	FOSFOLIPIDIOS - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	6,60	

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40301931	FOSFORO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 6,16		
40301940	FOSFORO, PROVA DE REABSORCAO TUBULAR	R\$ 9,27		
40301958	FRUTOSAMINAS (PROTEINAS GLICOSILADAS) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 19,80		
40301966	FRUTOSE - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 6,16		
40301974	GALACTOSE - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 15,49		
40301982	GALACTOSE 1-FOSFATOURIDIL TRANSFERASE, PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 195,17		
40301990	GAMA-GLUTAMIL TRANSFERASE - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 8,80		
40302016	GASOMETRIA (PH, PCO2, SA, O2, EXCESSO BASE) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 29,48		
40302024	GASOMETRIA + HB + HT + NA + K + CL + CA + GLICOSE + LACTATO (QUANDO EFETUADO NO GASOMETRO) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 22,86		
40302032	GLICEMIA APOS SOBRECARGA COM DEXTROSOL OU GLICOSE - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 13,20		
40302040	GLICOSE - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 6,16		
40302059	GLICOSE-6-FOSFATO DEIDROGENASE (G6FD) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 13,20		
40302067	HAPTOGLOBINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 17,60		
40302075	HEMOGLOBINA GLICADA (A1 TOTAL) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 19,80		
40302083	HEMOGLOBINA PLASMATICA LIVRE - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 8,80		
40302091	HEXOSAMINIDASE A - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 297,47		
40302105	HIDROXIPROLINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 31,80		
40302113	HOMOCISTEINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 87,99		
40302121	IMIPRAMINA - DESIPRAMINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 35,19		
40302130	AMILASE OU ALFA-AMILASE, ISOENZIMAS - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 35,19		
40302156	ISONIAZIDA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 35,19		
40302164	LACTOSE, TESTE DE TOLERANCIA	R\$ 35,20		
40302180	LIDOCAINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 35,19		
40302199	LIPASE - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 6,60		
40302229	LITIO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 8,80		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40302237	MAGNESIO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 7,04		
40302245	MIOGLOBINA, PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 40,79		
40302270	OSMOLALIDADE - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 13,20		
40302288	OXCARBAZEPINA, PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 66,00		
40302296	PIRUVATO QUINASE - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 94,88		
40302300	PORFIRINAS QUANTITATIVAS (CADA) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 8,34		
40302318	POTASSIO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 6,16		
40302326	PRE-ALBUMINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 23,26		
40302334	PRIMIDONA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 66,00		
40302342	PROCAINAMIDA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 35,19		
40302350	PROPANOLOL - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 35,19		
40302377	PROTEINAS TOTAIS - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 6,16		
40302385	PROTEINAS TOTAIS ALBUMINA E GLOBULINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 6,60		
40302393	QUINIDINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 35,19		
40302407	RESERVA ALCALINA (BICARBONATO) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 6,16		
40302415	SACAROSE, TESTE DE TOLERANCIA	R\$ 35,20		
40302423	SODIO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 6,16		
40302431	SUCCINIL ACETONA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 305,82		
40302458	TACROLIMUS - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 256,66		
40302474	TEOFILINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 66,00		
40302482	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA OU HIPOGLICEMIANTES ORAIS (ATE 6 DOSAGENS)	R\$ 39,60		
40302490	TIROSINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 53,01		
40302504	TRANSAMINASE OXALACETICA (AMINO TRANSFERASE ASPARTATO) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 6,16		
40302512	TRANSAMINASE PIRUVICA (AMINO TRANSFERASE DE ALANINA) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 6,16		
40302520	TRANSFERRINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 26,40		
40302539	TRIAZOLAM - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 52,44		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40302547	TRIGLICERIDEOS - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 8,80		
40302555	TRIMIPRAMINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 35,19		
40302563	TRIPSINA IMUNO REATIVA (IRT) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 25,66		
40302571	TROPONINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 37,62		
40302580	UREIA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 6,16		
40302598	UROBILINOGENIO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 4,40		
40302601	VITAMINA A, PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 109,98		
40302610	VITAMINA E - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 104,19		
40302628	XILOSE, TESTE DE ABSORCAO A	R\$ 35,20		
40302636	LIPIDIOS TOTAIS - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 4,40		
40302644	MALTOSE, TESTE DE TOLERANCIA	R\$ 35,20		
40302652	MUCOPOLISSACARIDOSE, PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 8,80		
40302679	OCITOCINASE, PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 13,20		
40302687	PROCALCITONINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 96,58		
40302695	COLESTEROL (VLDL) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 13,20		
40302709	TESTE ORAL DE TOLERANCIA A GLICOSE - 2 DOSAGENS	R\$ 16,63		
40302717	ELETROFORESE DE PROTEINAS DE ALTA RESOLUCAO	R\$ 35,19		
40302725	IMUNOFIXACAO - CADA FRACAO	R\$ 40,79		
40302733	HEMOGLOBINA GLICADA (FRACAO A1C) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 19,80		
40302741	LAMOTRIGINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 297,47		
40302750	PERFIL LIPIDICO / LIPIDOGRAMA (LIPIDIOS TOTAIS, COLESTEROL, TRIGLICERIDIOS E ELETROFORESE LIPOPROTEINAS) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 30,80		
40302768	PAPP-A - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 100,66		
40302776	PEPTIDEO NATRIURETICO BNP/PROBNP - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 119,70		
40302830	VITAMINA "D" 25 HIDROXI, PESQUISA E/OU DOSAGEM (VITAMINA D3)	R\$ 77,00		
40302881	ACIDO MICOFENOLICO, DOSAGEM SORO	R\$ 377,78		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40302890	ACIDOS GRAXOS CADEIA LONGA	R\$ 1.250,54		
40302903	ACIDOS GRAXOS CADEIA MUITO LONGA	R\$ 1.273,36		
40303012	ALFA -1-ANTITRIPSINA, (FEZES) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 26,40		
40303020	ANAL SWAB, PESQUISA DE OXIURUS	R\$ 6,60		
40303039	COPROLOGICO FUNCIONAL (CARACTERES, PH, DIGESTIBILIDADE, AMONIA, ACIDOS ORGANICOS E INTERPRETACAO)	R\$ 22,00		
40303055	GORDURA FECAL, DOSAGEM	R\$ 8,80		
40303063	HEMATOXILINA FERRICA, PESQUISA DE PROTOZOARIOS NAS FEZES	R\$ 6,16		
40303071	IDENTIFICACAO DE HELMINTOS, EXAME DE FRAGMENTOS - NAS FEZES	R\$ 6,29		
40303080	LARVAS (FEZES), PESQUISA	R\$ 4,40		
40303098	LEUCOCITOS E HEMACIAS, PESQUISA NAS FEZES	R\$ 4,40		
40303101	LEVEDURAS, PESQUISA NAS FEZES	R\$ 4,40		
40303110	PARASITOLOGICO - NAS FEZES	R\$ 8,80		
40303128	PARASITOLOGICO, COLHEITA MULTIPLA COM FORNECIMENTO DO LIQUIDO CONSERVANTE NAS FEZES	R\$ 8,80		
40303136	SANGUE OCULTO, PESQUISA NAS FEZES	R\$ 4,40		
40303144	SHISTOSSOMA, PESQUISA OVOS EM FRAGMENTOS MUCOSA APOS BIOPSIA RETAL	R\$ 11,72		
40303152	SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES - PESQUISA	R\$ 4,40		
40303160	TRIPSINA, PROVA DE (DIGESTAO DA GELATINA)	R\$ 6,16		
40303179	ESTEATOCRITO, TRIAGEM PARA GORDURA FECAL	R\$ 29,06		
40303187	ESTERCOBILINOGENIO FECAL, DOSAGEM	R\$ 6,16		
40303250	SANGUE OCULTO NAS FEZES, PESQUISA IMUNOLOGICA	R\$ 20,04		
40303330	DOSAGEM FECAL DE CALPROTECTINA	R\$ 162,76		
40304019	ANTICOAGULANTE LUPICO, PESQUISA	R\$ 29,34		
40304027	ANTICORPO ANTI A E B, PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 17,60		
40304035	ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS, CITOMETRIA DE FLUXO	R\$ 48,43		
40304043	ANTICORPOS IRREGULARES - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 59,40		
40304051	ANTICORPOS IRREGULARES, PESQUISA (MEIO SALINO A TEMPERATURA AMBIENTE E 37° E TESTE INDIRETO DE COOMBS)	R\$ 17,60		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40304060	ANTITROMBINA III, DOSAGEM	R\$	35,20	
40304078	ATIVADOR TISSULAR DE PLASMINOGENIO (TPA) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	159,16	
40304086	CD... (ANTIGENO DE DIF. CELULAR, CADA DETERMINACAO) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	57,20	
40304094	CITOQUIMICA PARA CLASSIFICAR LEUCEMIA: ESTERASE, FOSFATASE LEUCOCITARIA, PAS, PEROXIDASE OU SB, ETC - CADA	R\$	22,00	
40304108	COOMBS DIRETO	R\$	8,80	
40304116	ENZIMAS ERITROCITARIAS, (ADENILATOQUINASE, DESIDROGENASE LACTICA, FOSFOFRUCTOQUINASE, FOSFOGLICERATO QUINASE, GLICERALDEIDO, 3 - FOSFATO DESIDROGENASE, GLICOSE FOSFATO ISOMERASE, GLICOSE 6 - FOSFATO DESIDROGENASE, GLUTATION PEROXIDASE, GLUTATION	R\$	11,88	
40304132	FALCIZACAO, TESTE DE	R\$	4,40	
40304140	FATOR 4 PLAQUETARIO, DOSAGENS	R\$	23,32	
40304159	FATOR II, DOSAGEM	R\$	13,20	
40304167	FATOR IX, DOSAGEM	R\$	17,60	
40304175	FATOR V, DOSAGEM	R\$	13,20	
40304183	FATOR VIII, DOSAGEM	R\$	17,60	
40304191	FATOR VIII, DOSAGEM DO ANTIGENO (VON WILLEBRAND)	R\$	23,32	
40304205	FATOR VIII, DOSAGEM DO INIBIDOR	R\$	23,32	
40304213	FATOR X, DOSAGEM	R\$	23,32	
40304221	FATOR XI, DOSAGEM	R\$	17,60	
40304230	FATOR XII, DOSAGEM	R\$	17,60	
40304248	FATOR XIII, PESQUISA	R\$	17,60	
40304256	FENOTIPAGEM DO SISTEMA RH-HR (ANTI RHO(D) + ANTI RH(C) + ANTI RH(E)	R\$	36,66	
40304264	FIBRINOGENIO, TESTE FUNCIONAL, DOSAGEM	R\$	8,80	
40304272	FILARIA, PESQUISA	R\$	6,16	
40304280	GRUPO ABO, CLASSIFICACAO REVERSA - DETERMINACAO	R\$	6,60	
40304299	GRUPO SANGUINEO ABO, E FATOR RHO (INCLUI DU) - DETERMINACAO	R\$	6,60	
40304302	HAM, TESTE DE (HEMOLISE ACIDA)	R\$	8,80	

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40304310	HEINZ, CORPUSCULOS, PESQUISA	R\$	4,40	
40304337	HEMATOCRITO, DETERMINACAO DO	R\$	4,40	
40304345	HEMOGLOBINA, DOSAGEM	R\$	4,40	
40304353	HEMOGLOBINA (ELETROFORESE) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	17,60	
40304361	HEMOGRAMA COM CONTAGEM DE PLAQUETAS OU FRACOES (ERITROGRAMA, LEUCOGRAMA, PLAQUETAS)	R\$	13,20	
40304370	HEMOSEDIMENTACAO, (VHS) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	4,40	
40304388	HEMOSSIDERINA (SIDEROCITOS), SANGUE OU URINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	4,40	
40304418	LEUCOCITOS, CONTAGEM	R\$	4,40	
40304434	META-HEMOGLOBINA, DETERMINACAO DA	R\$	13,20	
40304450	PLAQUETAS, TESTE DE AGREGACAO (POR AGENTE AGREGANTE), CADA	R\$	29,04	
40304469	PLASMINOGENIO, DOSAGEM	R\$	94,51	
40304477	PLASMODIO, PESQUISA	R\$	6,16	
40304485	MEDULA OSSEA, ASPIRACAO PARA MIELOGRAMA OU MICROBIOLOGICO	R\$	94,63	
40304493	PRODUTOS DE DEGRADACAO DA FIBRINA, QUALITATIVO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	22,00	
40304507	PROTEINA C - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	55,00	
40304515	PROTEINA S, TESTE FUNCIONAL	R\$	55,00	
40304523	PROTOPORFIRINA ERITROCITARIA LIVRE - ZINCO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	26,40	
40304531	PROVA DO LACO	R\$	4,40	
40304540	RESISTENCIA GLOBULAR, CURVA DE	R\$	6,16	
40304558	RETICULOCITOS, CONTAGEM	R\$	4,40	
40304566	RETRACAO DO COAGULO - PESQUISA	R\$	4,40	
40304574	RISTOCETINA, CO-FATOR, TESTE FUNCIONAL, DOSAGEM	R\$	108,77	
40304582	TEMPO DE COAGULACAO - DETERMINACAO	R\$	4,40	
40304590	TEMPO DE PROTROMBINA - DETERMINACAO	R\$	6,60	
40304612	TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY - DETERMINACAO	R\$	4,40	
40304620	TEMPO DE TROMBINA - DETERMINACAO	R\$	8,80	

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40304639	TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA - DETERMINACAO	R\$	6,60	
40304647	TRIPANOSSOMA, PESQUISA	R\$	6,16	
40304655	TROMBOELASTOGRAMA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	40,92	
40304671	ANTICORPO ANTIMIELOPEROXIDASE, MPO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	164,60	
40304680	FATOR VII - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	53,51	
40304698	FATOR XIII, DOSAGEM, TESTE FUNCIONAL	R\$	53,51	
40304701	IMUNOFENOTIPAGEM PARA DOENCA RESIDUAL MINIMA (*)	R\$	259,32	
40304710	IMUNOFENOTIPAGEM PARA HEMOGLOBINURIA PAROXISTICA NOTURNA (*)	R\$	228,05	
40304728	IMUNOFENOTIPAGEM PARA LEUCEMIAS AGUDAS OU SINDROME MIELODISPLASICA (*)	R\$	718,96	
40304736	IMUNOFENOTIPAGEM PARA LINFOMA NAO HODGKIN / SINDROME LINFOPROLIFERATIVA CRONICA (*)	R\$	192,19	
40304752	FATOR IX, DOSAGEM DO INIBIDOR	R\$	123,76	
40304760	INIBIDOR DOS FATORES DA HEMOSTASIA, TRIAGEM	R\$	122,34	
40304787	PROTEINA S LIVRE, DOSAGEM	R\$	55,00	
40304809	CONSUMO DE PROTROMBINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	13,20	
40304817	ENZIMAS ERITROCITARIAS, RASTREIO PARA DEFICIENCIA	R\$	12,08	
40304825	ESPLENOGRAMA (CITOLOGIA)	R\$	30,80	
40304850	HEMOGLOBINOPATIA - TRIAGEM (EL.HB., HEMOGLOB. FETAL. RETICULOCITOS, CORPOS DE H, T. FALCIZACAO HEMACIAS, RESIST. OSMOTICA, TERMO ESTABILIDADE)	R\$	11,00	
40304876	SULFO-HEMOGLOBINA, DETERMINACAO DA	R\$	6,16	
40304884	COOMBS INDIRETO	R\$	17,60	
40304892	MIELOGRAMA	R\$	44,00	
40304906	DIMERO D - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	82,50	
40304914	TEMPO DE SANGRAMENTO (DUKE) - DETERMINACAO	R\$	4,40	
40304922	COAGULOGRAMA (TS, TC, PROVA DO LACO, RETRACAO DO COAGULO, CONTAGEM DE PLAQUETAS, TEMPO DE PROTOMBINA, TEMPO DE TROMBOPLASTINA, PARCIAL ATIVADO) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	26,40	
40304930	BACO, EXAME DE ESFREGACO DE ASPIRADO	R\$	94,63	

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40304949	LINFONODO, EXAME DE ESFREGACO DE ASPIRADO	R\$	94,63	
40304973	ALFA TALASSEMIA ANAL MOLECULAR SANGUE	R\$	109,28	
40305015	1,25-DIHIROXI VITAMINA D - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	77,00	
40305066	17-CETOSTEROIDES (17-CTS) - CROMATOGRAFIA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	23,32	
40305074	17-CETOSTEROIDES RELACAO ALFA/BETA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	22,00	
40305082	17-CETOSTEROIDES TOTAIS (17-CTS) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	27,27	
40305090	17-HIDROXIPREGNENOLONA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	116,63	
40305112	ACIDO 5 HIDROXI INDOL ACETICO, DOSAGEM NA URINA	R\$	26,40	
40305120	ACIDO HOMO VANILICO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	48,40	
40305163	AMP CICLICO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	44,00	
40305210	CORTISOL LIVRE - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	66,00	
40305228	CURVA GLICEMICA (6 DOSAGENS) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	158,40	
40305236	CURVA INSULINICA (6 DOSAGENS) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	125,06	
40305279	DOSAGEM DE RECEPTOR DE PROGESTERONA OU DE ESTROGENIO	R\$	264,00	
40305287	ENZIMA CONVERSORA DA ANGIOTENSINA (ECA) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	66,92	
40305295	ERITROPOIETINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	56,95	
40305341	GAD-AB-ANTIDECARBOXILASE DO ACIDO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	82,50	
40305368	GLUCAGON, DOSAGEM	R\$	42,92	
40305384	HORMONIO ANTIDIURETICO (VASOPRESSINA) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	48,64	
40305406	IGF BP3 (PROTEINA LIGADORA DOS FATORES DE CRESCIMENTO "INSULIN-LIKE") - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	68,75	
40305449	N-TELOPEPTIDEO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	106,34	
40305465	PARATORMONIO - PTH OU FRACAO (CADA) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	88,00	
40305503	PREGNANDIOL - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	26,40	
40305546	PROVA DO LH-RH, DOSAGEM DO FSH SEM FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO (CADA)	R\$	83,45	
40305554	PROVA DO LH-RH, DOSAGEM DO LH SEM FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO (CADA)	R\$	28,60	
40305562	PROVA DO TRH-HPR, DOSAGEM DO HPR SEM FORNECIMENTO DO MATERIAL (CADA)	R\$	37,40	

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40305570	PROVA DO TRH-TSH, DOSAGEM DO TSH SEM FORNECIMENTO DO MATERIAL (CADA)	R\$	37,40	
40305589	PROVA PARA DIABETE INSIPIDO (RESTRICAO HIDRICA NA CL 3% VASOPRESSINA)	R\$	29,48	
40305597	ESTROGENIOS TOTAIS (FENOLESTEROIDES) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	17,60	
40305627	PROVAS DE FUNCAO TIREOIDEANA (T3, T4, INDICES E TSH)	R\$	94,60	
40305740	11-DESOXICORTICOSTERONA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	65,06	
40305767	HORMONIO GONODOTROFICO CORIONICO QUANTITATIVO (HCG-BETA-HCG) - DOSAGEM	R\$	28,60	
40305775	MACROPROLACTINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	73,82	
40305783	17-HIDROXICORTICOSTEROIDES (17-OHS) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	65,06	
40306011	ADENOVIRUS, IGG - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	29,48	
40306020	ADENOVIRUS, IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	36,77	
40306046	ANTICANDIDA - IGG E IGM (CADA) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	29,48	
40306054	ANTI-ACTINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	55,42	
40306062	ANTI-DNA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	17,60	
40306070	ANTI-JO1 - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	19,28	
40306089	ANTI-LA/SSB - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	35,20	
40306097	ANTI-LKM-1 - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	14,66	
40306100	ANTI-RNP - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	35,20	
40306119	ANTI-RO/SSA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	35,20	
40306127	ANTI-SM - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	35,20	
40306135	ANTICARDIOLIPINA - IGA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	30,80	
40306143	ANTICARDIOLIPINA - IGG - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	35,20	
40306151	ANTICARDIOLIPINA - IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	36,66	
40306160	ANTICENTROMERO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	29,34	
40306194	ANTICORPO ANTIVIRUS DA HEPATITE E (TOTAL) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	88,00	
40306208	ANTICORPOS ANTI-ILHOTA DE LANGHERANS - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	35,20	
40306216	ANTICORPOS ANTI-INFLUENZA A, IGG - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	19,28	

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40306224	ANTICORPOS ANTI-INFLUENZA A, IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	26,49	
40306232	ANTICORPOS ANTI-INFLUENZA B, IGG - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	19,28	
40306240	ANTICORPOS ANTI-INFLUENZA B, IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	26,49	
40306259	ANTICORPOS ANTIENDOMISIO - IGG, IGM, IGA (CADA) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	278,66	
40306267	ANTICORPOS NATURAIS - ISOAGLUTININAS, PESQUISAS	R\$	17,60	
40306275	ANTICORPOS NATURAIS - ISOAGLUTININAS, TITULAGEM	R\$	30,80	
40306283	ANTICORTEX SUPRA-RENAL - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	30,80	
40306291	ANTIESCLERODERMA (SCL 70) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	26,40	
40306305	ANTIGLIADINA (GLUTEN) - IGA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	30,80	
40306313	ANTIGLIADINA (GLUTEN) - IGG - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	30,80	
40306330	ANTIMEMBRANA BASAL - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	26,49	
40306348	ANTIMICROSSOMAL - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	46,20	
40306356	ANTIMITOCONDRIA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	17,60	
40306364	ANTIMITOCONDRIA, M2 - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	23,36	
40306372	ANTIMUSCULO CARDIACO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	19,28	
40306380	ANTIMUSCULO ESTRIADO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	35,20	
40306399	ANTIMUSCULO LISO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	17,60	
40306402	ANTINEUTROFILOS (ANCA) C - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	36,66	
40306410	ANTINEUTROFILOS (ANCA) P - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	36,67	
40306429	ANTIPARIETAL - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	17,60	
40306437	ANTIPEROXIDASE TIREOIDEANA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	39,60	
40306445	ASLO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	8,80	
40306453	ASPERGILUS, REACAO SOROLOGICA	R\$	35,20	
40306461	AVIDEZ DE IGG PARA TOXOPLASMOSE, CITOMEGALIA, RUBELOA, EB E OUTROS, CADA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	35,48	
40306470	BETA-2-MICROGLOBULINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	132,00	
40306488	BIOTINIDASE ATIVIDADE DA, QUALITATIVO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	15,49	

