

EXAME CREDENCIAMENTO 05-10-2012 (1).xls

CBHPM CÃ³digo Nome Valor SUS ComplementaÃ§Ã£o Valor Municipal 2.01.02.02-0 02.11.02.005-2 MONITORIZACAO
AMBULATORIAL DE PRESSAO
ARTERIAL 10,07 R\$ 132,33 R\$ 142,40 R\$ 4.01.01.03-7 02.11.02.006-0 TESTE DE ESFORCO / TESTE
ERGOMETRICO 30,00 R\$ 83,60 R\$ 113,60 R\$ 2.01.02.03-8 02.11.02.004-4 MONITORAMENTO PELO
SISTEMA HOLTER 24 HS (3
CANAIS) 30,00 R\$ 112,40 R\$ 142,40 R\$ CBHPM CÃ³digo Nome Valor SUS ComplementaÃ§Ã£o Valor
Municipal 4.10.01.10-9 02.06.03.001-0 ABDOME SUPERIOR R\$ 138,63 R\$ 362,91 R\$ 501,54 4.10.01.09-5 02.06.03.001-0
ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR, PELVE E
RETROPERITÃNIO) R\$ 138,63 R\$ 531,71 R\$ 670,34 4.10.01.16-8 ANGIOTOMOGRAFIA (CRÃNIO OU PESCOÃO OU
TÃRAX OU ABDOME SUPERIOR OU PELVE) -
ARTERIAL OU VENOSA R\$ 514,34 R\$ 514,34 4.10.01.18-4 ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL R\$ 514,34 R\$
514,34 4.10.01.17-6 ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORÃ