



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

LEI Nº 2.325/2021

AUTORIZA O PODER EXECUTIVO A FIRMAR CONVÊNIO COM A SOCIEDADE SULINA DIVINA PROVIDÊNCIA (HOSPITAL ESTRELA) E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

GERMANO STEVENS, Prefeito Municipal de Imigrante, Estado do Rio Grande do Sul.

FAÇO SABER que a Câmara Municipal de Vereadores aprovou o Projeto de Lei nº 043/2021 e eu sanciono e promulgo a seguinte Lei:

Art. 1º. Fica o Poder Executivo autorizado a firmar Convênio com a SOCIEDADE SULINA DIVINA PROVIDÊNCIA (HOSPITAL ESTRELA), para a execução de serviços na área de Serviços de Atenção Básica, referenciados pelas Unidades Básicas de Saúde; Atenção a Média Complexidade e Urgência e Emergência em saúde (Pronto Socorro, Traumatologia e Neurologia, Ginecologia, Obstetrícia, Cirurgia Geral, Cirurgias Plásticas, Otorrinolaringologia, Urologia, Anestesiologia); de cirurgias de urgência e emergência nas mesmas especialidades, cirurgias eletivas, e, exames complementares, para municípios do Município de Imigrante, **conforme Convênio em Anexo**, que passa a fazer parte integrante da presente Lei.

Art. 2º. As despesas decorrentes da aplicação da presente Lei correrão à conta das seguintes dotações orçamentárias:

ÓRGÃO:	07 - SEC. MUN. DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL
Unidade:	01 - FMS – Recursos Próprios
Projeto/Atividade:	10.302.0018.2059 - Contrat. Conv. Assist. Méd. e Sanit. a População
Despesa:	3.3.9.0.39.00.000000 - Outros Serv. Terc. Pessoa Jurídica
ÓRGÃO:	07 - SEC. MUN. DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL
Unidade:	02 - FMS – Recursos Vinc. União
Projeto/Atividade:	10.301.0049.2085 - Assist. Méd. e Sanit. c/Rec. MAC
Despesa:	3.3.9.0.39.00.000000 - Outros Serv. Terc. Pessoa Jurídica

Art. 3º. Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

GABINETE DO PREFEITO DE IMIGRANTE, 25 de agosto de 2021.


GERMANO STEVENS
Prefeito Municipal

Registre-se e Publique-se



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

Lei nº 2.325/2021

ANEXO ÚNICO

CONVÊNIO

Pelo presente instrumento, de um lado, **MUNICÍPIO DE IMIGRANTE**, pessoa jurídica de direito público, inscrito no CNPJ sob o nº 92.454.776/0001-08, representado pelo Prefeito Municipal, Sr. **GERMANO STEVENS**, brasileiro, inscrito no CPF nº e portador da cédula de identidade RG nº, doravante denominada simplesmente **CONVENENTE** e de outro lado, **SOCIEDADE SULINA DIVINA PROVIDÊNCIA - HOSPITAL DE ESTRELA**, pessoa jurídica de direito privado, associação civil, sem fins econômicos e lucrativos, de caráter beneficente e assistência social, qualificada como de utilidade pública, com atividade preponderante na área da saúde, sediada em Estrela/RS, na Rua Geraldo Pereira, 405, bairro Centro, inscrita no CNPJ nº 87.317.764/0011-65, presente neste ato por sua procuradora, Sra. **CLAIR TERESINHA AGNES**, brasileira, inscrita no CPF nº 251.245.529-72 e portadora da cédula de identidade RG nº 3004359968, doravante denominada simplesmente **CONVENIADA**, tem como justo e acordado o que segue:

Disposições Preliminares:

Este Termo tem como objetivo a concessão de auxílio financeiro pela Convenente à Conveniada, pelo período de 12 (doze) meses, conforme Lei Municipal nº 2.325/2021.

Cláusula I – Do Objeto e Valores pagos:

1.1. Constitui objeto do presente convênio a concessão de auxílio financeiro, a ser repassado pela CONVENENTE à CONVENIADA, com a finalidade de viabilizar o custeio e manutenção dos serviços médico-hospitalares especificados nos Quadros I da cláusula 1.4 e II da Cláusula 1.5, proporcionando atendimento adequado e condigno à população do Município de IMIGRANTE/RS, que necessite dos serviços prestados pela mesma.

