FUNDAÇÃO HEMOMINAS

TABELA DE PRODUTOS E SERVIÇOS HEMOTERÁPICOS

PORTARIA PRE Nº 152/2025 - 15 DE AGOSTO DE 2025

SUS

01.00	***BOLSAS DE HEMOCOMPONENTES***	
01.01	**CONCENTRADO DE PLAQUETAS PARA ADULTO** (EQUIVALE A 1 UNIDADE DE PLAQUETAFERESE OU 1 POOL DE PLAQUETAS)	**R$ 1.233,00**
01.02	**CONCENTRADO DE PLAQUETAS PARA PEDIATRIA** (EQUIVALE A 1/2 DOSE PARA ADULTO)	**R$ 616,00**
01.03	**CONCENTRADO DE PLAQUETAS RANDÔMICO**	**R$ 160,00**
01.04	**CONCENTRADO DE HEMÁCIAS PARA ADULTO**	**R$ 392,00**
01.05	**CONCENTRADO DE HEMÁCIAS ALICOTADO** (EQUIVALE A VOLUME MENOR OU IGUAL A 150 ML)	**R$ 196,00**
01.06	**CRIOPRECIPITADO**	**R$ 157,00**
01.07	**PLASMA FRESCO CONGELADO**	**R$ 236,00**
01.08	**COLETA DE UMA BOLSA AUTÓLOGA DE SANGUE TOTAL**	**R$ 768,00**
01.09	**COLETA DE DUAS BOLSAS AUTÓLOGAS DE SANGUE TOTAL**	**R$ 1.304,00**
02.00	***EXAMES LABORATORIAIS***	
CBHPM	**PRÉ - TRANSFUSIONAIS - IMUNO-HEMATOLOGIA**	**VALOR (R$)**
40403173	GRUPO SANGUÍNEO ABO E RH	**R$ 30,00**
40403181	GRUPO SANGUÍNEO ABO E RH - **GEL TESTE**	**R$ 59,00**
40304299	GRUPO SANGUÍNEO ABO, E FATOR RHO (INCLUI DU), DETERMINAÇÃO	**R$ 15,00**
40304280	GRUPO ABO, CLASSIFICAÇÃO REVERSA, DETERMINAÇÃO	**R$ 19,00**
40403408	PROVA DE COMPATIBILIDADE PRÉ TRANSFUSIONAL COMPLETA - **EM TUBO**	**R$ 28,00**
40403416	PROVA DE COMPATIBILIDADE PRÉ TRANSFUSIONAL COMPLETA **- GEL TESTE**	**R$ 59,00**
40403688	TESTE DE COOMBS **DIRETO - EM TUBO**	**R$ 30,00**
40403696	TESTE DE COOMBS **DIRETO - GEL TESTE**	**R$ 59,00**
40403700	TESTE DE COOMBS DIRETO - MONO ESPECÍFICO (IGG, IGA, C3, C3D, POLIV - AGH) GEL TESTE	**R$ 59,00**
40304884	TESTE DE COOMBS **INDIRETO**	**R$ 43,00**
40403718	TESTE DE COOMBS INDIRETO - MONO ESPECÍFICO (IGG, IGA, C3, C3D, POLIV. AGH) - GEL TESTE	**R$ 59,00**
40403920	DETERMINAÇÃO DO FATOR RH (D), INCLUINDO PROVA PARA D-FRACO NO SANGUE DO RECEPTOR **- EM TUBO**	**R$ 30,00**
40403130	FENOTIPAGEM DE OUTROS SISTEMAS ERITROCITÁRIOS QUE NÃO ABO - POR ANTÍGENO - **EM TUBO**	**R$ 30,00**
40403149	FENOTIPAGEM DE OUTROS SISTEMAS ERITROCITÁRIOS - POR FENÓTIPO - GEL TESTE	**R$ 89,00**
40403157	FENOTIPAGEM DO SISTEMA RH-HR (D, C, E, C E C) - GEL TESTE	**R$ 63,00**
40304256	FENOTIPAGEM DO SISTEMA RH-HR (ANTI RHO(D) + ANTI RH(C) + ANTI RH(E)	**R$ 75,00**
40403165	FENOTIPAGEM DO SISTEMA RH-HR (D, C, E, C, E)	**R$ 54,00**
40403211	IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS COM PAINEL DE HEMÁCIAS	**R$ 91,00**
40403203	IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS - PAINEL DE HEMÁCIAS **ENZIMÁTICO** - EM TUBO	**R$ 98,00**
40403190	IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS - MÉTODO DE ELUIÇÃO	**R$ 224,00**
40403238	IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS COM PAINEL DE HEMÁCIAS - GEL LISS	**R$ 98,00**
40404579	IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-ERITROCITÁRIOS A FRIO EM GEL	**R$ 59,00**
40403220	IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS COM PAINEL DE HEMÁCIAS TRATADAS POR ENZIMAS - EM GEL	**R$ 107,00**
40403351	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS - **GEL TESTE**	**R$ 59,00**
40403378	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS **A FRIO** - EM TUBO	**R$ 30,00**
40403360	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS - **MÉTODO DE ELUIÇÃO** - EM TUBO	**R$ 30,00**
40403343	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS - **EM TUBO**	**R$ 30,00**
40403335	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS ANTIERITROCITÁRIOS, ANTI-A E/OU ANTI-B - **EM TUBO**	**R$ 30,00**
40403327	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS ANTIERITROCITÁRIOS, ANTI-A E/OU ANTI-B - **GEL TESTE**	**R$ 59,00**
40404560	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS - MÉTODO DE ELUIÇÃO - GEL TESTE	**R$ 59,00**
40403025	ANTICORPOS ERITROCITÁRIOS NATURAIS E IMUNES - TITULAGEM	**R$ 39,00**
40304043	ANTICORPOS IRREGULARES, PESQUISA E/OU DOSAGEM	**R$ 75,00**
40306267	ANTICORPOS NATURAIS - ISOAGLUTININAS, PESQUISAS	**R$ 32,00**
40306275	ANTICORPOS NATURAIS - ISOAGLUTININAS, TITULAGEM	**R$ 32,00**
CBHPM	**HEMATOLOGIA/COAGULAÇÃO**	**VALOR (R$)**
40304353	HEMOGLOBINA (ELETROFORESE OU HPLC)	**R$ 50,00**
40319113	HEMÁCIAS, CONTAGEM	**R$ 25,00**
40304337	HEMATÓCRITO, DETERMINAÇÃO DO	**R$ 15,00**
40304345	HEMOGLOBINA, DOSAGEM	**R$ 15,00**
40304361	HEMOGRAMA COM CONTAGEM DE PLAQUETAS OU FRAÇÕES (ERITROGRAMA, LEUCOGRAMA, PLAQUETAS)	**R$ 20,00**
40304418	LEUCÓCITOS, CONTAGEM	**R$ 15,00**
40304159	FATOR II, DOSAGEM	**R$ 116,00**
40304175	FATOR V, DOSAGEM	**R$ 116,00**

