



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ

CNPJ: 00.944.673/0001-08

Endereço: Av. Brasil, nº 11.368 - Bairro: FAG - CEP: 85.806.000 - Cascavel - PR

Fone: 45 3220-4850

Site: www.cisop.com.br



## TABELA DE PREÇOS DE CONSULTAS, PROCEDIMENTOS MÉDICOS AMBULATORIAIS, ÓRTESE/PRÓTESE E EXAMES – CISOP – Nº 08/2024

ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR CISOP
		<b>BIÓPSIAS (LOTE 01)</b>	
01	02.01.01.002	BIÓPSIA / PUNCAO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE	14,10
02	02.01.01.015	BIÓPSIA DE ENDOMETRIO	18,33
03	02.01.01.019	BIÓPSIA DE FARINGE/LARINGE	19,06
04	02.01.01.047	BIÓPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE - PAAF	23,73
05	02.01.01.051	BIÓPSIA/PUNÇÃO DE VULVA	18,33
06	02.01.01.052	BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	21,56
07	02.01.01.054	BIÓPSIA PERCUTANEA ORIENTADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA / ULTRASSONOGRRAFIA / RESSONANCIA MAGNETICA / RAIOS-X	97,00
08	02.01.01.063	PUNÇÃO LOMBAR	60,00
09	02.01.01.066	BIÓPSIA DO COLO UTERINO	18,33
10	05.01.08.001	BIÓPSIA E EXAME ANATOMO-CITOPATOLÓGICO EM PACIENTE TRANSPLANTADO	35,00
11	02.01.01.001	AMNIOCENTESE	2,20
12	02.01.01.004	BIOPSIA DE ANUS E CANAL ANAL	18,46
13	02.01.01.006	BIOPSIA DE BEXIGA	41,68
14	02.01.01.007	BIOPSIA DE BOLSA ESCROTAL	18,33
15	02.01.01.008	BIOPSIA DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO	19,06
16	02.01.01.009	BIOPSIA DE CONJUNTIVA	31,10
17	02.01.01.010	BIOPSIA DE CORDAO ESPERMATICO (UNILATERAL)	46,19
18	02.01.01.011	BIOPSIA DE CORNEA	68,62
19	02.01.01.016	BIOPSIA DE ENDOMETRIO POR ASPIRACAO MANUAL INTRA-UTERINA	85,69
20	02.01.01.017	BIOPSIA DE EPIDIDIMO	46,19
21	02.01.01.018	BIOPSIA DE ESCLERA	68,62
22	02.01.01.021	BIOPSIA DE FIGADO POR PUNCAO	71,15
23	02.01.01.022	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO	46,19
24	02.01.01.023	BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR	31,27
25	02.01.01.024	BIOPSIA DE IRIS, CORPO CILIAR, RETINA, COROIDE, VITREO E TUMOR INTRA OCULAR	199,21
26	02.01.01.026	BIOPSIA DE LESAO DE PARTES MOLES (POR AGULHA / CEU ABERTO)	114,36
27	02.01.01.027	BIOPSIA DE MEDULA OSSEA	200,00
28	02.01.01.028	BIOPSIA DE MUSCULO (A CEU ABERTO)	18,33
29	02.01.01.029	BIOPSIA DE NERVO	30,06
30	02.01.01.030	BIOPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DA CINTURA ESCAPULAR (POR AGULHA / CEU ABERTO)	182,75
31	02.01.01.031	BIOPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DA CINTURA PELVICA (POR AGULHA / CEU ABERTO)	183,39
32	02.01.01.032	BIOPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DE MEMBRO INFERIOR (POR AGULHA / CEU ABERTO)	188,78

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ**

CNPJ: 00.944.673/0001-08

Endereço: Av. Brasil, nº 11.368 - Bairro: FAG - CEP: 85.806.000 - Cascavel - PR

Fone: 45 3220-4850

Site: www.cisop.com.br



33	02.01.01.033	BIOPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DE MEMBRO SUPERIOR (POR AGULHA / CEU ABERTO)	188,26
34	02.01.01.034	BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE	23,99
35	02.01.01.035	BIOPSIA DE PALPEBRA	18,33
36	02.01.01.036	BIOPSIA DE PAVILHAO AURICULAR	14,66
37	02.01.01.037	BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	25,83
38	02.01.01.038	BIOPSIA DE PENIS	18,33
39	02.01.01.039	BIOPSIA DE PIRAMIDE NASAL	18,33
40	02.01.01.040	BIOPSIA DE PLEURA (POR ASPIRAÇÃO/AGULHA / PLEUROSCOPIA)	113,68
41	02.01.01.041	BIOPSIA DE PROSTATA	92,38
42	02.01.01.043	BIOPSIA DE RIM POR PUNCAO	46,19
43	02.01.01.044	BIOPSIA DE SEIO PARANASAL	18,33
44	02.01.01.045	BIOPSIA DE SINÓVIA	30,06
45	02.01.01.046	BIOPSIA DE TESTICULO	46,19
46	02.01.01.048	BIOPSIA DE URETER	46,19
47	02.01.01.049	BIOPSIA DE URETRA	46,19
48	02.01.01.050	BIOPSIA/PUNÇÃO DE VAGINA	18,33
49	02.01.01.056	BIOPSIA/EXERESE DE NÓDULO DE MAMA	70,00
50	02.01.01.058	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	66,48
51	02.01.01.059	PUNÇÃO DE CISTERNA SUB-OCCIPITAL	7,04
52	02.01.01.060	PUNÇÃO DE MAMA POR AGULHA GROSSA	140,00
53	02.01.01.061	PUNÇÃO DE VAGINA	14,10
54	02.01.01.062	PUNÇÃO EXPLORADORA DO DEFERENTE	14,10
55	02.01.01.064	PUNÇÃO P/ ESVAZIAMENTO	13,25
56	02.01.01.065	PUNÇÃO VENTRICULAR TRANSFONTANELA	7,04
<b>ITEM</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR CISOP</b>
		<b>EXAMES BIOCLINICOS (LOTE 02)</b>	
1	02.02.01.001	CLEARANCE OSMOLAR	3,51
2	02.02.01.002	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	2,01
3	02.02.01.003	DETERMINACAO DE CROMATOLOGRAFIA DE AMINOACIDOS	15,65
4	02.02.01.004	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	3,63
5	02.02.01.005	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (5 DOSAGENS)	6,55
6	02.02.01.006	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	3,68
7	02.02.01.007	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	10,00
8	02.02.01.008	DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE	3,51
9	02.02.01.009	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	3,51
10	02.02.01.010	DOSAGEM DE ACETONA	1,85
11	02.02.01.011	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO (VITAMINA C)	2,01
12	02.02.01.012	DOSAGEM DE ACIDO URICO	1,85
13	02.02.01.013	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	9,00
14	02.02.01.014	DOSAGEM DE ALDOLASE	3,68

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ**

CNPJ: 00.944.673/0001-08

Endereço: Av. Brasil, nº 11.368 - Bairro: FAG - CEP: 85.806.000 - Cascavel - PR

Fone: 45 3220-4850

Site: [www.cisop.com.br](http://www.cisop.com.br)

15	02.02.01.015	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	3,68
16	02.02.01.016	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	3,68
17	02.02.01.017	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	3,68
18	02.02.01.018	DOSAGEM DE AMILASE	2,25
19	02.02.01.019	DOSAGEM DE AMONIA	3,51
20	02.02.01.020	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	2,01
21	02.02.01.021	DOSAGEM DE CALCIO	1,85
22	02.02.01.022	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	3,51
23	02.02.01.023	DOSAGEM DE CAROTENO	2,01
24	02.02.01.025	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	3,68
25	02.02.01.026	DOSAGEM DE CLORETO	1,85
26	02.02.01.027	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	3,51
27	02.02.01.028	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	3,51
28	02.02.01.029	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	1,85
29	02.02.01.030	DOSAGEM DE COLINESTERASE	3,68
30	02.02.01.031	DOSAGEM DE CREATININA	1,85
31	02.02.01.032	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	3,68
32	02.02.01.033	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	4,12
33	02.02.01.034	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA- HIDROXIBUTIRICA	3,51
34	02.02.01.035	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	3,51
35	02.02.01.036	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	3,68
36	02.02.01.037	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	3,68
37	02.02.01.038	DOSAGEM DE FERRITINA	15,59
38	02.02.01.039	DOSAGEM DE FERRO SERICO	3,51
39	02.02.01.040	DOSAGEM DE FOLATO (ACIDO FOLICO)	15,65
40	02.02.01.041	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	2,01
41	02.02.01.042	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	2,01
42	02.02.01.043	DOSAGEM DE FOSFORO	1,85
43	02.02.01.044	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	2,01
44	02.02.01.045	DOSAGEM DE GALACTOSE	3,51
45	02.02.01.046	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	3,51
46	02.02.01.047	DOSAGEM DE GLICOSE	1,85
47	02.02.01.048	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	3,68
48	02.02.01.049	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	3,68
49	02.02.01.050	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	7,86
50	02.02.01.051	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	3,68
51	02.02.01.052	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	3,51
52	02.02.01.053	DOSAGEM DE LACTATO	3,68
53	02.02.01.054	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	3,51
54	02.02.01.055	DOSAGEM DE LIPASE	2,25
55	02.02.01.056	DOSAGEM DE MAGNESIO	2,01
56	02.02.01.057	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	2,01
57	02.02.01.058	DOSAGEM DE PIRUVATO	3,68
58	02.02.01.059	DOSAGEM DE PORFIRINAS	3,51

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ**

CNPJ: 00.944.673/0001-08

Endereço: Av. Brasil, nº 11.368 - Bairro: FAG - CEP: 85.806.000 - Cascavel - PR

Fone: 45 3220-4850

Site: www.cisop.com.br



59	02.02.01.060	DOSAGEM DE POTASSIO	1,85
60	02.02.01.061	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	1,40
61	02.02.01.062	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	1,85
62	02.02.01.063	DOSAGEM DE SODIO	1,85
63	02.02.01.064	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO- OXALACETICA (TGO)	2,01
64	02.02.01.065	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO- PIRUVICA (TGP)	2,01
65	02.02.01.066	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	4,12
66	02.02.01.067	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	3,51
67	02.02.01.068	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	3,51
68	02.02.01.069	DOSAGEM DE UREIA	1,85
69	02.02.01.070	DOSAGEM DE VITAMINA B12	15,24
70	02.02.01.071	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	3,68
71	02.02.01.072	ELETROFORESE DE PROTEINAS	4,42
72	02.02.01.073	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	15,65
73	02.02.01.074	PROVA DA D-XILOSE	3,68
74	02.02.01.075	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	6,55
75	02.02.01.076	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	15,24
76	02.02.01.077	DETERMINAÇÃO DE CREMATÓCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO	1,53
77	02.02.01.078	ACIDEZ TITULÁVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)	3,04
78	02.02.02.001	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	6,48
79	02.02.02.002	CONTAGEM DE PLAQUETAS	2,73
80	02.02.02.003	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	2,73
81	02.02.02.004	DETERMINAÇÃO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR	2,73
82	02.02.02.005	DETERMINAÇÃO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	2,73
83	02.02.02.006	DETERMINAÇÃO DE SULFO-HEMOGLOBINA	2,73
84	02.02.02.007	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	2,73
85	02.02.02.008	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	2,73
86	02.02.02.009	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO - DUKE	2,73
87	02.02.02.010	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	9,00
88	02.02.02.011	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	5,79
89	02.02.02.012	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA	2,85
90	02.02.02.013	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	5,77
91	02.02.02.014	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	2,73
92	02.02.02.015	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTAÇÃO (VHS)	2,73
93	02.02.02.016	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	4,11
94	02.02.02.017	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	6,48
95	02.02.02.018	DOSAGEM DE FATOR II	5,31
96	02.02.02.019	DOSAGEM DE FATOR IX	7,61
97	02.02.02.020	DOSAGEM DE FATOR V	4,73
98	02.02.02.021	DOSAGEM DE FATOR VII	8,09

