



# Relatório de Fornecedores/Prestadores - Exames

Do Fornecedor 528 ao 528

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

Exame	Nome Exame	Valor Unitário
Fornecedor:	528CLINICA RADIOLOGICA L. VIRMOND - PI 69	Telefone:3623-2042
Logradouro:	VICENTE MACHADO	Número: 997
Bairro:	CENTRO	Cidade: GUARAPUAVA
2098	ANGIO-RESSONANCIA CEREBRAL	268,75
2991	ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL DE ABDOMEN SUPERIOR	600,00
2100	ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL DE CRANIO	600,00
2101	ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL DE PELVE	600,00
2102	ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL DE PESCOÇO	600,00
2992	ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL PULMONAR	600,00
2103	ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA DE AORTA ABDOMINAL	600,00
2104	ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA DE AORTA TORACICA	600,00
2105	ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA VENOSA DE ABDOMEN SUPERIOR	600,00
2106	ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA VENOSA DE CRANIO	600,00
2107	ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA VENOSA DE PELVE	600,00
2108	ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA VENOSA DE PESCOÇO	600,00
3002	ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA VENOSA PULMONAR	600,00
2076	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE ABDOMEN SUPERIOR	490,00
2068	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE CRANIO	490,00
2074	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE PELVE	490,00
2070	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE PESCOÇO	490,00
2072	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE TORAX	490,00
3129	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL PULMONAR	490,00
2079	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL	409,00
2078	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORACICA	490,00
2069	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE CRANIO	490,00
2075	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE PELVE	490,00
2071	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE PESCOÇO	490,00
2073	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE TORAX	490,00
3070	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA PULMONAR	490,00
2077	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSO DE ABDOMEN SUPERIOR	490,00
3798	CLISTER OU ENEMA OPACO	180,00
3741	COLANGIORRESSONANCIA	600,00
2129	CONTRASTE POR EXAME	88,20
3075	DENSITOMETRIA OSSEA - CORPO INTEIRO (AVALIAÇÃO DE MASSA OSSEA OU DE	110,00
3076	DENSITOMETRIA OSSEA - ROTINA: COLUNA E FÊMUR (OU OS DOIS SEGMENTOS)	130,00
2000	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR - UNILATERAL	250,00
2001	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR - UNILATERAL	250,00
2011	DOPPLER COLORIDO CRANIO/TRANSFONTANELA	200,00
2002	DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ARTERIAS RENAI	330,00
2003	DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ILIACAS	250,00
3515	DOPPLER COLORIDO DE ARTERIAS VICERAIS	250,00
2007	DOPPLER COLORIDO DE ORGAO OU ESTRUTURA ISOLADA	230,00
2008	DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS ARTERIAIS BILATERAIS (CAROTIDASE	250,00
2009	DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS VENOSOS BILATERAL (SUBCLAVIAS E	250,00
2010	DOPPLER COLORIDO DE VEIA CAVA SUPERIOR OU INFERIOR	235,00
2012	DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO INFERIOR - UNILATERAL	250,00
2013	DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR - UNILATERAL	250,00
3624	ESCANOMETRIA 3 INCIDÊNCIAS	54,00
3081	FISTULOGRAFIA	150,00
2109	HIDRO RESSONANCIA MAGNETICA (COLANGIO RM OU URO RM OU MIELO RM OU	600,00
3082	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	300,00



# Relatório de Fornecedores/Prestadores - Exames

Do Fornecedor 528 ao 528

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

Exame	Nome Exame	Valor Unitário
2832	MAMOGRAFIA DIGITAL BILATERAL	110,00
3091	PAAF-PUNÇÃO BIOP/ASPIRATIVA POR AGULHA GROSSA DE ORGÃO OU ESTRUT.	300,00
2130	PAAF-PUNÇÃO BIOPSIA/ASPIRATIVA POR AGULHA FINA DE ORGÃO OU ESTRUTURA	300,00
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
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
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
2862	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL - (AP+LATERAL+TO+OBLIQUAS)	60,00
2863	RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSO - LOMBAR (PARA ESCOLIOSE)	64,00
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
3609	RADIOGRAFIA DE COLUNA TOTAL PARA ESCOLIOSE (TELESPONDILOGRAFIA)	85,00
3472	RADIOGRAFIA DE CORAÇÃO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)	65,00
3610	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	44,00
3623	RADIOGRAFIA DE COXA	50,00
2874	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA+LATERAL)	50,00
3799	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	120,00
3077	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO - HIATO - ESTOMAGO E DUODENO	180,00
2878	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	50,00
3615	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	46,00
3473	RADIOGRAFIA DE MAO - 2 INCIDÊNCIAS	44,00
2884	RADIOGRAFIA DE MAOS E PUNHOS (P/DETERMINAÇÃO DE IDADE OSSEA)	42,00
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
3616	RADIOGRAFIA DE PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	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
2896	RADIOGRAFIA DE SACRO- COCCIX (REGIÃO SACRO - COCCIGEA)	50,00
2897	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN+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
2903	RADIOGRAFIA DE TORAX - (PA+PERFIL+OBLIQUA)	56,00
3078	RADIOGRAFIA DE URETROCISTOGRAFIA DE CRIANÇA (ATE 12 ANOS)	185,00
2982	RADIOGRAFIA ORELHA, MASTOIDES OU ROCHEDOS BILATERAL - 8 INCIDÊNCIAS	50,00