40304680	FATOR VII, DOSAGEM	**R$ 116,00**
40304183	FATOR VIII, DOSAGEM	**R$ 116,00**
40304191	FATOR VIII, DOSAGEM DO ANTÍGENO (VON WILLEBRAND)	**R$ 261,00**
40304205	FATOR VIII, DOSAGEM DO INIBIDOR	**R$ 261,00**
40304752	FATOR IX, DOSAGEM DO INIBIDOR	**R$ 271,00**
40304167	FATOR IX, DOSAGEM	**R$ 116,00**
40304213	FATOR X, DOSAGEM	**R$ 116,00**
40304221	FATOR XI, DOSAGEM	**R$ 116,00**
40304230	FATOR XII, DOSAGEM	**R$ 116,00**
40304248	FATOR XIII, PESQUISA	**R$ 107,00**
40304698	FATOR XIII, DOSAGEM, TESTE FUNCIONAL	**R$ 114,00**
40304574	RISTOCETINA, CO-FATOR, TESTE FUNCIONAL, DOSAGEM	**R$ 215,00**
40304450	PLAQUETAS, TESTE DE AGREGAÇÃO (POR AGENTE AGREGANTE) - 4 AGENTES AGREGANTES	**R$ 513,00**
40304019	ANTICOAGULANTE LÚPICO, PESQUISA	**R$ 43,00**
40304710	IMUNOFENOTIPAGEM PARA HEMOGLOBINÚRIA PAROXISTICA NOTURNA	**R$ 495,00**
40304132	FALCIZAÇÃO, TESTE DE	**R$ 10,00**
40304922	COAGULOGRAMA (TS, TC, PROVA DO LAÇO, RETRAÇÃO DO COÁGULO, CONTAGEM DE PLAQUETAS, TEMPO DE PROTROMBINA, TEMPO DE TROMBOPLASTINA, PARCIAL ATIVADO)	**R$ 57,00**
40304264	FIBRINOGÊNIO, DOSAGEM	**R$ 13,00**
40319253	PROVA FUNCIONAL DDAVP – VON WILLEBRAND (1 HORA)	**R$ 1.463,00**
40319261	PROVA FUNCIONAL DDAVP – VON WILLEBRAND (4 HORAS)	**R$ 2.499,00**
40304558	RETICULÓCITOS, CONTAGEM	**R$ 13,00**
40304590	TEMPO DE PROTROMBINA, DETERMINAÇÃO	**R$ 13,00**
40304639	TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA, DETERMINAÇÃO	**R$ 13,00**
40304620	TEMPO DE TROMBNA, DETERMINAÇÃO	**R$ 19,00**
40301842	FERRO SÉRICO, DOSAGEM	**R$ 13,00**
40321231	ÍNDICE DE SATURAÇÃO DE FERRO	**R$ 26,00**
40302520	TRANSFERRINA, DOSAGEM	**R$ 32,00**
CBHPM	**CITOMETRIA DE FLUXO**	**VALOR (R$)**
40307433	LINFÓCITOS T "HELPER" CONTAGEM DE (IF COM OKT-4) (CD-4+) CITOMETRIA DE FLUXO	**R$ 84,00**
40307441	LINFÓCITOS T SUPRESSORES CONTAGEM DE (IF COM OKT-8) (D-8) CITOMETRIA DE FLUXO	**R$ 84,00**
40403084	DETERMINAÇÃO DE CÉLULAS CD34, CD45 POSITIVAS - CITÔMETRO DE FLUXO	**R$ 410,00**
40403246	IMUNOFENOTIPAGEM DE SUBPOPULAÇÕES LINFOCITÁRIAS - CITÔMETRO DE FLUXO	**R$ 638,00**