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ**

CNPJ: 00.944.673/0001-08

Endereço: Av. Brasil, nº 11.368 - Bairro: FAG - CEP: 85.806.000 - Cascavel - PR

Fone: 45 3220-4850

Site: www.cisop.com.br



99	02.02.02.022	DOSAGEM DE FATOR VIII	6,63
100	02.02.02.023	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	15,00
101	02.02.02.024	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	18,91
102	02.02.02.025	DOSAGEM DE FATOR X	6,66
103	02.02.02.026	DOSAGEM DE FATOR XI	9,11
104	02.02.02.027	DOSAGEM DE FATOR XII	10,51
105	02.02.02.028	DOSAGEM DE FATOR XIII	6,66
106	02.02.02.029	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	4,60
107	02.02.02.030	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	1,53
108	02.02.02.031	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37oC	2,73
109	02.02.02.032	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	2,73
110	02.02.02.033	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	2,73
111	02.02.02.034	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	4,11
112	02.02.02.035	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	5,41
113	02.02.02.036	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	2,73
114	02.02.02.037	HEMATOCRITO	1,53
115	02.02.02.038	HEMOGRAMA COMPLETO	4,11
116	02.02.02.039	LEUCOGRAMA	2,73
117	02.02.02.040	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	25,00
118	02.02.02.041	PESQUISA DE CELULAS LE	4,11
119	02.02.02.042	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	2,73
120	02.02.02.043	PESQUISA DE FILARIA	2,73
121	02.02.02.044	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	2,73
122	02.02.02.046	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	2,73
123	02.02.02.048	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	4,11
124	02.02.02.049	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	2,73
125	02.02.02.050	PROVA DO LACO	2,73
126	02.02.02.051	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	2,73
127	02.02.02.052	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	12,00
128	02.02.02.053	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	2,73
129	02.02.02.054	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	2,73
130	02.02.03.001	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	15,00
131	02.02.03.002	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	15,00
132	02.02.03.003	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	15,00
133	02.02.03.004	DETECCAO DE ACIDOS NUCLEICOS DO HIV-1 (QUALITATIVO)	65,00
134	02.02.03.005	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	96,00
135	02.02.03.006	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	9,25
136	02.02.03.007	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	2,83
137	02.02.03.008	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	9,25
138	02.02.03.009	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	15,06
139	02.02.03.010	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	16,42
140	02.02.03.011	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	13,55
141	02.02.03.012	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	17,16

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ**

CNPJ: 00.944.673/0001-08

Endereço: Av. Brasil, nº 11.368 - Bairro: FAG - CEP: 85.806.000 - Cascavel - PR

Fone: 45 3220-4850

Site: www.cisop.com.br



142	02.02.03.013	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	17,16
143	02.02.03.014	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	2,83
144	02.02.03.015	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	17,16
145	02.02.03.016	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	9,25
146	02.02.03.018	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	17,16
147	02.02.03.019	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	9,25
148	02.02.03.020	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	2,83
149	02.02.03.021	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	298,48
150	02.02.03.022	IMUNOELETOFORESE DE PROTEINAS	17,16
151	02.02.03.023	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	80,00
152	02.02.03.025	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	10,00
153	02.02.03.026	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	10,00
154	02.02.03.027	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	8,67
155	02.02.03.028	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	17,16
156	02.02.03.029	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	85,00
157	02.02.03.030	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	10,00
158	02.02.03.031	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	18,55
159	02.02.03.032	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI- RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	17,16
160	02.02.03.033	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	5,74
161	02.02.03.034	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	17,16
162	02.02.03.035	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	18,55
163	02.02.03.036	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	18,55
164	02.02.03.037	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	9,25
165	02.02.03.038	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	10,00
166	02.02.03.039	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	9,25
167	02.02.03.040	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	3,70
168	02.02.03.041	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	5,83
169	02.02.03.042	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	10,00
170	02.02.03.043	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL	17,16
171	02.02.03.044	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS (TINTA DA CHINA)	9,25
172	02.02.03.045	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	10,00
173	02.02.03.046	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	9,70
174	02.02.03.047	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	2,83
175	02.02.03.048	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	10,00
176	02.02.03.050	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	10,00
177	02.02.03.051	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	10,00
178	02.02.03.052	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	17,16
179	02.02.03.053	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	4,10
180	02.02.03.054	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	5,50
181	02.02.03.055	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	17,16
182	02.02.03.056	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	17,16
183	02.02.03.057	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	17,16

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ**

CNPJ: 00.944.673/0001-08

Endereço: Av. Brasil, nº 11.368 - Bairro: FAG - CEP: 85.806.000 - Cascavel - PR

Fone: 45 3220-4850

Site: www.cisop.com.br



184	02.02.03.058	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	17,16
185	02.02.03.059	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	17,16
186	02.02.03.060	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	17,16
187	02.02.03.061	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	10,00
188	02.02.03.062	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	17,16
189	02.02.03.063	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	18,55
190	02.02.03.064	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	18,55
191	02.02.03.065	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	7,78
192	02.02.03.066	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKI	9,71
193	02.02.03.067	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	18,55
194	02.02.03.068	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	18,55
195	02.02.03.069	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	9,25
196	02.02.03.070	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	4,10
197	02.02.03.071	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO	18,55
198	02.02.03.072	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	17,16
199	02.02.03.073	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	2,83
200	02.02.03.074	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	11,00
201	02.02.03.075	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	9,25
202	02.02.03.076	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	16,97
203	02.02.03.077	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	9,25
204	02.02.03.078	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI- HBC-TOTAL)	18,55
205	02.02.03.079	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	30,00
206	02.02.03.080	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	18,55
207	02.02.03.081	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	17,16
208	02.02.03.082	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	17,16
209	02.02.03.083	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	17,16
210	02.02.03.084	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	17,16
211	02.02.03.085	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	11,61
212	02.02.03.086	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	10,00
213	02.02.03.087	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	18,55
214	02.02.03.088	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	9,25
215	02.02.03.089	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	18,55

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ**

CNPJ: 00.944.673/0001-08

Endereço: Av. Brasil, nº 11.368 - Bairro: FAG - CEP: 85.806.000 - Cascavel - PR

Fone: 45 3220-4850

Site: www.cisop.com.br



216	02.02.03.090	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	20,00
217	02.02.03.091	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	18,55
218	02.02.03.092	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	17,16
219	02.02.03.093	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	17,16
220	02.02.03.094	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	17,16
221	02.02.03.095	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	17,16
222	02.02.03.096	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	13,35
223	02.02.03.097	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	18,55
224	02.02.03.098	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	18,55
225	02.02.03.099	DETECÇÃO DE CLAMIDIA E GONOCOCO POR BIOLOGIA MOLECULAR	60,00
226	02.02.03.100	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	2,83
227	02.02.03.101	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	4,10
228	02.02.03.102	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA	10,00
229	02.02.03.103	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	9,25
230	02.02.03.104	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	10,00
231	02.02.03.105	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	1,77
232	02.02.03.106	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	1,77
233	02.02.03.107	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	18,00
234	02.02.03.108	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	168,48
235	02.02.03.109	TESTE TREPONEMICO PARA DETECÇÃO DE SIFILIS	4,10
236	02.02.03.110	REACAO DE MONTENEGRO ID	2,83
237	02.02.03.111	TESTE NÃO TREPONEMICO PARA DETECÇÃO DE SIFILIS	2,83
238	02.02.03.112	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	10,00
239	02.02.03.113	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	10,00
240	02.02.03.114	TESTES ALERGICOS DE CONTATO	1,77
241	02.02.03.115	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	1,77
242	02.02.03.117	TESTE NÃO TREPONEMICO PARA DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTES	2,83
243	02.02.03.118	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA	18,55
244	02.02.03.119	DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO	17,16
245	02.02.03.120	DOSAGEM DE TROPONINA	9,00
246	02.02.03.121	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	13,35
247	02.02.03.122	EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER I	80,00
248	02.02.03.123	EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER II	120,00
249	02.02.03.125	DETECÇÃO DE RNA DO HTLV-1	65,00
250	02.02.03.126	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 (WESTERN- BLOT)	85,00



**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ**

CNPJ: 00.944.673/0001-08

Endereço: Av. Brasil, nº 11.368 - Bairro: FAG - CEP: 85.806.000 - Cascavel - PR

Fone: 45 3220-4850

Site: www.cisop.com.br



251	02.02.04.001	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	1,65
252	02.02.04.002	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	3,04
253	02.02.04.003	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	3,04
254	02.02.04.004	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	1,65
255	02.02.04.005	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	1,65
256	02.02.04.006	PESQUISA DE EOSINOFILOS	1,65
257	02.02.04.007	PESQUISA DE GORDURA FECAL	1,65
258	02.02.04.008	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	1,65
259	02.02.04.009	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	1,65
260	02.02.04.010	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	1,65
261	02.02.04.011	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)	1,65
262	02.02.04.012	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	1,65
263	02.02.04.013	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	10,25
264	02.02.04.014	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	1,65
265	02.02.04.015	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORA NAS FEZES	1,65
266	02.02.04.016	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	1,65
267	02.02.04.017	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	1,65
268	02.02.05.001	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	3,70
269	02.02.05.002	CLEARANCE DE CREATININA	3,51
270	02.02.05.003	CLEARANCE DE FOSFATO	3,51
271	02.02.05.004	CLEARANCE DE UREIA	3,51
272	02.02.05.005	CONTAGEM DE ADDIS	2,04
273	02.02.05.006	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	3,70
274	02.02.05.007	IDENTIFICAÇÃO DE GLICÍDIOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA)	3,70
275	02.02.05.008	DOSAGEM DE CITRATO	2,01
276	02.02.05.009	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	8,12
277	02.02.05.010	DOSAGEM DE OXALATO	3,68
278	02.02.05.011	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	2,04
279	02.02.05.012	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	3,04
280	02.02.05.013	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	3,70
281	02.02.05.014	PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	3,70
282	02.02.05.015	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	2,04
283	02.02.05.016	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	3,70
284	02.02.05.017	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO- DISSULFIDURIA	2,04
285	02.02.05.018	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	2,40
286	02.02.05.019	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	2,04
287	02.02.05.020	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	2,04
288	02.02.05.021	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	3,70
289	02.02.05.022	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	2,04
290	02.02.05.023	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	2,04
291	02.02.05.024	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	3,36

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ**

CNPJ: 00.944.673/0001-08

Endereço: Av. Brasil, nº 11.368 - Bairro: FAG - CEP: 85.806.000 - Cascavel - PR

Fone: 45 3220-4850

Site: www.cisop.com.br



292	02.02.05.026	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	2,04
293	02.02.05.027	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	2,04
294	02.02.05.028	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	3,70
295	02.02.05.029	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	2,04
296	02.02.05.030	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	4,44
297	02.02.05.031	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	2,04
298	02.02.05.032	PROVA DE DILUICAO (URINA)	2,04
299	02.02.06.001	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	12,54
300	02.02.06.002	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	12,54
301	02.02.06.003	DETERMINACAO DE T3 REVERSO	14,69
302	02.02.06.004	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	10,20
303	02.02.06.005	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	6,72
304	02.02.06.006	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	6,72
305	02.02.06.007	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL- ACETICO (SEROTONINA)	6,72
306	02.02.06.008	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	14,12
307	02.02.06.009	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	11,89
308	02.02.06.010	DOSAGEM DE AMP CICLICO	12,01
309	02.02.06.011	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	11,53
310	02.02.06.012	DOSAGEM DE CALCITONINA	14,38
311	02.02.06.013	DOSAGEM DE CORTISOL	9,86
312	02.02.06.014	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	11,25
313	02.02.06.015	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	11,71
314	02.02.06.016	DOSAGEM DE ESTRADIOL	10,15
315	02.02.06.017	DOSAGEM DE ESTRIOL	11,55
316	02.02.06.018	DOSAGEM DE ESTRONA	11,12
317	02.02.06.019	DOSAGEM DE GASTRINA	14,15
318	02.02.06.020	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	15,35
319	02.02.06.021	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	7,85
320	02.02.06.022	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	10,21
321	02.02.06.023	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	7,89
322	02.02.06.024	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	8,97
323	02.02.06.025	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	8,96
324	02.02.06.026	DOSAGEM DE INSULINA	10,17
325	02.02.06.027	DOSAGEM DE PARATORMONIO (PTH)	43,13
326	02.02.06.028	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	15,35
327	02.02.06.029	DOSAGEM DE PROGESTERONA	10,22
328	02.02.06.030	DOSAGEM DE PROLACTINA	10,15
329	02.02.06.031	DOSAGEM DE RENINA	13,19
330	02.02.06.032	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	15,35
331	02.02.06.033	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	13,11
332	02.02.06.034	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	10,43
333	02.02.06.035	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	13,11