1.2. Os atendimentos referidos no item 1.1, a critério da CONVENIADA, poderão ser realizados no Hospital São José, em Arroio do Meio/RS e no Hospital Santa Isabel, em Progresso, também mantidos pela Sociedade Sulina Divina Providência.

1.3. Os recursos referidos no item 1.1 deverão ser aplicados conforme cronograma do anexo, compreendendo os serviços médico-hospitalares especificados nos Quadros I da cláusula 1.4 e II da Cláusula 1.5.

1.4. A CONVENENTE pagará à CONVENIADA, mensalmente, a importância de **R\$ 18.822,24** (dezoito mil e oitocentos e vinte e dois reais e vinte e quatro centavos) considerando-se 3.100 (três mil e cem) habitantes, conforme Quadro I a seguir:



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

Lei nº 2.325/2021

Anexo Único - Fl. 02

QUADRO I – Dos valores fixos:

ESPECIFICAÇÃO	VALOR (R\$)
<p>Pronto Socorro (Urgência e Emergência): honorários de plantonista e manutenção dos serviços básicos e de urgência/emergência: procedimentos de ambulatório, sala de observação, materiais, medicamentos, exames (RX e eletrocardiograma). Plantão presencial de 24 (vinte e quatro) horas por dia, 07 (sete) dias por semana.</p>	<p>R\$ 1,57 (um real e cinquenta e sete centavos) por habitante, totalizando R\$ 4.861,13 (quatro mil e oitocentos e sessenta e um reais e treze centavos)</p>
<p>Traumatologia de Baixa e Média Complexidade (Urgência e Emergência): manutenção do plantão da especialidade. Plantão sobreaviso de 24 (vinte e quatro) horas por dia, 07 (sete) dias por semana. Na traumatologia inclui 2 (dois) atendimentos após o ato cirúrgico ou caso de tratamento conservador. <i>Caso haja necessidade de continuidade do tratamento pós-cirúrgico ou conservador em traumatologia deverá haver autorização prévia do município.</i></p>	<p>Valor de R\$ 4.473,02 (quatro mil e quatrocentos e setenta e três reais e dois centavos)</p>
<p>Neurologia de Baixa e Média Complexidade (Urgência e Emergência): manutenção do plantão da especialidade. Plantão sobreaviso de 24 (vinte e quatro) horas por dia, 07 (sete) dias por semana. Na neurologia inclui acompanhamento de diagnóstico, punção lombar e acompanhamento neurológico durante internação.</p>	<p>R\$ 0,57 (cinquenta e sete centavos) por habitante, totalizando R\$ 1.755,41 (um mil e setecentos e cinquenta e cinco reais e quarenta e um centavos)</p>
<p>Cirurgia Geral de Baixa e Média Complexidade (Urgência e Emergência): manutenção do plantão da especialidade. Plantão sobreaviso de 24 (vinte e quatro) horas por dia, 07 (sete) dias por semana. Na cirurgia geral inclui 1 (um) atendimento pós cirúrgico no prazo de 15 (quinze) dias após a alta hospitalar. <i>Caso o paciente necessitar de uma avaliação pós-cirúrgica após 15 (quinze) dias de alta ou a partir da segunda em prazo menor encaminhada pela UBS deverá haver autorização prévia do município.</i></p>	<p>R\$ 0,57 (cinquenta e sete centavos) por habitante, totalizando R\$ 1.755,41 (um mil e setecentos e cinquenta e cinco reais e quarenta e um centavos)</p>
<p>Anestesiologia: manutenção do plantão da especialidade. Plantão sobreaviso de 24 (vinte e quatro) horas por dia, 07 (sete) dias por semana.</p>	<p>Valor de R\$ 1.453,73 (um mil e quatrocentos e cinquenta e três reais e setenta e três centavos)</p>



