



**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA
DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE CAMPO BOM**
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL - BRASIL
Rua São Paulo, 317 – Centro – CEP 93700-000 - Fone: (051) 3598-2577.
CGC: 94.707.817/0001-48

RESOLUÇÃO Nº. 087/2015, de 14 de abril de 2015.

O **CONSELHO DELIBERATIVO DO IPASEM**, órgão de deliberação máxima do Instituto, no uso de suas atribuições legais, na forma da Lei Municipal nº. 1.472/93, de 04 de janeiro de 1993:

RESOLVE:

Art. 1º - Reajustar tabelas pagas à rede credenciada, conforme demonstrativos abaixo a contar dos atendimentos realizados em 1º de maio de 2015.

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

CODIGO	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	SEM CONTRASTE	COM CONTRASTE
41101014	Rm – Cranio (encéfalo)	R\$ 410,00	R\$ 450,00
41101022	Rm – Sela Túrcica (hipófise)	R\$ 410,00	R\$ 450,00
41101030	Rm – Base do Cranio	R\$ 410,00	R\$ 450,00
41101073	Rm - Orbita Bilateral	R\$ 410,00	R\$ 450,00
41101081	Rm - Ossos Temporais Bilateral	R\$ 410,00	R\$ 450,00
41101090	Rm - Face (inclui Seios da Face)	R\$ 410,00	R\$ 450,00
41101103	Rm - Articulação Temporomandibular (bilateral)	R\$ 410,00	R\$ 450,00
41101111	Rm - Pescoço (Nasofaringe, Orofaringe, Laringe, Traqueia, Tireóide, Paratireóide)	R\$ 430,00	R\$ 480,00
41101120	Rm - Torax (Mediastino, Pulmão, Parede Torácica)	R\$ 430,00	R\$ 480,00
41101170	Rm - Abdome Superior (Fígado, Pancreas, Baço, Rins, Supra-renais, Retroperitonio)	R\$ 430,00	R\$ 480,00
41101189	Rm - Pelve (não inclui Articulações Coxofemorais)	R\$ 430,00	R\$ 480,00
41101227	Rm - Coluna cervical ou Dorsal ou Lombar	R\$ 410,00	R\$ 450,00
41101243	Rm - Plexo Braquial (desfiladeiro Torácico) ou Lombossacral (não inclui Coluna Cervical ou Lombar)	R\$ 410,00	R\$ 450,00
41101251	Rm - Rm - Membro Superior Unilateral (não inclui Mão e Articulações)	R\$ 410,00	R\$ 450,00
41101260	Rm - Mão (não inclui Punho)	R\$ 410,00	R\$ 450,00
41101278	Rm - Bacia (Articulações Sacroilíacas)	R\$ 430,00	R\$ 480,00
41101286	Rm - Coxa (Unilateral)	R\$ 410,00	R\$ 450,00
41101294	Rm - Perna (Unilateral)	R\$ 410,00	R\$ 450,00
41101308	Rm - Pé (antepé) - Não inclui Tornozelo	R\$ 410,00	R\$ 450,00
41101316	Rm - Articular (por Articulação)	R\$ 410,00	R\$ 450,00
41101480	Rm - Mama (bilateral)	R\$ 430,00	R\$ 480,00
41101332	Angio Ressonancia de Aorta Torácica	R\$ 410,00	R\$ 450,00
41101340	Angio Ressonancia de Aorta Abdominal	R\$ 410,00	R\$ 450,00