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ**

CNPJ: 00.944.673/0001-08

Endereço: Av. Brasil, nº 11.368 - Bairro: FAG - CEP: 85.806.000 - Cascavel - PR

Fone: 45 3220-4850

Site: www.cisop.com.br



334	02.02.06.036	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	15,35
335	02.02.06.037	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	8,76
336	02.02.06.038	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	11,60
337	02.02.06.039	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	8,71
338	02.02.06.040	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	12,01
339	02.02.06.041	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	12,01
340	02.02.06.042	TESTE DE ESTIMULO COM GNRH OU COM AGONISTA GNRH	12,01
341	02.02.06.043	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	12,01
342	02.02.06.044	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	12,01
343	02.02.06.045	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	12,01
344	02.02.06.046	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	8,43
345	02.02.06.047	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	12,15
346	02.02.07.001	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	2,06
347	02.02.07.002	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	2,23
348	02.02.07.003	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	3,68
349	02.02.07.004	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	2,04
350	02.02.07.005	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	15,65
351	02.02.07.006	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	3,51
352	02.02.07.007	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	2,01
353	02.02.07.008	DOSAGEM DE ALUMINIO	27,50
354	02.02.07.009	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	10,00
355	02.02.07.010	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	10,00
356	02.02.07.011	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	10,00
357	02.02.07.012	DOSAGEM DE BARBITURATOS (FENOBARBITAL)	13,13
358	02.02.07.013	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	13,48
359	02.02.07.014	DOSAGEM DE CADMIO	6,55
360	02.02.07.015	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	17,53
361	02.02.07.016	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	4,11
362	02.02.07.017	DOSAGEM DE CHUMBO	8,83
363	02.02.07.018	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	58,61
364	02.02.07.019	DOSAGEM DE COBRE	3,51
365	02.02.07.020	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	8,97
366	02.02.07.021	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	15,65
367	02.02.07.022	DOSAGEM DE FENITOINA	35,22
368	02.02.07.023	DOSAGEM DE FENOL	2,05
369	02.02.07.024	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	3,51
370	02.02.07.025	DOSAGEM DE LITIO	2,25
371	02.02.07.026	DOSAGEM DE MERCURIO	2,04
372	02.02.07.027	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	4,11
373	02.02.07.028	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	10,00
374	02.02.07.029	DOSAGEM DE METOTREXATO	10,00
375	02.02.07.030	DOSAGEM DE QUINIDINA	10,00
376	02.02.07.031	DOSAGEM DE SALICILATOS	2,01

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ**

CNPJ: 00.944.673/0001-08

Endereço: Av. Brasil, nº 11.368 - Bairro: FAG - CEP: 85.806.000 - Cascavel - PR

Fone: 45 3220-4850

Site: www.cisop.com.br



377	02.02.07.032	DOSAGEM DE SULFATOS	3,51
378	02.02.07.033	DOSAGEM DE TEOFILINA	15,65
379	02.02.07.034	DOSAGEM DE TIOCIANATO	3,68
380	02.02.07.035	DOSAGEM DE ZINCO	15,65
381	02.02.08.001	ANTIBIOGRAMA	4,98
382	02.02.08.002	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	13,33
383	02.02.08.003	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	13,33
384	02.02.08.004	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	4,20
385	02.02.08.005	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	4,20
386	02.02.08.006	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	4,20
387	02.02.08.007	BACTEROSCOPIA (GRAM)	2,80
388	02.02.08.008	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	5,62
389	02.02.08.009	CULTURA DO LEITE MATERNO (POS- PASTEURIZACAO)	5,62
390	02.02.08.010	CULTURA P/ HERPESVIRUS	4,33
391	02.02.08.011	CULTURA PARA BAAR	5,63
392	02.02.08.012	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	10,25
393	02.02.08.013	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	4,19
394	02.02.08.014	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	2,80
395	02.02.08.015	HEMOCULTURA	11,49
396	02.02.08.016	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	5,63
397	02.02.08.017	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	4,33
398	02.02.08.018	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	2,80
399	02.02.08.019	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA- HEMOLITICOS DO GRUPO A	4,33
400	02.02.08.020	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	2,80
401	02.02.08.021	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	4,33
402	02.02.08.022	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	2,80
403	02.02.08.023	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	5,04
404	02.02.08.024	PROVA CONFIRMATÓRIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES	5,62
405	02.02.09.001	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVAL E DERRAMES	1,89
406	02.02.09.002	ADENOGRAMA	5,79
407	02.02.09.003	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	4,33
408	02.02.09.004	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	4,33
409	02.02.09.005	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	1,89
410	02.02.09.006	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	1,89
411	02.02.09.007	DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO	6,56
412	02.02.09.008	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	1,89
413	02.02.09.009	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	2,01
414	02.02.09.010	DOSAGEM DE FRUTOSE	2,01
415	02.02.09.011	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	2,01
416	02.02.09.012	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVAL E DERRAMES	1,89
417	02.02.09.013	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVAL E DERRAMES	1,89

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ**

CNPJ: 00.944.673/0001-08

Endereço: Av. Brasil, nº 11.368 - Bairro: FAG - CEP: 85.806.000 - Cascavel - PR

Fone: 45 3220-4850

Site: www.cisop.com.br



418	02.02.09.015	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	5,23
419	02.02.09.016	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	6,56
420	02.02.09.017	ESPLENOGRAMA	5,79
421	02.02.09.018	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	1,89
422	02.02.09.019	MIELOGRAMA	5,79
423	02.02.09.021	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	9,70
424	02.02.09.022	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA	2,01
425	02.02.09.023	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	1,89
426	02.02.09.024	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	1,89
427	02.02.09.025	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	1,89
428	02.02.09.026	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)	4,80
429	02.02.09.027	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	1,89
430	02.02.09.028	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	9,70
431	02.02.09.029	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	1,89
432	02.02.09.030	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	1,89
433	02.02.09.031	REACAO DE PANDY	1,89
434	02.02.09.032	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	1,89
435	02.02.09.033	TESTE DE CLEMENTS	1,89
436	02.02.09.034	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS	4,69
437	02.02.09.035	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	4,69
438	02.02.10.001	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS)	180,00
439	02.02.10.002	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)	160,00
440	02.02.10.003	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	160,00
441	02.02.10.004	QUANTIFICAÇÃO/AMPLIFICAÇÃO DO HER-2	120,00
442	02.02.11.001	DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)	8,80
443	02.02.11.002	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)	66,00
444	02.02.11.003	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)	66,00
445	02.02.11.004	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	5,50
446	02.02.11.005	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	12,10
447	02.02.11.006	DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	20,90
448	02.02.11.007	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	5,50

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ**

CNPJ: 00.944.673/0001-08

Endereço: Av. Brasil, nº 11.368 - Bairro: FAG - CEP: 85.806.000 - Cascavel - PR

Fone: 45 3220-4850

Site: www.cisop.com.br



449	02.02.11.008	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	13,20
450	02.02.11.009	DOSAGEM DE 17 HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	8,00
451	02.02.11.010	DOSAGEM DA ATIVIDA DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SANGUE EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	5,50
452	02.02.11.011	DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SORO	137,00
453	02.02.11.012	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA	66,00
454	02.02.11.013	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE	66,00
455	02.02.11.014	DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR	150,00
456	02.02.12.001	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	10,65
457	02.02.12.002	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	1,37
458	02.02.12.003	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	10,65
459	02.02.12.004	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	10,65
460	02.02.12.005	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO	5,79
461	02.02.12.006	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC	5,79
462	02.02.12.007	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO	5,79
463	02.02.12.008	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	1,37
464	02.02.12.009	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	2,73
465	02.02.12.010	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	5,79
466	90.01.04.175	ANTI-CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS	16,28
468	90.01.04.180	ANTICORPO ANTI ADRENAL	8,78
469	90.01.04.179	ANTICORPO ANTI CENTROMERO	14,50
470	90.01.04.181	ANTICORPO ANTI RECEPTOR DE ACETILCOLINA	120,00
471	90.01.01.016	ANTICORPOS ANTI CCP CYLIC CITRULINATED PECTIDE	50,45
472	90.01.04.178	ANTICORPOS ANTI-GAD	44,50
473	90.01.01.006	ANTI-ENDOMISIO – ANTICORPOS IGA	34,50
474	90.01.01.005	ANTI-ENDOMISIO – ANTICORPOS IGG	34,50
475	90.01.04.002	ANTI-ENDOMISIO – ANTICORPOS IGM	34,50
476	90.01.01.004	ANTI-TRANSGLUTAMINASE IGG	18,55
477	90.01.01.011	CARIÓTIPO X FRÁGIL	243,00
478	90.01.01.010	CARIÓTIPO-PAREAMENTO CROMOSSÔMICO – BANDA G	230,00
479	90.01.04.202	CATECOLAMINAS	14,13
480	90.01.04.185	CLONAZEPAM	65,00
481	90.01.04.183	CROSS MATCH - CITOTOXIDADE	41,62
482	90.01.04.199	CURVA DE INSULINA	11,50
483	90.01.04.005	D DIMERO	52,85
484	90.01.04.177	FATOR V DE LEIDEN	66,04
485	90.01.04.113	FRUTOSAMINA	4,71
486	90.01.04.123	HEPATITE B QUALITATIVO	237,00

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ**

CNPJ: 00.944.673/0001-08

Endereço: Av. Brasil, nº 11.368 - Bairro: FAG - CEP: 85.806.000 - Cascavel - PR

Fone: 45 3220-4850

Site: www.cisop.com.br



487	90.01.04.006	HEPATITE B QUANTITATIVO (CARGA VIRAL)	237,00
488	90.01.04.120	HEPATITE C QUALITATIVO	117,00
489	90.01.01.012	HLA B27	55,60
490	90.01.04.007	HOMOCISTEÍNA	21,68
491	90.01.04.203	METANEFRIAS PLASMÁTICAS	17,95
492	90.01.04.193	METANEFRIAS URINÁRIAS	17,95
493	90.01.04.194	MUTAÇÃO DO GENE METILENOTETRAHIDROFOLATO	137,00
495	90.01.04.149	MYCOPLASMA PNEUMONIAE - ANTICORPOS	26,74
496	90.01.04.150	NÍQUEL	18,55
497	90.01.01.007	PCR ULTRASENSÍVEL	9,25
498	90.01.04.145	PESQUISA HPV	63,40
501	90.01.04.200	PROTOMBINA - DETECÇÃO DA MUTAÇÃO NO GENE G20210A	238,00
502	90.01.04.012	SELENIO	45,00
503	90.01.04.147	SUBCLASSES DE IGG HUMANA 1-2-3-4 (CADA)	27,19
504	90.01.04.201	TESTE DE ESTIMULO HGH APÓS CLONIDINA	19,19
505	90.01.01.002	TESTE DE TOLERÂNCIA A LACTOSE	14,13
506	90.01.04.013	TESTE DE VINCULO DE PATERNIDADE (DNA)	410,00
507	90.01.04.014	THC (CANABINOIDES)	33,60
508	90.01.01.008	TOXOPLASMOSE AVIDEZ – ANTICORPOS IGG	21,86
509	90.01.04.152	TOXOPLASMOSE IGA	18,55
510	90.01.01.003	TRAB-ANTICORPOS ANTIRECEPTOR DE TSH	40,70
511	90.01.04.191	VITAMINA A	15,40
512	90.01.04.153	VITAMINA B	64,50
513	90.01.04.104	VITAMINA B1	89,25
514	90.01.04.105	VITAMINA B2	64,50
515	90.01.04.106	VITAMINA B3	175,40
516	90.01.04.107	VITAMINA B5	15,40
517	90.01.04.117	VITAMINA B6	67,50
518	90.01.10.513	VITAMINA D 1,25 OH	27,50
519	90.01.04.189	VITAMINA E	41,50
520	90.01.04.109	VITAMINA H	210,00
521	90.01.04.110	VITAMINA K	175,40
522	90.01.04.192	ANTICORPO ANTI ENA (JO-1)	8,78
523	90.01.04.119	OXCARBAZEPINA	21,68
524	90.01.04.154	TOPIRAMATO	151,74
525	90.01.04.195	TESTE DE ESTIMULO DE LH APÓS LHRH COM MEDICAÇÃO	13,40
526	90.01.04.121	TESTE DE ESTIMULO DO GH COM INSULINA	51,03
527	90.01.04.122	PESQUISA DE ANTICORPO IGA ANTICARDIOLIPINA	16,28
528	90.01.04.124	PSA LIVRE	20,65
531	90.01.04.125	PESQUISA NAS MUTAÇÕES C677T E A1298C NO GENE MTHFR (METILENOTETRAHIDROXIFOLATO)	137,00
532	02.01.02.004	COLETA DE MATERIAL PARA EXAME LABORATORIAL EM DOMICILIO	15,00
533	02.02.01.079	DOSAGEM DE PEPTÍDEOS NATRIURÉTICOS TIPO B (BNP E NT-PROBNP)	27,00
534	02.02.02.055	DOSAGEM DE PROTEINA C FUNCIONAL	75,00

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ**

CNPJ: 00.944.673/0001-08

Endereço: Av. Brasil, nº 11.368 - Bairro: FAG - CEP: 85.806.000 - Cascavel - PR

Fone: 45 3220-4850

Site: www.cisop.com.br



535	02.02.02.056	DOSAGEM DE PROTEINA S FUNCIONAL	125,00
536	02.02.02.057	PESQUISA DE ANTICOAGULANTE LÚPICO	110,00
537	02.02.03.127	DOSAGEM DE ADENOSINA-DESAMINASE (ADA)	13,06
538	02.02.03.128	ANTIBETA 2 GLICOPROTEINA I -IGG	125,00
539	02.02.03.129	DOSAGEM DE ANTI-BETA-2-GLICOPROTEÍNA I - IGM	125,00
540	02.02.03.130	DIAGNÓSTICO E REAVALIAÇÃO DE HEMOGLOBINÚRIA PAROXISTICA NOTURNA	80,00
541	02.02.10.021	DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA CROMOSSOMA PHILADELPHIA POSITIVO POR TÉCNICA MOLECULAR	144,24
542	02.02.10.022	REAVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE LEUCEMIA CROMOSSOMA PHILADELPHIA POSITIVO POR TÉCNICA MOLECULAR	168,48
543	02.02.10.023	PESQUISA DE MUTAÇÃO DO GENE DA PROTROMBINA	180,00
544	90.01.04.205	DETECÇÃO QUALITATIVA DE CORONAVÍRUS PCR COLETADO NA UNIDADE	139,00
545	90.01.04.207	DETECÇÃO QUALITATIVA DE CORONAVÍRUS PCR COLETA DOMICILIAR	179,00
546	90.01.04.542	TESTE DENGUE NS1 (ELISA)	62,50
547	90.01.04.543	TESTE DENGUE NS1 (IMUNOCROMATOGRÁFICO)	45,00
<b>ITEM</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR CISOP</b>
		<b>EXAMES ANATOMO PATOLÓGICOS (LOTE 03)</b>	
09	02.03.02.003	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)	49,96
14	90.01.01.124	COLORAÇÃO ESPECIAL POR COLORAÇÃO (ESPECÍFICAR)	0,00
<b>ITEM</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR CISOP</b>
		<b>EXAMES RADIOLÓGICOS (LOTE 04)</b>	
01	02.04.01.001	DACRIOCISTOGRAFIA COM LAUDO	58,85
02	02.04.01.002	PLANIGRAFIA DE LARINGE COM LAUDO	37,32
03	02.04.01.003	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ) COM LAUDO	31,00
04	02.04.01.004	RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO- MALAR (AP+ OBLIQUAS) COM LAUDO	30,00
05	02.04.01.005	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO- MANDIBULAR BILATERAL COM LAUDO	31,00
06	02.04.01.006	RADIOGRAFIA DE CAVUM E/OU ADENOIDES (LATERAL + HIRTZ) COM LAUDO	29,00
07	02.04.01.007	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HIRTZ) COM LAUDO	34,00
08	02.04.01.008	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL) COM LAUDO	29,00
09	02.04.01.009	RADIOGRAFIA DE LARINGE COM LAUDO	30,00
10	02.04.01.010	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL) COM LAUDO	34,00
11	02.04.01.011	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA) COM LAUDO	29,00
12	02.04.01.012	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ) COM LAUDO	34,00
13	02.04.01.013	RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO) COM LAUDO	34,00



**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ**

CNPJ: 00.944.673/0001-08

Endereço: Av. Brasil, nº 11.368 - Bairro: FAG - CEP: 85.806.000 - Cascavel - PR

Fone: 45 3220-4850

Site: www.cisop.com.br



14	02.04.01.014	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ) COM LAUDO	29,00
15	02.04.01.015	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON) COM LAUDO	29,00
16	02.04.01.016	RADIOGRAFIA OCLUSAL COM LAUDO	13,51
19	02.04.01.019	SIALOGRAFIA COM LAUDO	60,00
20	02.04.02.001	MIELOGRAFIA COM LAUDO	145,00
21	02.04.02.003	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL+ TO+ OBLIQUAS) COM LAUDO	31,00
22	02.04.02.004	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL+ TO / FLEXAO) COM LAUDO	31,00
23	02.04.02.005	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA COM LAUDO	31,00
24	02.04.02.006	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA COM LAUDO	33,00
25	02.04.02.007	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS) COM LAUDO	37,00
26	02.04.02.008	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA COM LAUDO	37,00
27	02.04.02.009	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (DORSAL) (AP + LATERAL) COM LAUDO	34,00
28	02.04.02.010	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR COM LAUDO	37,00
29	02.04.02.011	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA COM LAUDO	40,00
30	02.04.02.012	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA COM LAUDO	33,00
31	02.04.03.001	BRONCOGRAFIA UNILATERAL COM LAUDO	120,41
32	02.04.03.002	DUCTOGRAFIA (POR MAMA) COM LAUDO	67,16
33	02.04.03.003	MAMOGRAFIA UNILATERAL COM LAUDO	60,00
34	02.04.03.005	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLIQUA) COM LAUDO	30,00
35	02.04.03.006	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL) COM LAUDO	34,00
36	02.04.03.007	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX) COM LAUDO	34,00
37	02.04.03.008	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO COM LAUDO	43,00
38	02.04.03.009	RADIOGRAFIA DE ESTERNO COM LAUDO	34,00
39	02.04.03.010	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL) COM LAUDO	32,00
40	02.04.03.011	RADIOGRAFIA DE PNEUMOMEDIASTINO COM LAUDO	42,00
41	02.04.03.012	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDOTICA) COM LAUDO	30,00
42	02.04.03.013	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL) COM LAUDO	34,00
43	02.04.03.014	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA) COM LAUDO	33,00
44	02.04.03.015	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL) COM LAUDO	30,00
45	02.04.03.016	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT) COM LAUDO	29,00
46	02.04.03.017	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA) COM LAUDO	26,00
47	02.04.03.018	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO COM LAUDO	60,00
48	02.04.04.001	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO COM LAUDO	29,00

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ**

CNPJ: 00.944.673/0001-08

Endereço: Av. Brasil, nº 11.368 - Bairro: FAG - CEP: 85.806.000 - Cascavel - PR

Fone: 45 3220-4850

Site: www.cisop.com.br



49	02.04.04.002	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO- CLAVICULAR COM LAUDO	31,00
50	02.04.04.003	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL COM LAUDO	31,00
51	02.04.04.004	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO- CLAVICULAR COM LAUDO	31,00
52	02.04.04.005	RADIOGRAFIA DE BRACO COM LAUDO	31,00
53	02.04.04.006	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA COM LAUDO	31,00
54	02.04.04.007	RADIOGRAFIA DE COTOVELO COM LAUDO	28,00
55	02.04.04.008	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO COM LAUDO	28,00
56	02.04.04.009	RADIOGRAFIA DE MAO COM LAUDO	28,00
57	02.04.04.010	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA) COM LAUDO	27,00
58	02.04.04.011	RADIOGRAFIA DE ESCUPULA / OMBRO TRES POSICOES COM LAUDO	31,00
59	02.04.04.012	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA) COM LAUDO	29,00
60	02.04.05.001	CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE COM LAUDO	140,00
61	02.04.05.002	COLANGIOGRAFIA PER-OPERATORIA COM LAUDO	50,00
62	02.04.05.003	COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA COM LAUDO	50,00
63	02.04.05.004	DUODENOGRAMIA HIPOTONICA COM LAUDO	45,00
64	02.04.05.005	FISTULOGRAFIA COM LAUDO	51,00
65	02.04.05.006	HISTEROSSALPINGOGRAFIA COM LAUDO	69,00
66	02.04.05.007	PIELOGRAFIA ANTEROGRADA PERCUTANEA COM LAUDO	83,15
67	02.04.05.008	PIELOGRAFIA ASCENDENTE COM LAUDO	57,00
68	02.04.05.010	PLANIGRAFIA DE RIM SEM CONTRASTE COM LAUDO	24,48
69	02.04.05.011	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA) COM LAUDO	32,00
70	02.04.05.012	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS) COM LAUDO	40,00
71	02.04.05.013	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP) COM LAUDO	29,00
72	02.04.05.014	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO C CONTRASTE COM LAUDO	130,00
73	02.04.05.015	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO) COM LAUDO	103,00
74	02.04.05.016	RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTEROCLISE) COM LAUDO	65,00
75	02.04.05.017	URETROCISTOGRAFIA COM LAUDO	200,00
76	02.04.05.018	UROGRAFIA VENOSA COM LAUDO	145,00
77	02.04.06.001	ARTROGRAFIA COM LAUDO	55,34
78	02.04.06.003	ESCANOMETRIA COM LAUDO	32,00
79	02.04.06.004	PLANIGRAFIA DE OSSO COM LAUDO	28,68
80	02.04.06.005	PLANIGRAFIA DE OSSO EM 2 PLANOS COM LAUDO	28,68
81	02.04.06.006	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL COM LAUDO	31,00
82	02.04.06.007	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA COM LAUDO	32,00
83	02.04.06.008	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA COM LAUDO	28,00

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ**

CNPJ: 00.944.673/0001-08

Endereço: Av. Brasil, nº 11.368 - Bairro: FAG - CEP: 85.806.000 - Cascavel - PR

Fone: 45 3220-4850

Site: www.cisop.com.br



84	02.04.06.009	RADIOGRAFIA DE BACIA COM LAUDO	30,00
85	02.04.06.010	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO COM LAUDO	28,00
86	02.04.06.011	RADIOGRAFIA DE COXA COM LAUDO	32,00
87	02.04.06.012	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL) COM LAUDO	29,00
88	02.04.06.013	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL) COM LAUDO	29,00
89	02.04.06.014	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS) COM LAUDO	32,00
90	02.04.06.015	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE COM LAUDO	29,00
91	02.04.06.016	RADIOGRAFIA DE PERNA COM LAUDO	31,00
92	02.04.06.017	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES COM LAUDO	72,00
93	90.01.04.376	RADIOGRAFIA DE BAÇO COM LAUDO	34,00
96	90.01.10.266	DENSITOMETRIA ÓSSEA COM LAUDO	85,00
97	90.01.01.119	DENSITOMETRIA ÓSSEA 2 SEGUIMENTOS COM LAUDO	130,00
98	90.01.04.378	DENSITOMETRIA ÓSSEA DE FEMUR COM LAUDO	120,00
99	90.01.10.826	DENSITOMETRIA ÓSSEA DE CORPO INTEIRO COM LAUDO	145,00
100	90.01.04.379	UROGRAFIA CRIANÇA E PACIENTE ALÉRGICO COM LAUDO	150,00
101	02.04.02.002	PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL COM LAUDO	40,00
102	90.01.04.380	RADIOGRAFIA DE COLUNA TOTAL PARA ESCOLIOSE COM LAUDO	91,00
103	90.01.01.125	URETROCISTOGRAFIA INFANTIL ATÉ 14 ANOS COM LAUDO (NECESSÁRIO AUTORIZAR SEDAÇÃO)	370,00
<b>ITEM</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR CISOP</b>
		<b>EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA (REALIZADO EM SERVIÇOS PRIVADOS) (LOTE 05)</b>	
01	02.05.01.001	ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE	185,00
02	02.05.01.002	ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFOGICA	185,00
03	02.05.01.003	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	185,00
05	02.05.01.005	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER FLUXO OBSTETRICO	220,00
06	02.05.02.001	ECODOPPLER TRANSCRANIANO	137,00
07	02.05.02.003	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, VESICULA, VIAS BILIARES)	75,00
08	02.05.02.004	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	115,00
09	02.05.02.005	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	75,00
10	02.05.02.006	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO	75,00
11	02.05.02.007	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	75,00
12	02.05.02.008	ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR OU DE ORBITA (MONOCULAR)	87,00
13	02.05.02.009	ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	70,00
14	02.05.02.010	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	70,00
15	02.05.02.011	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	110,00
16	02.05.02.012	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	75,00
17	02.05.02.013	ULTRASSONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	62,00
18	02.05.02.014	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	68,00