# Relatório de Fornecedores/Prestadores - Exames

Do Fornecedor 528 ao 528

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

Exame	Nome Exame	Valor Unitário
3639	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MEMBROS INFERIORES	80,00
3080	RADIOGRAFIA UROGRAFIA VENOSA COM BEXIGA PRE E POS-MICCIONAL	240,00
3571	RESSONANCIA DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMURAL (UNILATERAL) - SEM CONTRASTE	268,75
3643	RESSONÂNCIA DE BASE DO CRANIO - SEM CONTRASTE	390,00
3573	RESSONANCIA DE BOLSA ESCROTAL - SEM CONTRASTE	390,00
3801	RESSONANCIA DE CORAÇÃO / AORTA COM CINE	361,25
3800	RESSONÂNCIA DE CORAÇÃO / MORFOLOGICO E FUNCIONAL	390,00
3802	RESSONANCIA DE CORAÇÃO / MORFOLOGICO E FUNCIONAL + PERFUSÃO +	390,00
3803	RESSONANCIA DE CORAÇÃO / MORFOLOGICO E FUNCIONAL + PERFUSÃO +	390,00
3575	RESSONANCIA DE COTOVELO/PUNHO (UNILATERAL - SEM CONTRASTE	390,00
3574	RESSONANCIA DE JOELHO (UNILATERAL) - SEM CONTRASTE	390,00
3572	RESSONANCIA DE MAMA (BILATERAL) - SEM CONTRASTE	390,00
3576	RESSONANCIA DE MÃO - SEM CONTRASTE	390,00
3577	RESSONANCIA DE OSSOS TEMPORAIS BILATERAIS - SEM CONTRASTE	390,00
3804	RESSONANCIA DE PENIS - SEM CONTRASTE	390,00
3579	RESSONANCIA DE SEGMENTO APENDICULAR (UNILATERAL) - SEM CONTRASTE	390,00
3578	RESSONANCIA DE TORNOZELO OU PÉ (ANTEPÉ) UNILATERAL - SEM CONTRASTE	390,00
3739	RESSONANCIA FETAL - SEM CONTRASTE	390,00
2110	RESSONANCIA MAGNETICA ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO,PANCREAS,	268,75
2112	RESSONANCIA MAGNETICA COXA (UNILATERAL)	390,00
2113	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	268,75
2114	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA/PELVE/ABDOMEN INFERIOR (ARTICULAÇÃO	268,75
2115	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	268,75
2116	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA DORSAL/TORACICA	268,75
2117	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBAR/LOMBO SACRA	268,75
2993	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO (ENCEFALO)	268,75
2120	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	268,75
3740	RESSONANCIA MAGNETICA DE OMBRO (UNILATERAL) - SEM CONTRASTE	500,00
2121	RESSONANCIA MAGNETICA DE PESCOÇO (NASOFARINGE, OROFARINGE, LARINGE,	390,00
2122	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA (HIPOFISE)	268,75
2123	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX (MEDIASTINO, PULMÃO, PAREDE TORACICA	268,75
2124	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES - SEM CONTRASTE	268,75
2125	RESSONANCIA MAGNETICA FACE (INCLUI SEIOS DA FACE)	390,00
2127	RESSONANCIA MAGNETICA ORBITAS BILATERAL	390,00
2128	RESSONANCIA MAGNETICA PELVE (NÃO INCLUI ARTICULAÇÕES COXO FEMURAIIS)	500,00
2994	RESSONANCIA MAGNETICA PLEXO BRANQUIAL (DESFILADEIRO TORACICO) OU	390,00
2086	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ABDOMEN SUPERIOR	132,30
2082	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ABDOMEN TOTAL (ABDOME SUPERIOR, PELVE E	205,80
2084	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ARTICULAÇÃO DE MEMBRO INFERIOR	86,75
2083	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ARTICULAÇÃO DE MEMBRO SUPERIOR	86,75
2093	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CRANIO	97,44
3742	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES (EXTERNO CLAVICULAR,	138,60
2096	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES	230,00
2087	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL	86,76
2088	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA	101,10
2089	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA	86,76
2080	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTÓIDES OU ORELHAS	132,30
2085	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ORBITAS	132,30
2090	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE OU BACIA/ABDOME INFERIOR	138,63
2095	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO OU	86,75
2091	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	97,44