TOMOGRAFIA

CODIGO	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	SEM CONTRASTE	COM CONTRASTE
41001010	Tc – Cranio ou sela Turcica ou Orbitas	R\$ 210,00	R\$ 260,00
41001028	Tc – Mastoides ou Orelhas	R\$ 210,00	R\$ 260,00
41001036	Tc – Face ou Seios da Face	R\$ 210,00	R\$ 260,00
41001044	Tc - Articulações Temporomandibulares	R\$ 210,00	R\$ 260,00
41001060	Tc – Pescoço (Partes moles, Laringe, Tireoide, Faringe e Glândulas Salivares)	R\$ 210,00	R\$ 260,00
41001079	Tc – Tórax	R\$ 210,00	R\$ 260,00
41001095	Tc – Abdome Total (Abdome Superior, Pelve e Retroperitônio)	R\$ 370,00	R\$ 430,00
41001109	Tc – Abdome Superior	R\$ 210,00	R\$ 260,00
41001117	Tc – Pelve ou Bacia	R\$ 210,00	R\$ 260,00
41001125	Tc – Coluna Cervical ou Dorsal ou Lombosacra (até 3 segmentos)	R\$ 210,00	R\$ 260,00
41001141	Tc – Articulação (esternoclavicular/ombro/cotovelo/punho/sacroilíacos/coxofemoral/joelho/tornozelo) – Unilateral	R\$ 210,00	R\$ 260,00
41001150	Tc – Segmento apendicular (braço ou antebraço ou mão ou coxa ou perna ou pé) – Unilateral	R\$ 210,00	R\$ 260,00
41001176	Angiotomografia de Aorta Toracica	R\$ 430,00	R\$ 500,00
41001184	Angiotomografia de Aorta Abdominal	R\$ 430,00	R\$ 500,00
41001370	Angiotomografia arterial de crânio	R\$ 430,00	R\$ 500,00
41001389	Angiotomografia venosa de crânio	R\$ 430,00	R\$ 500,00
41001397	Angiotomografia arterial de pescoço	R\$ 430,00	R\$ 500,00
41001400	Angiotomografia venosa de pescoço	R\$ 430,00	R\$ 500,00
41001419	Angiotomografia arterial de tórax	R\$ 430,00	R\$ 500,00
41001427	Angiotomografia venosa de tórax	R\$ 430,00	R\$ 500,00
41001435	Angiotomografia arterial de abdome superior	R\$ 430,00	R\$ 500,00
41001443	Angiotomografia venosa de abdome superior	R\$ 430,00	R\$ 500,00
41001451	Angiotomografia arterial de pelve	R\$ 430,00	R\$ 500,00
41001460	Angiotomografia venosa de pelve	R\$ 430,00	R\$ 500,00
41001516	Angiotomografia arterial pulmonar	R\$ 430,00	R\$ 500,00
41001524	Angiotomografia venosa pulmonar	R\$ 430,00	R\$ 500,00
41001230	Tc - Angiotomografia Coronariana	-	R\$ 700,00



**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA
DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE CAMPO BOM**
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL - BRASIL
Rua São Paulo, 317 – Centro – CEP 93700-000 - Fone: (051) 3598-2577.
CGC: 94.707.817/0001-48

Tabela conforme Associação Médica Brasileira (AMB edição 1992)

EXAME	VALOR CH (R\$)
ECOCARDIOGRAFIA, ELETROCARDIOGRAFIA e ELETROENCEFALOGRAFIA	0,26
ANATOMO PATOLOGICO E CITOPATOLOGICO	0,25
ECOGRAFIAS EM GERAL	0,26
EXAMES LABORATORIAIS EM GERAL	0,18
MEDICINA NUCLEAR	0,25
FISIOTERAPIA	0,28
RAIO X	0,28
CONSULTA ELETIVA	TOTAL DE R\$ 65,00 – Pago no ato R\$ 18,00
CONSULTA EM PRONTO ATENDIMENTO	TOTAL DE R\$ 43,20 – Pago no ato R\$ 18,00
CONSULTA EM PUERICULTURA	TOTAL DE R\$ 97,50 – Pago no ato R\$ 27,00
HONORÁRIOS MÉDICOS	0,55
OUTROS SERVIÇOS E EXAMES COMPLEMENTARES	0,30



**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA
DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE CAMPO BOM**
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL - BRASIL
Rua São Paulo, 317 – Centro – CEP 93700-000 - Fone: (051) 3598-2577.
CGC: 94.707.817/0001-48

TABELA DE VALORES PARA ECODOPPLER E ECO OBSTÉTRICAS

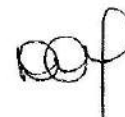
40901386	ECODOPPLER COLORIDO BOLSA ESCROTAL	R\$ 101,85
	ECODOPPLER COLORIDO ORGAO OU ESTRUTURA ISOLADA	R\$ 101,85
	ECODOPPLER COLORIDO TIREOIDE	R\$ 101,85
	ECODOPPLER COLORIDO CERVICAL	R\$ 101,85
	ECODOPPLER COLORIDO APARELHO URINARIO - M	R\$ 101,85
	ECODOPPLER COLORIDO APARELHO URINARIO - F	R\$ 101,85
	ECODOPPLER COLORIDO PELVICA	R\$ 101,85
	ECODOPPLER COLORIDO TRANSVAGINAL	R\$ 101,85
	ECODOPPLER COLORIDO PROSTATA VIA ABDOMINAL	R\$ 101,85
40901246	OBSTETRICA COM DOPPLER COLORIDO (DOPPLERFLUXOMETRIA)	R\$ 150,00
40901416	ECODOPPLER COLORIDO ARTERIAS VISCERAIS MESENTERICAS	R\$ 210,00
40901459	ECODOPPLER COLORIDO ARTERIAL MEMBRO SUPERIOR - UNILATERAL	R\$ 210,00
40901360	ECODOPPLER COLORIDO CAROTIDAS E VERTEBRAIS	R\$ 210,00
40901408	ECODOPPLER COLORIDO AORTA ABDOMINAL	R\$ 210,00
40901408	ECODOPPLER COLORIDO AORTA E ILIACAS	R\$ 210,00
40901394	ECODOPPLER COLORIDO AORTA E ARTERIAS RENAS	R\$ 210,00
40901378	ECODOPPLER COLORIDO VASOS CERVICAIS SUBCLAVIOS	R\$ 210,00
40901432	ECODOPPLER COLORIDO VEIA CAVA SUPERIOR OU INFERIOR	R\$ 210,00
40901440	ECODOPPLER COLORIDO PENIANO COM FARMACO INDUÇÃO	R\$ 210,00
40901351	ECODOPPLER COLORIDO TRANSCRANIANO OU TRANSFONTANELA	R\$ 210,00
40901483	ECODOPPLER COLORIDO VENOSO MEMBRO INFERIOR - UNILATERAL	R\$ 210,00
40901467	ECODOPPLER COLORIDO VENOSO MEMBRO SUPERIOR - UNILATERAL	R\$ 210,00
40901475	ECODOPPLER COLORIDO ARTERIAL MEMBRO INFERIOR - UNILATERAL	R\$ 210,00
40901297	OBSTETRICA 1º TRIMESTRE (ENDOVAGINAL)	R\$ 62,00
40901254	OBSTETRICA COM TRANSLUCENCIA NUCAL	R\$ 95,00
40901289	OBSTETRICA GESTAÇÃO MULTIPLA COM DOPPLER COLORIDO: CADA FETO	R\$ 150,00
40901238	OBSTETRICA	R\$ 75,00
40901181	PELVICA (GINECOLOGICA)	R\$ 62,00
40901300	PELVICA TRANSVAGINAL	R\$ 60,00
40901505	OBSTETRICA COM PERFIL BIOFISICO FETAL	R\$ 120,00
40901270	OBSTETRICA GEMELAR: CADA FETO	R\$ 75,00
40901262	US MORFOLOGICO	R\$ 120,00
	RASTREAMENTO DE 1º TRIMESTRE - RISCO FETAL	R\$ 200,00



**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA
DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE CAMPO BOM**
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL - BRASIL
Rua São Paulo, 317 – Centro – CEP 93700-000 - Fone: (051) 3598-2577.
CGC: 94.707.817/0001-48