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40306496	BLASTOMICOSE, REACAO SOROLOGICA	R\$	13,20	
40306500	BRUCELA - IGG - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	21,17	
40306518	BRUCELA - IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	25,65	
40306534	C1Q - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	41,68	
40306542	C3 PROATIVADOR - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	35,48	
40306550	C3A (FATOR B) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	35,48	
40306593	CAXUMBA, IGG - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	29,48	
40306607	CAXUMBA, IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	33,97	
40306615	CHAGAS IGG - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	13,20	
40306623	CHAGAS IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	39,60	
40306631	CHLAMYDIA - IGG - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	39,60	
40306640	CHLAMYDIA - IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	39,60	
40306658	CISTICERCOSE, AC - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	35,20	
40306666	CITOMEGALOVIRUS IGG - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	29,48	
40306674	CITOMEGALOVIRUS IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	44,00	
40306682	CLOSTRIDIUM DIFFICILE, TOXINA A - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	51,34	
40306690	COMPLEMENTO C2 - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	35,48	
40306704	COMPLEMENTO C3 - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	22,00	
40306712	COMPLEMENTO C4 - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	22,00	
40306739	COMPLEMENTO CH-100 - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	17,62	
40306747	COMPLEMENTO CH-50 - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	17,60	
40306755	CRIO-AGLUTININA, GLOBULINA, DOSAGEM, CADA	R\$	22,00	
40306763	CRIO-AGLUTININA, GLOBULINA, PESQUISA, CADA	R\$	6,16	
40306771	CROSS MATCH (PROVA CRUZADA DE HISTOCOMPATIBILIDADE PARA TRANSPLANTE RENAL)	R\$	66,00	
40306780	CULTURA OU ESTIMULACAO DOS LINFOCITOS "IN VITRO" POR CONCAVALINA, PHA OU POKWEED	R\$	80,51	
40306798	DENGUE - IGG E IGM (CADA) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	57,20	

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40306801	ECHOVIRUS (PAINEL) SOROLOGIA PARA	R\$ 80,91		
40306810	EQUINOCOCOSE (HIDATIDOSE), REACAO SOROLOGICA	R\$ 8,80		
40306852	FATOR ANTINUCLEO, (FAN) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 13,20		
40306860	FATOR REUMATOIDE, QUANTITATIVO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 8,80		
40306879	FILARIA SOROLOGIA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 19,28		
40306887	GENOTIPAGEM DO SISTEMA HLA	R\$ 123,19		
40306895	GIARDIA, REACAO SOROLOGICA	R\$ 35,20		
40306909	HELICOBACTER PYLORI - IGA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 134,62		
40306917	HELICOBACTER PYLORI - IGG - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 44,00		
40306925	HELICOBACTER PYLORI - IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 44,00		
40306933	HEPATITE A - HAV - IGG - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 44,00		
40306941	HEPATITE A - HAV - IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 52,80		
40306950	HEPATITE B - HBCAC - IGG (ANTI-CORE IGG OU ACOREG) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 44,00		
40306968	HEPATITE B - HBCAC - IGM (ANTI-CORE IGM OU ACOREM) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 52,80		
40306976	HEPATITE B - HBEAC (ANTI HBE) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 44,00		
40306984	HEPATITE B - HBEAG (ANTIGENO "E") - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 44,00		
40306992	HEPATITE B - HBSAC (ANTI-ANTIGENO DE SUPERFICIE) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 35,20		
40307018	HEPATITE B - HBSAG (AU, ANTIGENO AUSTRALIA) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 30,80		
40307026	HEPATITE C - ANTI-HCV - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 88,00		
40307034	HEPATITE C - ANTI-HCV - IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 88,00		
40307042	HEPATITE C - IMUNOBLLOT - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 166,46		
40307050	HEPATITE DELTA, ANTICORPO IGG - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 88,00		
40307069	HEPATITE DELTA, ANTICORPO IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 42,50		
40307077	HEPATITE DELTA, ANTIGENO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 42,50		
40307085	HERPES SIMPLES - IGG - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 44,00		
40307093	HERPES SIMPLES - IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 52,80		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40307107	HERPES ZOSTER - IGG - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	44,00	
40307115	HERPES ZOSTER - IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	52,80	
40307123	HIPERSENSIBILIDADE RETARDADA (INTRADERMO REACAO IDER) CANDIDINA, CAXUMBA, ESTREPTOQUINASE-DORNASE, PPD, TRICOFITINA, VIRUS VACINAL, OUTRO(S), CADA	R\$	11,88	
40307140	HISTONA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	35,20	
40307158	HISTOPLASMOSE, REACAO SOROLOGICA	R\$	11,88	
40307166	HIV - ANTIGENO P24 - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	88,00	
40307174	HIV1 OU HIV2, PESQUISA DE ANTICORPOS	R\$	66,00	
40307182	HIV1+ HIV2, (DETERMINACAO CONJUNTA), PESQUISA DE ANTICORPOS	R\$	88,00	
40307190	HLA-DR - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	232,27	
40307204	HLA-DR+DQ - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	248,31	
40307212	HTLV1 OU HTLV2 PESQUISA DE ANTICORPO (CADA)	R\$	43,45	
40307220	IGA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	22,00	
40307247	IGD - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	26,49	
40307255	IGE, GRUPO ESPECIFICO, CADA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	33,00	
40307263	IGE, POR ALERGENO (CADA) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	40,34	
40307271	IGE, TOTAL - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	30,80	
40307280	IGG - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	22,00	
40307298	IGG, SUBCLASSES 1,2,3,4 (CADA) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	51,57	
40307301	IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	22,00	
40307336	IMUNOELETRFORESE (ESTUDO DA GAMOPATIA) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	52,80	
40307344	INIBIDOR DE C1 ESTERASE - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	22,00	
40307352	ISOSPORA, PESQUISA DE ANTIGENO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	7,61	
40307387	LEGIONELLA - IGG E IGM (CADA) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	54,46	
40307395	LEISHMANIOSE - IGG E IGM (CADA) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	21,17	
40307409	LEPTOSPIROSE - IGG - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	23,36	

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40307417	LEPTOSPIROSE - IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	32,36	
40307425	LEPTOSPIROSE, AGLUTINACAO - PESQUISA	R\$	15,29	
40307433	LINFOCITOS T "HELPER" CONTAGEM DE (IF COM OKT-4) (CD-4+) CITOMETRIA DE FLUXO	R\$	88,00	
40307441	LINFOCITOS T SUPRESSORES CONTAGEM DE (IF COM OKT-8) (D-8) CITOMETRIA DE FLUXO	R\$	88,00	
40307450	LISTERIOSE, REACAO SOROLOGICA	R\$	26,78	
40307468	LYME - IGG - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	79,20	
40307476	LYME - IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	79,20	
40307484	MALARIA - IGG - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	13,20	
40307492	MALARIA - IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	13,20	
40307522	MICOPLASMA PNEUMONIAE - IGG - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	29,48	
40307530	MICOPLASMA PNEUMONIAE - IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	29,48	
40307565	MONONUCLEOSE - EPSTEIN BARR - IGG - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	66,00	
40307573	MONONUCLEOSE, ANTI-VCA (EBV) IGG - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	66,00	
40307581	MONONUCLEOSE, ANTI-VCA (EBV) IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	66,00	
40307603	OUTROS TESTES BIOQUIMICOS PARA DETERMINACAO DO RISCO FETAL (CADA)	R\$	78,96	
40307611	PARVOVIRUS - IGG, IGM (CADA) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	70,36	
40307620	PEPTIDIO INTESTINAL VASOATIVO, DOSAGEM	R\$	434,39	
40307638	PPD (TUBERCULINA), IDER	R\$	8,80	
40307689	REACAO SOROLOGICA PARA COXSACKIE, NEUTRALIZACAO IGG	R\$	74,55	
40307697	RUBEOLA - IGG - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	26,40	
40307700	RUBEOLA - IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	52,80	
40307719	SCHISTOSOMOSE - IGG - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	11,88	
40307727	SCHISTOSOMOSE - IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	15,20	
40307735	SIFILIS - FTA-ABS-IGG - PESQUISA	R\$	15,40	
40307743	SIFILIS - FTA-ABS-IGM - PESQUISA	R\$	18,34	
40307751	SIFILIS - TPHA - PESQUISA	R\$	11,88	

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40307760	SIFILIS - VDRL	R\$ 8,80		
40307794	TOXOCARA CANNIS - IGG - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 26,40		
40307808	TOXOCARA CANNIS - IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 26,40		
40307824	TOXOPLASMOSE IGG - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 35,20		
40307832	TOXOPLASMOSE IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 35,20		
40307840	UREASE, TESTE RAPIDO PARA HELICOBACTER PYLORI	R\$ 11,00		
40307859	VIRUS SINCIAL RESPIRATORIO - ELISA - IGG - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 66,00		
40307867	WAALER-ROSE (FATOR REUMATOIDE) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 8,80		
40307875	WESTERN BLOT (ANTICORPOS ANTI-HIV) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 308,00		
40307883	WESTERN BLOT (ANTICORPOS ANTI-HTVI OU HTLVII) (CADA) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 308,00		
40307905	ALERGENOS - PERFIL ANTIGENICO (PAINEL C/36 ANTIGENOS) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 940,88		
40307948	ANTIFIGADO (GLOMERULO, TUB. RENAL CORTE RIM DE RATO), IFI - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 32,43		
40307964	CHAGAS, HEMOAGLUTINACAO	R\$ 42,34		
40307972	CHAGAS (MACHADO GUERREIRO)	R\$ 19,28		
40307999	COMPLEMENTO C3, C4 - TURBID. OU NEFOLOMETRICO C3A - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 29,88		
40308014	CRIOGLOBULINAS, CARACTERIZACAO - IMUNOELETROFORESE	R\$ 19,28		
40308022	DNCB - TESTE DE CONTATO	R\$ 11,88		
40308030	FATOR REUMATOIDE, TESTE DO LATEX (QUALITATIVO) - PESQUISA	R\$ 8,80		
40308090	NBT ESTIMULADO	R\$ 22,00		
40308120	SARAMPO - ANTICORPOS IGG - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 19,28		
40308138	SARAMPO - ANTICORPOS IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 35,20		
40308154	TOXOPLASMOSE - IGA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 23,36		
40308162	VARICELA, IGG - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 22,00		
40308170	VARICELA, IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 22,00		
40308235	HER2 DOSAGEM DO RECEPTOR	R\$ 174,49		
40308286	SIFILIS ANTICORPO TOTAL - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 16,78		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40308294	SIFILIS IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	27,75	
40308308	AMEBIASE, IGG - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	19,28	
40308316	AMEBIASE, IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	29,09	
40308340	MONONUCLEOSE, SOROLOGIA PARA (MONOTESTE OU PAUL-BUNNEL), CADA	R\$	11,88	
40308359	PSITACOSE - IGG - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	35,20	
40308367	PSITACOSE - IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	35,20	
40308383	PROTEINA C REATIVA, QUALITATIVA - PESQUISA	R\$	6,60	
40308391	PROTEINA C REATIVA, QUANTITATIVA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	29,48	
40308405	ASLO, QUANTITATIVO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	25,66	
40308413	PARACOCCIDIOIDOMICOSE, ANTICORPOS TOTAIS / IGG - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	59,60	
40308529	ANTICORPOS ANTIPNEUMOCOCOS	R\$	206,53	
40308553	ANTI TRANSGLUTAMINASE TECIDUAL - IGA	R\$	71,05	
40308804	ANTICORPOS ANTI PEPTIDEO CICLICO CITRULINADO - IGG	R\$	185,17	
40308901	ACETILCOLINA, ANTICORPOS BLOQUEADOR RECEPTOR	R\$	445,17	
40309010	ADENOSINA DE AMINASE (ADA) - PESQUISA E/OU DOSAGEM EM LIQUIDOS ORGANICOS	R\$	49,31	
40309029	BIOQUIMICA ICR (PROTEINAS + PANDY + GLICOSE + CLORO) - PESQUISA E/OU DOSAGEM EM LIQUIDOS ORGANICOS	R\$	12,64	
40309037	CELULAS, CONTAGEM TOTAL E ESPECIFICA - PESQUISA E/OU DOSAGEM EM LIQUIDOS ORGANICOS	R\$	8,80	
40309045	CELULAS, PESQUISA DE CELULAS NEOPLASICAS (CITOLOGIA ONCOTICA) - PESQUISA E/OU DOSAGEM EM LIQUIDOS ORGANICOS	R\$	36,66	
40309053	CRIPCOCOCOSE, CANDIDA, ASPERGILUS (LATEX) - PESQUISA E/OU DOSAGEM EM LIQUIDOS ORGANICOS	R\$	52,80	
40309061	ELETROFORESE DE PROTEINAS NO LIQUOR, COM CONCENTRACAO - PESQUISA E/OU DOSAGEM EM LIQUIDOS ORGANICOS	R\$	35,20	
40309070	H. INFLUENZAE, S. PNEUMONIAE, N. MENINGITIDIS A, B E C W135 (CADA) - PESQUISA E/OU DOSAGEM EM LIQUIDOS ORGANICOS	R\$	15,40	
40309088	HAEMOPHILUS INFLUENZAE - PESQUISA DE ANTICORPOS (CADA)- PESQUISA E/OU DOSAGEM EM LIQUIDOS ORGANICOS	R\$	35,20	
40309096	INDICE DE IMUNOPRODUCAO (ELETROF. E IGG EM SORO E LIQUOR) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	24,03	
40309100	LCR AMBULATORIAL ROTINA (ASPECTOS COR + INDICE DE COR + CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE LEUCOCITOS E HEMACIAS + CITOLOGIA ONCOTICA + PROTEINA + GLICOSE + CLORO + ELETROFORESE COM CONCENTRACAO + IGG + REACOES PARA NEUROCISTICERCOSE (2) + REACOES PARA NEUROLES (2)).	R\$	205,34	

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40309118	LCR HOSPITALAR NEUROLOGIA (ASPECTOS COR + INDICES DE COR + CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE LEUCOCITOS E HEMACIAS + PROTEINA + GLICOSE + CLORO + REACOES PARA NEUROCISTICERCOSE (2) + REACOES PARA NEUROLUES (2) + BACTERIOSCOPIA + CULTURA + LATEX PARA BACTERIAS).	R\$ 123,52		
40309126	LCR PRONTO SOCORRO (ASPECTOS COR + INDICE DE COR + CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE LEUCOCITOS E HEMACIAS + PROTEINA + GLICOSE + CLORO + LACTATO + BACTERIOSCOPIA + CULTURA + LATEX PARA BACTERIAS)	R\$ 175,99		
40309134	PESQUISA DE BANDAS OLIGOCLONAIIS POR ISOFOCALIZACAO - PESQUISA E/OU DOSAGEM EM LIQUIDOS ORGANICOS	R\$ 170,11		
40309142	PROTEINA MIELINA BASICA, ANTICORPO ANTI - PESQUISA E/OU DOSAGEM EM LIQUIDOS ORGANICOS	R\$ 110,00		
40309150	PUNCAO CISTERNAL SUBOCCIPTAL COM MANOMETRIA PARA COLETA DE LIQUIDO CEFALORRAQUEANO	R\$ 87,10		
40309169	PUNCAO LOMBAR COM MANOMETRIA PARA COLETA DE LIQUIDO CEFALORRAQUEANO	R\$ 44,00		
40309266	AMINOACIDOS NO LIQUIDO CEFALORRAQUIDIANO	R\$ 1.051,26		
40309304	ANTICORPO ANTIESPERMATOZOIDE - PESQUISA E/OU DOSAGEM EM LIQUIDOS ORGANICOS	R\$ 13,20		
40309312	ESPERMOGRAMA (CARACTERES FISICOS, PH, FLUDIFICACAO, MOTILIDADE, VITALIDADE, CONTAGEM E MORFOLOGIA)	R\$ 17,60		
40309320	ESPERMOGRAMA E TESTE DE PENETRACAO "IN VITRO", VELOCIDADE PENETRACAO VERTICAL, COLOCACAO VITAL, TESTE DE REVITALIZACAO	R\$ 28,60		
40309401	CLEMENTS, TESTE	R\$ 6,16		
40309410	ESPECTROFOTOMETRIA DE LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 8,80		
40309428	FOSFOLIPIDIOS (RELACAO LECITINA/ESFINGOMIELINA) - PESQUISA E/OU DOSAGEM EM LIQUIDOS ORGANICOS	R\$ 17,60		
40309436	MATURIDADE PULMONAR FETAL - - PESQUISA E/OU DOSAGEM EM LIQUIDOS ORGANICOS	R\$ 35,19		
40309444	ROTINA DO LIQUIDO AMNIOTICO-AMNIOGRAMA (CITOLOGICO ESPECTROFOTOMETRIA, CREATININA E TESTE DE CLEMENTS)	R\$ 26,40		
40309509	CRISTAIS COM LUZ POLARIZADA - PESQUISA E/OU DOSAGEM EM LIQUIDOS ORGANICOS	R\$ 4,40		
40309517	RAGOCITOS, PESQUISA	R\$ 4,40		
40309525	ROTINA LIQUIDO SINOVIAL - CARACTERES FISICOS, CITOLOGIA, PROTEINAS, ACIDO URICO, LATEX P/ F.R., BACT.	R\$ 29,48		
40310019	A FRESCO, EXAME	R\$ 6,16		
40310035	ANTIBIOGRAMA P/ BACIOS ALCOOL-RESISTENTES - DROGAS DE 2 LINHAS	R\$ 46,64		
40310043	ANTIGENOS FUNGICOS, PESQUISA	R\$ 39,60		
40310051	B.A.A.R. (ZIEHL OU FLUORESCENCIA, PESQUISA DIRETA E APOS HOMOGENEIZACAO) - PESQUISA	R\$ 13,20		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40310060	BACTERIOSCOPIA (GRAM, ZIEHL, ALBERT ETC), POR LAMINA	R\$	6,60	
40310078	CHLAMYDIA, CULTURA	R\$	39,60	
40310086	COLERA - IDENTIFICACAO (SOROTIPAGEM INCLUIDA)	R\$	66,00	
40310094	CORPUSCULOS DE DONOVANI, PESQUISA DIRETA DE	R\$	7,61	
40310108	CRIOCOCO (TINTA DA CHINA), PESQUISA DE	R\$	7,61	
40310116	CRIOPORIDIUM, PESQUISA	R\$	22,00	
40310124	CULTURA BACTERIANA (EM DIVERSOS MATERIAIS BIOLOGICOS)	R\$	22,00	
40310132	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R\$	22,00	
40310140	CULTURA PARA FUNGOS	R\$	22,00	
40310159	CULTURA PARA MYCOBACTERIUM	R\$	30,80	
40310167	CULTURA QUANTITATIVA DE SECRECOES PULMONARES, QUANDO NECESSITAR TRATAMENTO PREVIO C/ N.C.A.	R\$	57,20	
40310175	CULTURA, FEZES: SALMONELA, SHIGELLA E ESC. COLI ENTEROPATOGENICAS, ENTEROINVASORA (SOROL. INCLUIDA) + CAMPYLOBACTER SP. + E. COLI ENTERO-HEMORRAGICA	R\$	22,00	
40310183	CULTURA, FEZES: SALMONELLA, SHIGELLA E ESCHERICHIA COLI ENTEROPATOGENICAS (SOROLOGIA INCLUIDA)	R\$	26,40	
40310191	CULTURA, HERPESVIRUS OU OUTRO	R\$	79,20	
40310205	CULTURA, MICOPLASMA OU UREAPLASMA	R\$	29,48	
40310213	CULTURA, URINA COM CONTAGEM DE COLONIAS	R\$	22,00	
40310221	ESTREPTOCOCOS - A, TESTE RAPIDO	R\$	17,60	
40310230	FUNGOS, PESQUISA DE (A FRESCO LACTOFENOL, TINTA DA CHINA)	R\$	8,80	
40310248	HEMOCULTURA (POR AMOSTRA)	R\$	22,00	
40310256	HEMOCULTURA AUTOMATIZADA (POR AMOSTRA)	R\$	25,66	
40310264	HEMOCULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBIAS (POR AMOSTRA)	R\$	22,00	
40310272	HEMOPHILUS (BORDETELLA) PERTUSSIS - PESQUISA	R\$	65,76	
40310280	HANSEN, PESQUISA DE (POR MATERIAL)	R\$	7,61	
40310299	LEPTOSPIRA (CAMPO ESCURO APOS CONCENTRACAO) PESQUISA	R\$	8,80	
40310302	MICROORGANISMOS - TESTE DE SENSIBILIDADE A DROGAS MIC, POR DROGA TESTADA	R\$	61,93	