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ**

CNPJ: 00.944.673/0001-08

Endereço: Av. Brasil, nº 11.368 - Bairro: FAG - CEP: 85.806.000 - Cascavel - PR

Fone: 45 3220-4850

Site: www.cisop.com.br



19	02.05.02.015	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA DOPPLER COLORIDO E PULSADO	134,00
20	02.05.02.016	ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGISTA)	68,00
21	02.05.02.017	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA	80,00
22	02.05.02.018	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	70,00
23	02.05.02.019	MARCACAO DE LESAO PRE-CIRURGICA DE LESAO NAO PALPAVEL DE MAMA ASSOCIADA A ULTRASSONOGRRAFIA	45,43
24	90.01.01.117	ULTRASSONOGRRAFIA DE ÓRGÃO E EST. SUPERFICIAL (MAMAS BIL., TENDÕES,PÊNIS)	70,00
25	90.01.01.014	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE CARÓTIDAS	220,00
26	90.01.04.075	ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICA	170,00
27	90.01.04.074	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER TESTÍCULOS	160,00
28	90.01.04.073	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER BOLSA ESCROTAL	160,00
29	90.01.04.018	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS RENAIIS	160,00
30	90.01.04.021	ULTRASSONOGRRAFIA CRANIANA	70,00
31	90.01.04.022	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN INFERIOR	80,00
32	90.01.04.069	ULTRASSONOGRRAFIA DE MÚSCULOS	70,00
33	90.01.04.070	ULTRASSONOGRRAFIA DE PAROTIDAS OU GLÂNDULAS SALIVARES	120,00
34	90.01.04.017	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS E OU MEMBROS - INFERIOR OU SUPERIOR - ARTERIAL OU VENOSO (CADA)	180,00
35	90.01.04.023	ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICA COM DOPPLER	230,00
36	90.01.04.078	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA GESTAÇÃO MULTIPLA (CADA FETO)	55,00
37	90.01.04.077	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA DOPPLER COLORIDO E PULSADO GESTAÇÃO MULTIPLA (CADA FETO)	87,00
38	90.01.04.076	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL	120,00
39	90.01.04.539	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL COM MEDIDA DE COLO UTERINO	90,00
<b>ITEM</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR CISOP</b>
		<b>EXAMES DE TOMOGRAFIA (LOTE 06)</b>	
01	02.06.01.001	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL SEM CONTRASTE	180,00
02	02.06.01.002	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA SEM CONTRASTE	180,00
03	02.06.01.003	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA SEM CONTRASTE	180,00
04	02.06.01.004	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES SEM CONTRASTE	180,00
05	02.06.01.005	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOCO SEM CONTRASTE	180,00
06	02.06.01.006	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA SEM CONTRASTE	180,00
07	02.06.01.007	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO SEM CONTRASTE	180,00

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ**

CNPJ: 00.944.673/0001-08

Endereço: Av. Brasil, nº 11.368 - Bairro: FAG - CEP: 85.806.000 - Cascavel - PR

Fone: 45 3220-4850

Site: www.cisop.com.br



08	02.06.01.008	TOMOMIELOGRAFIA COMPUTADORIZADA	180,00
09	02.06.02.001	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR SEM CONTRASTE	180,00
10	02.06.02.002	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES C/ OU S/ CONTRASTE (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ) SEM CONTRASTE	180,00
11	02.06.02.003	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX SEM CONTRASTE	200,00
12	02.06.02.004	TOMOGRFIA DE HEMITORAX, PULMÃO OU DO MEDIASTINO SEM CONTRASTE	180,00
13	02.06.03.001	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR SEM CONTRASTE	200,00
14	02.06.03.002	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR SEM CONTRASTE	200,00
15	02.06.03.003	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR SEM CONTRASTE	200,00
16	90.01.04.008	CONTRASTE PARA TOMOGRFIA	60,00
17	90.01.04.358	ANGIOTOMOGRFIA (CRANIO, PESCOÇO, TORAX, ABDOMEN SUPERIOR, PELVE, ARTERIAL OU VENOSO) COM CONTRASTE	475,00
18	90.01.04.366	ANGIOTOMOGRFIA DE AORTA TORACICA COM CONTRASTE	475,00
19	90.01.04.365	ANGIOTOMOGRFIA DE AORTA ABDOMINAL COM CONTRASTE	475,00
<b>ITEM</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR CISOP</b>
		<b>EXAMES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (LOTE 07)</b>	
02	90.01.04.010	RESSONANCIA MAGNETICA SEM CONTRASTE	400,00
03	90.01.04.009	RESSONANCIA MAGNETICA COM CONTRASTE	450,00
04	90.01.04.381	SEDAÇÃO PARA EXAMES DE IMAGEM (RESSONÂNCIA, TOMOGRFIA, ULTRASSONOGRFIA, URETROCISTOGRFIA)	220,00
05	90.01.04.382	COLANGIOGRFIA COM CONTRASTE	590,00
06	90.01.04.359	ANGIORESSONÂNCIA SEM CONTRASTE	550,00
07	90.01.04.359	ANGIORESSONÂNCIA COM CONTRASTE E BOMBA	700,00
<b>ITEM</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR CISOP</b>
		<b>EXAMES DE MEDICINA NUCLEAR (LOTE 08)</b>	
01	02.08.01.001	CINTILOGRFIA DE CORAÇÃO COM GALIO 67	457,55
02	02.08.01.002	CINTILOGRFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECOES)	408,52
03	02.08.01.003	CINTILOGRFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJECOES)	383,07
04	02.08.01.004	CINTILOGRFIA DE MIOCARDIO P/ LOCALIZACAO DE NECROSE (MINIMO 3 PROJECOES)	166,47
05	02.08.01.005	CINTILOGRFIA PARA AVALIAÇÃO DE FLUXO SANGUINEO DE EXTREMIDADES	114,02

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ**

CNPJ: 00.944.673/0001-08

Endereço: Av. Brasil, nº 11.368 - Bairro: FAG - CEP: 85.806.000 - Cascavel - PR

Fone: 45 3220-4850

Site: www.cisop.com.br



06	02.08.01.006	CINTILOGRAFIA PARA QUANTIFICAÇÃO DE SHUNT EXTRACARDÍACO	142,57
07	02.08.01.007	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUAÇÃO DE ESFORÇO	214,85
08	02.08.01.008	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA)	176,72
09	02.08.01.009	DETERMINAÇÃO DE FLUXO SANGUÍNEO REGIONAL	123,93
10	02.08.02.001	CINTILOGRAFIA DO FIGADO E DO BAÇO MÍNIMO 5 IMAGENS	133,26
11	02.08.02.002	CINTILOGRAFIA DO FIGADO E VIAS BILIARES	187,93
12	02.08.02.003	CINTILOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES COM OU SEM ESTÍMULO	87,89
13	02.08.02.005	CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRANSITO ESOFÁGICO (LÍQUIDO)	135,38
14	02.08.02.006	CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRANSITO ESOFÁGICO (SEMI-SÓLIDO)	135,38
15	02.08.02.007	CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRANSITO GÁSTRICO	144,22
16	02.08.02.008	CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL	114,86
17	02.08.02.009	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA	157,23
18	02.08.02.010	CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NÃO ATIVA	310,82
19	02.08.02.011	CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO	135,38
20	02.08.02.012	IMUNO-CINTILOGRAFIA (ANTICORPO MONOCLONAL)	1103,26
21	02.08.03.001	CINTILOGRAFIA PARA PARATIROIDES	324,54
22	02.08.03.002	CINTILOGRAFIA DA TIREOIDE COM OU SEM CAPTAÇÃO	77,28
23	02.08.03.003	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ TESTE DE SUPRESSÃO / ESTÍMULO	107,30
24	02.08.03.004	CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DO CORPO INTEIRO	338,70
25	02.08.03.005	TESTE DO PERCLORATO C/ RADIOISÓTOPO	107,40
26	02.08.04.002	CINTILOGRAFIA DE RIM COM GALIO 67	457,55
27	02.08.04.003	CINTILOGRAFIA DE TESTÍCULO E BOLSA ESCROTAL	108,94
28	02.08.04.005	CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)	133,03
29	02.08.04.006	CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	122,97
30	02.08.04.007	CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	144,50
31	02.08.04.008	DETERMINAÇÃO DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR	63,22
32	02.08.04.009	DETERMINAÇÃO DO FLUXO PLASMÁTICO RENAL	63,22
33	02.08.04.010	ESTUDO RENAL DINÂMICO COM OU SEM DIURÉTICO	165,24
34	02.08.05.001	CINTILOGRAFIA DAS ARTICULAÇÕES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO	180,32
35	02.08.05.003	CINTILOGRAFIA ÓSSEA COM OU SEM FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO)	190,99
36	02.08.05.004	CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO ÓSSEO COM GALIO 67	457,55
37	02.08.06.001	CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL C/ TALIO (SPCTO)	438,01
38	02.08.06.002	CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIAÇÃO DO TRANSITO LÍQUORICO)	205,34

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ**

CNPJ: 00.944.673/0001-08

Endereço: Av. Brasil, nº 11.368 - Bairro: FAG - CEP: 85.806.000 - Cascavel - PR

Fone: 45 3220-4850

Site: www.cisop.com.br



39	02.08.06.003	ESTUDO DE FLUXO SANGUINEO CEREBRAL	119,16
40	02.08.07.001	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO COM GALIO 67	457,55
41	02.08.07.002	CINTILOGRAFIA DE PULMAO P/ PESQUISA DE ASPIRACAO	127,51
42	02.08.07.003	CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR INALACAO (MINIMO 2 PROJECOES)	128,12
43	02.08.07.004	CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO (MINIMO 4 PROJECOES)	130,50
44	02.08.08.001	CINTILOGRAFIA SISTEMA RETICULO ENDOTELIAL (MEDULA OSSEA)	112,61
45	02.08.08.002	DEMONSTRACAO DE SEQUESTRO DE HEMACIAS PELO BACO (C/ RADIOISOTOPOS)	97,37
46	02.08.08.003	DETERMINAÇÃO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS C/ RADIOSOTOPOS	54,36
47	02.08.08.004	LINFOCINTILOGRAFIA	141,33
48	02.08.09.001	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS	906,80
49	02.08.09.002	CINTILOGRAFIA DE GLANDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)	66,23
50	02.08.09.003	CINTILOGRAFIA DA MAMA (BILATERAL)	289,43
<b>ITEM</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR CISOP</b>
		<b>EXAMES DE GASTRO/PROCTOLOGIA (LOTE 09)</b>	
01	02.09.01.001	COLANGIOPANCREATOLOGRAFIA RETROGRADA (VIA ENDOSCÓPICA)	90,68
02	02.09.01.002	COLONOSCOPIA COM OU SEM BIÓPSIA COM SEDAÇÃO	190,00
03	02.09.01.003	ENDOSCOPIA COM OU SEM BIÓPSIA COM SEDAÇÃO	120,00
04	02.09.01.004	LAPAROSCOPIA	40,37
05	02.09.01.005	RETOSSIGMOIDOSCOPIA COM ANESTESIA	350,00
06	02.09.01.006	VIDEOLAPAROSCOPIA	95,00
07	02.09.03.001	HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA	76,50
08	02.09.04.001	BRONCOSCOPIA (BRONCOFIBROSCOPIA)	500,00
09	02.09.04.002	LARINGOSCOPIA	47,14
10	02.09.04.003	TRAQUEOSCOPIA	348,59
11	02.09.04.004	VIDEOLARINGOSCOPIA	120,00
12	90.01.04.081	COLONOSCOPIA COM BIÓPSIA E ANESTESIA	420,00
13	90.01.04.082	CROMOSCOPIA	150,00
14	90.01.04.383	ELETRO MANOMETRIA ESOFÁGICA	325,00
15	90.01.04.373	ELETRO MANOMETRIA ANORETAL	300,00
16	90.01.04.384	ENDOSCOPIA PARA CONTROLE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA	150,00
17	90.01.04.084	ENDOSCOPIA COM BIÓPSIA E ANESTESIA	280,00
18	90.01.04.086	ESCLEROSE DE VARIZES DE ESOFAGO	660,00
19	90.01.04.087	HEMOSTASIA DE COLON COM HEMOCLIP	365,00
20	90.01.04.088	MUCOSECTOMIA	330,00
21	90.01.04.385	PH METRIA	430,00
22	90.01.04.386	RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE MUCOSA	390,00
23	90.01.04.095	SUBMUCOSECTOMIA	800,00