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

Lei nº 2.325/2021

Anexo Único - Fl. 03

<p>Obstetrícia (Urgência e Emergência): manutenção do plantão da especialidade. Plantão presencial de 24 (vinte e quatro) horas por dia, 07 (sete) dias por semana. Na obstetrícia os atendimentos pós-cirúrgicos devem ser realizados na UBS, incluindo a retirada de pontos. Na obstetrícia inclui 1 (um) atendimento pós cirúrgico no prazo de 15 (quinze) dias após a alta hospitalar. Caso a paciente necessite de uma avaliação pós-cirúrgica após 15 (quinze) dias de alta ou a partir da segunda em prazo menor encaminhada pela UBS deverá haver autorização prévia do município.</p>	<p>R\$ 0,78 (setenta e oito centavos) por habitante, totalizando R\$ 2.430,56 (dois mil e quatrocentos e trinta reais e cinquenta e seis centavos)</p>
<p>Pediatria (Urgência e Emergência): manutenção do plantão da especialidade, com cobertura para sala de parto e atendimento pediátrico. Plantão sobreaviso de 24 (vinte e quatro) horas por dia, 07 (sete) dias por semana.</p>	<p>R\$ 0,68 (sessenta e oito centavos) por habitante, totalizando R\$ 2.092,98 (dois mil e noventa e dois reais e noventa e oito centavos)</p>
<p>Total Valor Fixo</p>	<p>R\$ 18.822,24</p>

1.5. Além dos valores estabelecidos na Cláusula 1.4 supra, para os serviços variáveis a CONVENIENTE pagará à CONVENIADA os valores constantes no Quadro II, a seguir:

QUADRO II – Dos valores por produção:

ATENDIMENTO / AVALIAÇÃO	
ESPECIFICAÇÃO	VALOR
<p>Avaliação de especialista Urgência/Emergência: avaliações de especialidades solicitadas pelo médico assistente da internação ou médico plantonista do pronto socorro, exceto traumatologista, neurologista, cirurgia geral, clínica geral, obstetrícia e pediatria.</p>	<p>R\$ 163,34 (cento e sessenta e três reais e trinta e quatro centavos) por atendimento</p>



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

Lei nº 2.325/2021

Anexo Único - Fl. 04

SERVIÇOS PROFISSIONAIS CIRÚRGICOS

Traumatologia de Baixa e Média Complexidade (Urgência/Emergência):
Cirurgia Geral de Baixa e Média Complexidade (Urgência/Emergência):
Neurologia de Baixa e Média Complexidade (Urgência/Emergência):

Todos os procedimentos realizados, inclusive urgências (estas sem necessidade de autorização prévia), serão cobradas por produção, compreendendo a AIH mais complementação dos honorários médicos e hospitalar da seguinte forma:

- Grupo 01: Procedimentos dos Portes Cirúrgicos 1A ao 3C da tabela CBHPM 2016:

- Valores: Honorários Médicos conforme porte 3C: R\$ 337,99 (trezentos e trinta e sete reais e noventa e nove centavos) + Serviços Hospitalares: R\$ 533,59 (quinhentos e trinta e três reais e cinquenta e nove centavos) + Valor Porte Anestésico.

- Grupo 02: procedimentos dos portes cirúrgicos 4A ao 6C da tabela CBHPM 2016:

- Valores: Honorários Médicos conforme porte 6C: R\$ 858,27 (oitocentos e cinquenta e oito reais e vinte e sete centavos) + Serviços Hospitalares: R\$ 958,29 (novecentos e cinquenta e oito reais e cinquenta e nove centavos) + Valor Porte Anestésico.

- Grupo 03: procedimentos dos portes cirúrgicos 7A ao 8C da tabela CBHPM 2016:

- Valores: Honorários Médicos conforme porte 7C: R\$ 1.136,67 (um mil e cento e trinta e seis reais e sessenta e sete centavos) + Serviços Hospitalares: R\$ 1.142,32 (um mil e cento e quarenta e dois reais e trinta e dois centavos) + Valor Porte Anestésico.

- Grupo 04: procedimentos dos portes cirúrgicos 9A ao 11C da tabela CBHPM 2016:

- Valores: Honorários Médicos conforme porte 9C: R\$ 1.661,16 (um mil e seiscentos e sessenta e um reais e dezesseis centavos) + Serviços Hospitalares: R\$ 1.497,32 (um mil e quatrocentos e noventa e sete reais e trinta e dois centavos) + Valor Porte Anestésico.

- Grupo 05: procedimentos dos portes cirúrgicos 12A ao 14C da tabela CBHPM 2016:

- Valores: Honorários Médicos conforme porte 12A: R\$ 2.578,44 (dois mil e quinhentos e setenta e oito reais e quarenta e quatro centavos) + Serviços Hospitalares: R\$ 1.710,76 (um mil e setecentos e dez reais e setenta e seis centavos) + Valor Porte Anestésico.