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40310310	PARACOCCIDIOIDES, PESQUISA DE	R\$ 7,61		
40310329	PNEUMOCYSTI CARINII, PESQUISA POR COLORACAO ESPECIAL	R\$ 30,80		
40310337	ROTAVIRUS, PESQUISA, ELISA	R\$ 22,00		
40310345	TREPONEMA (CAMPO ESCURO) - PESQUISA	R\$ 8,80		
40310361	CITOMEGALOVIRUS - SHELL VIAL - PESQUISA	R\$ 389,56		
40310370	MICROSPORIDIA, PESQUISA NAS FEZES	R\$ 22,00		
40310388	SARCOPTES SCABEI, PESQUISA	R\$ 4,76		
40310400	CULTURA AUTOMATIZADA - MICROBIOLOGIA	R\$ 26,40		
40310418	ANTIBIOGRAMA (TESTE DE SENSIBILIDADE E ANTIBIOTICOS E QUIMIOTERAPICOS), POR BACTERIA - NAO AUTOMATIZADO	R\$ 8,80		
40310426	ANTIBIOGRAMA AUTOMATIZADO	R\$ 39,60		
40310434	LEISHMANIA, PESQUISA	R\$ 13,20		
40310540	PROTOZOARIOS, CULTURA PARA	R\$ 17,60		
40310558	STREPTOCOCCUS B HEMOL CULTURA QUALQUER MATERIAL	R\$ 16,84		
40310604	ANTIFUNGIGRAMA	R\$ 62,76		
40310620	CULTURA, PARA AGENTES MULTIRRESISTENTES, VARIOS MATERIAIS	R\$ 34,25		
40311015	ACIDO CITRICO - PESQUISA E/OU DOSAGEM NA URINA	R\$ 6,16		
40311023	ACIDO HOMOGENISICO - PESQUISA E/OU DOSAGEM NA URINA	R\$ 8,80		
40311031	ALCAPTONURIA - PESQUISA E/OU DOSAGEM NA URINA	R\$ 6,60		
40311040	CALCULOS URINARIOS - ANALISE	R\$ 13,20		
40311058	CATECOLAMINAS FRACIONADAS - DOPAMINA, EPINEFRINA, NOREPINEFRINA (CADA) - PESQUISA E/OU DOSAGEM NA URINA	R\$ 25,10		
40311066	CISTINURIA, PESQUISA	R\$ 11,16		
40311074	COPROPORFIRINA III - PESQUISA E/OU DOSAGEM NA URINA	R\$ 8,80		
40311082	CORPOS CETONICOS, PESQUISA - NA URINA	R\$ 4,82		
40311090	CROMATOGRAFIA DE ACUCARES - NA URINA	R\$ 44,00		
40311104	DISMORFISMO ERITROCITARIO, PESQUISA (CONTRASTE DE FASE) - NA URINA	R\$ 8,80		
40311112	ERROS INATOS DO METABOLISMO BATERIAS DE TESTES QUIMICOS DE TRIAGEM EM URINA (MINIMO DE 6 TESTES)	R\$ 14,52		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40311120	FRUTOSURIA, PESQUISA	R\$	6,60	
40311139	GALACTOSURIA, PESQUISA	R\$	6,60	
40311147	LIPOIDES, PESQUISA - NA URINA	R\$	6,60	
40311155	MELANINA, PESQUISA - NA URINA	R\$	13,20	
40311163	METANEFIRINAS URINARIAS, DOSAGEM	R\$	35,20	
40311171	MICROALBUMINURIA	R\$	44,00	
40311180	PESQUISA OU DOSAGEM DE UM COMPONENTE URINARIO	R\$	4,40	
40311198	PORFOBILINOGENIO, PESQUISA - NA URINA	R\$	6,16	
40311201	PROTEINAS DE BENCE JONES, PESQUISA - NA URINA	R\$	8,80	
40311210	ROTINA DE URINA (CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS ANORMAIS E SEDIMENTOSCOPIA)	R\$	8,80	
40311228	UROPORFIRINAS, DOSAGEM	R\$	4,82	
40311236	2,5-HEXANODIONA, DOSAGEM NA URINA	R\$	22,86	
40311244	CISTINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM NA URINA	R\$	8,80	
40311252	PORFOBILINOGENIO - NA URINA	R\$	6,16	
40311279	BARTITURATOS - PESQUISA E/OU DOSAGEM NA URINA	R\$	35,20	
40311295	CONTAGEM SEDIMENTAR DE ADDIS	R\$	6,29	
40311309	ELETROFORESE DE PROTEINAS URINARIAS, COM CONCENTRACAO	R\$	22,00	
40311317	FENILCETONURIA, PESQUISA	R\$	6,60	
40311325	HISTIDINA, PESQUISA - NA URINA	R\$	6,60	
40311341	MIOGLOBINA, PESQUISA - NA URINA	R\$	35,19	
40311350	OSMOLALIDADE, DETERMINACAO - NA URINA	R\$	13,20	
40311368	PROVA DE CONCENTRACAO (FISHBERG OU VOLHARD) - NA URINA	R\$	6,16	
40311392	TIROSINOSE, PESQUISA - NA URINA	R\$	6,60	
40311503	PESQUISA DE SULFATIDEOS E MATERIAL METACROMATICO NA URINA	R\$	35,35	
40312020	CROMATINA SEXUAL, PESQUISA	R\$	13,20	
40312046	IONTOFORESE PARA A COLETA DE SUOR, COM DOSAGEM DE CLORO	R\$	22,00	

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40312054	MUCO-NASAL, PESQUISA DE EOSINOFILOS E MASTOCITOS	R\$	13,20	
40312062	PERFIL METABOLICO PARA LITIASE RENAL: SANGUE (CA, P, AU, CR) URINA: (CA, AU, P, CITR, PESQ. CISTINA) AMP-CICLICO	R\$	71,90	
40312070	GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL PARA 60' E 4 AMOSTRAS APOS O ESTIMULO (FORNECIMENTO DE MATERIAL INCLUSIVE TUBAGEM), TESTE	R\$	35,20	
40312097	PANCREOZIMA - SECRETINA NO SUCO DUODENAL, TESTE	R\$	44,00	
40312100	ROTINA DA BILES A, B, C E DO SUCO DUODENAL (CARACTERES FISICOS E MICROSCOPICOS INCLUSIVE TUBAGEM)	R\$	44,00	
40312127	PERFIL REUMATOLOGICO (ACIDO URICO, ELETROFORESE DE PROTEINAS, FAN, VHS, PROVA DO LATEX P/F. R, W. ROSE)	R\$	44,00	
40312143	PROVA ATIVIDADE DE FEBRE REUMATICA (ASLO, ELETROFORESE DE PROTEINAS, MUCO-PROTEINAS E PROTEINA "C" REATIVA)	R\$	55,00	
40312151	PROVAS DE FUNCAO HEPATICA (BILIRRUBINAS, ELETROFORESE DE PROTEINAS, FA, TGO, TGP E GAMA-PGT)	R\$	61,16	
40312160	TESTE DO PEZINHO BASICO (TSH NEONATAL + FENILALANINA + ELETROFORESE DE HB PARA TRIAGEM DE HEMOPATIAS)	R\$	53,75	
40312178	TESTE DO PEZINHO AMPLIADO (TSH NEONATAL + 17 OH PROGESTERONA + FENILALANINA + TRIPSINA IMUNO-REATIVA + ELETROFORESE DE HB PARA TRIAGEM DE HEMOPATIAS)	R\$	145,20	
40312224	ESPECTROMETRIA DE MASSA EM TANDEM	R\$	2.244,84	
40313018	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO (PARA CHUMBO INORGANICO) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	14,40	
40313026	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO DESIDRATASE (PARA CHUMBO INORGANICO) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	26,40	
40313034	ACIDO FENILGLOXILICO (PARA ESTIRENO) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	26,40	
40313042	ACIDO HIPURICO (PARA TOLUENO) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	26,40	
40313050	ACIDO MANDELICO (PARA ESTIRENO) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	26,40	
40313069	ACIDO METILHIPURICO (PARA XILENOS) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	26,40	
40313077	ACIDO SALICILICO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	22,86	
40313093	CARBOXIHEMOGLOBINA (PARA MONOXIDO DE CARBONO DICLOROMETANO) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	13,20	
40313107	CHUMBO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	35,20	
40313115	COLINESTERASE (PARA CARBAMATOS ORGANOFOSFORADOS) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	13,62	
40313123	COPROPORFIRINAS (PARA CHUMBO INORGANICO) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	11,00	
40313140	ETANOL - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	26,64	
40313158	FENOL (PARA BENZENO, FENOL) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$	26,40	

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40313166	FLUOR (PARA FLUORETOS) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 26,40		
40313182	META-HEMOGLOBINA (PARA ANILINA NITROBENZENO) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 13,90		
40313190	METAIS AL, AS, CD, CR, MN, HG, NI, ZN, CO, OUTRO (S) ABSORCAO ATOMICA (CADA) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 52,80		
40313204	METANOL - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 25,48		
40313212	P-AMINOFENOL (PARA ANILINA) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 17,60		
40313247	PROTOPORFIRINAS ZN (PARA CHUMBO INORGANICO) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 8,80		
40313263	SULFATOS ORGANICOS OU INORGANICOS, PESQUISA (CADA)	R\$ 7,92		
40313280	TRICLOROCOMPOSTOS TOTAIS (PARA TETRACLOROETILENO, TRICLOROETANO, TRICLOROETILENO) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 13,20		
40313301	ACIDO METIL MALONICO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 325,37		
40313310	CROMO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 52,80		
40313328	ZINCO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 52,80		
40313336	SALICILATOS, PESQUISA	R\$ 11,04		
40313344	METIL ETIL CETONA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 29,50		
40314022	CITOMEGALOVIRUS - QUALITATIVO, POR PCR - PESQUISA	R\$ 191,46		
40314030	CITOMEGALOVIRUS - QUANTITATIVO, POR PCR - PESQUISA	R\$ 268,04		
40314049	CROMOSSOMO PHILADELFIA - PESQUISA	R\$ 373,47		
40314057	FATOR V DE LEIDEN POR PCR - PESQUISA	R\$ 286,00		
40314065	DOENCAS DO GENE CFTL (FIBROSE CISTICA) PESQUISA DE UMA MUTACAO (DF508)	R\$ 191,46		
40314081	HEPATITE B (QUANTITATIVO) PCR - PESQUISA	R\$ 491,34		
40314090	HEPATITE C (QUALITATIVO) POR PCR - PESQUISA	R\$ 330,00		
40314103	HEPATITE C (QUANTITATIVO) POR PCR - PESQUISA	R\$ 491,34		
40314111	HEPATITE C - GENOTIPAGEM - PESQUISA	R\$ 588,37		
40314120	HIV - CARGA VIRAL PCR - PESQUISA	R\$ 330,00		
40314138	HIV - QUALITATIVO POR PCR - PESQUISA	R\$ 114,69		
40314146	HIV, GENOTIPAGEM - PESQUISA	R\$ 635,72		
40314154	HPV (VIRUS DO PAPILOMA HUMANO) + SUBTIPAGEM QUANDO NECESSARIO PCR - PESQUISA	R\$ 120,32		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40314162	HTLV I / II POR PCR (CADA) - PESQUISA	R\$ 317,86		
40314170	MYCOBACTERIA PCR - PESQUISA	R\$ 220,00		
40314197	PROTEINA S TOTAL + LIVRE, DOSAGEM	R\$ 184,25		
40314227	TOXOPLASMOSE POR PCR - PESQUISA	R\$ 232,27		
40314235	X FRAGIL POR PCR - PESQUISA	R\$ 333,01		
40314243	CHLAMYDIA POR BIOLOGIA MOLECULAR - PESQUISA	R\$ 232,27		
40314251	CITOGENETICA DE MEDULA OSSEA	R\$ 333,01		
40314260	AMPLIFICACAO DE MATERIAL POR BIOLOGIA MOLECULAR (OUTROS AGENTES)	R\$ 114,69		
40314278	PESQUISA DE OUTROS AGENTES POR PCR	R\$ 125,95		
40314286	PESQUISA DE MUTACAO DE ALELO ESPECIFICO POR PCR	R\$ 175,43		
40314294	RESISTENCIA A AGENTES ANTIVIRAIS POR BIOLOGIA MOLECULAR (CADA DROGA) - PESQUISA	R\$ 333,01		
40314308	QUANTIFICACAO DE OUTROS AGENTES POR PCR	R\$ 317,86		
40314359	EPSTEIN BARR VIRUS POR PCR	R\$ 169,22		
40314413	HEPATITE C QUANTITATIVO POR TMA	R\$ 682,43		
40314430	HLA B27, FENOTIPAGEM	R\$ 194,59		
40314537	CHLAMYDIA - PCR, AMPLIFICACAO DE DNA	R\$ 380,32		
40314561	VIRUS ZIKA - POR PCR	R\$ 289,48		
40314618	SARS-COV-2 (CORONAVIRUS COVID-19) - PESQUISA POR RT - PCR	R\$ 180,00		
40316017	17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 72,60		1
40316025	3 ALFA ANDROSTONEDIOL GLUCORONIDEO (3ALFDADIOL) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 42,92		
40316033	ACIDO VANILMANDELICO (VMA) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 44,00		
40316041	ADRENOCORTICOTROFICO, HORMONIO (ACTH) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 92,40		1
40316050	ALDOSTERONA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 55,00		1
40316068	ALFA-FETOPROTEINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 55,00		1
40316076	ANDROSTENEDIONA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 70,40		1
40316084	ANTICORPO ANTI-RECEPTOR DE TSH (TRAB) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 91,66		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40316092	ANTICORPOS ANTIINSULINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 35,20		
40316106	ANTICORPOS ANTITIREOIDE (TIREOGLOBULINA) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 46,20		
40316114	ANTIGENO AUSTRALIA (HBSAG) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 25,41		
40316122	ANTIGENO CARCINOEMBRIOGENICO (CEA) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 68,97		
40316130	ANTIGENO ESPECIFICO PROSTATICO LIVRE (PSA LIVRE) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 85,25		
40316149	ANTIGENO ESPECIFICO PROSTATICO TOTAL (PSA) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 66,00		
40316157	ANTI-TPO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 46,20		
40316165	CALCITONINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 99,00		1
40316173	CATECOLAMINAS - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 36,30		
40316181	COMPOSTO S (11-DESOXICORTISOL) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 54,45		
40316190	CORTISOL - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 27,23		1
40316203	CRESCIMENTO, HORMONIO DO (HGH) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 32,67		1
40316211	DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 46,20		
40316220	DEHIDROTESTOSTERONA (DHT) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 58,08		1
40316238	DROGAS (IMUNOSSUPRESSORA, ANTICONVULSIVANTE, DIGITALICO, ETC.) CADA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 66,00		
40316246	ESTRADIOL - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 44,00		1
40316254	ESTRIOL - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 48,40		
40316262	ESTRONA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 44,00		1
40316270	FERRITINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 45,38		
40316289	FOLICULO ESTIMULANTE, HORMONIO (FSH) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 23,60		1
40316297	GASTRINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 36,30		1
40316300	GLOBULINA DE LIGACAO DE HORMONIOS SEXUAIS (SHBG) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 75,62		
40316319	GLOBULINA TRANSPORTADORA DA TIROXINA (TBG) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 65,34		1
40316327	GONADOTROFICO CORIONICO, HORMONIO (HCG) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 23,60		
40316335	HORMONIO LUTEINIZANTE (LH) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 23,60		
40316343	IMUNOGLOBULINA (IGE) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 30,80		1

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40316351	INDICE DE TIROXINA LIVRE (ITL) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 30,86		1
40316360	INSULINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 24,20		1
40316378	MARCADORES TUMORAIS (CA 19.9, CA 125, CA 72-4, CA 15-3, ETC.) CADA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 110,00		
40316386	OSTEOCALCINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 66,00		
40316394	PEPTIDEO C - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 55,00		
40316408	PROGESTERONA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 38,12		1
40316416	PROLACTINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 30,86		1
40316424	PTH - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 72,60		
40316432	RENINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 39,93		1
40316440	SOMATOMEDINA C (IGF1) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 72,60		
40316459	SULFATO DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (S-DHEA) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 48,40		1
40316467	T3 LIVRE - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 37,40		
40316475	T3 RETENCAO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 24,20		
40316483	T3 REVERSO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 70,79		1
40316491	T4 LIVRE - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 30,86		
40316505	TESTOSTERONA LIVRE - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 54,45		
40316513	TESTOSTERONA TOTAL - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 46,20		
40316521	TIREOESTIMULANTE, HORMONIO (TSH) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 37,40		
40316530	TIREOGLOBULINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 61,60		
40316548	TIROXINA (T4) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 23,60		
40316556	TRIIODOTIRONINA (T3) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 23,60		
40316564	VASOPRESSINA (ADH) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 42,92		
40316572	VITAMINA B12 - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 37,40		1
40316599	AMP CICLICO NEFROGENICO NA URINA (24H)	R\$ 101,39		
40316602	AMP CICLICO NEFROGENICO NA URINA (AMOSTRA ISOLADA)	R\$ 101,39		
40316769	DEOXCORTICOSTERONA, DOSAGEM	R\$ 47,79		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40316831	GLICOSE APOS ESTIMULO/GLUCAGON	R\$ 86,05		
40316874	HGH ESTIMULO COM EXERCICIO E CLONIDINA, HGH	R\$ 61,05		
40317129	TESTE COM ACTH PARA DOSAGEM DE DHEA	R\$ 47,00		
40317137	TESTE COM CALCIO PARA DOSAR CALCITONINA	R\$ 121,56		
40317145	TESTE COM CORTOSINA PARA 17 ALFA HIDROXIPROGESTERONA	R\$ 55,33		
40317153	TESTE COM ESTIMULO PARA RENINA APOS CAPTOPRIL	R\$ 95,42		
40317161	TESTE DE ESTIMULO COM CORTOSINA PARA11 DESOXCORTISOL	R\$ 104,17		
40317170	TESTE DE ESTIMULO COM TRH PARA DOSAGEM DE GH	R\$ 74,73		
40317188	TESTE DE ESTIMULO DO GH PELA INSULINA (4 DOSAGENS DE GH)	R\$ 84,72		
40317196	TESTE DE ESTIMULO DO GH PELO EXERCICIO (CADA DOSAGEM DE GH)	R\$ 53,15		
40317200	TESTE DE ESTIMULO DO GH PELO GLUCAGON (4 DOSAGENS DE GH)	R\$ 142,47		
40317226	TESTE DE SUPRESSAO DO GH PELA SOBRECARGA DE GLICOSE (CADA DOSAGEM DE GH)	R\$ 66,30		
40317269	CURVA INSULINICA E GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 63,10		
40317277	CURVA INSULINICA E GLICEMICA (3 DOSAGENS)	R\$ 89,53		
40317285	CURVA INSULINICA E GLICEMICA (4 DOSAGENS)	R\$ 115,91		
40317293	CURVA INSULINICA E GLICEMICA (5 DOSAGENS)	R\$ 142,73		
40317374	CORTISOL RITMO (2 DOSAGENS)	R\$ 64,01		
40317390	CURVA INSULINICA E GLICEMICA (6 DOSAGENS)	R\$ 169,92		
40317404	METANEFRIAS URINARIA APOS CLONIDINA	R\$ 63,84		
40317412	PARATOMONIO, PROTEINA RELACIONADA, DOSAGEM	R\$ 293,81		
40317420	PROTEINA LIGADORA DO HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH), DOSAGEM	R\$ 29,42		
40317471	PROVA FUNCIONAL DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS TRH SEM FORNECIMENTO DO MEDICAMENTO (POR DOSAGEM)	R\$ 48,96		
40319040	CADEIA KAPPA-LAMBDA LEVE LIVRE	R\$ 467,04		
40319270	TEMPO DE LISE DE EUGLOBULINA	R\$ 109,16		
40319296	TESTE DE ESTIMULO DDAQVP PARA DOSAGEM DE CORTISOL E ACTH	R\$ 132,24		
40319318	ANALISE DE MULTIMEROS PARA PACIENTES COM DOENCA DE VON WILLEBRAND	R\$ 398,36		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40319326	PROTROMBINA, PESQUISA DE MUTACAO	R\$ 258,14		
40319334	CD 52 MARCADOR ISOLADO	R\$ 75,08		
40319369	CD3, IMUNOFENOTIPAGEM	R\$ 88,09		
40319377	CD34, IMUNOFENOTIPAGEM	R\$ 283,51		
40319385	CICLINA D1, IMUNOFENOTIPAGEM	R\$ 738,46		
40319440	FATOR II, DOSAGEM DO INIBIDOR	R\$ 113,09		
40319458	FATOR VII, DOSAGEM DO INIBIDOR	R\$ 107,22		
40319466	FIBRINOGENIO QUANTITATIVO, NEFELOMETRIA	R\$ 12,76		
40319474	HEMOGLOBINOPATIAS, NEONATAL, SANGUE PERIFERICO	R\$ 38,89		
40321029	DEFICIENCIA DA MCAD	R\$ 143,12		
40321142	EFEXOR, DOSAGEM	R\$ 544,89		
40321207	HOMOCISTINA, PESQUISA DE	R\$ 28,17		
40321223	IMIPENEM, DOSAGEM	R\$ 12,03		
40321231	INDICE DE SATURACAO DE FERRO	R\$ 19,65		
40321312	ITRACONAZOL	R\$ 491,82		
40321347	LEVETIRACETAM, DOSAGEM	R\$ 246,47		
40321460	PAROXETINA, DOSAGEM	R\$ 481,61		
40321509	PORFIRINAS FRACIONADAS PLASMATICAS	R\$ 319,25		
40321568	SIROLIMUS, DOSAGEM	R\$ 278,28		
40321614	TOPIRAMATO, DOSAGEM (SANGUE)	R\$ 260,22		
40321681	VIGABATRINA, DOSAGEM	R\$ 82,12		
40321703	CEFTRIAXONA DOSAGEM	R\$ 288,45		
40321711	CLINDAMICINA, DOSAGEM	R\$ 146,25		
40321720	CLOBAZAM DOSAGEM	R\$ 148,59		
40321738	CLONAZEPAN, DOSAGEM	R\$ 105,77		
40321754	CLOZAPINA, DOSAGEM	R\$ 179,07		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40321770	DISOPIRAMIDA, DOSAGEM	R\$ 366,88		
40321789	DISSULFIRAM, DOSAGEM	R\$ 809,66		
40321797	DOXEPINA, DOSAGEM	R\$ 184,28		
40321800	FLUNITRAZEPAM, DOSAGEM	R\$ 309,37		
40321819	FLUOXETINA, DOSAGEM	R\$ 249,15		
40321827	GALACTOCEREBROSIDASE, DOSAGEM	R\$ 492,48		
40321916	LORAZEPAM, DOSAGEM	R\$ 203,68		
40321967	MANGANES SERICO, DOSAGEM	R\$ 30,46		
40321975	MAPROTILINA, DOSAGEM	R\$ 233,52		
40321983	MIDAZOLAM, DOSAGEM	R\$ 629,21		
40322025	PIRIMETAMINA, DOSAGEM	R\$ 563,32		
40322050	SULFAMETOXAZOL, DOSAGEM	R\$ 366,88		
40322084	SWELLING TEST	R\$ 51,43		
40322114	VANCOMICINA, DOSAGEM	R\$ 112,10		
40322165	ACIDO HIALURONICO	R\$ 190,58		
40322270	ACIDO CITRICO (CITRATO), DOSAGEM SANGUE	R\$ 70,56		
40322289	ACIDO CITRICO (CITRATO), DOSAGEM ESPERMA	R\$ 15,35		
40322300	CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	R\$ 30,25		
40322319	EVEROLIMUS, DOSAGEM	R\$ 121,08		
40322351	10,11 EPOXIDO CARBAMAZEPINAM, SORO	R\$ 73,50		
40322378	ALBUMINA, LIQUOR	R\$ 16,05		
40322483	INDICE DE PROTEINA/CREATININA	R\$ 12,82		
40322505	ZINCO ERITROCITARIO, DOSAGEM	R\$ 47,33		
40322564	AMILOIDOSE - TTR	R\$ 4.197,87		
40323030	ACETILCOLINA, ANTICORPOS LIGADOR RECEPTOR	R\$ 445,17		
40323048	ACETILCOLINA, ANTICORPOS MODULADOR RECEPTOR	R\$ 546,33		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40323110	ANTIGENOS DE ASPERGILLUS GALACTOMANNAN	R\$ 131,74		
40323153	C4D FRAGMENTO	R\$ 8,16		
40323404	HEPATITE E - IGM/IGG	R\$ 867,94		
40323480	IMUNOFENOTIPAGEM T E B	R\$ 202,13		
40323552	NEUROPATIA MOTORA, PAINEL	R\$ 1.649,58		
40323684	PESQUISA RAPIDA PARA VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO	R\$ 70,00		
40323889	ZAP-70	R\$ 486,40		
40323897	ANTICORPOS ANTIDIFTERIA	R\$ 538,49		
40323900	ANTICORPOS ANTITETANO	R\$ 72,99		
40323919	TESTE RAPIDO PARA DETECCAO DE HIV EM GESTANTE	R\$ 50,41		
40323978	CADEIAS LEVES LIVRES KAPPA/LAMBDA EM URINA, DOSAGEM	R\$ 22,00		
40324052	COXSACKIE B1-6, ANTICORPOS IGM	R\$ 124,95		
40324060	EPSTEIN BARR VIRUS ANTIGENO PRECOCE, ANTICORPOS	R\$ 117,49		
40324079	HIV1/2, ANTICORPOS (TESTE RAPIDO)	R\$ 66,44		
40324176	CHIKUNGUNYA, ANTICORPOS	R\$ 173,69		
40324192	ANTIGENO NS1 DO VIRUS DA DENGUE, PESQUISA	R\$ 52,11		
40324265	CADEIAS LEVES LIVRES KAPPA/LAMBDA, DOSAGEM, SANGUE	R\$ 259,87		
40324362	HEPATITE E - ANTICORPOS IGG	R\$ 873,51		
40324370	HEPATITE E - ANTICORPOS, IGM	R\$ 1.281,80		
40324559	DENGUE, ANTICORPOS IGG, SORO (TESTE RAPIDO)	R\$ 28,49		
40324567	DENGUE, ANTICORPOS IGM, SORO (TESTE RAPIDO)	R\$ 28,49		
40324591	VIRUS ZIKA - IGG	R\$ 100,05		
40324605	VIRUS ZIKA - IGM	R\$ 100,05		
40324788	SARS-COV-2 (CORONAVIRUS COVID-19), PESQUISA DE ANTICORPOS IGA, IGG OU IGM, ISOLADA POR CLASSE DE IMUNOGLOBULINA	R\$ 120,00		
40324796	SARS-COV-2 (CORONAVIRUS COVID-19), PESQUISA DE ANTICORPOS TOTAIS (IGA, IGG, IGM)	R\$ 120,00		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40401014	TRANSFUSAO (ATO MEDICO AMBULATORIAL OU HOSPITALAR)	R\$	16,20	
40401022	TRANSFUSAO (ATO MEDICO DE ACOMPANHAMENTO)	R\$	45,08	
40402010	MATERIAL DESCARTAVEL (KIT) E SOLUCOES PARA UTILIZACAO DE PROCESSADORA AUTOMATICA DE SANGUE / AUTO TRANSFUSAO INTRA-OPERATORIA	R\$	660,00	
40402029	MATERIAL DESCARTAVEL (KIT) E SOLUCOES PARA UTILIZACAO DE PROCESSADORA AUTOMATICA DE SANGUE/AFERESE	R\$	933,89	
40402037	SANGRIA TERAPEUTICA	R\$	40,50	
40402045	UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMACIAS	R\$	35,10	
40402053	UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMACIAS LAVADAS	R\$	43,20	
40402061	UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFERESE	R\$	44,28	
40402070	UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS RANDOMICAS	R\$	21,14	
40402088	UNIDADE DE CRIOPRECIPITADO DE FATOR ANTI-HEMOFILICO	R\$	60,12	
40402096	UNIDADE DE PLASMA	R\$	24,30	
40402100	UNIDADE DE SANGUE TOTAL	R\$	59,40	
40402118	DELEUCOTIZACAO DE UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMACIAS - POR UNIDADE	R\$	69,22	
40402126	DELEUCOTIZACAO DE UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS - ATE 6 UNIDADES	R\$	188,96	
40402134	IRRADIACAO DE COMPONENTES HEMOTERAPEUTICOS	R\$	31,00	
40402142	DELEUCOTIZACAO DE UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS - ENTRE 7 E 12 UNIDADES	R\$	188,96	
40402150	UNIDADE DE CONCENTRADO DE GRANULOCITOS	R\$	838,64	
40402169	UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS (DUPLA CENTRIFUGACAO)	R\$	48,02	
40403017	ACOMPANHAMENTO HOSPITALAR/DIA DO TRANSPLANTE DE MEDULA OSSEA POR MEDICO HEMATOLOGISTA E/OU HEMOTERAPEUTA	R\$	180,00	
40403025	ANTICORPOS ERITROCITARIOS NATURAIS E IMUNES - TITULAGEM	R\$	30,80	
40403033	APLICACAO DE MEDULA OSSEA OU CELULAS TRONCO	R\$	157,50	
40403041	COLETA DE CELULAS TRONCO DE SANGUE DE CORDAO UMBILICAL PARA TRANSPLANTE DE MEDULA OSSEA	R\$	360,00	
40403050	COLETA DE CELULAS TRONCO POR PROCESSADORA AUTOMATICA PARA TRANSPLANTE DE MEDULA OSSEA	R\$	225,00	
40403068	COLETA DE BIOPSIA DE MEDULA OSSEA POR AGULHA	R\$	81,00	

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40403076	COLETA DE MEDULA OSSEA PARA TRANSPLANTE	R\$ 675,00		
40403084	DETERMINACAO DE CELULAS CD34, CD45 POSITIVAS - CITOMETRO DE FLUXO	R\$ 238,34		
40403092	DETERMINACAO DE CONTEUDO DE DNA - CITOMETRO DE FLUXO	R\$ 146,66		
40403106	ELETOFORESE DE HEMOGLOBINA POR COMPONENTE HEMOTERAPICO	R\$ 6,16		
40403122	EXSANGUINEO TRANSFUSAO	R\$ 250,05		
40403130	FENOTIPAGEM DE OUTROS SISTEMAS ERITROCITARIOS - POR FENOTIPO	R\$ 17,73		
40403149	FENOTIPAGEM DE OUTROS SISTEMAS ERITROCITARIOS - POR FENOTIPO - GEL TESTE	R\$ 28,00		
40403157	FENOTIPAGEM DO SISTEMA RH-HR (D, C, E, C E C) GEL TESTE	R\$ 19,78		
40403165	FENOTIPAGEM DO SISTEMA RH-HR (D, C, E, C, E)	R\$ 29,48		
40403173	GRUPO SANGUINEO ABO E RH - PESQUISA	R\$ 13,20		
40403181	GRUPO SANGUINEO ABO E RH - GEL TESTE - PESQUISA	R\$ 15,55		
40403190	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES ANTIERITROCITARIOS - METODO DE ELUICAO	R\$ 60,16		
40403203	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES ANTIERITROCITARIOS - PAINEL DE HEMACIAS ENZIMATICO	R\$ 39,94		
40403211	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES ANTIERITROCITARIOS COM PAINEL DE HEMACIAS	R\$ 58,52		
40403220	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES ANTIERITROCITARIOS COM PAINEL DE HEMACIAS TRATADAS POR ENZIMAS	R\$ 43,67		
40403238	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES ANTIERITROCITARIOS COM PAINEL DE HEMACIAS - GEL LISS	R\$ 39,94		
40403246	IMUNOFENOTIPAGEM DE SUBPOPULACOES LINFOCITARIAS - CITOMETRO DE FLUXO	R\$ 161,19		
40403254	IMUNOFENOTIPAGEM PARA CLASSIFICACAO DE LEUCEMIAS - CITOMETRO DE FLUXO	R\$ 476,66		
40403262	NAT/HCV POR COMPONENTE HEMOTERAPICO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 330,00		
40403289	NAT/HIV POR COMPONENTE HEMOTERAPICO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 330,00		
40403300	OPERACAO DE PROCESSADORA AUTOMATICA DE SANGUE EM AFERESE	R\$ 165,29		
40403319	OPERACAO DE PROCESSADORA AUTOMATICA DE SANGUE EM AUTOTRANSFUSAO INTRA-OPERATORIA	R\$ 270,00		
40403327	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS ANTIERITROCITARIOS, ANTI-A E/OU ANTI-B - GEL TESTE	R\$ 9,61		
40403335	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS ANTIERITROCITARIOS, ANTI-A E/OU ANTI-B	R\$ 4,57		
40403343	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES ANTIERITROCITARIOS	R\$ 17,60		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40403351	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES ANTIERITROCITARIOS - GEL TESTE	R\$ 14,74		
40403360	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES ANTIERITROCITARIOS - METODO DE ELUICAO	R\$ 59,40		
40403378	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES ANTIERITROCITARIOS A FRIO	R\$ 17,60		
40403386	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S POR COMPONENTE HEMOTERAPICO - GEL TESTE	R\$ 23,14		
40403408	PROVA DE COMPATIBILIDADE PRE-TRANSFUSIONAL COMPLETA	R\$ 13,20		
40403416	PROVA DE COMPATIBILIDADE PRE-TRANSFUSIONAL COMPLETA - GEL TESTE	R\$ 12,88		
40403424	S. ANTI-HTLV-I + HTLV-II (DETERMINACAO CONJUNTA) POR COMPONENTE HEMOTERAPICO	R\$ 44,00		
40403440	S. CHAGAS EIE POR COMPONENTE HEMOTERAPICO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 13,20		
40403467	S. HEPATITE B ANTI-HBC POR COMPONENTE HEMOTERAPICO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 13,20		
40403483	S. HEPATITE C ANTI-HCV POR COMPONENTE HEMOTERAPICO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 44,00		
40403505	S. HIV EIE POR COMPONENTE HEMOTERAPICO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 33,00		
40403521	S. MALARIA IFI POR COMPONENTE HEMOTERAPICO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 6,60		
40403548	S. SIFILIS EIE POR COMPONENTE HEMOTERAPICO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 13,90		
40403564	S. SIFILIS FTA - ABS POR COMPONENTE HEMOTERAPICO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 6,60		
40403580	S. SIFILIS HA POR COMPONENTE HEMOTERAPICO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 13,20		
40403602	S. SIFILIS VDRL POR COMPONENTE HEMOTERAPICO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 13,20		
40403629	S. CHAGAS HA POR COMPONENTE HEMOTERAPICO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 4,84		
40403645	S. CHAGAS IFI POR COMPONENTE HEMOTERAPICO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 13,20		
40403661	S. HEPATITE B (HBSAG) RIE OU EIE POR COMPONENTE HEMOTERAPICO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 11,00		
40403688	TESTE DE COOMBS DIRETO	R\$ 8,80		
40403696	TESTE DE COOMBS DIRETO - GEL TESTE	R\$ 5,69		
40403700	TESTE DE COOMBS DIRETO - MONO ESPECIFICO (IGG, IGA, C3, C3D, POLIV. - AGH) - GEL TESTE	R\$ 33,13		
40403718	TESTE DE COOMBS INDIRETO - MONO ESPECIFICO (IGG, IGA, C3, C3D, POLIV. - AGH) - GEL TESTE	R\$ 36,37		
40403726	TMO - CONGELAMENTO DE MEDULA OSSEA OU CELULAS TRONCO PERIFERICAS	R\$ 452,39		
40403734	TMO - CULTURA DE LINFOCITOS DOADOR E RECEPTOR	R\$ 214,44		
40403742	TMO - DESCONGELAMENTO DE MEDULA OSSEA OU CELULAS TRONCO	R\$ 92,25		3