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ**

CNPJ: 00.944.673/0001-08

Endereço: Av. Brasil, nº 11.368 - Bairro: FAG - CEP: 85.806.000 - Cascavel - PR

Fone: 45 3220-4850

Site: www.cisop.com.br



24	90.01.11.349	DRENAGEM DE ABCESSO ANORRETAL	50,00
25	90.01.11.502	DRENAGEM DE ABCESSO ISQUIORRETAL	50,00
26	90.01.04.085	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA INFANTIL (A PARTIR 7 ANOS)	830,00
27	90.01.04.083	DILATAÇÃO DE ESOFAGO COM SAVARY	530,00
28	90.01.04.092	POLIPECTOMIA DE ESOFAGO COM PINÇA	300,00
29	90.01.04.091	POLIPECTOMIA DE COLON COM PINÇA	300,00
30	90.01.04.093	POLIPECTOMIA ESOFAGO OU ESTOMAGO COM ALÇA	400,00
31	90.01.04.090	POLIPECTOMIA COLON COM ALÇA	450,00
32	90.01.04.089	MUCOSECTOMIA SIMPLES COM ALÇA E AGULHA	605,00
33	90.01.04.094	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO COLON	862,00
34	90.01.11.309	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO ESOFAGO	735,00
35	03.03.07.001	DILATAÇÃO DE ESOFAGO C/ OGIVAS SOB VISÃO ENDOSCÓPICA	350,00
36	03.03.07.005	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESTOMAGO / DUODENO	61,42
37	04.07.02.031	LIGADURA ELÁSTICA DE HEMORROIDAS (SESSÃO)	180,00
38	90.01.04.387	ENDOLOOP DE NYLON PARA HEMOSTÁSIA USO ÚNICO 254 PARA COLONOSCOPIA	105,28
39	90.01.04.388	ENDOLOOP DE NYLON PARA HEMOSTÁSIA USO ÚNICO 340 PARA COLONOSCOPIA	188,16
40	90.01.04.080	CLIPADOR PARA HEMOSTÁSIA – CLIP	414,40
<b>ITEM</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR CISOP</b>
		<b>EXAMES DE HEMODINÂMICA (LOTE 10)</b>	
01	02.10.01.002	ANGIOGRAFIA DE ARCO AÓRTICO	137,01
02	02.10.01.003	ANGIOGRAFIA DE ARCO AÓRTICO E TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS	137,01
03	02.10.01.004	AORTOGRAFIA ABDOMINAL	189,73
04	02.10.01.005	AORTOGRAFIA TORÁCICA	170,44
05	02.10.01.006	ARTERIOGRAFIA CERVICO-TORÁCICA	201,01
06	02.10.01.007	ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO	179,46
07	02.10.01.008	ARTERIOGRAFIA DIGITAL (POR VIA VENOSA)	200,01
08	02.10.01.009	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGAÇÃO DE DOENÇA ARTERIOSCLERÓTICA AORTO-ILIACA E DISTAL	504,33
09	02.10.01.010	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGAÇÃO DE HEMORRÁGIA CEREBRAL	504,33
10	02.10.01.011	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGAÇÃO DE ISQUEMIA CEREBRAL	504,43
11	02.10.01.012	ARTERIOGRAFIA PÉLVICA	170,44
12	02.10.01.013	ARTERIOGRAFIA SELETIVA DE CARÓTIDA	190,31
13	02.10.01.014	ARTERIOGRAFIA SELETIVA POR CATETER (POR VASO)	201,51
14	02.10.01.015	ARTERIOGRAFIA SELETIVA VERTEBRAL	201,01
15	02.10.01.016	ESPLENOPTOROGRAFIA	183,00
16	02.10.01.017	FLEBOGRAFIA DE MEMBRO	146,00
17	02.10.01.018	FLEBOGRAFIA DE CAVA INFERIOR E/OU SUPERIOR	200,01
18	02.10.01.019	LINFANGIOADENOGRAMA	200,01
19	02.10.01.020	PORTOGRAFIA TRANS-HEPÁTICA	200,01
20	02.10.02.001	COLANGIOGRAFIA TRANSCUTÂNEA	45,34



**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ**

CNPJ: 00.944.673/0001-08

Endereço: Av. Brasil, nº 11.368 - Bairro: FAG - CEP: 85.806.000 - Cascavel - PR

Fone: 45 3220-4850

Site: www.cisop.com.br



ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR CISOP
		<b>EXAMES ANGIO/VASCULAR (LOTE 11)</b>	
01	90.01.04.099	ECOESCLEROSE DE VARIZES MEMBROS INFERIORES (CADA)	450,00
02	90.01.11.105	BOTA DE UNNA	00,00
		<b>EXAMES ECOCARDIOGRAFIA E CARDIOLÓGICOS (LOTE 12)</b>	
01	02.11.02.003	ELETROCARDIOGRAMA COM LAUDO	30,00
02	02.11.02.004	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 h (3 CANAIS)	80,00
03	02.11.02.005	M.A.P.A. (MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL)	80,00
04	02.11.02.006	TESTE DE ESFORÇO/TESTE ERGOMÉTRICO	90,00
05	90.01.04.079	ECOCARDIOGRAMA FETAL	250,00
06	90.01.10.830	PROCEDIMENTO LAUDO DE ELETROCARDIOGRAMA FEITO NO CISOP E OU MUNICÍPIO	7,55
07	02.11.01.001	CAPILAROSCOPIA	28,42
		<b>EXAMES DE GINECOLOGIA (LOTE 13)</b>	
01	02.11.04.001	AMNIOSCOPIA	1,69
02	02.11.04.002	COLPOSCOPIA	25,00
03	02.11.04.003	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO DO CONTEUDO CERVICO-VAGINAL	2,80
04	02.11.04.004	HISTEROSCOPIA (DIAGNOSTICA)	25,00
05	02.11.04.005	PERSUFLAÇÃO TUBÁRIA (DIAGNOSTICA)	1,69
06	02.11.04.006	TOCOCARDIOGRAFIA ANTE-PARTO	1,69
07	03.09.03.004	CRIOCAUTERIZAÇÃO/ELETROCOAGULAÇÃO DE COLO UTERINO	25,00
08	04.09.06.008	EXERESE DA ZONA DE TRANSFORMAÇÃO DO COLO UTERINO	25,00
09	04.09.06.009	EXERESE DO POLÍDIO DO ÚTERO	25,00
10	04.09.06.017	HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA C/ RESSECTOSCOPIO	74,75
11	04.09.07.016	EXTIRPAÇÃO DE LESÃO DE VULVA / PERÍNEO (POR ELETROCOAGULAÇÃO OU FULGURAÇÃO)	25,00
12	03.01.04.014	INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)	180,00
13	03.01.04.014	RETIRADA DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)	75,00
		<b>EXAMES NEUROLÓGICOS (LOTE 14)</b>	
01	02.11.05.006	ELETROMIOGRAMA (EMG)	27,00
03	02.11.05.011	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO (BERA)	4,06
04	02.11.05.012	POTENCIAL EVOCADO VISUAL / OCCÍPTO	4,06
05	02.11.05.013	POTENCIAL SOMATO-SENSITIVO	4,06

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ**

CNPJ: 00.944.673/0001-08

Endereço: Av. Brasil, nº 11.368 - Bairro: FAG - CEP: 85.806.000 - Cascavel - PR

Fone: 45 3220-4850

Site: www.cisop.com.br



06	02.11.05.015	VIDEO-ELETROENCEFALOGRAMA COM REGISTRO PROLONGADO	27,00
07	90.01.01.121	ELETRONEUROMIOGRAFIA MEMBROS INFERIORES	280,00
08	90.01.01.120	ELETRONEUROMIOGRAFIA MEMBROS SUPERIORES	280,00
09	90.01.04.367	ELETROENCEFALOGRAMA CISOP	30,00
10	90.01.01.118	ELETROENCEFALOGRAMA COM OU SEM SEDAÇÃO COM LAUDO	110,00
11	90.01.01.122	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE FACE	200,00
12	90.01.01.126	POLISSONOGRAMA TIPO 4 / APNEIA DO SONO (RESIDENCIAL)	180,00
13	90.01.01.127	POLISSONOGRAMA TIPO 1 / COM EEG NOITE INTEIRA (HOSPITAL / CLÍNICA)	340,00
<b>ITEM</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR CISOP</b>
		<b>EXAMES OFTALMOLÓGICOS (LOTE 15)</b>	
10	02.11.06.010	FUNDOSCOPIA	15,00
24	02.11.06.025	TONOMETRIA	15,00
<b>ITEM</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR CISOP</b>
		<b>EXAMES DE OTORRINOLARINGOLOGIA / FONOAUDIOLOGIA (LOTE 16)</b>	
01	02.11.07.001	ANALISE ACUSTICA DA VOZ POR MEIO DE LABORATORIO DE VOZ	4,11
02	02.11.07.002	AUDIOMETRIA DE REFORCO VISUAL (VIA AEREA / OSSEA)	21,00
03	02.11.07.003	AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE	20,13
04	02.11.07.004	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA)	21,00
05	02.11.07.005	AVALIACAO AUDITIVA COMPORTAMENTAL	18,00
06	02.11.07.006	AVALIACAO DE LINGUAGEM ESCRITA / LEITURA	4,11
07	02.11.07.007	AVALIACAO DE LINGUAGEM ORAL	4,11
08	02.11.07.008	AVALIACAO MIOFUNCIONAL DE SISTEMA ESTOMATOLOGICO	4,11
09	02.11.07.009	AVALIACAO P/ DIAGNOSTICO DE DEFICIENCIA AUDITIVA	24,75
10	02.11.07.010	AVALIACAO P/ DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE DEFICIENCIA AUDITIVA	46,56
11	02.11.07.011	AVALIACAO VOCAL	4,11
12	02.11.07.012	ELETROCOCLEOGRAFIA	4,25
13	02.11.07.013	ELETROGUSTOMETRIA	1,37
14	02.11.07.014	EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS P/ TRIAGEM AUDITIVA	13,51
15	02.11.07.015	ESTUDO DE EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS TRANSITORIAS E PRODUTOS DE DISTORCAO (EOA)	46,88
16	02.11.07.016	ESTUDO TOPODIAGNOSTICO DA PARALISIA FACIAL	8,10
17	02.11.07.017	EXAME DE ORGANIZACAO PERCEPTIVA	4,11
18	02.11.07.018	EXAME NEUROPSICOMOTOR EVOLUTIVO	4,11
19	02.11.07.019	GUSTOMETRIA	1,92
20	02.11.07.020	IMITANCIOMETRIA	23,00
21	02.11.07.021	LOGOAUDIOMETRIA (LDV-IRF-LRF)	26,25
22	02.11.07.022	OLFATOMETRIA	1,37

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ**

CNPJ: 00.944.673/0001-08

Endereço: Av. Brasil, nº 11.368 - Bairro: FAG - CEP: 85.806.000 - Cascavel - PR

Fone: 45 3220-4850

Site: www.cisop.com.br



23	02.11.07.023	PESQUISA DE FISTULA PERILINFATICA	4,80
24	02.11.07.024	PESQUISA DE GANHO DE INSERCAO	12,00
25	02.11.07.025	PESQUISA DE PARES CRANIANOS	1,37
26	02.11.07.026	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA MEDIA E LONGA LATENCIA	46,88
27	02.11.07.027	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO P/ TRIAGEM AUDITIVA	13,51
28	02.11.07.028	PROVA DE FUNCAO TUBARIA	4,80
29	02.11.07.029	REAVALIACAO DIAGNOSTICA DE DEFICIENCIA AUDITIVA EM PACIENTE MAIOR DE 3 ANOS	22,55
30	02.11.07.030	REAVALIACAO DIAGNOSTICA DE DEFICIENCIA AUDITIVA EM PACIENTE MENOR DE 3 ANOS	44,36
31	02.11.07.031	SELECAO E VERIFICACAO DE BENEFICIO DO AASI	8,75
32	02.11.07.032	TESTES ACUMETRICOS (DIAPASAO)	1,37
33	02.11.07.033	TESTES AUDITIVOS SUPRALIMINARES	1,37
34	02.11.07.034	TESTES DE PROCESSAMENTO AUDITIVO	9,36
35	02.11.07.035	TESTES VESTIBULARES / OTONEUROLOGICOS	12,12
36	02.11.07.036	TRIAGEM AUDITIVA DE ESCOLARES	12,00
37	02.11.07.037	AVALIAÇÃO E SELEÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA PARA IMPLANTE COCLEAR	46,56
38	02.11.07.038	MAPEAMENTO E BALANCEAMENTO DOS ELETRODOS	33,91
39	02.11.07.039	POTENCIAL EVOCADO ELETRICAMENTE NO SISTEMA AUDITIVO	93,76
40	02.11.07.040	REFLEXO ESTAPEDIANO ELICIADO ELETRICAMENTE	46,00
41	02.11.07.041	AVALIAÇÃO E SELEÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA PARA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO	46,56
42	90.01.04.361	VIDEONASSOLARINGOSCOPIA	120,00
43	90.01.11.500	NASOFIBROENDOSCOPIA	66,00
44	90.01.04.102	CAUTERIZAÇÃO DE EPISTAXE	50,00
45	04.04.01.007	DRENAGEM DE FURUNCULO NO CONDUTO AUDITIVO EXTERNO	14,66
46	04.04.01.015	INFILTRAÇÃO MEDICAMENTOSA EM CORNETO INFERIOR	25,00
47	04.04.01.027	REMOCAO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNI / BILATERAL	25,00
48	04.04.01.031	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO/FARINGE/LARINGE/NARIZ	26,42
<b>ITEM</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR CISOP</b>
		<b>EXAMES DE PNEUMOLOGIA (LOTE 17)</b>	
01	02.11.08.005	PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA C/ BRONCODILATADOR (ESPIROMETRIA)	75,00
02	90.01.04.098	ESPIROMETRIA/PROVA VENTILATÓRIA	50,00
03	02.11.08.001	ESPIROGRAFIA C/ DETERMINAÇÃO DO VOLUME RESIDUAL	2,78
04	02.11.08.002	GASOMETRIA	2,78
05	02.11.08.003	GASOMETRIA (APOS EXERCICIO CICLO-ERGOMETRICO)	2,78
06	02.11.08.004	GASOMETRIA (APOS OXIGENIO A 100 DURANTE A DIFUSAO ALVEOLO-CAPILAR)	2,78
<b>ITEM</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR CISOP</b>