03.00	***PROCEDIMENTOS ESPECIAIS***	**VALOR (R$)**
03.01	PLASMAFERESE TERAPÊUTICA	**R$ 2.177,00**
03.02	ALICOTAGEM	**R$ 54,00**
03.03	LAVAGEM DE HEMÁCIAS	**R$ 198,00**
03.04	EQUIPO DE TRANSFUSÃO	**R$ 5,00**
03.05	IRRADIAÇÃO DE UNIDADE HEMOTERÁPICA	**R$ 34,00**
03.06	DESLEUCOCITAÇÃO DE PLAQUETA POR FILTRO (ATÉ 6 UNIDADES)	**R$ 190,00**
03.07	DESLEUCOCITAÇÃO DE HEMÁCIAS POR FILTRO	**R$ 177,00**
03.08	BOLSA PLÁSTICA DE SANGUE PARA SANGRIA	**R$ 62,00**
03.09	TESTE DE GENOTIPAGEM DE GRUPOS SANGUÍNEOS	**R$ 203,00**
03.10	TESTE MOLECULAR PARA ALFATALASSEMIA	**R$ 185,00**
03.11	TESTE GENÉTICO PARA DIAGNÓSTICO DE FATOR V LEIDEN	**R$ 432,00**
03.12	TESTE GENÉTICO PARA DIAGNÓSTICO DA MUTAÇÃO G20210A DA PROTOMBINA	**R$ 432,00**
04.00	***CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE AGÊNCIAS TRANSFUSIONAIS E ASSISTENCIAIS***	**VALOR (R$)**
04.01	VALOR HORA DE TREINAMENTO MINISTRADO POR PROFISSIONAL MÉDICO	**R$ 205,00**
04.02	VALOR HORA DE TREINAMENTO MINISTRADO POR PROFISSIONAL TÉCNICO PATOLOGIA	**R$ 50,00**
04.03	VALOR HORA DE TREINAMENTO MINISTRADO POR PROFISSIONAL ENFERMEIRO	**R$ 80,00**
04.04	VALOR HORA DE TREINAMENTO MINISTRADO POR PROFISSIONAL BIOQUÍMICO	**R$ 80,00**
04.05	VALOR HORA DE TREINAMENTO MINISTRADO POR PROFISSIONAL CAPTADOR	**R$ 50,00**
04.06	VALOR HORA DE TREINAMENTO MINISTRADO POR PROFISSIONAL FATURISTA	**R$ 50,00**
05.00	***VALIDAÇÃO SISTEMAS ANALÍTICOS DE DIAGNÓSTICO DA FUNDAÇÃO HEMOMINAS***	**VALOR (R$)**
05.01	PAINEL MÚLTIPLO - PAINEL DE AMOSTRAS DE SORO E PLASMA COM REATIVIDADE MISTA EM PELO MENOS 6 PARÂMETROS DIFERENTES: HBSAG, ANTI-HBC TOTAL, ANTI-HIV, ANTI-HTLV, ANTI-HCV, ANTI-TRYPANOSOMA CRUZI (CHAGAS) E ANTI-TREPONEMA PALLIDUM (SÍFILIS)	**R$ 5.601,00**
05.02	PAINEL ESPECÍFICO - PAINEL DE AMOSTRAS DE SORO E PLASMA COM REATIVIDADE MISTA COM ATÉ 30 AMOSTRAS DIFERENTES: HBSAG, ANTI-HBC TOTAL, ANTI-HIV, ANTI-HTLV, ANTI-HCV, ANTI-TRYPANOSOMA CRUZI (CHAGAS) OU ANTI-TREPONEMA PALLIDUM (SÍFILIS)	**R$ 5.601,00**
05.03	CUSTO DA HORA PARA VALIDAÇÃO DE SISTEMAS ANALÍTICOS	**R$ 313,00**

