



Relatório de Fornecedores/Prestadores - Exames

Do Fornecedor 524 ao 524

Credenciado à CIS - CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO CENTRO OESTE DO ESTADO DO PARANÁ

Exame	Nome Exame	Valor Unitário
Fornecedor:	524 ORGANIZAÇÃO SÃO LUCAS - PI 81	Telefone: 3635-1384
Logradouro:	DIOGO PINTO	Número: 1145
Bairro:	CENTRO	Cidade: LARANJEIRAS DO SUL
3511	CURATIVO/RETIRADA DE PONTO - INCLUI ATO MEDICO E MATERIAL NECESSARIO	100,00
2000	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR - UNILATERAL	250,00
2008	DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS ARTERIAIS BILATERAIS (CAROTIDASE	250,00
2012	DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO INFERIOR - UNILATERAL	250,00
3568	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA COM MAPEAMENTO DE FLUXO A CORES -	170,00
2776	ELETROCARDIOGRAMA	40,00
2826	EMIÇÃO DE LAUDO PARA EXAME DE ELETROCARDIOGRAMA	20,00
3584	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM FOTO E TESTE DE UREASE	230,00
3795	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM FOTO, TESTE DE UREASE E BIÓPSIA/	300,00
3624	ESCANOMETRIA 3 INCIDÊNCIAS	54,00
3490	GESSO P/ FRATURA DE ANTEBRAÇO	300,00
3489	GESSO P/ FRATURA DE COTOVELO	300,00
3493	GESSO P/ FRATURA DE METACARPO	200,00
3509	GESSO P/ FRATURA DE METATARSO	350,00
3506	GESSO P/ FRATURA DE PERNA	450,00
3494	GESSO P/ FRATURA DE POLEGAR	200,00
3513	GESSO P/ FRATURA DE PUNHO	300,00
3507	GESSO P/ FRATURA DE TORNOZELO	400,00
3505	GESSO P/ FRATURA/LUXAÇÃO DE JOELHO	390,00
3504	GESSO P/ FRATURA/LUXAÇÃO DE PATELA	390,00
3488	GESSO P/ LUXAÇÃO DE COTOVELO	400,00
3496	GESSO P/ LUXAÇÃO DE MAO	400,00
3495	GESSO P/ LUXAÇÃO DE POLEGAR	250,00
3491	GESSO P/ LUXAÇÃO DE PUNHO	400,00
3508	GESSO P/ LUXAÇÃO DE TORNOZELO	450,00
3512	INFILTRAÇÃO/PUNÇÃO ARTICULAR - INCLUI ATO MEDICO E MATERIAL NECESSARIO	350,00
2828	MONITORAMENTO AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL - MAPA 24 HORAS	150,00
2827	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HORAS (3 CANAIS)	150,00
3641	PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL INFANTIL (RADIOGRAFIA	100,00
2835	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP+LATERAL/LOCALIZADA)	50,00
2836	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIA)	70,00
2837	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (PA)	50,00
2838	RADIOGRAFIA DE ADENOIDES OU CAVUM (LATERAL+HIRTZ)	48,00
3611	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO - 2 INCIDÊNCIAS	46,00
3729	RADIOGRAFIA DE ARCOS COSTAIS	50,00
3635	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR	50,00
3618	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL (QUADRIL) - 2 INCIDÊNCIAS	50,00
3636	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL	50,00
3637	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO-CLAVICULAR	50,00
3619	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO SACRO-ILÍACA	50,00
2851	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO - MANDIBULAR BILATERAL	50,00
3730	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TIBIA TARSICA - 2 INCIDÊNCIAS	44,00
3731	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TIBIA TARSICA (TORNOZELO)	44,00
2854	RADIOGRAFIA DE BACIA	48,00
3621	RADIOGRAFIA DE BRAÇO - 2 INCIDÊNCIAS	50,00
3613	RADIOGRAFIA DE CALCÂNEO - 2 INCIDÊNCIAS	44,00
3638	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA - 2 INCIDÊNCIAS	50,00
2861	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL - (AP+LATERAL+TO+FLEXAO)	52,00



Relatório de Fornecedores/Prestadores - Exames

Do Fornecedor 524 ao 524

Credenciado à CIS - CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO CENTRO OESTE DO ESTADO DO PARANÁ