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40403750	TMO - DETERMINACAO DE HLA TRANSPLANTES DE MEDULA OSSEA - LOCI DR E DQ (ALTA RESOLUCAO)	R\$ 583,03		
40403769	TMO - DETERMINACAO DE HLA PARA TRANSPLANTES DE MEDULA OSSEA - LOCI A E B	R\$ 269,49		
40403777	TMO - DETERMINACAO DE HLA PARA TRANSPLANTES DE MEDULA OSSEA - LOCI DR E DQ (BAIXA RESOLUCAO)	R\$ 331,73		
40403785	TMO - DETERMINACAO DE UNIDADES FORMADORAS DE COLONIAS	R\$ 107,22		
40403793	TMO - DETERMINACAO DE VIABILIDADE DE MEDULA OSSEA	R\$ 36,21		
40403807	TMO - MANUTENCAO DE CONGELAMENTO DE MEDULA OSSEA OU CELULAS TRONCO (ATE 2 ANOS)	R\$ 187,38		
40403815	TMO - PREPARO DE MEDULA OSSEA OU CELULAS TRONCO PERIFERICAS PARA CONGELAMENTO	R\$ 176,92		
40403823	TMO - PREPARO E FILTRACAO DE MEDULA OSSEA OU CELULAS TRONCO NA COLETA	R\$ 176,92		
40403831	TMO - TRATAMENTO "IN VITRO" DE MEDULA OSSEA OU CELULAS TRONCO POR ANTICORPOS MONOCLONAIS (PURGING)(4)	R\$ 14,85		
40403840	TRANSAMINASE PIRUVICA - TGP OU ALT POR COMPONENTE HEMOTERAPICO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 3,08		
40403866	TRANSFUSAO FETAL INTRA-UTERINA	R\$ 162,00		
40403890	NAT/HBV - POR COMPONENTE HEMOTERAPICO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	R\$ 164,26		
40403912	ESTIMULACAO E MOBILIZACAO DE CELULAS CD34 POSITIVAS	R\$ 4.303,03		
40403920	DETERMINACAO DO FATOR RH (D), INCLUINDO PROVA PARA D-FRACO NO SANGUE DO RECEPTOR	R\$ 6,90		
40403939	DOACAO AUTOLOGA COM RECUPERACAO INTRA-OPERATORIA	R\$ 1.156,05		
40403947	DOACAO AUTOLOGA PERI-OPERATORIA POR HEMODILUICAO NORMOVOLEMICA	R\$ 62,87		
40403955	DOACAO AUTOLOGA PRE-OPERATORIA	R\$ 277,81		
40403963	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS EM RECEM-NASCIDOS: TIPIFICACAO ABO E RH, PESQUISA DE D FRACO RH(D) E PROVA DA ANTIGLOBULINA DIRETA	R\$ 17,63		
40403971	IMUNO-HEMATOLOGICOS: TIPIFICACAO ABO, INCLUINDO TIPAGEM REVERSA E DETERMINACAO DO FATOR RH (D), INCLUINDO PROVA PARA D-FRACO E PESQUISA E IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES ANTIERITROCITARIOS	R\$ 60,46		
40403980	INVESTIGACAO DA PRESENCA DE ANTI-A OU ANTI-B, EM SORO OU PLASMA DE NEONATO, COM METODOS QUE INCLUAM UMA FASE ANTIGLOBULINICA	R\$ 21,00		
40403998	TIPIFICACAO ABO, INCLUINDO TIPAGEM REVERSA NO SANGUE DO RECEPTOR (SEM TIPAGEM REVERSA ATE 4 MESES DE IDADE)	R\$ 5,95		
40404021	AFERESE PARA PACIENTE ABO INCOMPATIVEL	R\$ 148,46		
40404030	ANTIGENEMIA PARA DIAGNOSTICO DE CMV POS TRANSPLANTE	R\$ 247,70		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40404048	AVALIACAO QUIMERISMO - VNTR - DOADOR - PRE TRANSPLANTE	R\$ 583,03		
40404056	AVALIACAO QUIMERISMO - VNTR - PACIENTE - PRE TRANSPLANTE	R\$ 916,23		
40404064	AVALIACAO QUIMERISMO POR STR - PACIENTE - POS TRANSPLANTE	R\$ 583,03		
40404072	COLETA DE LINFOCITOS DE SANGUE PERIFERICO POR AFERESE PARA TRATAMENTO DE RECIDIVAS POS TCTH ALOGENICO	R\$ 1.090,94		
40404080	CONTROLE MICROBIOLOGICO DA MEDULA OSSEA NO TCTH ALOGENICO	R\$ 30,39		
40404099	CONTROLE MICROBIOLOGICO DAS CELULAS TRONCO PERIFERICAS NO TCTH ALOGENICO	R\$ 30,39		
40404102	DEPLECAO DE PLASMA EM TCTH ALOGENICOS COM INCOMPATIBILIDADE ABO MENOR	R\$ 148,46		
40404129	PCR EM TEMPO REAL PARA DIAGNOSTICO DE EBV - POS TRANSPLANTE	R\$ 237,43		
40404137	PCR EM TEMPO REAL PARA DIAGNOSTICO DE HERPES VIRUS 6 - POS TRANSPLANTE	R\$ 237,43		
40404145	PCR EM TEMPO REAL PARA DIAGNOSTICO DE HERPES VIRUS 8 - POS TRANSPLANTE	R\$ 237,43		
40404170	QUANTIFICACAO DE CD14 DA COLETA DE CELULAS TRONCO PERIFERICAS PARA TCTH ALOGENICO	R\$ 154,82		
40404188	QUANTIFICACAO DE CD19 DA COLETA DE CELULAS TRONCO PERIFERICAS PARA TCTH ALOGENICO	R\$ 154,82		
40404196	QUANTIFICACAO DE CD3 DA COLETA DE CELULAS TRONCO PERIFERICAS PARA TCTH ALOGENICO	R\$ 154,82		
40404200	QUANTIFICACAO DE CD3 DA COLETA DE LINFOCITOS PARA TRATAMENTO DE RECIDIVAS POS TCTH ALOGENICO	R\$ 154,82		
40404218	QUANTIFICACAO DE CD4 DA COLETA DE CELULAS TRONCO PERIFERICAS PARA TCTH ALOGENICO	R\$ 154,82		
40404226	QUANTIFICACAO DE CD8 DA COLETA DE CELULAS TRONCO PERIFERICAS PARA TCTH ALOGENICO	R\$ 154,82		
40404234	QUANTIFICACAO DE LEUCOCITOS TOTAIS DA COLETA DE CELULAS TRONCO PERIFERICAS PARA TCTH ALOGENICO	R\$ 5,96		
40404242	QUANTIFICACAO DE LEUCOCITOS TOTAIS DA MEDULA OSSEA NO TCTH ALOGENICO	R\$ 5,96		
40404250	SEDIMENTACAO DE HEMACIAS EM TCTH ALOGENICOS COM INCOMPATIBILIDADE ABO MAIOR	R\$ 148,46		
40404269	VIABILIDADE CELULAR DOS LINFOCITOS PERIFERICOS POR CITOMETRIA DE FLUXO PARA TRATAMENTO DAS RECIDIVAS POS TCTH ALOGENICO	R\$ 154,82		
40404277	VIABILIDADE CELULAR DA MEDULA OSSEA POR CITOMETRIA DE FLUXO APOS O DESCONGELAMENTO	R\$ 154,82		
40404285	VIABILIDADE CELULAR DAS CELULAS TRONCO PERIFERICAS POR CITOMETRIA DE FLUXO APOS O DESCONGELAMENTO	R\$ 154,82		
40501019	CARIOTIPO COM BANDAS DE PELE, TUMOR E DEMAIS TECIDOS	R\$ 378,00		
40501027	CARIOTIPO COM PESQUISA DE TROCA DE CROMATIDES IRMAS	R\$ 242,45		
40501035	CARIOTIPO COM TECNICAS DE ALTA RESOLUCAO	R\$ 304,18		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40501043	CARIOTIPO DE MEDULA (TECNICAS COM BANDAS)	R\$ 176,00		
40501051	CARIOTIPO DE SANGUE (TECNICAS COM BANDAS)	R\$ 315,00		
40501060	CARIOTIPO DE SANGUE OBTIDO POR CORDOCENTESE PRE-NATAL	R\$ 228,87		
40501078	CARIOTIPO DE SANGUE-PESQUISA DE MARCADORES TUMORAIS	R\$ 249,99		
40501086	CARIOTIPO DE SANGUE-PESQUISA DE SITIO FRAGIL X	R\$ 247,75		
40501094	CARIOTIPO EM VILOSIDADES CORIONICAS (CULTIVO DE TROFOBLASTOS)	R\$ 344,51		
40501108	CARIOTIPO PARA PESQUISA DE INSTABILIDADE CROMOSSOMICA	R\$ 252,90		
40501116	CROMATINA X OU Y	R\$ 16,20		
40501124	CULTURA DE MATERIAL DE ABORTO E OBTENCAO DE CARIOTIPO	R\$ 319,01		
40501132	CULTURA DE TECIDO PARA ENSAIO ENZIMATICO E/OU EXTRACAO DE DNA	R\$ 284,82		
40501159	FISH EM METAFASE OU NUCLEO INTERFASICO, POR SONDA	R\$ 128,26		
40501167	FISH PRE-NATAL, POR SONDA	R\$ 162,80		
40501175	LIQUIDO AMNIOTICO, CARIOTIPO COM BANDAS	R\$ 378,00		
40501183	LIQUIDO AMNIOTICO, VILOSIDADES CORIONICAS, SUBCULTURA PARA DOSAGENS BIOQUIMICAS E/OU MOLECULARES (ADICIONAL)	R\$ 220,55		
40501191	SUBCULTURA DE PELE PARA DOSAGENS BIOQUIMICAS E/OU MOLECULARES (ADICIONAL)	R\$ 220,55		
40501205	ESTUDO DE ALTERACOES CROMOSSOMICAS EM LEUCEMIAS POR FISH (FLUORESCENCE IN SITU HYBRIDIZATION)	R\$ 42,80		
40501213	PESQUISA DE TRANSLOCACAO PML/RAR-A	R\$ 200,88		
40501248	HER2 FISH PARA AMPLIFICACAO GENICA EM TUMOR DE MAMA	R\$ 1.088,43		
40502015	MARCADORES BIOQUIMICOS EXTRAS, ALEM DE BHCG, AFP E PAPP-A, PARA AVALIACAO DO RISCO FETAL, POR MARCADOR, POR AMOSTRA	R\$ 51,94		
40502040	BATERIAS DE TESTES QUIMICOS DE TRIAGEM EM URINA PARA ERROS INATOS DO METABOLISMO (MINIMO DE SEIS TESTES)	R\$ 48,19		
40502058	DETERMINACAO DO RISCO FETAL, COM ELABORACAO DE LAUDO	R\$ 15,36		
40502066	DOSAGEM QUANTITATIVA DE ACIDOS ORGANICOS, CARNITINA, PERFIL DE ACILCARNITINA, ACIDOS GRAXOS DE CADEIA MUITO LONGA, PARA O DIAGNOSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO (PERFIL EM UMA AMOSTRA)	R\$ 365,58		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40502074	DOSAGEM QUANTITATIVA DE AMINOACIDOS PARA O DIAGNOSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO (PERFIL DE AMINOACIDOS NUMA AMOSTRA)	R\$ 225,60		
40502082	DOSAGEM QUANTITATIVA DE METABOLITOS NA URINA E/OU SANGUE PARA O DIAGNOSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO (CADA)	R\$ 124,45		
40502090	ELETROFORESE OU CROMATOGRAFIA (PAPEL OU CAMADA DELGADA) PARA IDENTIFICACAO DE AMINOACIDOS OU GLICIDIOS OU OLIGOSSACARIDIOS OU SIALOLIGOSSACARIDIOS GLICOSAMINOGLICANOS OU OUTROS COMPOSTOS PARA DETECCAO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO (CADA)	R\$ 66,48		
40502104	ENSAIOS ENZIMATICOS EM CELULAS CULTIVADAS PARA DIAGNOSTICO DE EIM, INCLUINDO PREPARO DO MATERIAL, DOSAGEM DE PROTEINA E ENZIMA DE REFERENCIA (CADA)	R\$ 126,84		
40502112	ENSAIOS ENZIMATICOS EM LEUCOCITOS, ERITROCITOS OU TECIDOS PARA DIAGNOSTICO DE EIM, INCLUINDO PREPARO DO MATERIAL, DOSAGEM DE PROTEINA E ENZIMA DE REFERENCIA (CADA)	R\$ 124,97		
40502120	ENSAIOS ENZIMATICOS NO PLASMA PARA DIAGNOSTICO DE EIM, INCLUINDO ENZIMA DE REFERENCIA (CADA)	R\$ 110,87		
40502139	TESTE DUPLO - 1 TRIMESTRE (PAPP-A+BETA-HCG) OU OUTROS 2 EM SORO OU LIQUIDO AMINIOTICO COM ELABORACAO DE LAUDO CONTENDO CALCULO DE RISCO PARA ANOMALIAS FETAIS	R\$ 192,02		
40502147	TESTE DUPLO - 2 TRIMESTRE (AFP+BETA-HCG) OU OUTROS 2 EM SORO OU LIQUIDO AMINIOTICO COM ELABORACAO DE LAUDO CONTENDO CALCULO DE RISCO PARA ANOMALIAS FETAIS	R\$ 121,81		
40502155	TESTE TRIPLO (AFP+BETA-HCG+ESTRIOL) OU OUTROS 3 EM SORO OU LIQUIDO AMINIOTICO COM ELABORACAO DE LAUDO CONTENDO CALCULO DE RISCO PARA ANOMALIAS FETAIS	R\$ 179,01		
40502163	TESTES QUIMICOS DE TRIAGEM EM URINA PARA ERROS INATOS DO METABOLISMO (CADA)	R\$ 19,37		
40502171	DOSAGEM QUANTITATIVA DE CARNITINA E PERFIL DE ACILCARNITINA, PARA O DIAGNOSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO	R\$ 1.562,70		
40502180	DOSAGEM QUANTITATIVA DE ACIDOS GRAXOS DE CADEIA MUITO LONGA PARA O DIAGNOSTICO DE EIM	R\$ 1.951,45		
40502198	DOSAGEM QUANTITATIVA DE METABOLITOS POR CROMATOGRAFIA / ESPECTROMETRIA DE MASSA (CG/MS OU HPLC/MS) PARA O DIAGNOSTICO DE EIM	R\$ 1.795,99		
40502201	DOSAGEM QUANTITATIVA DE METABOLITOS POR ESPECTROMETRIA DE MASSA OU ESPECTROMETRIA DE MASSA EM TANDEM (MS OU MS/MS) PARA O DIAGNOSTICO DE EIM	R\$ 1.795,99		
40502228	RASTREAMENTO NEONATAL PARA O DIAGNOSTICO DE EIM E OUTRAS DOENCAS	R\$ 963,49		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40502236	DOSAGEM QUANTITATIVA DE ACIDOS ORGANICOS PARA O DIAGNOSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO (PERFIL DE ACIDOS ORGANICOS NUMA AMOSTRA)	R\$ 1.765,78		
40502244	DEFEITOS CONGENITOS DA GLICOLIZACAO - FOCALIZACAO ISOELETTRICA DA TRANSFERRINA	R\$ 10,01		
40503011	ANALISE DE DNA COM ENZIMAS DE RESTRICAO POR ENZIMA UTILIZADA, POR AMOSTRA	R\$ 183,89		
40503020	ANALISE DE DNA FETAL POR ENZIMA DE RESTRICAO, POR ENZIMA UTILIZADA, POR AMOSTRA (ADICIONAL NOS EXAMES EM QUE JA FOI FEITO O PCR 4.05.03.06-2 E DEPENDE DA ENZIMA PARA ESTABELECEER O DIAGNOSTICO)	R\$ 137,81		
40503038	ANALISE DE DNA FETAL POR Sonda OU PCR POR LOCUS, POR AMOSTRA	R\$ 271,71		
40503046	ANALISE DE DNA PELA TECNICA MULTIPLEX POR LOCUS EXTRA, POR AMOSTRA	R\$ 67,51		
40503054	ANALISE DE DNA PELA TECNICA MULTIPLEX POR LOCUS, POR AMOSTRA	R\$ 229,95		
40503062	ANALISE DE DNA POR Sonda, OU PCR POR LOCUS, POR AMOSTRA	R\$ 229,95		
40503089	EXTRACAO DE DNA (OSSO), POR AMOSTRA	R\$ 391,47		
40503097	EXTRACAO DE DNA (SANGUE, URINA, LIQUIDO AMINIOTICO, VILO TROFOBLASTICO ETC.), POR AMOSTRA	R\$ 33,71		
40503100	IDENTIFICACAO DE MUTACAO POR SEQUENCIAMENTO DO DNA, POR 100 PARES DE BASE SEQUENCIADAS, POR AMOSTRA	R\$ 191,69		
40503119	PROCESSAMENTO DE QUALQUER TIPO DE AMOSTRA BIOLOGICA PARA ESTABILIZACAO DO ACIDO NUCLEICO, POR AMOSTRA	R\$ 75,56		
40503127	EXTRACAO, PURIFICACAO E QUANTIFICACAO DE ACIDO NUCLEICO DE QUALQUER TIPO DE AMOSTRA BIOLOGICA, POR AMOSTRA	R\$ 254,35		
40503143	AMPLIFICACAO DO MATERIAL GENETICO (POR PCR, PCR EM TEMPO REAL, LCR, RT-PCR OU OUTRAS TECNICAS), POR PRIMER UTILIZADO, POR AMOSTRA	R\$ 542,38		
40503151	ANALISE DE DNA POR MLPA, POR Sonda DE DNA UTILIZADA, POR AMOSTRA	R\$ 330,04		
40503160	ANALISE DE DNA PELA TECNICA DE SOUTHERN BLOT, POR Sonda UTILIZADA, POR AMOSTRA	R\$ 332,17		
40503178	PRODUCAO DE DOT/SLOT-BLOT, POR BLOT, POR AMOSTRA	R\$ 254,35		
40503186	SEPARACAO DO MATERIAL GENETICO POR ELETROFORESE CAPILAR OU EM GEL (AGAROSE, ACRILAMIDA), POR GEL UTILIZADO, POR AMOSTRA	R\$ 327,50		
40503194	RASTREAMENTO DE EXON MUTADO (POR GRADIENTE DE DESNATURACAO OU CONFORMACAO DE POLIMORFISMO DE FITA SIMPLES OU RNASE OU CLIVAGEM QUIMICA OU OUTRAS TECNICAS) PARA IDENTIFICACAO DE FRAGMENTO MUTADO, POR FRAGMENTO ANALISADO, POR AMOSTRA	R\$ 332,17		
40503208	COLORACAO DE GEL E FOTODOCUMENTACAO DA ANALISE MOLECULAR, POR AMOSTRA	R\$ 142,37		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40503216	INTERPRETACAO E ELABORACAO DO LAUDO DA ANALISE GENETICA, POR AMOSTRA	R\$ 258,27		
40503232	DETECCAO PRE-NATAL OU POS-NATAL DE ALTERACOES CROMOSSOMICAS SUBMICROSCOPICAS RECONHECIDAMENTE CAUSADORAS DE SINDROME DE GENES CONTIGUOS, POR FISH, QPCR OU OUTRA TECNICA, POR LOCUS, POR AMOSTRA	R\$ 1.715,09		
40503240	RASTREAMENTO PRE-NATAL OU POS-NATAL DE TODO O GENOMA PARA IDENTIFICAR ALTERACOES CROMOSSOMICAS SUBMICROSCOPICAS POR CGH-ARRAY OU SNP-ARRAY OU OUTRAS TECNICAS, POR CLONE OU OLIGO UTILIZADO, POR AMOSTRA	R\$ 3.155,13		
40503259	VALIDACAO PRE-NATAL OU POS-NATAL DE ALTERACAO CROMOSSOMICA SUBMICROSCOPICA DETECTADA NO RASTREAMENTO GENOMICO, POR FISH OU QPCR OU OUTRA TECNICA, POR LOCUS, POR AMOSTRA	R\$ 1.397,39		
40503453	HEMOCROMATOSE, ANALISE POR PCR	R\$ 277,72		
40503518	REARRANJO BCL6 3Q27 (NHL) FISH	R\$ 621,00		
40503542	REARRANJO GENICO QUANTITATIVO BCR/ABL POR PCR	R\$ 468,95		
40503623	DETECCAO DE MUTACOES NO GENE MLH1 MSH2	R\$ 544,40		
40503640	FLT3 PESQUISA DE MUTACOES POR PCR (CADA)	R\$ 550,83		
40503763	EGFR, PESQUISA DE MUTACAO	R\$ 1.088,43		
40503771	K-RAS, PESQUISA DE MUTACAO	R\$ 676,10		
40503780	BRAF, PESQUISA DE MUTACAO	R\$ 511,50		
40503798	NRAS PCR OU SEQUENCIAMENTO DE SANGER PARA MUTACOES NOS EXONS 2, 3 E 4 DO GENE, NO TUMOR	R\$ 8,16		
40503801	SEQUENCIAMENTO DE NOVA GERACAO (NGS) - GENES ISOLADOS, PAINEL E GRANDES REGIOES GENOMICAS (INCLUI CAPTURA, AMPLIFICACAO E SEQUENCIAMENTO)	R\$ 3.823,82		
40503852	ALK - PESQUISA DE MUTACAO	R\$ 675,72		
40601013	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO PEROPERATORIO SEM DESLOCAMENTO DO PATOLOGISTA	R\$ 96,80		
40601021	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO PEROPERATORIO - PECA ADICIONAL OU MARGEM CIRURGICA	R\$ 130,60		
40601030	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO PEROPERATORIO COM DESLOCAMENTO DO PATOLOGISTA	R\$ 344,25		
40601072	ATO DE COLETA DE PAAF DE ORGAOS OU ESTRUTURAS SUPERFICIAIS SEM DESLOCAMENTO DO PATOLOGISTA	R\$ 52,80		
40601080	ATO DE COLETA DE PAAF DE ORGAOS OU ESTRUTURAS PROFUNDAS SEM DESLOCAMENTO DO PATOLOGISTA	R\$ 96,80		
40601099	ATO DE COLETA DE PAAF DE ORGAOS OU ESTRUTURAS SUPERFICIAIS COM DESLOCAMENTO DO PATOLOGISTA	R\$ 124,59		
40601102	ATO DE COLETA DE PAAF DE ORGAOS OU ESTRUTURAS PROFUNDAS COM DESLOCAMENTO DO PATOLOGISTA	R\$ 257,74		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40601110	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM BIOPSIA SIMPLES "IMPRINT" E "CELL BLOCK"	R\$	61,60	
40601129	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO CITOPATOLOGICO ONCOTICO DE LIQUIDOS E RASPADOS CUTANEOS	R\$	44,00	
40601137	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM CITOPATOLOGIA CERVICO-VAGINAL ONCOTICA	R\$	30,80	
40601145	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM CITOLOGIA HORMONAL SERIADO	R\$	61,60	
40601153	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM REVISAO DE LAMINAS OU CORTES HISTOLOGICOS SERIADOS	R\$	61,60	
40601161	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM CITOLOGIA HORMONAL ISOLADA	R\$	28,60	
40601170	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM PAINEL DE IMUNOISTOQUIMICA (DUAS A CINCO REACOES)	R\$	458,34	
40601188	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM REACAO IMUNOISTOQUIMICA ISOLADA	R\$	220,00	
40601196	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM FRAGMENTOS MULTIPLOS DE BIOPSIAS DE MESMO ORGAO OU TOPOGRAFIA, ACONDICIONADOS EM UM MESMO FRASCO	R\$	61,60	
40601200	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM PECA ANATOMICA OU CIRURGICA SIMPLES	R\$	61,60	
40601218	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM PECA CIRURGICA OU ANATOMICA COMPLEXA	R\$	145,37	
40601226	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM GRUPOS DE LINFONODOS, ESTRUTURAS VIZINHAS E MARGENS DE PECAS ANATOMICAS SIMPLES OU COMPLEXAS (POR MARGEM) - MAXIMO DE TRES MARGENS	R\$	67,05	
40601234	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM AMPUTACAO DE MEMBROS - SEM CAUSA ONCOLOGICA	R\$	106,49	
40601242	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM AMPUTACAO DE MEMBROS - CAUSA ONCOLOGICA	R\$	217,97	
40601250	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM LAMINAS DE PAAF ATE 5	R\$	63,11	
40601269	COLORACAO ESPECIAL POR COLORACAO	R\$	31,16	
40601277	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM IMUNOFLOURESCENCIA	R\$	489,19	
40601285	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM PAINEL DE HIBRIDIZACAO "IN SITU"	R\$	264,00	
40601293	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO POR CAPTURA HIBRIDA	R\$	264,00	
40601307	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM CITOMETRIA DE FLUXO (POR MONOCLONAL PESQUISADO)	R\$	92,31	
40601323	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO CITOPATOLOGICO EM MEIO LIQUIDO	R\$	44,00	
40601331	CITOLOGICO ANATOMIA PATOLOGICA, QUALQUER MATERIAL	R\$	22,01	
40601340	CITOLOGICO EM LIQUIDO ASCITICO	R\$	71,74	
40601358	CITOLOGICO EM LIQUIDO PERICARDIO	R\$	71,74	

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40601366	CITOLOGICO EM LIQUIDO SINOVIAL	R\$ 71,74		
40601374	CITOLOGICO EM OUTROS MATERIAIS	R\$ 71,74		
40601390	IMPRINT DE GANGLIO	R\$ 102,26		
40601404	IMPRINT DE MEDULA OSSEA	R\$ 49,53		
40601412	AP BIOSPIA MULTIPLAS (ATE 6 AREAS)	R\$ 309,33		
40601439	INSTABILIDADE DE MICROSSATELITES (MSI), DETECCAO POR PCR, BLOCO DE PARAFINA	R\$ 1.435,09		
40701018	ANGIOGRAFIA RADIOISOTOPICA	R\$ 168,97		1
40701034	CINTILOGRAFIA DO MIOCARDIO COM DUPLO ISOTOPO (PERFUSAO + VIABILIDADE)	R\$ 263,21		
40701042	CINTILOGRAFIA DO MIOCARDIO COM FDG-18 F, EM CAMARA HIBRIDA	R\$ 746,78		
40701050	CINTILOGRAFIA DO MIOCARDIO NECROSE (INFARTO AGUDO)	R\$ 239,37		1
40701069	CINTILOGRAFIA DO MIOCARDIO PERFUSAO - REPOUSO	R\$ 715,45		1
40701077	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DAS CAMARAS CARDIACAS - ESFORCO	R\$ 386,33		1
40701085	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DAS CAMARAS CARDIACAS - REPOUSO	R\$ 265,77		1
40701093	FLUXO SANGUINEO DAS EXTREMIDADES	R\$ 137,92		1
40701107	QUANTIFICACAO DE "SHUNT" DA DIREITA PARA A ESQUERDA	R\$ 169,85		1
40701115	QUANTIFICACAO DE "SHUNT" PERIFERICO	R\$ 222,65		1
40701123	VENOGRAFIA RADIOISOTOPICA	R\$ 218,25		1
40701131	CINTILOGRAFIA DO MIOCARDIO PERFUSAO - ESTRESSE FARMACOLOGICO	R\$ 715,45		
40701140	CINTILOGRAFIA DO MIOCARDIO PERFUSAO - ESTRESSE FISICO	R\$ 715,45		
40702014	CINTILOGRAFIA DAS GLANDULAS SALIVARES COM OU SEM ESTIMULO	R\$ 171,74		1
40702022	CINTILOGRAFIA DO FIGADO E DO BACO	R\$ 207,25		1
40702030	CINTILOGRAFIA DO FIGADO E VIAS BILIARES	R\$ 325,61		1
40702049	CINTILOGRAFIA PARA DETECCAO DE HEMORRAGIA DIGESTORIA ATIVA	R\$ 113,48		1
40702057	CINTILOGRAFIA PARA DETECCAO DE HEMORRAGIA DIGESTORIA NAO ATIVA	R\$ 475,99		
40702065	CINTILOGRAFIA PARA DETERMINACAO DO TEMPO DE ESVAZIAMENTO GASTRICO	R\$ 271,93		1
40702073	CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (LIQUIDOS)	R\$ 271,93		1

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40702081	CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (SEMI-SOLIDOS)	R\$ 271,93		1
40702090	CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE DIVERTICULO DE MECKEL	R\$ 257,85		1
40702103	CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO	R\$ 271,93		1
40702111	FLUXO SANGUINEO HEPATICO (QUALITATIVO E QUANTITATIVO)	R\$ 173,94		1
40703010	CINTILOGRAFIA DA TIREOIDE E/OU CAPTACAO (IODO - 123)	R\$ 159,29		
40703029	CINTILOGRAFIA DA TIREOIDE E/OU CAPTACAO (IODO - 131)	R\$ 159,29		
40703037	CINTILOGRAFIA DA TIREOIDE E/OU CAPTACAO (TECNECIO - 99M TC)	R\$ 159,29		1
40703045	CINTILOGRAFIA DAS PARATIREOIDES	R\$ 191,85		
40703053	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO PARA PESQUISA DE METASTASES (PCI)	R\$ 343,21		1
40703061	TESTE DE ESTIMULO COM TSH RECOMBINANTE	R\$ 146,09		1
40703070	TESTE DE SUPRESSAO DA TIREOIDE COM T3	R\$ 126,29		1
40703088	TESTE DO PERCLORATO	R\$ 121,00		1
40704017	CINTILOGRAFIA RENAL DINAMICA	R\$ 223,53		1
40704025	CINTILOGRAFIA RENAL DINAMICA COM DIURETICO	R\$ 279,10		1
40704033	CINTILOGRAFIA RENAL ESTATICA (QUANTITATIVA OU QUALITATIVA)	R\$ 227,05		1
40704041	CINTILOGRAFIA TESTICULAR (ESCROTAL)	R\$ 197,40		1
40704050	CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	R\$ 219,13		1
40704068	CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	R\$ 227,93		1
40704076	DETERMINACAO DA FILTRACAO GLOMERULAR	R\$ 79,20		1
40704084	DETERMINACAO DO FLUXO PLASMATICO RENAL	R\$ 61,60		1
40705013	CINTILOGRAFIA DO SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL (MEDULA OSSEA)	R\$ 187,45		1
40705021	DEMONSTRACAO DO SEQUESTRO DE HEMACIAS PELO BACO	R\$ 97,85		
40705030	DETERMINACAO DA SOBREVIDA DE HEMACIAS	R\$ 83,60		1
40705048	DETERMINACAO DO VOLUME ERITROCITARIO	R\$ 83,60		1
40705056	DETERMINACAO DO VOLUME PLASMATICO	R\$ 83,60		1
40705064	TESTE DE ABSORCAO DE VITAMINA B12 COM COBALTO - 57 (TESTE DE SCHILLING)	R\$ 484,00		1

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40706010	CINTILOGRAFIA OSSEA (CORPO TOTAL)	R\$ 224,41		1
40706028	FLUXO SANGUINEO OSSEO	R\$ 153,57		
40707016	CINTILOGRAFIA CEREBRAL	R\$ 203,97		1
40707032	CINTILOGRAFIA DE PERFUSAO CEREBRAL	R\$ 521,85		
40707040	CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUI ESTUDO DO TRANSITO LIQUORICO)	R\$ 435,61		1
40707059	CISTERNOCINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE FISTULA LIQUORICA	R\$ 561,53		1
40707067	FLUXO SANGUINEO CEREBRAL	R\$ 107,37		
40707075	MIELOCINTILOGRAFIA	R\$ 220,01		
40707083	VENTRICULO-CINTILOGRAFIA	R\$ 386,79		1
40707091	CINTILOGRAFIA PERFUSAO CEREBRAL PARA AVALIACAO DE TRANSPORTADORES DE DOPAMINA	R\$ 268,08		
40708012	CINTILOGRAFIA COM ANALOGO DE SOMATOSTATINA	R\$ 315,95		
40708020	CINTILOGRAFIA COM GALIO-67	R\$ 404,81		1
40708039	CINTILOGRAFIA COM LEUCOCITOS MARCADOS	R\$ 306,01		
40708047	CINTILOGRAFIA COM MIBG (METAIODOBENZILGUANIDINA)	R\$ 380,17		
40708063	CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	R\$ 344,85		
40708071	DEMARCAÇÃO RADIOISOTÓPICA DE LESÕES TUMORAIS	R\$ 236,50		
40708080	DETECCAO INTRAOPERATORIA RADIOGUIADA DE LESOES TUMORAIS	R\$ 359,55		
40708098	DETECCAO INTRAOPERATORIA RADIOGUIADA DE LINFONODO SENTINELA	R\$ 393,13		
40708101	LINFOCINTILOGRAFIA	R\$ 253,45		1
40708110	QUANTIFICACAO DA CAPTACAO PULMONAR COM GALIO-67	R\$ 279,85		1
40708128	PET DEDICADO ONCOLOGICO	R\$ 1.928,02		
40709019	CINTILOGRAFIA PARA DETECCAO DE ASPIRACAO PULMONAR	R\$ 253,45		1
40709027	CINTILOGRAFIA PULMONAR (INALACAO)	R\$ 165,45		1
40709035	CINTILOGRAFIA PULMONAR (PERFUSAO)	R\$ 191,85		1
40710017	SESSAO MEDICA PARA PLANEJAMENTO TECNICO DE RADIOISOTOPOTERAPIA	R\$ 46,40		
40710025	TRATAMENTO COM METAIODOBENZILGUANIDINA (MIBG)	R\$ 343,52		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40710033	TRATAMENTO DA POLICITEMIA VERA	R\$ 145,80		1
40710041	TRATAMENTO DE CANCER DA TIREOIDE	R\$ 405,00		1
40710050	TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO-BOCIO NODULAR TOXICO (GRAVES)	R\$ 108,00		1
40710068	TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO-BOCIO NODULAR TOXICO (PLUMMER)	R\$ 156,14		1
40710076	TRATAMENTO DE METASTASES OSSEAS (ESTRONCIO-90)	R\$ 405,00		
40710084	TRATAMENTO DE METASTASES OSSEAS (SAMARIO-153)	R\$ 196,05		
40710092	TRATAMENTO DE TUMORES NEUROENDOCRINOS	R\$ 343,44		
40711021	IMUNOCINTILOGRAFIA (ANTICORPOS MONOCLONAIS)	R\$ 357,57		
40801012	RX - CRANIO - 2 INCIDENCIAS	R\$ 34,81		1
40801020	RX - CRANIO - 3 INCIDENCIAS	R\$ 37,25		1
40801039	RX - CRANIO - 4 INCIDENCIAS	R\$ 47,93		1
40801047	RX - ORELHA, MASTOIDES OU ROCHEDOS - BILATERAL	R\$ 47,17		1
40801055	RX - ORBITAS - BILATERAL	R\$ 37,81		1
40801063	RX - SEIOS DA FACE	R\$ 37,81		
40801071	RX - SELA TURCICA	R\$ 34,85		1
40801080	RX - MAXILAR INFERIOR	R\$ 34,85		
40801098	RX - OSSOS DA FACE	R\$ 37,81		1
40801101	RX - ARCOS ZIGOMATICOS OU MALAR OU APOFISES ESTILOIDES	R\$ 34,85		1
40801110	RX - ARTICULACAO TEMPOROMANDIBULAR - BILATERAL	R\$ 37,81		1
40801128	RX - ADENOIDES OU CAVUM	R\$ 32,33		1
40801136	RX - PANORAMICA DE MANDIBULA (ORTOPANTOMOGRAFIA)	R\$ 42,18		1
40801160	RX - ARCADA DENTARIA (POR ARCADA)	R\$ 30,01		1
40801195	RX - PLANIGRAFIA LINEAR DE CRANIO OU SELA TURCICA OU FACE OU MASTOIDE	R\$ 93,57		1
40801209	RX - INCIDENCIA ADICIONAL DE CRANIO OU FACE	R\$ 12,06		
40802019	RX - COLUNA CERVICAL - 3 INCIDENCIAS	R\$ 34,41		1
40802027	RX - COLUNA CERVICAL - 5 INCIDENCIAS	R\$ 41,41		1