Observações:

* *Nestes atendimentos **não será aplicado** cobrança diferenciada dos atos médicos praticados em caráter de urgência ou emergência;*

* *Honorários Médicos conforme tabela CBHPM 2016 e Unidade de Custo Operacional - UCO R\$ 20,47, atualizada em 29 de outubro de 2018 reajustado com o INPC de maio/2021 (8,8962%);*

* *Órteses, próteses e materiais especiais não cobertos pelo SUS, será solicitada complementação de valores, conforme apresentação de orçamento, devendo as diferenças serem pagas pela CONVENENTE;*

* *Procedimentos considerados de Alta Complexidade poderão ser realizados de acordo com os portes da tabela CBHPM 2016 (UCO R\$ 21,89 atualizado em 18 de outubro de 2020) e mediante avaliação de capacidade técnica.*



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

Lei nº 2.325/2021

Anexo Único - Fl. 05

Serviço de Anestesiologia:

Os honorários de anestesia serão pagos por cirurgia/produção, baseados nos portes anestésicos da tabela CBHPM 2016, da seguinte forma:

- Porte Anestésico 1, 2 e 3 da CBHPM 2016: R\$ 395,60 (trezentos e noventa e cinco reais e sessenta centavos) – equivalente a 84% (oitenta e quatro por cento) do porte cirúrgico 4C da CBHPM;
- Porte Anestésico 4 da CBHPM 2016: R\$ 608,52 (seiscentos e oito reais e cinquenta e dois centavos) – equivalente a 84% (oitenta e quatro por cento) do porte cirúrgico 6B da CBHPM;
- Porte Anestésico 5 da CBHPM 2016: R\$ 875,23 (oitocentos e setenta e cinco reais e vinte e três centavos) – equivalente a 84% (oitenta e quatro por cento) do porte cirúrgico 7C da CBHPM;
- Porte Anestésico 6 da CBHPM 2016: R\$ 1.184,54 (um mil e cento e oitenta e quatro reais e cinquenta e quatro centavos) – equivalente a 84% (oitenta e quatro por cento) do porte cirúrgico 9B da CBHPM;

Observações:

- * *Nestes atendimentos **não será aplicado** cobrança diferenciada dos atos médicos praticados em caráter de urgência ou emergência;*
- * *Honorários Médicos conforme tabela CBHPM 2016 e Unidade de Custo Operacional - UCO R\$ 20,47 (vinte reais e quarenta e sete centavos), atualizada em 29 de outubro de 2018 reajustado com o INPC de maio/2021 (8,8962%).*

Obstetrícia:

Procedimentos obstétricos sem a necessidade de autorização prévia.

AIH + Complementação de honorários médicos e hospitalar da seguinte forma:

- Parto Normal: AIH + Complementação de R\$ 1.633,44 (um mil e seiscentos e trinta e três reais e quarenta e quatro centavos);
- Parto Cesariana: AIH + Complementação de R\$ 2.722,41 (dois mil e setecentos e vinte e dois reais e quarenta e um centavos) + Anestesia;
- Curetagem pós aborto/pós parto: AIH + Complementação de R\$ 653,38 (seiscentos e cinquenta e três reais e trinta e oito centavos) + Anestesia;
- Nascimento gemelar: acréscimo de R\$ 435,58 (quatrocentos e trinta e cinco reais e cinquenta e oito centavos).

Observações:

- * *Nestes atendimentos **não será aplicado** cobrança diferenciada dos atos médicos praticados em caráter de urgência ou emergência;*
- * *No procedimento de cesariana, quando for necessário médico auxiliar, será cobrado o valor de chamado de especialista R\$ 163,34 (cento e sessenta e três reais e trinta e quatro centavos).*



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

Lei nº 2.325/2021

Anexo Único - Fl. 06

**Ginecologia/Urologia/Vascular/Otorrinolaringologia/Bucomaxilofacial/Cirurgia Pediátrica/
Cirurgia Reparadora/Neurocirurgia/Dermatologia:**

Procedimentos realizados, inclusive urgências (estas sem necessidade de autorização prévia), serão cobradas por produção, compreendendo a AIH mais complementação dos honorários médicos e hospitalar da seguinte forma:

- Grupo 01: Procedimentos dos Portes Cirúrgicos 1A ao 3C da tabela CBHPM 2016:

- Valores: Honorários Médicos conforme porte 3C: R\$ 337,99 (trezentos e trinta e sete reais e noventa e nove centavos) + Serviços Hospitalares: R\$ 533,59 (quinhentos e trinta e três reais e cinquenta e nove centavos) + Valor Porte Anestésico.