Exame	Nome Exame	Valor Unitário
2862	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL - (AP+LATERAL+TO+OBLIQUAS)	60,00
2973	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL/DINAMICA	52,00
2863	RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSO - LOMBAR (PARA ESCOLIOSE)	64,00
3732	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBAR - 3 INCIDÊNCIAS	60,00
2864	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO- SACRA	60,00
2865	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)	70,00
2866	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA / DORSAL - (AP+LATERAL)	50,00
2974	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	50,00
3609	RADIOGRAFIA DE COLUNA TOTAL PARA ESCOLIOSE (TELESPONDILOGRAFIA)	85,00
3472	RADIOGRAFIA DE CORAÇÃO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)	65,00
2867	RADIOGRAFIA DE CORAÇÃO E VASOS DA BASE (PA+LATERAL+OBLIQUA)	65,00
3622	RADIOGRAFIA DE COSTELA - POR HEMITORAX	50,00
3610	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	44,00
3623	RADIOGRAFIA DE COXA	50,00
2874	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA+LATERAL)	50,00
2975	RADIOGRAFIA DE CRANIO(PA E LATERAL+OBLIQUA/BRETTON+HIRTZ)	50,00
3634	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO OU QUIRODACTILO	44,00
3645	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA - 2 INCIDÊNCIAS	50,00
2878	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	50,00
3615	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	46,00
3620	RADIOGRAFIA DE MANDÍBULA - 3 INCIDÊNCIAS	58,00
3473	RADIOGRAFIA DE MAO - 2 INCIDÊNCIAS	44,00
2884	RADIOGRAFIA DE MAOS E PUNHOS (P/DETERMINAÇÃO DE IDADE OSSEA)	42,00
2976	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA+OBLIQUA)	50,00
3625	RADIOGRAFIA DE OMBRO/OMOPLATA - 3 INCIDÊNCIAS	50,00
2977	RADIOGRAFIA DE ORBITAS - BILATERAL (PA+OBLIQUAS+HIRTZ)	50,00
2887	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN+LATERAL+HIRTZ)	50,00
3733	RADIOGRAFIA DE PATELA - 2 INCIDÊNCIAS	50,00
3616	RADIOGRAFIA DE PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	50,00
3632	RADIOGRAFIA DE PATELA (AP+LATERAL+OBLIQUA+3 AXIAIS)	50,00
3734	RADIOGRAFIA DE PE - DEDOS DO PÉ - 2 INCIDÊNCIAS	46,00
3626	RADIOGRAFIA DE PERNA - 2 INCIDÊNCIAS	50,00
3631	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP+LATERAL+OBLIQUA)	46,00
2980	RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZAÇÃO DE CORPO ESTRANHO)	50,00
2896	RADIOGRAFIA DE SACRO- COCCIX (REGIÃO SACRO - COCCIGEA)	50,00
3735	RADIOGRAFIA DE SACRO-ILIACA - 3 INCIDÊNCIAS	52,00
2897	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN+MN+LATERAL+HIRTZ)	50,00
3736	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (MN+LATERAL+HIRTZ)	50,00
2898	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA+LATERAL+BRETTON)	50,00
2900	RADIOGRAFIA DE TORAX - (PA +PADRÃO OIT)	50,00
2899	RADIOGRAFIA DE TORAX - (PA +PERFIL)	46,00
2901	RADIOGRAFIA DE TORAX - (PA)	38,00
2902	RADIOGRAFIA DE TORAX - (PA+INSPIRAÇÃO+EXPIRAÇÃO+LATERAL)	56,00
2903	RADIOGRAFIA DE TORAX - (PA+PERFIL+OBLIQUA)	56,00
3737	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO + LORDOTICA)	46,00
2981	RADIOGRAFIA MEDIASTISNO (PA+PERFIL)	60,00
2982	RADIOGRAFIA ORELHA, MASTOIDES OU ROCHEDOS BILATERAL - 8 INCIDÊNCIAS	50,00
3639	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MEMBROS INFERIORES	80,00
3510	REAVALIAÇÃO, CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES P/ ACOMPANHAMENTO DE	100,00
3538	REDUÇÃO INCRUENTA DE ANTEBRAÇO + IMOBILIZAÇÃO GESSADA (PCTE VIR RX)	400,00
3540	REDUÇÃO INCRUENTA DE COTOVELO + IMOBILIZAÇÃO GESSADA (PCTE VIR RX)	400,00



Relatório de Fornecedores/Prestadores - Exames

Do Fornecedor 524 ao 524

Credenciado à CIS - CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DO CENTRO OESTE DO ESTADO DO PARANÁ