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40802035	RX - COLUNA DORSAL - 2 INCIDENCIAS	R\$ 37,47		1
40802043	RX - COLUNA DORSAL - 4 INCIDENCIAS	R\$ 30,80		
40802051	RX - COLUNA LOMBO-SACRA - 3 INCIDENCIAS	R\$ 40,80		1
40802060	RX - COLUNA LOMBO-SACRA - 5 INCIDENCIAS	R\$ 54,11		1
40802078	RX - SACRO-COCCIX	R\$ 36,93		1
40802086	RX - COLUNA DORSO-LOMBAR PARA ESCOLIOSE	R\$ 50,12		1
40802094	RX - COLUNA TOTAL PARA ESCOLIOSE (TELESPONDILOGRAFIA)	R\$ 69,04		1
40802108	RX - PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL (DOIS PLANOS)	R\$ 133,21		1
40802116	RX - INCIDENCIA ADICIONAL DE COLUNA	R\$ 13,93		
40803015	RX - ESTERNO	R\$ 37,79		1
40803023	RX - ARTICULACAO ESTERNOCLAVICULAR	R\$ 34,41		1
40803031	RX - COSTELAS - POR HEMITORAX	R\$ 37,47		1
40803040	RX - CLAVICULA	R\$ 34,81		1
40803058	RX - OMOPLATA OU ESCAPULA	R\$ 36,81		1
40803066	RX - ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR	R\$ 33,21		1
40803074	RX - ARTICULACAO ESCAPULOUMERAL (OMBRO)	R\$ 33,21		1
40803082	RX - BRACO	R\$ 34,81		1
40803090	RX - COTOVELO	R\$ 28,37		1
40803104	RX - ANTEBRACO	R\$ 29,97		
40803112	RX - PUNHO	R\$ 30,77		1
40803120	RX - MAO OU QUIRODACTILO	R\$ 28,37		1
40803139	RX - MAOS E PUNHOS PARA IDADE OSSEA	R\$ 27,97		1
40803147	RX - INCIDENCIA ADICIONAL DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 11,78		
40804011	RX - BACIA	R\$ 31,12		1
40804020	RX - ARTICULACOES SACROILIACAS	R\$ 34,41		1
40804038	RX - ARTICULACAO COXOFEMORAL (QUADRIL)	R\$ 36,14		1

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40804046	RX - COXA	R\$ 37,47		1
40804054	RX - JOELHO	R\$ 62,61		
40804062	RX - PATELA	R\$ 33,37		1
40804070	RX - PERNA	R\$ 33,07		1
40804089	RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	R\$ 28,37		1
40804097	RX - PE OU PODODACTILO	R\$ 29,97		1
40804100	RX - CALCANEO	R\$ 30,24		1
40804119	RX - ESCANOMETRIA	R\$ 30,80		1
40804127	RX - PANORAMICA DOS MEMBROS INFERIORES	R\$ 53,74		
40804135	RX - INCIDENCIA ADICIONAL DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 11,78		
40805018	RX - TORAX - 1 INCIDENCIA	R\$ 24,52		1
40805026	RX - TORAX - 2 INCIDENCIAS	R\$ 31,00		1
40805034	RX - TORAX - 3 INCIDENCIAS	R\$ 43,73		1
40805042	RX - TORAX - 4 INCIDENCIAS	R\$ 45,82		1
40805050	RX - CORACAO E VASOS DA BASE	R\$ 58,39		1
40805069	RX - PLANIGRAFIA DE TORAX, MEDIASTINO OU LARINGE	R\$ 71,21		1
40805077	RX - LARINGE OU HIPOFARINGE OU PESCOCO (PARTES MOLES)	R\$ 57,61		1
40806014	RX - DEGLUTOGRAMA	R\$ 75,55		
40806022	RX - VIDEODEGLUTOGRAMA	R\$ 131,49		
40806030	RX - ESOFAGO	R\$ 51,29		1
40806049	RX - ESTOMAGO E DUODENO	R\$ 92,66		1
40806057	RX - ESOFAGO - HIATO - ESTOMAGO E DUODENO	R\$ 91,25		1
40806065	RX - TRANSITO E MORFOLOGIA DO DELGADO	R\$ 87,63		1
40806073	RX - ESTUDO DO DELGADO COM DUPLO CONTRASTE	R\$ 107,17		
40806081	RX - CLISTER OU ENEMA OPACO (DUPLO CONTRASTE)	R\$ 101,12		1
40806090	RX - DEFECOGRAMA	R\$ 113,92		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40806103	RX - COLANGIOGRAFIA INTRA-OPERATORIA	R\$ 63,01		1
40806111	RX - COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA (PELO DRENO)	R\$ 64,28		1
40807010	RX - UROGRAFIA VENOSA COM BEXIGA PRE E POS-MICCIONAL	R\$ 97,05		1
40807029	RX - PIELOGRAFIA ASCENDENTE	R\$ 75,99		
40807037	RX - UROGRAFIA VENOSA MINUTADA 1-2-3	R\$ 116,14		1
40807045	RX - UROGRAFIA VENOSA COM NEFROTOMOGRAMIA	R\$ 174,19		1
40807053	RX - URETROCISTOGRAFIA DE ADULTO	R\$ 83,73		
40807061	RX - URETROCISTOGRAFIA DE CRIANCA (ATE 12 ANOS)	R\$ 83,73		
40807070	RX - TOMOGRAFIA RENAL SEM CONTRASTE	R\$ 70,97		1
40808017	RX - ABDOME SIMPLES	R\$ 34,20		1
40808025	RX - ABDOME AGUDO	R\$ 53,64		1
40808033	MAMOGRAFIA CONVENCIONAL BILATERAL	R\$ 133,35		1
40808041	MAMOGRAFIA DIGITAL BILATERAL	R\$ 196,38		
40808050	RX - AMPLIACAO OU MAGNIFICACAO DE LESAO MAMARIA	R\$ 44,00		
40808114	RX - ESQUELETO (INCIDENCIAS BASICAS DE: CRANIO, COLUNA, BACIA E MEMBROS)	R\$ 365,92		
40808122	DENSITOMETRIA OSSEA (UM SEGMENTO)	R\$ 136,40		
40808130	DENSITOMETRIA OSSEA - ROTINA: COLUNA E FEMUR (OU DOIS SEGMENTOS)	R\$ 198,00		
40808149	DENSITOMETRIA OSSEA - CORPO INTEIRO (AVALIACAO DE MASSA OSSEA OU DE COMPOSICAO CORPORAL)	R\$ 264,00		
40808157	RX - AVALIACAO DE FRATURAS VERTEBRAIS POR DXA	R\$ 112,60		
40808165	PLANIGRAFIA DE OSSO	R\$ 65,01		1
40808190	MARCAAO PRE-CIRURGICA POR NODULO - MAXIMO DE 3 NODULOS POR MAMA, POR ESTEREOTAXIA (NAO INCLUI EXAME DE IMAGEM)	R\$ 148,37		
40808203	MARCAAO PRE-CIRURGICA POR NODULO - MAXIMO DE 3 NODULOS POR MAMA, POR US (NAO INCLUI EXAME DE IMAGEM)	R\$ 114,50		
40808211	MARCAAO PRE-CIRURGICA POR NODULO - MAXIMO DE 3 NODULOS POR MAMA, POR RM (NAO INCLUI EXAME DE IMAGEM)	R\$ 148,37		
40808220	PUNCAO OU BIOPSIA MAMARIA PERCUTANEA POR AGULHA FINA ORIENTADA POR ESTEREOTAXIA (NAO INCLUI O EXAME DE BASE)	R\$ 81,66		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40808238	PUNCAO OU BIOPSIA MAMARIA PERCUTANEA POR AGULHA FINA ORIENTADA POR US (NAO INCLUI O EXAME DE BASE)	R\$ 100,22		
40808246	PUNCAO OU BIOPSIA MAMARIA PERCUTANEA POR AGULHA FINA ORIENTADA POR TC (NAO INCLUI O EXAME DE BASE)	R\$ 100,22		
40808254	BIOPSIA PERCUTANEA DE FRAGMENTO MAMARIO POR AGULHA GROSSA (CORE BIOPSY) ORIENTADA POR ESTEREOTAXIA (NAO INCLUI O EXAME DE IMAGEM)	R\$ 201,12		
40808262	BIOPSIA PERCUTANEA DE FRAGMENTO MAMARIO POR AGULHA GROSSA (CORE BIOPSY) ORIENTADA POR US (NAO INCLUI O EXAME DE IMAGEM)	R\$ 239,72		
40808289	MAMOTOMIA POR ESTEREOTAXIA (NAO INCLUI O EXAME DE IMAGEM)	R\$ 415,32		
40808297	MAMOTOMIA POR US (NAO INCLUI O EXAME DE IMAGEM)	R\$ 407,76		
40809021	SIALOGRAFIA (POR GLANDULA)	R\$ 100,47		1
40809030	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	R\$ 92,57		1
40809048	ARTROGRAFIA OU PNEUMOARTROGRAFIA	R\$ 96,59		1
40809056	FISTULOGRAFIA	R\$ 72,95		1
40809064	COLANGIOGRAFIA TRANSCUTANEA	R\$ 148,76		1
40809072	COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA	R\$ 95,61		1
40809080	DACRIOCISTOGRAFIA	R\$ 73,77		1
40809102	DRENAGEM PERCUTANEA ORIENTADA POR RX (ACRESCENTAR O EXAME DE BASE)	R\$ 314,16		
40809153	PUNCAO BIOPSIA/ASPIRATIVA DE ORGAO OU ESTRUTURA ORIENTADA POR RX (NAO INCLUI O EXAME DE BASE)	R\$ 78,58		
40809161	PUNCAO BIOPSIA/ASPIRATIVA DE ORGAO OU ESTRUTURA ORIENTADA POR US (NAO INCLUI O EXAME DE BASE)	R\$ 78,58		
40809170	PUNCAO BIOPSIA/ASPIRATIVA DE ORGAO OU ESTRUTURA ORIENTADA POR TC (NAO INCLUI O EXAME DE BASE)	R\$ 78,58		
40809188	PUNCAO BIOPSIA/ASPIRATIVA DE ORGAO OU ESTRUTURA ORIENTADA POR RM (NAO INCLUI O EXAME DE BASE)	R\$ 64,03		
40810011	MIELOGRAFIA SEGMENTAR (POR SEGMENTO)	R\$ 225,54		1
40810020	TESTE DE OCLUSAO DE ARTERIA CAROTIDA OU VERTEBRAL	R\$ 593,22		
40810046	AVALIACAO HEMODINAMICA POR CATETERISMO (AFERIMENTO DE PRESSAO OU FLUXO ARTERIAL OU VENOSO)	R\$ 272,73		
40811018	RADIOSCOPIA DIAGNOSTICA	R\$ 67,02		
40811026	RADIOSCOPIA PARA ACOMPANHAMENTO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO (POR HORA OU FRACAO)	R\$ 106,92		
40812014	AORTOGRAFIA ABDOMINAL POR PUNCAO TRANSLOMBAR	R\$ 258,33		1

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40812022	ANGIOGRAFIA POR PUNCAO	R\$ 238,25		3
40812030	ANGIOGRAFIA POR CATETERISMO NAO SELETIVO DE GRANDE VASO	R\$ 522,84		3
40812049	ANGIOGRAFIA POR CATETERISMO SELETIVO DE RAMO PRIMARIO - POR VASO	R\$ 244,90		
40812057	ANGIOGRAFIA POR CATETERISMO SUPERSELETIVO DE RAMO SECUNDARIO OU DISTAL - POR VASO	R\$ 705,00		3
40812065	ANGIOGRAFIA TRANSOPERATORIA DE POSICIONAMENTO	R\$ 196,24		3
40812073	ANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA DE CONTROLE	R\$ 111,59		
40812081	FLEBOGRAFIA POR PUNCAO VENOSA UNILATERAL	R\$ 256,18		
40812090	FLEBOGRAFIA RETROGRADA POR CATETERISMO - UNILATERAL	R\$ 603,78		
40812103	PORTOGRAFIA TRANS-HEPATICA	R\$ 461,28		1
40812111	ESPLENORTOGRAFIA PERCUTANEA	R\$ 323,01		1
40812120	LINFANGIOADENOGRRAFIA UNILATERAL	R\$ 411,70		1
40812138	CAVERNOSOGRRAFIA	R\$ 233,25		
40812146	FARMACO-CAVERNOSOGRRAFIA (DINAMICA)	R\$ 259,65		
40813029	ABLACAO PERCUTANEA DE TUMOR HEPATICO (QUALQUER METODO) - METODO INTERVENCIONISTA/TERAPEUTICO POR IMAGEM	R\$ 357,80	1	5
40813037	ABLACAO PERCUTANEA DE TUMOR OSSEO (QUALQUER METODO)	R\$ 356,31	1	5
40813053	ALCOOLIZACAO PERCUTANEA DE ANGIOMA	R\$ 259,81		5
40813061	ANGIOPLASTIA DE RAMO INTRACRANIANO	R\$ 667,15	2	5
40813070	ANGIOPLASTIA DE TRONCO SUPRA-AORTICO	R\$ 665,28	2	5
40813088	ANGIOPLASTIA DE AORTA PARA TRATAMENTO DE COARCTACAO	R\$ 441,67	1	5
40813100	ANGIOPLASTIA DE ARTERIA VISCERAL - POR VASO	R\$ 519,61	1	5
40813118	ANGIOPLASTIA ARTERIAL OU VENOSA DE ANASTOMOSE VASCULAR DE FIGADO TRANSPLANTADO	R\$ 664,36	2	5
40813126	ANGIOPLASTIA RENAL PARA TRATAMENTO DE HIPERTENSAO RENOVASCULAR OU OUTRA CONDICAO	R\$ 519,61	2	5
40813134	ANGIOPLASTIA ARTERIAL OU VENOSA DE ANASTOMOSE VASCULAR DE RIM TRANSPLANTADO	R\$ 519,61	2	5
40813142	ANGIOPLASTIA DE RAMOS HIPOGASTRICOS PARA TRATAMENTO DE IMPOTENCIA	R\$ 486,21	1	5
40813150	ANGIOPLASTIA DE TRONCO VENOSO	R\$ 378,58	1	3

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40813169	ANGIOPLASTIA VENOSA PARA TRATAMENTO DE SINDROME DE BUDD-CHIARI	R\$ 627,25	1	5
40813177	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA	R\$ 434,83		1
40813185	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA PARA TRATAMENTO DE OBSTRUCAO ARTERIAL	R\$ 595,26	1	3
40813193	COLOCACAO DE STENT EM RAMO INTRACRANIANO	R\$ 739,66	1	5
40813207	COLOCACAO DE STENT EM TRONCO SUPRA-AORTICO	R\$ 618,87	2	5
40813215	COLOCACAO DE STENT AORTICO	R\$ 519,61	2	5
40813223	COLOCACAO DE STENT PARA TRATAMENTO DE SINDROME DE VCI	R\$ 486,21	1	5
40813231	COLOCACAO DE CATETER VENOSO CENTRAL OU PORTOCATH	R\$ 132,84	1	1
40813240	COLOCACAO DE FILTRO DE VCI PARA PREVENCAO DE TEP	R\$ 531,36		3
40813258	COLOCACAO DE STENT EM ARTERIA VISCERAL - POR VASO	R\$ 627,25	2	5
40813266	COLOCACAO DE STENT PARA TRATAMENTO DE OBSTRUCAO ARTERIAL OU VENOSA	R\$ 519,61	2	5
40813274	COLOCACAO DE STENT REVESTIDO (STENT-GRAFT) PARA TRATAMENTO DE ANEURISMA PERIFERICO	R\$ 519,61	2	5
40813282	COLOCACAO DE STENT REVESTIDO (STENT-GRAFT) PARA TRATAMENTO DE FISTULA ARTERIOVENOSA	R\$ 519,61	2	5
40813290	COLOCACAO DE STENT EM ESTENOSE VASCULAR DE ENXERTO TRANSPLANTADO	R\$ 627,25	1	5
40813304	COLOCACAO DE STENT EM TRAQUEIA OU BRONQUIO	R\$ 442,80		
40813312	COLOCACAO DE STENT ESOFAGIANO, DUODENAL OU COLONICO	R\$ 442,80		
40813320	COLOCACAO DE STENT BILIAR	R\$ 513,21		
40813339	COLOCACAO DE STENT RENAL	R\$ 564,15	1	5
40813347	COLOCACAO PERCUTANEA DE CATETER PIELOVESICAL	R\$ 611,95		1
40813355	COLOCACAO PERCUTANEA DE STENT VASCULAR	R\$ 531,36		3
40813363	COLUNA VERTEBRAL: INFILTRACAO FORAMINAL OU FACETARIA OU ARTICULAR	R\$ 176,82		
40813371	DILATAcao PERCUTANEA DE ESTENOSE BILIAR CICATRICAL	R\$ 447,19		
40813380	DILATAcao PERCUTANEA DE ESTENOSE DE CONDUTO URINARIO	R\$ 434,83		
40813398	DILATAcao PERCUTANEA DE ESTENOSE DE DUCTO PANCREATICO	R\$ 222,69	1	5
40813401	ATERECTOMIA PERCUTANEA ORIENTADA POR RX	R\$ 531,36		
40813410	DRENAGEM PERCUTANEA DE COLECAO PLEURAL	R\$ 316,16		3

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40813428	DRENAGEM PERCUTANEA DE PNEUMOTORAX	R\$ 331,31		
40813436	DRENAGEM DE ABSCESSO PULMONAR OU MEDIASTINAL	R\$ 170,73	1	3
40813444	DRENAGEM MEDIASTINAL ORIENTADA POR RX OU TC	R\$ 148,46		3
40813452	DRENAGEM PERCUTANEA DE COLECAO INFECTADA ABDOMINAL	R\$ 316,16		
40813460	DRENAGEM PERCUTANEA DE ABSCESSO HEPATICO OU PANCREATICO	R\$ 170,73	1	3
40813479	DRENAGEM PERCUTANEA DE CISTO HEPATICO OU PANCREATICO	R\$ 170,73	1	3
40813487	DRENAGEM PERCUTANEA DE VIA BILIAR	R\$ 355,57		1
40813495	DRENAGEM PERCUTANEA DE CISTO RENAL	R\$ 176,44		1
40813509	DRENAGEM PERCUTANEA DE ABSCESSO RENAL	R\$ 170,73	1	3
40813517	DRENAGEM PERCUTANEA DE COLECAO INFECTADA PROFUNDA	R\$ 316,16		
40813525	DRENAGEM PERCUTANEA DE ABSCESSO RETROPERITONEAL OU PELVICO	R\$ 170,73	1	3
40813533	DRENAGEM PERCUTANEA NAO ESPECIFICADA	R\$ 204,14		3
40813541	EMBOLIZACAO DE ANEURISMA CEREBRAL POR OCLUSAO SACULAR - POR VASO	R\$ 803,95		
40813550	EMBOLIZACAO DE ANEURISMA CEREBRAL POR OCLUSAO VASCULAR - POR VASO	R\$ 564,15	1	6
40813568	EMBOLIZACAO DE MALFORMACAO ARTERIOVENOSA CEREBRAL OU MEDULAR - POR VASO	R\$ 797,04	2	6
40813576	EMBOLIZACAO DE FISTULA ARTERIOVENOSA EM CABECA, PESCOCO OU COLUNA - POR VASO	R\$ 519,61	1	6
40813584	EMBOLIZACAO PARA TRATAMENTO DE EPISTAXE	R\$ 611,95		1
40813592	EMBOLIZACAO DE ANEURISMA OU PSEUDOANEURISMA VISCERAL	R\$ 519,61	2	5
40813606	EMBOLIZACAO BRONQUICA PARA TRATAMENTO DE HEMOPTISE	R\$ 434,83		1
40813614	EMBOLIZACAO PULMONAR PARA TRATAMENTO DE FISTULA ARTERIOVENOSA OU OUTRA SITUACAO	R\$ 519,61	1	5
40813622	EMBOLIZACAO DE VARIZES ESOFAGIANAS OU GASTRICAS	R\$ 691,22		1
40813630	EMBOLIZACAO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA	R\$ 447,19		1
40813649	EMBOLIZACAO DE RAMO PORTAL	R\$ 564,15	1	5
40813657	EMBOLIZACAO ESPLENICA PARA TRATAMENTO DE HIPERESPLENISMO OU OUTRA SITUACAO	R\$ 434,83		1
40813665	EMBOLIZACAO ARTERIAL PARA TRATAMENTO DE PRIAPISMO	R\$ 519,61	1	5
40813673	EMBOLIZACAO PARA TRATAMENTO DE IMPOTENCIA	R\$ 425,09		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40813681	EMBOLIZACAO DE RAMOS HIPOGASTRICOS PARA TRATAMENTO DE SANGRAMENTO GINECOLOGICO	R\$ 378,58	1	5
40813690	EMBOLIZACAO SELETIVA DE FISTULA OU ANEURISMA RENAL PARA TRATAMENTO DE HEMATURIA	R\$ 519,61	1	5
40813703	EMBOLIZACAO DE ARTERIA RENAL PARA NEFRECTOMIA	R\$ 545,35		1
40813711	EMBOLIZACAO DE FISTULA ARTERIOVENOSA NAO ESPECIFICADA ACIMA - POR VASO	R\$ 404,56	1	3
40813720	EMBOLIZACAO DE MALFORMACAO VASCULAR - POR VASO	R\$ 513,21		
40813738	EMBOLIZACAO DE PSEUDOANEURISMA - POR VASO	R\$ 474,38	1	3
40813746	EMBOLIZACAO DE ARTERIA UTERINA PARA TRATAMENTO DE MIOMA OU OUTRAS SITUACOES	R\$ 378,58	1	5
40813754	EMBOLIZACAO DE VEIA ESPERMATICA PARA TRATAMENTO DE VARICOCELE	R\$ 256,83		1
40813789	EMBOLIZACAO DE TUMOR DE CABECA E PESCOCO	R\$ 611,95		1
40813797	EMBOLIZACAO DE TUMOR DO APARELHO DIGESTIVO	R\$ 503,49		
40813800	EMBOLIZACAO DE TUMOR OSSEO OU DE PARTES MOLES	R\$ 378,58	1	5
40813819	EMBOLIZACAO DE TUMOR NAO ESPECIFICADO	R\$ 434,83		
40813827	TRAQUEOTOMIA PERCUTANEA ORIENTADA POR RX OU TC	R\$ 137,33		2
40813835	GASTROSTOMIA PERCUTANEA ORIENTADA POR RX OU TC	R\$ 222,69	1	2
40813843	COLECISTOSTOMIA PERCUTANEA ORIENTADA POR RX, US OU TC	R\$ 222,69	1	3
40813851	ESCLEROSE PERCUTANEA DE CISTO PANCREATICO	R\$ 222,69	1	3
40813860	CELOSTOMIA PERCUTANEA ORIENTADA POR RX OU TC	R\$ 241,25	1	3
40813878	NEFROSTOMIA PERCUTANEA ORIENTADA POR RX, US, TC OU RM	R\$ 375,06		1
40813886	PIELOGRAFIA PERCUTANEA ORIENTADA POR RX, US, TC OU RM	R\$ 111,35		3
40813894	EXERESE PERCUTANEA DE TUMOR BENIGNO ORIENTADA POR RX, US, TC OU RM	R\$ 378,58	1	3
40813908	QUIMIOTERAPIA POR CATETER DE TUMOR DE CABECA E PESCOCO	R\$ 241,25	1	5
40813916	QUIMIOEMBOLIZACAO PARA TRATAMENTO DE TUMOR HEPATICO	R\$ 358,91		
40813924	QUIMIOTERAPIA POR CATETER INTRA-ARTERIAL	R\$ 503,49		
40813932	TIPS - ANASTOMOSE PORTO-CAVA PERCUTANEA PARA TRATAMENTO DE HIPERTENSAO PORTAL	R\$ 519,61	2	7
40813940	IMPLANTE DE ENDOPROTESE EM ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL OU TORACICA COM STENT REVESTIDO (STENT-GRAFT)	R\$ 831,60	2	5
40813959	IMPLANTE DE ENDOPROTESE EM DISSECCAO DE AORTA ABDOMINAL OU TORACICA COM STENT REVESTIDO (STENT-GRAFT)	R\$ 519,61	2	5