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ**

CNPJ: 00.944.673/0001-08

Endereço: Av. Brasil, nº 11.368 - Bairro: FAG - CEP: 85.806.000 - Cascavel - PR

Fone: 45 3220-4850

Site: www.cisop.com.br



ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR CISOP
<b>EXAMES DE UROLOGIA (LOTE 18)</b>			
01	90.01.01.123	AValiação URODINAMICA COMPLETA (ESTUDO URODINÂMICO)	380,00
02	90.01.04.015	URETROCISTOSCOPIA	250,00
03	02.11.09.002	CATETERISMO DE URETRA	8,82
04	02.11.09.003	CISTOMETRIA C/ CISTOMETRO	8,82
05	02.11.09.004	CISTOMETRIA SIMPLES	8,82
06	02.11.09.005	DETERMINACAO DE PRESSAO INTRA-ABDOMINAL	8,82
07	02.11.09.006	PERFIL DE PRESSAO URETRAL	8,82
08	02.11.09.007	UROFLUXOMETRIA	8,82
ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR CISOP
<b>EXAMES / PROCEDIMENTOS FISIOTERAPEUTICO (LOTE 19)</b>			
26	90.01.04.357	RPG – REEDUCAÇÃO POSTURAL GLOBAL	30,00
27	90.01.04.019	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO / HIDROTERAPIA / ISO-STRETCHING (SESSÃO)	15,00
28	90.01.04.356	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO DOMICILIAR (SESSÃO)	20,00
ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR CISOP
<b>PRÓTESES, ORTESES E AFINS (LOTE 20)</b>			
02	90.01.04.001	OCULOS COM LENTES CORRETIVAS BIFOCAIS E MULTIFOCAIS CR INCOLOR OU LENTES CORRETIVAS ALTO INDICE COM CILINDRO ACIMA DE 0,05 GRAUS E NO ESFERICO ACIMA DE 5,50 GRAUS CR VS (COM ARMAÇÃO)	250,00
05	07.01.10.001	MALHA COMPRESSIVA P/ TRATAMENTO SEQUENCIAL DE QUEIMADOS LUVA C/ E S/ DEDOS ATE O PULSO	43,00
06	07.01.10.002	MALHA COMPRESSIVA P/ TRATAMENTO SEQUENCIAL DE QUEIMADOS (MEIA ATE VIRILHA OU JOELHO)	26,00
07	07.01.10.003	MALHA COMPRESSIVA P/ TRATAMENTO SEQUENCIAL DE QUEIMADOS (MEIO CANO OU CANO P OU B) - (PECA)	21,00
08	07.01.10.004	MALHA COMPRESSIVA P/ TRATAMENTO SEQUENCIAL DE QUEIMADOS LUVA C/ E S/ DEDOS ATE O OMBRO	38,00
09	07.01.10.005	MALHA COMPRESSIVA P/ TRATAMENTO SEQUENCIAL DE QUEIMADOS - MEIA (3/4) – PECA	21,00
10	07.01.10.006	MALHA COMPRESSIVA P/ TRATAMENTO SEQUENCIAL DE QUEIMADOS- MEIA- PERNA INTEIRA (PECA)	35,00
11	07.01.10.007	MALHA COMPRESSIVA P/ TRATAMENTO SEQUENCIAL DE QUEIMADOS- MEIA-CALÇA COMPLETA (PECA)	52,00
12	07.01.10.008	MALHA COMPRESSIVA P/ TRATAMENTO SEQUENCIAL DE QUEIMADOS- TORAX C/ MANGAS (PECA)	68,00
13	07.01.10.009	MALHA COMPRESSIVA P/ TRATAMENTO SEQUENCIAL DE QUEIMADOS - TORAX S/ MANGAS (PECA)	43,00
14	07.01.10.010	MALHA COMPRESSIVA P/ TRATAMENTO SEQUENCIAL DE QUEIMADOS PARA CABECA E PESCOCO	25,00
ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR CISOP
<b>CONSULTAS MÉDICAS E PROFISSIONAIS NÍVEL SUPERIOR (LOTE 21)</b>			
01	90.01.10.013	CONSULTA EM BUCO MAXILO FACIAL	50,00
02	90.01.04.020	AValiação/SESSÃO EM FONOAUDIOLOGIA	33,00

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ**

CNPJ: 00.944.673/0001-08

Endereço: Av. Brasil, nº 11.368 - Bairro: FAG - CEP: 85.806.000 - Cascavel - PR

Fone: 45 3220-4850

Site: www.cisop.com.br



03	90.01.10.015	CONSULTA MÉDICA EM GINECOLOGIA E OBSTETRICIA (GERAL)	80,00
04	90.01.10.016	CONSULTA MÉDICA EM CARDIOLOGIA / CARDIOVASCULAR	50,00
05	90.01.10.017	CONSULTA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL	50,00
06	90.01.10.018	CONSULTA MÉDICA EM CIRURGIA PEDIÁTRICA	95,00
07	90.01.10.019	CONSULTA MÉDICA EM CIRURGIA PLÁSTICA	50,00
08	90.01.10.037	CONSULTA MÉDICA EM CIRURGIA TORÁCICA	70,00
09	90.01.10.021	CONSULTA MÉDICA EM CIRURGIA VASCULAR E LINFÁTICA	95,00
10	90.01.10.022	CONSULTA MÉDICA EM DERMATOLOGIA	70,00
11	90.01.10.023	CONSULTA MÉDICA EM ENDOCRINOLOGIA	70,00
12	90.01.10.024	CONSULTA MÉDICA EM GASTROENTEROLOGIA	50,00
13	90.01.10.025	CONSULTA MÉDICA EM INFECTOLOGIA	70,00
14	90.01.10.026	CONSULTA MÉDICA EM NEFROLOGIA	70,00
15	90.01.10.027	CONSULTA MÉDICA EM NEUROLOGIA	70,00
16	90.01.10.028	CONSULTA MÉDICA EM OFTALMOLOGIA	50,00
17	90.01.10.029	CONSULTA MÉDICA EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	50,00
18	90.01.10.030	CONSULTA MÉDICA EM OTORRINOLARINGOLOGIA ADULTO	50,00
19	90.01.10.031	CONSULTA MÉDICA EM PNEUMOLOGIA	70,00
20	90.01.10.032	CONSULTA MÉDICA EM PROCTOLOGIA / COLOPROCTOLOGIA	70,00
21	90.01.04.433	CONSULTA MÉDICA EM PSIQUIATRIA (AMBULATÓRIO CASCAVEL)	70,00
22	90.01.10.034	CONSULTA MÉDICA EM REUMATOLOGIA	70,00
23	90.01.10.035	CONSULTA MÉDICA EM UROLOGIA	50,00
24	90.01.10.076	CONSULTA MÉDICA EM GINECOLOGIA - GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	95,00
25	90.01.10.079	CONSULTA MÉDICA PARA AVALIAÇÃO EM ANESTESIA	80,00
26	90.01.10.081	CONSULTA MÉDICA EM NEUROLOGIA PEDIÁTRICA	95,00
27	90.01.10.082	CONSULTA MÉDICA EM HANSENOLOGIA/TALIDOMIDA	95,00
28	90.01.10.083	CONSULTA PARA EMISSÃO DE LME	33,00
29	90.01.10.085	CONSULTA MÉDICA EM PEDIATRIA	80,00
30	90.01.10.086	CONSULTA MÉDICA EM CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA	95,00
31	90.01.10.087	CONSULTA MÉDICA EM ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA	95,00
32	90.01.10.088	CONSULTA MÉDICA EM GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA	95,00
33	90.01.10.089	CONSULTA MÉDICA EM HEMATOLOGIA PEDIÁTRICA	95,00
34	90.01.10.090	CONSULTA MÉDICA EM INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA	95,00
35	90.01.10.091	CONSULTA MÉDICA EM NEFROLOGIA PEDIÁTRICA	95,00
36	90.01.10.092	CONSULTA MÉDICA EM ORTOPEDIA PEDIÁTRICA	95,00
37	90.01.10.093	CONSULTA MÉDICA EM UROLOGIA PEDIÁTRICA	95,00
38	90.01.10.094	CONSULTA MÉDICA EM TISIOLOGIA	95,00
40	90.01.10.096	CONSULTA MÉDICA EM ALERGISTA E IMUNOLOGISTA	70,00
41	90.01.10.097	CONSULTA MÉDICA EM NUTROLOGIA	50,00
42	90.01.10.099	CONSULTA MÉDICA EM FISIATRA	70,00
43	90.01.10.100	CONSULTA MÉDICA EM GENETICISTA	70,00
44	90.01.10.101	CONSULTA MÉDICA EM GERIATRIA	95,00
45	90.01.10.102	CONSULTA MÉDICA EM HEMATOLOGIA	70,00

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ**

CNPJ: 00.944.673/0001-08

Endereço: Av. Brasil, nº 11.368 - Bairro: FAG - CEP: 85.806.000 - Cascavel - PR

Fone: 45 3220-4850

Site: www.cisop.com.br



46	90.01.10.103	CONSULTA MÉDICA EM NEUROCIRURGIÃO	70,00
47	90.01.10.104	CONSULTA MÉDICA EM NEUROFISIOLOGISTA CLÍNICO	70,00
48	90.01.10.105	CONSULTA MÉDICA EM NEUROLOGIA GERAL PARA CRIANÇA (0 A 12 ANOS)	80,00
49	90.01.04.004	AVALIAÇÃO/SESSÃO EM PSICOLOGIA	33,00
50	90.01.10.107	CONSULTA MÉDICA EM PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA	95,00
51	90.01.10.041	CONSULTA MÉDICA PSIQUIATRIA (NÚCLEO/INTERIOR)	120,00
52	90.01.10.040	CONSULTA MÉDICA EM OTORRINOLARINGOLOGIA GERAL PARA CRIANÇA (0 A 12 ANOS)	80,00
53	90.01.10.045	CONSULTA MÉDICA HOMEOPATA	60,00
54	90.01.10.046	CONSULTA MÉDICA EM CLÍNICA MÉDICA	50,00
55	90.01.10.047	CONSULTA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	50,00
56	90.01.11.317	AVALIAÇÃO/SESSÃO NEUROPSICOLOGIA	50,00
57	90.01.04.096	AVALIAÇÃO/SESSÃO NUTRICIONISTA	33,00
58	90.01.04.444	AVALIAÇÃO/SESSÃO PSICANALISTA	33,00
59	90.01.04.372	AVALIAÇÃO/SESSÃO PSICOPEDAGOGIA	33,00
60	90.01.04.370	AVALIAÇÃO/SESSÃO PSICOTERAPIA	33,00
61	90.01.04.097	AVALIAÇÃO/SESSÃO TERAPEUTA OCUPACIONAL	33,00
62	90.01.10.048	AVALIAÇÃO/SESSÃO MASSOTARAPIA	20,00
63	90.01.10.049	AVALIAÇÃO/SESSÃO MUSICOTERAPIA	20,00
64	90.01.11.530	AVALIAÇÃO/SESSÃO EDUCADOR FÍSICO	20,00
65	90.01.04.486	CONSULTA MÉDICA ESPECIALISTA EM DOR	70,00
66	90.01.04.003	AVALIAÇÃO/SESSÃO NEUROPSICOPEDAGOGIA	50,00
67	90.01.10.050	CONSULTA MÉDICA EM NEUROCIRURGIÃO INFANTIL - (0 A 12 ANOS)	95,00
68	90.01.04.542	CONSULTA MÉDICA PSIQUIATRIA INFANTIL - (0 A 12 ANOS) (NÚCLEO/INTERIOR)	150,00
<b>ITEM</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR CISOP</b>
		<b>OUTROS PROCEDIMENTOS/EXAMES (LOTE 23)</b>	
01	90.01.04.389	LITOTRIPSIA EXTRA CORPOREA POR ONDAS DE CHOQUE	800,00
02	03.09.05.001	SESSÃO DE ACUPUNTURA APLICAÇÃO DE VENTOSAS / MOXA	40,00
03	03.09.05.002	SESSÃO DE ACUPUNTURA COM INSERÇÃO DE AGULHAS	40,00
04	90.01.04.430	HORA AULA MÉDICO ESPECIALISTA	240,00
05	90.01.04.431	TESTE ALÉRGICO CUTÂNEO/FUNGO/POEIRA/POLENS	16,00
06	90.01.04.432	AVALIAÇÃO/SESSÃO OZONIOTERAPIA	50,00
<b>ITEM</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR CISOP</b>
		<b>PROCEDIMENTOS MÉDICOS AMBULATORIAIS (LOTE 24)</b>	
01	03.03.08.001	CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PEQUENAS LESÕES (ATÉ 5 LESÕES)	25,00
02	04.01.01.001	CURATIVO GRAU II COM OU SEM DEBRIDAMENTO	32,40
03	04.01.01.004	ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÃO CUTÂNEA (ATÉ 5 LESÕES)	11,84
04	04.01.01.005	EXCISÃO DE LESÃO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE E MUCOSA	23,16