# Relatório de Fornecedores/Prestadores - Exames

Do Fornecedor 528 ao 528

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

Exame	Nome Exame	Valor Unitário
2092	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	132,30
3743	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO APARELHO URINÁRIO	132,30
2094	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO (PARTES MOLES,LARINGE,	86,75
2081	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA FACE OU SEIOS DA FACE/ ARTICULAÇÃO	86,75
3627	TRÂNSITO E MORFOLOGIA DELGADO	180,00
2810	ULTRASSONOGRAMA ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, VIAS BILIARES,	86,00
2811	ULTRASSONOGRAMA ABDOMEN TOTAL (ABDOMEN SUPERIOR,RINS,BEXIGA,	95,00
2814	ULTRASSONOGRAMA BOLSA ESCROTAL	95,00
2815	ULTRASSONOGRAMA CRANIO/TRANSFONTANELA	71,50
3659	ULTRASSONOGRAMA DE COTOVELO (UNILATERAL)	130,00
3517	ULTRASSONOGRAMA DE GLANDULA SALIVARES	130,00
3662	ULTRASSONOGRAMA DE JOELHO (UNILATERAL)	130,00
3663	ULTRASSONOGRAMA DE MÃO (UNILATERAL)	130,00
3664	ULTRASSONOGRAMA DE OMBRO (UNILATERAL)	130,00
3665	ULTRASSONOGRAMA DE PAREDE ABDOMINAL	130,00
3666	ULTRASSONOGRAMA DE PÉ (UNILATERAL)	130,00
3669	ULTRASSONOGRAMA DE PUNHO (UNILATERAL)	130,00
3670	ULTRASSONOGRAMA DE QUADRIL	80,00
3671	ULTRASSONOGRAMA DE REGIÃO INGUINAL (UNILATERAL)	130,00
3672	ULTRASSONOGRAMA DE RETROPERITONIO	150,00
3533	ULTRASSONOGRAMA DE SUPERVISÃO ECOGRÁFICA DE POSICIONAMENTO DE DIU	130,00
3673	ULTRASSONOGRAMA DE SUPRARENAS	140,00
2816	ULTRASSONOGRAMA DE TIREOIDE	86,00
3675	ULTRASSONOGRAMA DE TORNOZELO (UNILATERAL)	130,00
3534	ULTRASSONOGRAMA DE VIAS URINÁRIAS	115,00
3676	ULTRASSONOGRAMA DO COURO CABELUDO	130,00
3518	ULTRASSONOGRAMA ELASTOGRAMA	500,00
2818	ULTRASSONOGRAMA MAMARIA BILATERAL	86,00
2037	ULTRASSONOGRAMA OBSTETRICA	80,00
2026	ULTRASSONOGRAMA OBSTETRICA COM TRANSLUCENCIA NUCAL	110,00
2027	ULTRASSONOGRAMA OBSTETRICA COM TRANSLUCENCIA NUCAL - GESTAÇÃO	200,00
2040	ULTRASSONOGRAMA OBSTETRICA COM DOPPLER	130,00
2024	ULTRASSONOGRAMA OBSTETRICA COM PERFIL BIOFISICO FETAL	110,00
2025	ULTRASSONOGRAMA OBSTETRICA COM PERFIL BIOFISICO FETAL - GESTAÇÃO	300,00
2986	ULTRASSONOGRAMA OBSTÉTRICA GEMELAR C/ DOPPLER	200,00
2028	ULTRASSONOGRAMA OBSTETRICA GESTAÇÃO MULTIPLA	120,00
2031	ULTRASSONOGRAMA OBSTETRICA MORFOLOGICA GESTAÇÃO MULTIPLA	200,00
3526	ULTRASSONOGRAMA OBSTÉTRICA TRIGEMELAR	150,00
3531	ULTRASSONOGRAMA OBSTÉTRICA TRIGEMELAR COM AVALIAÇÃO DO COLO UT	360,00
3529	ULTRASSONOGRAMA OBSTÉTRICA TRIGEMELAR COM DOPPLER	250,00
3530	ULTRASSONOGRAMA OBSTÉTRICA TRIGEMELAR COM PERFIL BIOFISICO	400,00
3678	ULTRASSONOGRAMA OBSTÉTRICA TRIGEMELAR COM TRANSLUCENCIA NUCAL	250,00
3679	ULTRASSONOGRAMA OBSTETRICA TRIGEMELAR MORFOLÓGICA	250,00
3519	ULTRASSONOGRAMA PARA PESQUISA DE ENDOMETRIOSE	445,00
3041	ULTRASSONOGRAMA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	120,00
2034	ULTRASSONOGRAMA PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	86,00
2819	ULTRASSONOGRAMA PROSTATA TRANSRETAL (NÃO INCLUI ABDOMEN INFERIOR	95,00
2036	ULTRASSONOGRAMA TRANSVAGINAL PARA CONTROLE DE OVULAÇÃO (3 OU MAIS	280,00
2820	ULTRASSONOGRAMA TRANSVAGINAL/ENDOVAGINAL	86,00
3628	URETROCISTOGRAFIA MICCIONAL	180,00
3580	UROTOMOGRAFIA	132,30



# Relatório de Fornecedores/Prestadores - Exames

Do Fornecedor 528 ao 528

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

Exame	Nome Exame	Valor Unitário
3684	USG ORGAOS E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (PARÓTIDAS, REGIÃO CERVICAL,	86,00