TABELA DE VALORES PARA BIOPSIAS E PUNÇÕES

32130040	PUNÇÃO CERVICAL (ACRESCENTAR EXAME DE BASE)	R\$ 120,30	QUANDO REALIZADA PUNÇÃO OU BIÓPSIA NA MESMA REGIAO - 1º PROCEDIME NTO COBRANÇA 100% E A PARTIR DO 2º PROCEDIME NTO 70% (CADA)
32130040	PUNÇÃO TIREOIDE (ACRESCENTAR EXAME DE BASE)	R\$ 120,30	
32130040	PUNÇÃO TRANSVAGINAL (ACRESCENTAR EXAME DE BASE)	R\$ 120,30	
40808238	PUNÇÃO MAMA (ACRESCENTAR EXAME DE BASE)	R\$ 120,30	
40902048	BIOPSIA TRANSRETAL (ACRESCENTAR EXAME DE BASE)	R\$ 214,20	
32130384	BIOPSIA HEPATICA (ACRESCENTAR EXAME DE BASE)	R\$ 214,20	
32130384	BIOPSIA RENAL (ACRESCENTAR EXAME DE BASE)	R\$ 214,20	
40813452	DRENAGEM PERCUTANEA DE COLEÇÃO INFECTADA ABDOMINAL (ACRESCENTAR EXAME DE BASE)	R\$ 214,20	
40813495	DRENAGEM PERCUTANEA DE CISTO RENAL (ACRESCENTAR EXAME DE BASE)	R\$ 214,20	
40808262	CORE BIOPSY ORIENTADA POR US OU RX – AGULHA GROSSA (ACRESCENTAR EXAME DE BASE)	R\$ 175,00	
40902110	DRENAGEM PERCUTANEA ORIENTADA POR US (ACRESCENTAR O EXAME DE BASE)	R\$ 214,20	
40813878	NEFROSTOMIA PERCUTANEA (ACRESCENTAR EXAME DE BASE)	R\$ 254,10	
32130384	PUNÇÃO PERCUTANEA DE ORGAOS, CAVIDADES OU ESPAÇOS ANATOMICOS PROFUNDOS	R\$ 214,20	
40808190	MARCAÇÃO PRE-CIRURGICA POR NODULO - MAX. 3 NOD. POR MAMA, POR ESTEROTAXIA (ACRESCENTAR EXAME DE BASE)	R\$ 120,30	
40808200	MARCAÇÃO PRE-CIRURGICA MAMA GUIADA POR ECOGRAFIA (ACRESCENTAR EXAME DE BASE)	R\$ 120,30	
40814149	PARACENTESE ABDOMINAL GUIADA POR ECOGRAFIA (ACRESCENTAR EXAME DE BASE)	R\$ 120,30	


5



**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA
DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE CAMPO BOM**
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL - BRASIL
Rua São Paulo, 317 - Centro - CEP 93700-000 - Fone: (051) 3598-2577.
CGC: 94.707.817/0001-48

TABELA DE DIÁRIAS, TAXAS DIVERSAS E SERVIÇOS HOSPITALARES			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	R\$
DIÁRIAS			
1	Centro de Tratamento Intensivo	Por Dia	273,60
2	Diária Acompanhante de Quarto Privativo	Por Dia	22,57
3	Diária Recém-Nascido Normal	Por Dia	67,70
4	Recém-Nascido Patológico cuidados intermediários	Por Dia	166,42
5	Quarto Privativo A - aposento com banheiro	Por Dia	86,03
6	Quarto Privativo B - aposento sem banheiro	Por Dia	77,57
7	Semi-Privativo A - aposento com 2 leitos com banheiro	Por Dia	67,70
8	Semi-Privativo B - aposento com 2 leitos sem banheiro	Por Dia	64,88
9	Unidade de Cuidados Intermediários	Por Dia	94,49
10	Enfermaria A - aposento com 3 ou mais leitos com banheiro	Por Dia	43,73
138	Plantão de UTI (Honorários médicos)	Por Dia	88,21
139	Quarto Psiquiátrico	Por Dia	111,72
TAXAS			
11	C.R. com Anestesia geral até 04 horas	Unidade	56,41
12	C.R. com Anestesia geral até 06 horas	Unidade	62,05
13	C.R. com Anestesia geral até 08 horas	Unidade	67,70
14	C.R. com Anestesia geral até 12 horas	Unidade	81,80
15	C.R. com Anestesia geral até 18 horas	Unidade	98,72
16	C.R. com Anestesia local	Unidade	27,08
17	Observação Ambulatorial	Por Uso	42,31
18	Procedimento com Anestesia Local	Unidade	29,62
19	Quimioterapia	Por Uso	29,62
20	Sala de Cirurgia/Parto/Hemod.	30 minutos	32,44
21	Sala de Cirurgia/Parto/Hemod.	Primeira hora	94,49
22	Sala Gesso	hora	14,10
23	Taxa de Sala Imobilização não Gessada	Unidade	4,24
24	Taxa de Sala Infiltração Intra-articular	Unidade	4,24
25	Taxa de Sala Bronc, Colonoscopia, EDA, Histeroscopia, Motilidade Dig	Unidade	29,62
26	Taxa de Uso de Consultório sem Honorários	Unidade	5,64
27	Sala Trabalho de Parto	Por hora	25,39
SERVICOS			
28	Admissão do RN	Unidade	6,67
29	Alimentação Parenteral	Por Dia	18,33
30	Aplicação de Soro (Ambulatório)	Unidade	7,05
31	Aspiração de Secrecões Paciente não entubado	Unidade	5,64
32	Balanco Hídrico	Por Dia	2,12
33	Cateterismo Vesical	Unidade	21,15
34	Controle de Pressão Venosa Central	Por Dia	9,87
35	Curativo Especial	Unidade	36,67
36	Curativo Grande	Unidade	29,62
37	Curativo Médio	Unidade	16,92
38	Curativo Oftálmico	Unidade	11,28
39	Curativo Pequeno/ Episio/Traqueo/gineco	Unidade	9,87
40	Curativo Umbelical	Unidade	2,82
41	Dietoterapia - Cálculo inicial Primeiro Dia	Por Dia	21,15
42	Dietoterapia Dias Subsequentes	Unidade	5,64