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40813975	TRATAMENTO DO VASOESPASMO POS-TRAUMA	R\$ 404,56	1	5
40813983	TROMBECTOMIA MECANICA PARA TRATAMENTO DE TEP	R\$ 627,25	1	5
40813991	TROMBECTOMIA MECANICA VENOSA	R\$ 627,25	1	3
40814017	TROMBECTOMIA MEDICAMENTOSA PARA TRATAMENTO DE TEP	R\$ 564,15	1	5
40814025	TROMBOLISE MEDICAMENTOSA ARTERIAL OU VENOSA - POR VASO	R\$ 434,83		
40814033	TROMBOLISE MEDICAMENTOSA ARTERIAL OU VENOSA PARA TRATAMENTO DE ISQUEMIA MESENTERICA	R\$ 486,21	1	5
40814041	TROMBOLISE MEDICAMENTOSA EM TRONCOS SUPRA-AORTICOS E INTRACRANIANOS	R\$ 434,83		
40814050	REPERMEABILIZACAO TUBARIA PARA TRATAMENTO DE INFERTILIDADE	R\$ 519,61	1	4
40814068	RETIRADA PERCUTANEA DE CALCULOS BILIARES ORIENTADA POR RX, US OU TC	R\$ 434,83		1
40814076	RETIRADA PERCUTANEA DE CALCULOS RENAIIS ORIENTADA POR RX, US OU TC	R\$ 414,47		1
40814084	RETIRADA PERCUTANEA DE CORPO ESTRANHO INTRAVASCULAR	R\$ 727,59		1
40814092	OSTEOPLASTIA OU DISCECTOMIA PERCUTANEA (VERTEBROPLASTIA E OUTRAS)	R\$ 397,47	1	5
40814106	DISCOGRAFIA	R\$ 111,35		3
40814114	LITOTRIPSIA MECANICA DE CALCULOS RENAIIS ORIENTADA POR RX OU US	R\$ 356,31		4
40814130	SINUSOGRAFIA (ABSCESSOGRAFIA)	R\$ 92,79		3
40814149	PARACENTESE ORIENTADA POR RX OU US	R\$ 92,79		
40814157	MANIPULACAO DE DRENOS POS-DRENAGEM (ORIENTADA POR RX, TC, US OU RM)	R\$ 81,66		
40814165	ESCLEROSE PERCUTANEA DE NODULOS BENIGNOS DIRIGIDA POR RX, US, TC OU RM	R\$ 222,69	1	3
40901017	US - GLOBO OCULAR - BILATERAL	R\$ 86,69		
40901025	US - GLOBO OCULAR COM DOPPLER COLORIDO - BILATERAL	R\$ 168,09		
40901033	US - GLANDULAS SALIVARES (TODAS)	R\$ 84,49		
40901041	US - TORACICO EXTRACARDIACO	R\$ 53,69		2
40901050	ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM CONTRASTE INTRACAVITARIO	R\$ 202,40		3
40901068	ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM CONTRASTE PARA PERFUSAO MIOCARDICA - EM REPOUSO	R\$ 466,58		
40901076	ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM ESTRESSE FARMACOLOGICO	R\$ 334,40		
40901084	ECODOPPLERCARDIOGRAMA FETAL COM MAPEAMENTO DE FLUXO EM CORES - POR FETO	R\$ 352,00		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40901092	ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO (INCLUI TRANSTORACICO)	R\$ 484,00		3
40901106	ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSTORACICO	R\$ 230,57		
40901114	US - MAMAS	R\$ 84,49		
40901122	US - ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR, RINS, BEXIGA, AORTA, VEIA CAVA INFERIOR E ADRENAIS)	R\$ 168,53		
40901130	US - ABDOME SUPERIOR (FIGADO, VIAS BILIARES, VESICULA, PANCREAS E BACO)	R\$ 112,65		2
40901149	US - RETROPERITONIO (GRANDES VASOS OU ADRENAIS)	R\$ 120,57		2
40901173	US - ABDOME INFERIOR MASCULINO (BEXIGA, PROSTATA E VESICULAS SEMINAIS)	R\$ 71,29		2
40901181	US - ABDOME INFERIOR FEMININO (BEXIGA, UTERO, OVARIO E ANEXOS)	R\$ 51,49		2
40901190	US - DERMATOLOGICO - PELE E SUBCUTANEO	R\$ 60,66		
40901203	US - ORGAOS SUPERFICIAIS (TIREOIDE OU ESCROTO OU PENIS OU CRANIO)	R\$ 89,77		2
40901211	US - ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL OU AXILA OU MUSCULO OU TENDAO)	R\$ 79,20		
40901220	US - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)	R\$ 89,77		
40901238	US - OBSTETRICA	R\$ 66,89		2
40901246	US - OBSTETRICA COM DOPPLER COLORIDO	R\$ 146,18		
40901254	US - OBSTETRICA COM TRANSLUCENCIA NUCAL	R\$ 165,87		
40901262	US - OBSTETRICA MORFOLOGICA	R\$ 115,79		
40901270	US - OBSTETRICA GESTACAO MULTIPLA: CADA FETO	R\$ 37,11		
40901289	US - OBSTETRICA GESTACAO MULTIPLA COM DOPPLER COLORIDO: CADA FETO	R\$ 74,28		
40901297	US - OBSTETRICA 1º TRIMESTRE (ENDOVAGINAL)	R\$ 188,09		
40901300	US - TRANSVAGINAL (UTERO, OVARIO, ANEXOS E VAGINA)	R\$ 93,29		2
40901319	US - TRANSVAGINAL PARA CONTROLE DE OVULACAO (3 OU MAIS EXAMES)	R\$ 235,85		2
40901335	US - PROSTATA TRANSRETAL (NAO INCLUI ABDOME INFERIOR MASCULINO)	R\$ 142,57		2
40901351	DOPPLER COLORIDO TRANSFONTANELA	R\$ 337,93		
40901360	DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS ARTERIAIS BILATERAL (CAROTIDAS E VERTEBRAIS)	R\$ 167,20		
40901378	DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS VENOSOS BILATERAL (SUBCLAVIAS E JUGULARES)	R\$ 249,66		
40901386	DOPPLER COLORIDO DE ORGAO OU ESTRUTURA ISOLADA	R\$ 200,64		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40901394	DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ARTERIAS RENAIAS	R\$ 285,13		
40901408	DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ILIACAS	R\$ 337,93		
40901416	DOPPLER COLORIDO DE ARTERIAS VISCERAIS (MESENERICAS SUPERIOR E INFERIOR E TRONCO CELIACO)	R\$ 337,93		
40901424	DOPPLER COLORIDO DE HEMANGIOMA	R\$ 179,83		
40901432	DOPPLER COLORIDO DE VEIA CAVA SUPERIOR OU INFERIOR	R\$ 211,21		
40901440	DOPPLER COLORIDO PENIANO COM FARMACO-INDUCAO	R\$ 100,33		
40901459	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR - UNILATERAL	R\$ 264,00		
40901467	DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR - UNILATERAL	R\$ 316,80		
40901475	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR - UNILATERAL	R\$ 264,00		
40901483	DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO INFERIOR - UNILATERAL	R\$ 264,00		
40901505	US - OBSTETRICA: PERFIL BIOFISICO FETAL	R\$ 88,00		
40901513	DOPPLER COLORIDO DE ARTERIAS PENIANAS (SEM FARMACO INDUCAO)	R\$ 253,45		
40901521	ULTRASSONOGRRAFIA BIOMICROSCOPICA - MONOCULAR	R\$ 142,26		
40901530	ULTRASSONOGRRAFIA DIAGNOSTICA - MONOCULAR	R\$ 66,00		
40901548	DOPPLER CONVENCIONAL ORGAO/ESTRUTURA ISOLADA	R\$ 90,02		
40901572	ULTRASSOM COM DOPPLER ABDOME TOTAL E PELVE FEMININO	R\$ 172,09		
40901602	DOPPLER TRANSCRANIANO	R\$ 253,54		
40901610	US - CRANIO PARA CRIANCA	R\$ 84,94		
40901629	US - ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM ANALISE DO SINCRONISMO CARDIACO	R\$ 435,24		
40901661	US - ECODOPPLER DE CAROTIDAS	R\$ 198,00		
40901696	US - ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM ESTRESSE FISICO	R\$ 439,90		
40901700	ECODOPPLERCARDIOGRAMA SOB ESTRESSE FISICO OU FARMACOLOGICO COM CONTRASTE	R\$ 671,04		
40901718	ECODOPPLERCARDIOGRAMA PARA AJUSTE DE MARCA-PASSO	R\$ 691,87		
40901734	US - PECA CIRUGICA	R\$ 66,59		
40901742	US - TRANSRETAL RADIAL	R\$ 179,83		
40901750	US - PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 155,67		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
40901769	US - APARELHO URINARIO (RINS, URETERES E BEXIGA)	R\$ 110,13		
40901793	ELASTOGRAFIA HEPATICA ULTRASSONICA	R\$ 462,55		
40902013	US - OBSTETRICA: COM AMNIOCENTESE	R\$ 145,78		
40902021	US - OBSTETRICA 1º TRIMESTRE COM PUNCAO: BIOPSIA OU ASPIRATIVA	R\$ 201,20		
40902030	US - PROSTATA TRANSRETAL COM BIOPSIA - ATE 8 FRAGMENTOS	R\$ 200,30		
40902048	US - PROSTATA TRANSRETAL COM BIOPSIA - MAIS DE 8 FRAGMENTOS	R\$ 238,25		3
40902056	US - INTRA-OPERATORIO	R\$ 176,53		
40902064	DOPPLER COLORIDO INTRA-OPERATORIO	R\$ 299,93		
40902072	ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSOPERATORIO (TRANSESOFAGICO OU EPICARDICO) (1ª HORA)	R\$ 440,00		
40902080	ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSOPERATORIO (TRANSESOFAGICO OU EPICARDICO) - POR HORA SUPLEMENTAR	R\$ 34,68		
40902110	DRENAGEM PERCUTANEA ORIENTADA POR US (ACRESCENTAR O EXAME DE BASE)	R\$ 134,94		
40902129	REDUCAO DE INVAGINACAO INTESTINAL POR ENEMA, ORIENTADA POR US (ACRESCENTAR O EXAME DE BASE)	R\$ 64,03		
41001010	TC - CRANIO OU SELA TURCICA OU ORBITAS	R\$ 361,25		2
41001028	TC - MASTOIDES OU ORELHAS	R\$ 441,78		2
41001036	TC - FACE OU SEIOS DA FACE	R\$ 361,25		2
41001044	TC - ARTICULACOES TEMPOROMANDIBULARES	R\$ 361,25		
41001052	TC - DENTAL (DENTASCAN)	R\$ 271,56		
41001060	TC - PESCOCO (PARTES MOLES, LARINGE, TIREOIDE, FARINGE E GLANDULAS SALIVARES)	R\$ 441,78		2
41001079	TC - TORAX	R\$ 441,78		2
41001095	TC - ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR, PELVE E RETROPERITONIO)	R\$ 482,02		
41001109	TC - ABDOME SUPERIOR	R\$ 441,78		2
41001117	TC - PELVE OU BACIA	R\$ 441,78		2
41001125	TC - COLUNA CERVICAL OU DORSAL OU LOMBO-SACRA (ATE 3 SEGMENTOS)	R\$ 361,25		2
41001133	TC - COLUNA - SEGMENTO ADICIONAL	R\$ 78,23		2
41001141	TC - ARTICULACAO (ESTERNOCLAVICULAR OU OMBRO OU COTOVELO OU PUNHO OU SACROILIACAS OU COXOFEMORAL OU JOELHO OU TORNOZELO) - UNILATERAL	R\$ 441,78		2

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
41001150	TC - SEGMENTO APENDICULAR (BRACO OU ANTEBRACO OU MAO OU COXA OU PERNA OU PE) - UNILATERAL	R\$ 441,78		2
41001176	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORACICA	R\$ 461,45		
41001184	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL	R\$ 461,45		
41001222	TC PARA PET DEDICADO ONCOLOGICO	R\$ 559,77		
41001230	TC - ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA	R\$ 598,97		
41001273	TC - MANDIBULA	R\$ 325,49		
41001281	TC - MAXILAR	R\$ 290,50		
41001370	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE CRANIO	R\$ 454,01		
41001389	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE CRANIO	R\$ 454,01		
41001397	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE PESCOCO	R\$ 454,01		
41001400	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE PESCOCO	R\$ 454,01		
41001419	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE TORAX	R\$ 454,01		
41001427	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE TORAX	R\$ 454,01		
41001435	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE ABDOME SUPERIOR	R\$ 454,01		
41001443	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE ABDOME SUPERIOR	R\$ 454,01		
41001451	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE PELVE	R\$ 454,01		
41001460	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE PELVE	R\$ 454,01		
41001478	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 393,42		
41001516	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL PULMONAR	R\$ 454,01		
41001524	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA PULMONAR	R\$ 454,01		
41001532	TC PARA PLANEJAMENTO ONCOLOGICO	R\$ 365,77		
41002016	TOMOMIELOGRAFIA (ATE 3 SEGMENTOS) - ACRESCENTAR A TC DA COLUNA E INCLUIR A PUNCAO	R\$ 32,61		2
41002032	DRENAGEM PERCUTANEA ORIENTADA POR TC (ACRESCENTAR O EXAME DE BASE)	R\$ 148,46		
41002040	TC - PUNCAO PARA INTRODUCAO DE CONTRASTE (ACRESCENTAR O EXAME DE BASE)	R\$ 78,58		
41002059	ARTRO-TC	R\$ 346,17		
41101014	RM - CRANIO (ENCEFALO)	R\$ 922,73		3

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
41101022	RM - SELA TURCICA (HIPOFISE)	R\$ 650,82		
41101030	RM - BASE DO CRANIO	R\$ 650,82		
41101057	PERFUSAO CEREBRAL POR RM	R\$ 223,92		
41101065	ESPECTROSCOPIA POR RM	R\$ 223,92		
41101073	RM - ORBITA BILATERAL	R\$ 650,82		
41101081	RM - OSSOS TEMPORAIS BILATERAL	R\$ 650,82		
41101090	RM - FACE (INCLUI SEIOS DA FACE)	R\$ 650,82		
41101103	RM - ARTICULACAO TEMPOROMANDIBULAR (BILATERAL)	R\$ 922,73		
41101111	RM - PESCOCO (NASOFARINGE, OROFARINGE, LARINGE, TRAQUEIA, TIREOIDE, PARATIREOIDE)	R\$ 922,73		
41101120	RM - TORAX (MEDIASTINO, PULMAO, PAREDE TORACICA)	R\$ 949,13		
41101138	RM - CORACAO - MORFOLOGICO E FUNCIONAL	R\$ 1.098,73		
41101146	RM - CORACAO - MORFOLOGICO E FUNCIONAL + PERFUSAO + ESTRESSE	R\$ 741,15		
41101154	RM - CORACAO - MORFOLOGICO E FUNCIONAL + PERFUSAO + VIABILIDADE MIOCARDICA	R\$ 795,64		
41101170	RM - ABDOME SUPERIOR (FIGADO, PANCREAS, BACO, RINS, SUPRA-RENAIS, RETROPERITONIO)	R\$ 949,13		3
41101189	RM - PELVE (NAO INCLUI ARTICULACOES COXOFEMORAIS)	R\$ 949,13		
41101197	RM - FETAL	R\$ 683,85		
41101200	RM - PENIS	R\$ 639,68		
41101219	RM - BOLSA ESCROTAL	R\$ 639,68		
41101227	RM - COLUNA CERVICAL OU DORSAL OU LOMBAR	R\$ 935,93		3
41101235	RM - FLUXO LIQUORICO (COMO COMPLEMENTAR)	R\$ 172,56		
41101243	RM - PLEXO BRAQUIAL (DESFILADEIRO TORACICO) OU LOMBOSSACRAL (NAO INCLUI COLUNA CERVICAL OU LOMBAR)	R\$ 805,20		
41101251	RM - MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL (NAO INCLUI MAO E ARTICULACOES)	R\$ 805,20		
41101260	RM - MAO (NAO INCLUI PUNHO)	R\$ 650,82		
41101278	RM - BACIA (ARTICULACOES SACROILIACAS)	R\$ 949,13		
41101286	RM - COXA (UNILATERAL)	R\$ 805,20		
41101294	RM - PERNA (UNILATERAL)	R\$ 805,20		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
41101308	RM - PE (ANTEPE) - NAO INCLUI TORNOZELO	R\$ 935,93		
41101316	RM - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)	R\$ 935,93		3
41101332	ANGIO-RM DE AORTA TORACICA	R\$ 683,85		
41101340	ANGIO-RM DE AORTA ABDOMINAL	R\$ 683,85		
41101359	HIDRO-RM (COLANGIO-RM OU URO-RM OU MIELO-RM OU SIALO-RM OU CISTOGRAFIA POR RM)	R\$ 624,17		
41101480	RM - MAMA (BILATERAL)	R\$ 738,73		
41101499	ANGIO-RM ARTERIAL PULMONAR	R\$ 878,41		
41101502	ANGIO-RM VENOSA PULMONAR	R\$ 878,41		
41101510	ANGIO-RM ARTERIAL DE ABDOME SUPERIOR	R\$ 878,41		
41101529	ANGIO-RM VENOSA DE ABDOME SUPERIOR	R\$ 878,41		
41101537	ANGIO-RM ARTERIAL DE CRANIO	R\$ 878,41		
41101545	ANGIO-RM VENOSA DE CRANIO	R\$ 878,41		
41101553	ANGIO-RM ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$ 650,82		
41101596	ANGIO-RM ARTERIAL DE PELVE	R\$ 878,41		
41101600	ANGIO-RM VENOSA DE PELVE	R\$ 878,41		
41101618	ANGIO-RM ARTERIAL DE PESCOCO	R\$ 878,41		
41101626	ANGIO-RM VENOSA DE PESCOCO	R\$ 878,41		
41101669	RM PARA PLANEJAMENTO ONCOLOGICO	R\$ 754,93		
41102010	ARTRO-RM (INCLUIR A PUNCAO ARTICULAR) - POR ARTICULACAO	R\$ 805,20		
41203011	BETATERAPIA (PLACA DE ESTRONCIO) - POR CAMPO	R\$ 12,23		
41203020	RADIOCIRURGIA (RTC) - NIVEL 1, LESAO UNICA E/OU UM ISOCENTRO - POR TRATAMENTO	R\$ 8.687,03		
41203038	RADIOCIRURGIA (RTC) - NIVEL 2, DUAS LESOES E/OU DOIS A QUATRO ISOCENTROS - POR TRATAMENTO	R\$ 10.238,90		
41203046	RADIOCIRURGIA (RTC) - NIVEL 3, TRES LESOES E/OU DE MAIS DE QUATRO ISOCENTROS - POR TRATAMENTO	R\$ 11.906,40		
41203054	RADIOTERAPIA COM MODULACAO DA INTENSIDADE DO FEIXE (IMRT) - POR TRATAMENTO	R\$ 16.947,71		
41203062	RADIOTERAPIA CONFORMADA TRIDIMENSIONAL (RCT-3D) COM ACELERADOR LINEAR - POR TRATAMENTO	R\$ 11.906,40		
41203070	RADIOTERAPIA CONVENCIONAL DE MEGAVOLTAGEM COM ACELERADOR LINEAR COM FOTONS E ELETRONS - POR CAMPO	R\$ 29,10		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
41203089	RADIOTERAPIA CONVENCIONAL DE MEGAVOLTAGEM COM ACELERADOR LINEAR SO COM FOTONS - POR CAMPO	R\$ 29,10		
41203097	RADIOTERAPIA CONVENCIONAL DE MEGAVOLTAGEM COM UNIDADE DE TELECOBALTO - POR CAMPO	R\$ 29,10		
41203100	RADIOTERAPIA DE CORPO INTEIRO - POR TRATAMENTO	R\$ 3.224,11		
41203119	RADIOTERAPIA DE MEIO CORPO (HBI) - POR DIA DE TRATAMENTO	R\$ 271,30		
41203127	RADIOTERAPIA DE PELE TOTAL (TSI) - POR TRATAMENTO	R\$ 11.906,40		
41203135	RADIOTERAPIA ESTEREOTATICA - 1º DIA DE TRATAMENTO	R\$ 7.412,09		
41203143	RADIOTERAPIA ESTEREOTATICA - POR DIA SUBSEQUENTE	R\$ 378,44		
41203151	RADIOTERAPIA EXTERNA DE ORTOVOLTAGEM (ROENTGENTERAPIA) - POR CAMPO	R\$ 9,10		
41203208	SANGUES E DERIVADOS (POR UNIDADE)	R\$ 83,15		
41204018	COLIMACAO INDIVIDUAL - 1 POR INCIDENCIA PLANEJADA	R\$ 125,02		
41204026	FILME DE VERIFICACAO (CHEQUE-FILME) - 1 POR INCIDENCIA PLANEJADA/SEMANA - FILME A PARTE	R\$ 5,46		
41204034	PLANEJAMENTO DE TRATAMENTO COMPUTADORIZADO - 1 POR VOLUME TRATADO	R\$ 301,50		
41204042	PLANEJAMENTO DE TRATAMENTO COMPUTADORIZADO TRIDIMENSIONAL - 1 POR VOLUME TRATADO	R\$ 1.372,99		
41204050	PLANEJAMENTO DE TRATAMENTO SIMPLES (NAO COMPUTADORIZADO) - 1 POR VOLUME TRATADO	R\$ 194,93		
41204069	SIMULACAO DE TRATAMENTO COMPLEXA (COM TOMOGRAFIA E COM CONTRASTE) - 1 POR VOLUME TRATADO	R\$ 273,48		
41204077	SIMULACAO DE TRATAMENTO INTERMEDIARIA (COM TOMOGRAFIA) - 1 POR VOLUME TRATADO	R\$ 194,30		
41204085	SIMULACAO DE TRATAMENTO SIMPLES (SEM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA) - 1 POR VOLUME TRATADO	R\$ 113,66		
41204093	SISTEMAS DE IMOBILIZACAO - CABECA (MASCARAS) OU MEMBROS - 1 POR TRATAMENTO	R\$ 147,88		
41204107	SISTEMAS DE IMOBILIZACAO - TORAX, ABDOME OU PELVIS - 1 POR TRATAMENTO	R\$ 439,83		
41205014	BRAQUITERAPIA ENDOLUMINAL DE ALTA TAXA DE DOSE (BATD) - POR INSERCAO	R\$ 2.375,93		
41205022	BRAQUITERAPIA ENDOLUMINAL DE BAIXA TAXA DE DOSE (BBTD) - POR INSERCAO	R\$ 1.089,39		
41205030	BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL DE ALTA TAXA DE DOSE (BATD) - POR INSERCAO	R\$ 2.077,21		
41205049	BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL DE BAIXA TAXA DE DOSE (BBTD) - COM CESIO - POR INSERCAO	R\$ 1.089,39		
41205057	BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL DE BAIXA TAXA DE DOSE (BBTD) PERMANENTE DE PROSTATA - POR TRATAMENTO	R\$ 8.773,67		
41205065	BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL DE BAIXA TAXA DE DOSE (BBTD) COM OURO, IRIDIO OU IODO - POR TRATAMENTO	R\$ 1.163,76		
41205073	BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA DE ALTA TAXA DE DOSE (BATD) - POR INSERCAO	R\$ 1.803,54		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
41205081	BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA DE BAIXA TAXA DE DOSE (BBTD) COM CESIO - POR INSERCAO	R\$ 1.089,39		
41205090	BRAQUITERAPIA OFTALMICA DE BAIXA TAXA DE DOSE (BBTD) - POR INSERCAO	R\$ 1.363,46		
41205103	BRAQUITERAPIA POR MOLDAGEM OU CONTATO DE BAIXA TAXA DE DOSE (BBTD) COM CESIO - POR INSERCAO	R\$ 1.089,39		
41205111	BRAQUITERAPIA POR MOLDAGEM OU CONTATO DE BAIXA TAXA DE DOSE (BBTD) COM OURO, IRIDIO OU IODO - POR TRATAMENTO	R\$ 8.773,67		
41205120	BRAQUITERAPIA POR MOLDAGEM OU CONTATO, DE ALTA TAXA DE DOSE (BATD) - POR INSERCAO	R\$ 1.803,54		
41206010	FILME DE VERIFICACAO (CHEQUE-FILME) DE BRAQUITERAPIA - 2 POR INSERCAO - FILME A PARTE	R\$ 24,22		
41206029	COLOCACAO OU RETIRADA DA PLACA OFTALMICA - 1 COLOCACAO E 1 RETIRADA POR TRATAMENTO	R\$ 408,07		
41206037	COLOCACAO OU RETIRADA DOS CATETERES - 1 COLOCACAO E 1 RETIRADA POR INSERCAO	R\$ 408,07		
41206045	PLANEJAMENTO COMPUTADORIZADO DE BRAQUITERAPIA - 1 POR INSERCAO	R\$ 284,27		
41206053	PLANEJAMENTO COMPUTADORIZADO TRIDIMENSIONAL DE BRAQUITERAPIA - 1 POR INSERCAO	R\$ 1.052,87		
41206061	PLANEJAMENTO NAO-COMPUTADORIZADO DE BRAQUITERAPIA - 1 POR INSERCAO	R\$ 180,86		
41206070	SIMULACAO DE BRAQUITERAPIA - 1 POR INSERCAO	R\$ 245,64		
41301013	ANGIOFLUORESCINOGRAFIA - MONOCULAR	R\$ 88,00		
41301021	ANGIOGRAFIA COM INDOCIANINA VERDE - MONOCULAR	R\$ 257,97		
41301030	AVALIACAO ORBITO-PALPEBRAL-EXOFTALMOMETRIA - BINOCULAR	R\$ 15,60		
41301048	BIOIMPEDANCIOMETRIA (AMBULATORIAL) EXAME	R\$ 18,78		
41301056	BIOPSIA DO VILO CORIAL	R\$ 81,66		
41301064	CALORIMETRIA INDIRETA (AMBULATORIAL) EXAME	R\$ 25,23		
41301072	CAMPIMETRIA MANUAL - MONOCULAR	R\$ 35,20		
41301080	CERATOSCOPIA COMPUTADORIZADA - MONOCULAR	R\$ 110,00		
41301099	COLETA DE MATERIAL CERVICO-VAGINAL	R\$ 8,80		
41301102	COLPOSCOPIA (CERVIXE UTERINA E VAGINA)	R\$ 26,40		
41301110	CORDOCENTESE	R\$ 81,66		
41301129	CURVA TENSIONAL DIARIA - BINOCULAR	R\$ 66,00		
41301137	DERMATOSCOPIA (POR LESAO)	R\$ 8,61		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
41301145	EREAÇÃO FARMACO-INDUZIDA	R\$ 35,20		
41301153	ESTEREO-FOTO DE PÁPILA - MONOCULAR	R\$ 68,61		
41301161	ESTESIOMETRIA (POR MEMBRO)	R\$ 9,85		
41301170	AValiação DE VIAS LACRIMAIAS (TESTE DE SCHIRMER) - MONOCULAR	R\$ 48,95		
41301188	EXAME A FRESCO DO CONTEUDO VAGINAL E CERVICAL	R\$ 8,80		
41301200	EXAME DE MOTILIDADE OCULAR (TESTE ORTOPTICO) - BINOCULAR	R\$ 17,60		
41301218	EXAME MICOLOGICO - CULTURA E IDENTIFICACAO DE COLONIA	R\$ 13,20		
41301226	EXAME MICOLOGICO DIRETO (POR LOCAL)	R\$ 13,20		
41301234	FOTODERMATOSCOPIA (POR LESAO)	R\$ 8,16		
41301242	GONIOSCOPIA - BINOCULAR	R\$ 35,20		
41301250	MAPEAMENTO DE RETINA (OFTALMOSCOPIA INDIRETA) - MONOCULAR	R\$ 35,20		
41301269	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA - MONOCULAR	R\$ 154,00		
41301277	OFTALMODINAMOMETRIA - MONOCULAR	R\$ 19,20		
41301285	PENISCOPIA (INCLUI BOLSA ESCROTAL)	R\$ 28,56		
41301307	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL - MONOCULAR	R\$ 22,00		
41301315	RETINOGRRAFIA (SO HONORARIO) MONOCULAR	R\$ 26,40		
41301323	TONOMETRIA - BINOCULAR	R\$ 11,00		
41301331	TRICOGRAMA	R\$ 34,39		
41301340	URODINAMICA COMPLETA	R\$ 176,00		3
41301358	UROFLUXOMETRIA	R\$ 44,00		
41301366	VISAO SUBNORMAL - MONOCULAR	R\$ 66,00		
41301374	VULVOSCOPIA (VULVA E PERINEO)	R\$ 26,40		
41301382	CAPILAROSCOPIA PERIUNGUEAL	R\$ 63,62		
41301390	COLETA DE RASPADO DERMICO EM LESOES E SITIOS ESPECIFICOS PARA BACIOSCOPIA (POR SITIO)	R\$ 3,72		
41301420	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO	R\$ 27,50		
41301439	FUNDOSCOPIA SOB MEDRIASES - BINOCULAR	R\$ 11,75		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
41301471	TESTE DO REFLEXO VERMELHO EM RECEM NATO (TESTE DO OLHINHO)	R\$	30,98	
41301536	COLPOSCOPIA ANAL	R\$	79,68	
41301544	COLPOSCOPIA POR VIDEO	R\$	66,24	
41401018	AVALIACAO DA FUNCAO MUSCULAR (POR MOVIMENTO) COM EQUIPAMENTO INFORMATIZADO (ISOCINETICO)	R\$	31,79	
41401026	AVALIACAO DA FUNCAO MUSCULAR (POR MOVIMENTO) COM EQUIPAMENTO MECANICO (DINAMOMETRIA/MODULOS DE CARGAS)	R\$	22,27	
41401042	PROVA DE AUTO-ROTACAO CEFALICA	R\$	75,19	
41401069	PROVAS IMUNO-ALERGICAS PARA BACTERIAS (POR ANTIGENO)	R\$	32,40	
41401077	PROVAS IMUNO-ALERGICAS PARA FUNGOS (POR ANTIGENO)	R\$	32,40	
41401085	TESTE DA HISTAMINA (DUAS AREAS TESTADAS)	R\$	7,43	
41401107	TESTE DE BRONCOPROVOCACAO	R\$	66,00	
41401131	TESTE DE EQUILIBRIO PERITONEAL (PET)	R\$	29,70	
41401166	TESTE DE EXERCICIO EM ERGOMETRO COM REALIZACAO DE GASOMETRIA ARTERIAL	R\$	66,00	
41401174	TESTE DE EXERCICIO EM ERGOMETRO COM MONITORIZACAO DA FREQUENCIA CARDIACA	R\$	38,47	
41401182	TESTE DE EXERCICIO EM ERGOMETRO COM MONITORIZACAO DO ELETROCARDIOGRAMA	R\$	38,47	
41401190	TESTE DE EXERCICIO EM ERGOMETRO COM MEDIDA DE GASES EXPIRADOS (TESTE CARDIOPULMONAR DE EXERCICIO) COM QUALQUER ERGOMETRO	R\$	46,40	
41401204	TESTE DE EXERCICIO EM ERGOMETRO COM MEDIDA DE GASES EXPIRADOS E ELETROCARDIOGRAMA	R\$	29,70	
41401212	TESTE DE GLICEROL (COM AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR PRE E POS)	R\$	52,80	
41401220	TESTE DE GLICEROL (COM ELETROCOCLEOGRAFIA PRE E POS)	R\$	308,00	
41401239	TESTE DE HILGER PARA PARALISIA FACIAL	R\$	35,20	
41401247	TESTE DE HUHNER	R\$	22,00	
41401255	TESTE DE MITSUDA	R\$	11,88	
41401263	TESTE DE PROTESE AUDITIVA	R\$	66,00	
41401271	TESTE DE SENSIBILIDADE DE CONTRASTE OU DE CORES - MONOCULAR	R\$	18,40	
41401298	TESTE PARA BRONCOESPASMO DE EXERCICIO	R\$	111,52	

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
41401301	TESTE PROVOCATIVO PARA GLAUCOMA - BINOCULAR	R\$	15,94	
41401360	TESTES CUTANEO-ALERGICOS PARA ALERGENOS DA POEIRA	R\$	27,58	
41401379	TESTES CUTANEO-ALERGICOS PARA ALIMENTOS	R\$	26,40	
41401387	TESTES CUTANEO-ALERGICOS PARA FUNGOS	R\$	26,40	
41401395	TESTES CUTANEO-ALERGICOS PARA INSETOS HEMATOFAGOS	R\$	26,40	
41401409	TESTES CUTANEO-ALERGICOS PARA POLENS	R\$	26,40	
41401425	TESTES DE CONTATO - ATE 30 SUBSTANCIAS	R\$	32,40	
41401433	TESTES DE CONTATO - POR SUBSTANCIA, ACIMA DE 30	R\$	2,35	
41401441	TESTES DE CONTATO POR FOTOSENSIBILIZACAO - ATE 30 SUBSTANCIAS	R\$	63,40	
41401450	TESTES DE CONTATO POR FOTOSENSIBILIZACAO - POR SUBSTANCIA, ACIMA DE 30	R\$	3,78	
41401468	TESTES DO DESENVOLVIMENTO (ESCALA DE DENVER E OUTRAS)	R\$	14,76	
41401476	TESTES VESTIBULARES, COM PROVA CALORICA, COM ELETRONISTAGMOGRAFIA	R\$	88,00	
41401484	TESTES VESTIBULARES, COM PROVA CALORICA, SEM ELETRONISTAGMOGRAFIA	R\$	52,80	
41401492	TESTES VESTIBULARES, COM VECTO-ELETRONISTAGMOGRAFIA	R\$	132,00	
41401514	OXIMETRIA NAO INVASIVA	R\$	13,20	
41401522	TESTE CUTANEO-ALERGICOS PARA LATEX	R\$	22,27	
41401530	TESTE CUTANEO-ALERGICOS EPITELIS DE ANIMAIS	R\$	22,27	
41401557	REPERTORIZACAO	R\$	7,43	
41401646	TESTES CUTANEOS DE CONTATO (PATCH TESTS)	R\$	26,40	
41401654	TESTE DE FLUXO SALIVAR	R\$	38,98	
41401751	TESTE DE CONTATO BATERIA COSMETICOS	R\$	415,80	
41401760	TESTE DE CONTATO BATERIA REGIONAL	R\$	59,40	
41501012	BIOMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR	R\$	88,00	
41501020	CAVERNOSOMETRIA	R\$	52,80	
41501047	DOPPLERMETRIA DOS CORDOES ESPERMATICOS	R\$	38,22	
41501063	INVESTIGACAO ULTRASSONICA COM REGISTRO GRAFICO (QUALQUER AREA)	R\$	48,31	

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
41501071	INVESTIGACAO ULTRASSONICA COM TESTE DE STRESS E COM REGISTRO GRAFICO	R\$ 52,80		
41501080	INVESTIGACAO ULTRASSONICA COM TESTE DE STRESS E SEM REGISTRO GRAFICO	R\$ 54,00		
41501098	INVESTIGACAO ULTRASSONICA COM TESTE DE STRESS EM ESTEIRA E COM REGISTRO GRAFICO	R\$ 139,84		
41501101	INVESTIGACAO ULTRASSONICA SEM REGISTRO GRAFICO (QUALQUER AREA)	R\$ 26,40		
41501128	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR	R\$ 66,00		
41501144	TOMOGRAFIA DE COERENCIA OPTICA - MONOCULAR	R\$ 249,34		
41501195	PLETISMOGRAFIA (QUALQUER TIPO) POR LATERALIDADE OU TERRITORIO	R\$ 74,76		
41501209	MEDIDA DE PRESSAO HEPATICA	R\$ 244,64		
50000012	SESSAO DE PSICOMOTRICIDADE INDIVIDUAL	R\$ 40,50		
50000055	CONSULTA INDIVIDUAL AMBULATORIAL, EM TERAPIA OCUPACIONAL	R\$ 59,55		
50000071	CONSULTA INDIVIDUAL HOSPITALAR, EM TERAPIA OCUPACIONAL	R\$ 45,81		
50000080	SESSAO INDIVIDUAL AMBULATORIAL, EM TERAPIA OCUPACIONAL	R\$ 59,55		
50000098	SESSAO INDIVIDUAL DOMICILIAR, EM TERAPIA OCUPACIONAL	R\$ 66,95		
50000101	SESSAO INDIVIDUAL HOSPITALAR, EM TERAPIA OCUPACIONAL	R\$ 45,81		
50000144	CONSULTA AMBULATORIAL EM FISIOTERAPIA	R\$ 47,48		
50000160	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO AMBULATORIAL AO PACIENTE COM DISFUNCAO DECORRENTE DE ALTERACOES DO SISTEMA MUSCULO-ESQUELETICO	R\$ 27,00		
50000209	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO AMBULATORIAL AO PACIENTE COM DISFUNCAO DECORRENTE DE ALTERACOES DO SISTEMA LINFATICO E/OU VASCULAR PERIFERICO	R\$ 33,00		
50000217	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO AMBULATORIAL NO PRE E POS CIRURGICO E EM RECUPERACAO DE TECIDOS	R\$ 21,60		
50000233	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO AMBULATORIAL PARA ALTERACOES INFLAMATORIAS E OU DEGENERATIVAS DO APARELHO GENITO-URINARIO E REPRODUTOR, E/OU PROCTOLOGICO	R\$ 62,50		
50000241	CONSULTA DOMICILIAR EM FISIOTERAPIA	R\$ 57,00		
50000250	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO DOMICILIAR AO PACIENTE COM DISFUNCAO DECORRENTE DE LESAO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL E/OU PERIFERICO	R\$ 59,40		
50000268	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO DOMICILIAR AO PACIENTE COM DISFUNCAO DECORRENTE DE ALTERACOES DO SISTEMA MUSCULO-ESQUELETICO	R\$ 23,76		

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
50000276	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO DOMICILIAR AO PACIENTE COM DISFUNCAO DECORRENTE DE ALTERACOES NO SISTEMA RESPIRATORIO	R\$	23,76	
50000314	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO DOMICILIAR NO PRE E POS CIRURGICO E EM RECUPERACAO DE TECIDOS	R\$	57,00	
50000349	CONSULTA HOSPITALAR EM FISIOTERAPIA	R\$	42,20	
50000446	REEDUCACAO POSTURAL GLOBAL	R\$	43,66	
50000454	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO HOSPITALAR PARA ALTERACOES INFLAMATORIAS E OU DEGENERATIVAS DO APARELHO GENITO-URINARIO, REPRODUTOR E/OU PROCTOLOGICO	R\$	41,63	
50000462	CONSULTA EM PSICOLOGIA	R\$	59,55	
50000470	SESSAO DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGO	R\$	59,55	
50000489	SESSAO DE PSICOTERAPIA EM GRUPO POR PSICOLOGO	R\$	35,10	
50000560	CONSULTA AMBULATORIAL POR NUTRICIONISTA	R\$	47,48	
50000578	CONSULTA DOMICILIAR POR NUTRICIONISTA	R\$	90,58	
50000586	CONSULTA INDIVIDUAL AMBULATORIAL DE FONOAUDIOLOGIA	R\$	59,55	
50000594	CONSULTA INDIVIDUAL DOMICILIAR DE FONOAUDIOLOGIA	R\$	129,60	
50000608	CONSULTA INDIVIDUAL HOSPITALAR DE FONOAUDIOLOGIA	R\$	47,37	
50000616	SESSAO INDIVIDUAL AMBULATORIAL DE FONOAUDIOLOGIA	R\$	59,55	
50000624	SESSAO INDIVIDUAL DOMICILIAR DE FONOAUDIOLOGIA	R\$	121,50	
50000632	SESSAO INDIVIDUAL HOSPITALAR DE FONOAUDIOLOGIA	R\$	47,37	
50000659	ORIENTACAO FONOAUDIOLOGICA AOS PAIS/ESCOLAR/CUIDADOR	R\$	40,50	
50000675	AVALIACAO DO PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL POR FONOAUDIOLOGO	R\$	80,00	
50000691	CONSULTA HOSPITALAR POR NUTRICIONISTA	R\$	45,81	
50000713	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO AMBULATORIAL AO PACIENTE INDEPENDENTE OU COM DEPENDENCIA PARCIAL, COM DISFUNCAO DECORRENTE DE LESAO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL E/OU PERIFERICO	R\$	37,40	
50000721	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO AMBULATORIAL AO PACIENTE DEPENDENTE COM DISFUNCAO DECORRENTE DE LESAO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL E/OU PERIFERICO	R\$	37,80	
50000730	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO AMBULATORIAL INDIVIDUAL AO PACIENTE COM DISFUNCAO DECORRENTE DE ALTERACOES NO SISTEMA RESPIRATORIO	R\$	20,50	

Tabela de Referência para Reembolsos

Atenção: o valor efetivo do reembolso é calculado ao subtrair seu percentual de coparticipação do valor do procedimento realizado (referência desta tabela). Caso o valor pago diretamente ao prestador não credenciado seja menor do que o valor descrito nesta tabela, o cálculo será realizado sobre o menor valor.

Data de vigência: 1º de abril de 2021.

Consulte pelo código ou nome do procedimento (ambos podem ser fornecidos pelo recurso utilizado).

Procedimento	Descrição	Valor Recurso	Qtd. Auxiliares	Cod. Porte Anest.
50000756	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO AMBULATORIAL INDIVIDUAL AO PACIENTE COM DISFUNCAO DECORRENTE DE ALTERACOES DO SISTEMA CARDIOVASCULAR	R\$	28,50	
50000764	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO AMBULATORIAL EM GRUPO AOS PACIENTES COM DISFUNCAO DECORRENTE DE ALTERACOES DO SISTEMA CARDIOVASCULAR	R\$	28,50	
50000829	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO HOSPITALAR AO PACIENTE COM DISFUNCAO DECORRENTE DE ALTERACOES NO SISTEMA RESPIRATORIO SEM ASSISTENCIA VENTILATORIA	R\$	39,80	
50000837	FISIOTERAPIA AQUATICA INDIVIDUAL (HIDROTERAPIA)	R\$	47,80	
50000845	FISIOTERAPIA AQUATICA EM GRUPO (HIDROTERAPIA)	R\$	27,08	
50001060	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO AMBULATORIAL AO PACIENTE COM DEPENDENCIA PARCIAL COM DISFUNCAO DECORRENTE DE LESAO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL E/OU PERIFERICO	R\$	36,50	
50001183	SESSAO EM PSICOLOGIA INDIVIDUAL	R\$	59,55	