FUNDAÇÃO HEMOMINAS

TABELA DE PRODUTOS E SERVIÇOS HEMOTERÁPICOS

PORTARIA PRE Nº 152/2025 - 15 DE AGOSTO DE 2025

SUS

06.00	*CÉLULAS E TECIDOS*	VALOR (R$)
06.01	PROCESSAMENTO E CRIOPRESERVAÇÃO DE UNIDADE CONTENDO CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOÉTICAS OU CONCENTRADO DE LINFÓCITOS EM UMA BOLSA COM ARMAZENAMENTO POR ATÉ 2 ANOS	**R$ 5.223,00**
06.02	PROCESSAMENTO E CRIOPRESERVAÇÃO DE UNIDADE CONTENDO CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOÉTICAS OU CONCENTRADO DE LINFÓCITOS EM DUAS BOLSAS COM ARMAZENAMENTO POR ATÉ 2 ANOS	**R$ 8.018,00**
06.03	BOLSA ADICIONAL CRIOPRESERVADA E ARMAZENADA POR ATÉ 2 ANOS (1 BOLSA ADICIONAL, A PARTIR DA 3ª BOLSA, PARA A MESMA COLETA)	**R$ 2.455,00**
06.04	DESCONGELAMENTO E RESSUSPENSÃO OU LAVAGEM DE UNIDADE CONTENDO CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOÉTICAS OU CONCENTRADO DE LINFÓCITOS (POR BOLSA A SER DESCONGELADA)	**R$ 2.748,00**
06.05	ARMAZENAMENTO DE BOLSA CONTENDO CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOÉTICAS OU CONCENTRADO DE LINFÓCITOS POR PERÍODO ADICIONAL DE ATÉ 2 ANOS (POR BOLSA, APÓS TÉRMINO DO 2º ANO DE ARMAZENAMENTO)	**R$ 719,00**
06.06	CONTROLE DE QUALIDADE EM UNIDADE CONTENDO CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOÉTICAS OU CONCENTRADO DE LINFÓCITOS	**R$ 1.752,00**
06.07	DESERITROCITAÇÃO E DESPLASMATIZAÇÃO DE UNIDADE CONTENDO CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOÉTICAS	**R$ 4.634,00**
06.08	ENSAIO CLONOGÊNICO IN VITRO (CFU) EM UNIDADE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOÉTICAS	**R$ 599,00**
06.09	AVALIAÇÃO DA EXPRESSÃO DOS ANTÍGENOS CD42A, CD42B E CD61, EM PLAQUETAS, POR CITOMETRIA DE FLUXO	**R$ 425,00**
06.10	HEMOGRAMA AUTOMATIZADO EM AMOSTRA DE CONCENTRADO DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOÉTICAS, CONCENTRADO DE LINFÓCITOS OU SANGUE PERIFÉRICO MOBILIZADO	**R$ 45,00**
06.11	HEMOCULTURA EM AMOSTRA DE CONCENTRADO DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOÉTICAS OU CONCENTRADO DE LINFÓCITOS	**R$ 204,00**
06.12	QUANTIFICAÇÃO DE CÉLULAS CD34 POR CITOMETRIA DE FLUXO	**R$ 506,00**
06.13	COLETA DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOÉTICAS DO SANGUE PERIFÉRICO	**R$ 1.941,00**
06.14	EXAME DE QUANTIFICAÇÃO DE CÉLULAS CD3+/CD19- POR CITOMETRIA DE FLUXO COM HEMOGRAMA	**R$ 460,00**
06.15	PRODUÇÃO DE SORO AUTÓLOGO PARA USO OFTALMOLÓGICO	**R$ 1.452,00**