rap⁶



**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA
DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE CAMPO BOM**
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL - BRASIL
Rua São Paulo, 317 – Centro – CEP 93700-000 - Fone: (051) 3598-2577.
CGC: 94.707.817/0001-48

43	Embrocação	Unidade	3,53
44	Enteroclisma	Unidade	7,05
45	Glicosúria	Unidade	3,53
46	HGT (Hemoglicoteste)	Unidade	3,52
47	Injeção IV ou IM (Ambulatório)	Unidade	2,11
48	Lavado e Apiracão Traqueal	Unidade	7,05
49	Lavagem de Ouvido	Unidade	2,12
50	Lavagem Gástrica Inclusive Sondagem	Unidade	19,74
51	Lavagem Vesical	Unidade	7,05
52	Nutrição Naso-Enterica (Cálculo Inicial Primeiro Dia)	Unidade	35,26
53	Nutrição Naso-Enterica (Dias Subsequentes)	Por Dia	10,06
54	Orientação Nutricional na Alta Hospitalar	Unidade	8,46
55	Retirada de Pontos	Unidade	8,46
56	Sondagem Retal	Unidade	23,98
57	Sondagem Vesical ou Uretral - Alívio	Unidade	15,63
58	Tricotomia	Unidade	14,10
59	Necrotério, preparo do Corpo	Unidade	25,95
60	Drenagem de Tórax Simples	Unidade	4,71
61	Sonda Naso Enteral	Unidade	14,10
62	Instrumentadora	Por Hora	3,70
63	Instrumentadora	Por Minuto	0,06
64	Aspiração de Secrecões Paciente Entubado	Unidade	7,79
ADMINISTRATIVAS			
81	Expediente por Paciente Ambulatorial	Unidade	8,46
82	Expediente por Paciente Internado	Unidade	18,33
GASOTERAPIA			
83	Ar Comprimido Central	Por Minuto	0,06
84	Nebulização por Aplicação	Unidade	4,23
85	Nebulização com Oxigênio	Unidade	5,64
86	Nebulização Contínua	Por Dia	32,44
87	Oxigênio Sala Cirurgica - primeira hora	Por Hora	8,46
88	Oxigênio Sala Cirurgica - subsequente	Por Minuto	0,10
89	Oxigênio - Qt. Incubadora, CR., CTI, Ambulatório	Por Hora	5,64
90	Protóxido de Azoto	Por Minuto	0,24
91	Termonebulização	Unidade	5,64
92	Umidificação e/ou Vaporização	Por Minuto	0,04
ASPIRACÃO			
93	Aspiração a Vácuo Central	Por Minuto	0,04
94	Aspiração pro Bomba	Por Minuto	0,04

Campo Bom, 14 de abril de 2015.

DANIELA CAMPOS MAURER
Presidente do Conselho Deliberativo do IPASEM/CB