Exame	Nome Exame	Valor Unitário
3541	REDUÇÃO INCRUENTA DE MÃO + IMOBILIZAÇÃO (PCTE VIR RX LIBERADO)	400,00
3536	REDUÇÃO INCRUENTA DE OMBRO + IMOBILIZAÇÃO (PACIENTE DEVE VIR COM RX)	350,00
3542	REDUÇÃO INCRUENTA DE PATELA/JOELHO + IMOBILIZAÇÃO GESSADA (PCTE VIR RX)	400,00
3544	REDUÇÃO INCRUENTA DE PÉ + IMOBILIZAÇÃO (PCTE VIR RX LIBERADO)	400,00
3539	REDUÇÃO INCRUENTA DE PUNHO + IMOBILIZAÇÃO GESSADA (PCTE VIR COM RX)	400,00
3537	REDUÇÃO INCRUENTA DE UMIERO + IMOBILIZAÇÃO (PCTE DEVE VIR COM RX)	400,00
3556	RETIRADA DE GESSO	100,00
3535	SUTURA + CURATIVO	150,00
3498	TALA METALICA P/ LESAO LIGAMENTAR DE DEDO	250,00
3499	TALA METALICA P/ LESAO TENDINEA DE MAO	250,00
2829	TESTE DE ESFORÇO/TESTE ERGOMETRICO	110,00
3485	TIPOIA - LUXAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR	200,00
3486	TIPOIA P/ FRATURA DE CLAVICULA	200,00
3487	TIPOIA/GESSO P/ FRATURA DE UMIERO	300,00
3546	TRATAMENTO CONSERVADOR DE CERVICALGIA AGUDA	200,00
3549	TRATAMENTO CONSERVADOR DE EPICONDILITE COM IMOBILIZAÇÃO	250,00
3545	TRATAMENTO CONSERVADOR DE LOMBOCIATALGIA AGUDA	200,00
3548	TRATAMENTO CONSERVADOR DE OSTEOPOROSE	250,00
3547	TRATAMENTO CONSERVADOR DE TENDINOPATIA EM OMBRO COM TIPOIA	200,00
3658	ULTRASSONOGRRAFIA ABDOMEN INFERIOR	115,00
2810	ULTRASSONOGRRAFIA ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, VIAS BILIARES,	86,00
2811	ULTRASSONOGRRAFIA ABDOMEN TOTAL (ABDOMEN SUPERIOR,RINS,BEXIGA,	95,00
2814	ULTRASSONOGRRAFIA BOLSA ESCROTAL	95,00
3683	ULTRASSONOGRRAFIA BOLSA ESCROTAL OU TESTICULO COM DOPPLER	130,00
3659	ULTRASSONOGRRAFIA DE COTOVELO (UNILATERAL)	130,00
3662	ULTRASSONOGRRAFIA DE JOELHO (UNILATERAL)	130,00
3663	ULTRASSONOGRRAFIA DE MÃO (UNILATERAL)	130,00
3520	ULTRASSONOGRRAFIA DE MUSCULOS (UNILATERAL)	50,00
3664	ULTRASSONOGRRAFIA DE OMBRO (UNILATERAL)	130,00
3666	ULTRASSONOGRRAFIA DE PÉ (UNILATERAL)	130,00
3669	ULTRASSONOGRRAFIA DE PUNHO (UNILATERAL)	130,00
3671	ULTRASSONOGRRAFIA DE REGIÃO INGUINAL (UNILATERAL)	130,00
2816	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	86,00
3674	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE COM DOPPLER	125,00
3675	ULTRASSONOGRRAFIA DE TORNOZELO (UNILATERAL)	130,00
3534	ULTRASSONOGRRAFIA DE VIAS URINÁRIAS	115,00
3044	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	150,00
2818	ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL	86,00
2037	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA	80,00
2026	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA COM TRANSLUCENCIA NUCAL	110,00
2027	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA COM TRANSLUCENCIA NUCAL - GESTAÇÃO	200,00
2040	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA COM DOPPLER	130,00
2024	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA COM PERFIL BIOFISICO FETAL	110,00
2025	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA COM PERFIL BIOFISICO FETAL - GESTAÇÃO	300,00
2030	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA MORFOLOGICA	120,00
2031	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA MORFOLOGICA GESTAÇÃO MULTIPLA	200,00
3041	ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	120,00
3680	ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA ABDOMINAL	82,00
2034	ULTRASSONOGRRAFIA PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	86,00
2036	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL PARA CONTROLE DE OVULAÇÃO (3 OU MAIS	280,00
2820	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL/ENDOVAGINAL	86,00