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ**

CNPJ: 00.944.673/0001-08

Endereço: Av. Brasil, nº 11.368 - Bairro: FAG - CEP: 85.806.000 - Cascavel - PR

Fone: 45 3220-4850

Site: www.cisop.com.br



05	04.01.01.007	EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA	12,46
07	04.01.01.010	INCISÃO E DRENAGEM DE ABCESSO	11,84
08	04.01.01.011	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTANEO	25,00
09	04.04.02.005	DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS	14,07
10	04.06.02.013	EXCISÃO E SUTURA DE HEMANGIOMA	29,86
11	04.06.02.014	EXCISAÕ E SUTURA DE LINFOAGIOMA/NEVUS	29,86
12	04.13.01.003	CURATIVO EM GRANDE QUEIMADO	43,75
13	04.13.01.004	CURATIVO EM MÉDIO QUEIMADO	31,25
14	04.13.01.005	CURATIVO EM PEQUENO QUEIMADO	18,75
15	04.15.04.004	DEBRIDAMENTO DE ULCERA/NECROSE	29,86
16	03.03.09.001	ARTROCENTESE DE GRANDES ARTICULACOES	40,00
17	03.03.09.002	ARTROCENTESE DE PEQUENAS ARTICULACOES	25,00
18	03.03.09.003	INFILTRACAO DE SUBSTANCIAS EM CAVIDADE SINOVIAL (ARTICULACAO, BAINHA TENDINOSA)	40,00
19	03.03.09.007	REVISÃO COM TROCA DE APARELHO GESSADO EM MEMBRO INFERIOR	80,00
20	03.03.09.009	REVISÃO COM TROCA DE APARELHO GESSADO EM MEMBRO SUPERIOR	80,00
21	03.03.09.012	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA NA CINTURA ESCAPULAR (COM IMOBILIZAÇÃO)	80,00
22	03.03.09.015	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE PUNHO COM LUVA GESSADA	80,00
23	03.03.09.016	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE OSSO METACÁRPICO	80,00
24	03.03.09.020	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO INFERIOR COM IMOBILIZAÇÃO	80,00
25	03.03.09.022	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO SUPERIOR COM IMOBILIZAÇÃO	80,00
26	03.03.09.026	TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESÃO DE MECANISMO EXTENSOR DOS DEDOS	80,00
27	03.03.09.028	TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESÃO LIGAMENTAR EM MEMBRO COM IMOBILIZAÇÃO	80,00
28	03.03.09.031	TRATAMENTO DAS POLIARTROPATIAS INFLAMATORIAS	80,00
29	04.01.02.006	EXERESE DE CISTO BRANQUIAL	250,00
30	04.01.02.007	EXERESE DE CISTO DERMOIDE	80,00
31	04.01.02.010	EXTIRPACAO E SUPRESSAO DE LESAO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTANEO	80,00
32	04.08.02.012	REALINHAMENTO DE MECANISMO EXTENSOR DOS DEDOS DA MÃO	180,00
33	04.08.02.021	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DOS METACARPIANOS	80,00
34	04.08.02.024	REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO OU FRATURA / LUXACAO NO PUNHO	80,00
35	04.08.02.032	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO	180,00
36	04.08.05.019	REDUCAO INCRUENTA DA LUXACAO / FRATURA- LUXACAO METATARSO-FALANGIANA / INTERFALANGIANA DO PE	80,00
37	04.08.05.020	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS	80,00
38	04.08.05.037	TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO INFERIOR	180,00

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ**

CNPJ: 00.944.673/0001-08

Endereço: Av. Brasil, nº 11.368 - Bairro: FAG - CEP: 85.806.000 - Cascavel - PR

Fone: 45 3220-4850

Site: www.cisop.com.br



39	04.08.05.039	TRANSFERENCIA MUSCULAR / TENDINOSA NO MEMBRO INFERIOR	180,00
40	04.08.06.004	AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO	180,00
41	04.08.06.015	MANIPULAÇÃO ARTICULAR	80,00
42	04.08.06.021	RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL	80,00
43	04.08.06.035	RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO	180,00
44	04.08.06.036	RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO	180,00
45	04.08.06.040	RETIRADA DE TRAÇÃO TRANS-ESQUELÉTICA	80,00
46	04.08.06.041	RETRAÇÃO CICATRICAL DOS DEDOS C/ COMPROMETIMENTO TENDINOSO (POR DEDO)	180,00
47	04.08.06.042	REVISÃO CIRÚRGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO DOS DEDOS	80,00
48	04.08.06.057	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM MARTELO / EM GARRA (MÃO E PÉ)	150,00
49	04.08.06.058	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE ARTICULAR POR RETRACAO TENO-CAPSULO- LIGAMENTAR	180,00
50	04.08.06.068	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RUTURA DO APARELHO EXTENSOR DO DEDO	80,00
51	08.01.10.074	MANIPULAÇÃO E GESSO PARA TRATAMENTO DE PÉ TORTO CONGÊNITO (CADA)	80,00
52	04.03.02.012	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEOFIBROSO AO NÍVEL DO CARPO	250,00
53	04.03.02.007	NEUROLISE NÃO FUNCIONAL DE NERVOS PERIFÉRICOS	580,00
<b>ITEM</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR CISOP</b>
		<b>EXAMES DE ULTRASSONOGRRAFIA (REALIZADOS EM SERVIÇOS PÚBLICOS) (LOTE 25)</b>	
01	90.01.04.446	ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE – REALIZADO EM SERVIÇO PÚBLICO	165,00
02	90.01.04.447	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA – REALIZADO EM SERVIÇO PÚBLICO	165,00
03	90.01.04.448	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER FLUXO OBSTETRICO – REALIZADO EM SERVIÇO PÚBLICO	200,00
04	90.01.04.449	EÇODOPPLER TRANSCRANIANO – REALIZADO EM SERVIÇO PÚBLICO	117,00
05	90.01.04.450	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, VESICULA, VIAS BILIARES) – REALIZADO EM SERVIÇO PÚBLICO	55,00
06	90.01.04.451	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL – REALIZADO EM SERVIÇO PÚBLICO	95,00
07	90.01.04.452	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINARIO – REALIZADO EM SERVIÇO PÚBLICO	55,00
08	90.01.04.453	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO – REALIZADO EM SERVIÇO PÚBLICO	55,00
09	90.01.04.454	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL – REALIZADO EM SERVIÇO PÚBLICO	55,00
10	90.01.04.455	ULTRASSONOGRRAFIA DE GLOBO OCULAR OU DE ORBITA (MONOCULAR) – REALIZADO EM SERVIÇO PÚBLICO	67,00
11	90.01.04.456	ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL – REALIZADO EM SERVIÇO PÚBLICO	50,00
12	90.01.04.457	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL) –	50,00



**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ**

CNPJ: 00.944.673/0001-08

Endereço: Av. Brasil, nº 11.368 - Bairro: FAG - CEP: 85.806.000 - Cascavel - PR

Fone: 45 3220-4850

Site: www.cisop.com.br



		REALIZADO EM SERVIÇO PÚBLICO	
13	90.01.04.458	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL) – REALIZADO EM SERVIÇO PÚBLICO	90,00
14	90.01.04.459	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE – REALIZADO EM SERVIÇO PÚBLICO	55,00
15	90.01.04.460	ULTRASSONOGRRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA) – REALIZADO EM SERVIÇO PÚBLICO	42,00
16	90.01.04.461	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA – REALIZADO EM SERVIÇO PÚBLICO	48,00
17	90.01.04.462	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA DOPPLER COLORIDO E PULSADO – REALIZADO EM SERVIÇO PÚBLICO	114,00
18	90.01.04.463	ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGISTA) – REALIZADO EM SERVIÇO PÚBLICO	48,00
19	90.01.04.464	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA – REALIZADO EM SERVIÇO PÚBLICO	60,00
20	90.01.04.465	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL – REALIZADO EM SERVIÇO PÚBLICO	50,00
21	90.01.04.466	MARCAÇÃO DE LESÃO PRE-CIRURGICA DE LESÃO NÃO PALPAVEL DE MAMA ASSOCIADA A ULTRASSONOGRRAFIA – REALIZADO EM SERVIÇO PÚBLICO	25,43
22	90.01.04.467	ULTRASSONOGRRAFIA DE ÓRGÃO E EST. SUPERFICIAL (MAMAS BIL., TENDÕES, PÊNIS) – REALIZADO EM SERVIÇO PÚBLICO	50,00
23	90.01.04.468	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE CARÓTIDAS – REALIZADO EM SERVIÇO PÚBLICO	200,00
24	90.01.04.469	ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICA – REALIZADO EM SERVIÇO PÚBLICO	150,00
25	90.01.04.470	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER TESTÍCULOS – REALIZADO EM SERVIÇO PÚBLICO	140,00
26	90.01.04.471	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER BOLSA ESCROTAL – REALIZADO EM SERVIÇO PÚBLICO	140,00
27	90.01.04.472	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS RENAS – REALIZADO EM SERVIÇO PÚBLICO	140,00
28	90.01.04.473	ULTRASSONOGRRAFIA CRANIANA – REALIZADO EM SERVIÇO PÚBLICO	50,00
29	90.01.04.474	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN INFERIOR – REALIZADO EM SERVIÇO PÚBLICO	60,00
30	90.01.04.475	ULTRASSONOGRRAFIA DE MÚSCULOS – REALIZADO EM SERVIÇO PÚBLICO	50,00
31	90.01.04.476	ULTRASSONOGRRAFIA DE PAROTIDAS OU GLÂNDULAS SALIVARES – REALIZADO EM SERVIÇO PÚBLICO	100,00
32	90.01.04.477	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS E OU MEMBROS - INFERIOR OU SUPERIOR - ARTERIAL OU VENOSO (CADA) – REALIZADO EM SERVIÇO PÚBLICO	160,00
33	90.01.04.479	ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICA COM DOPPLER – REALIZADO EM SERVIÇO PÚBLICO	210,00
34	90.01.04.480	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA GESTAÇÃO MULTIPLA (CADA FETO) – REALIZADO EM SERVIÇO PÚBLICO	35,00
35	90.01.04.481	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA DOPPLER COLORIDO E PULSADO GESTAÇÃO MULTIPLA (CADA FETO) – REALIZADO EM SERVIÇO PÚBLICO	67,00
36	90.01.04.482	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL – REALIZADO EM SERVIÇO PÚBLICO	100,00

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ**

CNPJ: 00.944.673/0001-08

Endereço: Av. Brasil, nº 11.368 - Bairro: FAG - CEP: 85.806.000 - Cascavel - PR

Fone: 45 3220-4850

Site: www.cisop.com.br



37	90.01.04.483	LAUDO PARA EXAME DE ULTRASSONOGRRAFIA REALIZADO EM SERVIÇOS PÚBLICOS – REALIZADO EM SERVIÇO PÚBLICO	10,00
38	90.01.04.540	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL COM MEDIDA DE COLO UTERINO – REALIZADO EM SERVIÇO PÚBLICO	70,00
<b>ITEM</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR CISOP</b>
		<b>SAÚDE BUCAL (LOTE 26)</b>	
01	90.01.10.828	RADIOGRAFIA PERI APICAL ODONTOLOGIA COM LAUDO (IMPRESSO OU DIGITAL)	25,00
02	90.01.11.347	RADIOGRAFIA COM PERI APICAL DOS INCISIVOS ODONTOLOGIA COM LAUDO (IMPRESSO OU DIGITAL)	85,00
03	90.01.10.827	RADIOGRAFIA PANORÂMICA ODONTOLOGIA COM LAUDO (IMPRESSO OU DIGITAL)	55,00
04	90.01.04.439	RADIOGRAFIA PANORÂMICA COM TRAÇADO PARA IMPLANTES ODONTOLOGIA COM LAUDO (IMPRESSO OU DIGITAL)	100,00
05	90.01.04.438	ESCANEAMENTO DIGITAL	110,00
06	90.01.04.437	ESCANEAMENTO COM MODELO 3D	150,00
07	90.01.04.440	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE MAXILAR OU MANDÍBULA OU ATM ODONTOLOGIA COM LAUDO (IMPRESSO OU DIGITAL)	200,00
08	90.01.04.441	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA PARCIAL REGIÃO ATÉ 03 DENTES COM LAUDO (IMPRESSO OU DIGITAL)	200,00
09	90.01.10.836	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE ENDODONTIA COM LAUDO (IMPRESSO OU DIGITAL)	200,00
10	90.01.10.842	DOCUMENTAÇÃO BÁSICA (IMPRESSA OU DIGITAL)	200,00
11	90.01.04.436	DOCUMENTAÇÃO COMPLETA (IMPRESSA OU DIGITAL)	235,00