- Grupo 02: procedimentos dos portes cirúrgicos 4A ao 6C da tabela CBHPM 2016:

- Valores: Honorários Médicos conforme porte 6C: R\$ 858,27 (oitocentos e cinquenta e oito reais e vinte e sete centavos) + Serviços Hospitalares: R\$ 958,29 (novecentos e cinquenta e oito reais e vinte e nove centavos) + Valor Porte Anestésico.

- Grupo 03: procedimentos dos portes cirúrgicos 7A ao 8C da tabela CBHPM 2016:

- Valores: Honorários Médicos conforme porte 7C: R\$ 1.136,67 (um mil e cento e trinta e seis reais e sessenta e sete centavos) + Serviços Hospitalares: R\$ 1.142,32 (um mil e cento e quarenta e dois reais e trinta e dois centavos) + Valor Porte Anestésico.

- Grupo 04: procedimentos dos portes cirúrgicos 9A ao 11C da tabela CBHPM 2016:

- Valores: Honorários Médicos conforme porte 9C: R\$ 1.661,36 (um mil e seiscentos e sessenta e um reais e trinta e seis centavos) + Serviços Hospitalares: R\$ 1.497,32 (um mil e quatrocentos e noventa e sete reais e trinta e dois centavos) + Valor Porte Anestésico.

- Grupo 05: procedimentos dos portes cirúrgicos 12A ao 14C da tabela CBHPM 2016:

- Valores: Honorários Médicos conforme porte 12A: R\$ 2.578,44 (dois mil e quinhentos e setenta e oito reais e quarenta e quatro centavos) + Serviços Hospitalares: R\$ 1.710,76 (um mil e setecentos e dez reais e setenta e seis centavos) + Valor Porte Anestésico.

Observações:

* Nestes atendimentos **será aplicado** cobrança diferenciada dos atos médicos praticados em caráter de urgência ou emergência (noite, das 19:00 às 07:00, finais de semana e feriados).

* Honorários Médicos conforme tabela CBHPM 2016 e Unidade de Custo Operacional - UCO R\$ 20,47, atualizada em 29 de outubro de 2018 reajustado com o INPC de maio/2021 (8,8962%);

* Órteses, próteses e materiais especiais não cobertos pelo SUS, será solicitada complementação de valores, conforme apresentação de orçamento, devendo as diferenças serem pagas pela CONVENENTE;

* Procedimentos considerados de Alta Complexidade poderão ser realizados de acordo com a tabela CBHPM 2016 (UCO R\$21,89 atualizado em 18 de outubro de 2020) e mediante avaliação de capacidade técnica; estas especialidades não possuem cobertura de sobreaviso para situações de urgência e emergência, dependendo da disponibilidade dos profissionais.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

Lei nº 2.325/2021

Anexo Único - Fl. 07

OUTROS SERVIÇOS	
Manutenção da UTI Adulta/Neonatal : auxílio na diária da UTI (adulto e neonatal). As avaliações de especialistas e exames especializados (ecocardiografia, eletroencefalografia e ecografias) serão solicitados e remunerados à parte.	R\$ 217,79 (duzentos e dezessete reais e setenta e nove centavos) por diária
Internações Clínicas (adulto/pediátrico) de todas especialidades Obs: Situações de internações em que não ocorram intervenções cirúrgicas.	R\$ 78,41 (setenta e oito reais e quarenta e um centavos) por diária
Exames Laboratoriais e Exames de Imagem, como Ecografia, endoscopia, tomografia, colonoscopia, fibrobroncoscopia, ressonância magnética, entre outros. Mediante autorização prévia.	Tabela em Anexo
Materiais e medicamentos não cobertos pelo SUS	Mediante apresentação do valor a ser ressarcido

1.6. Da valoração dos atos cirúrgicos:

1.6.1. Quando previamente planejada, ou quando se verificar, durante o ato cirúrgico, a indicação de atuar em vários órgãos ou regiões ou em múltiplas estruturas articulares a partir da mesma via de acesso, a quantificação do porte da cirurgia será a que corresponder, por aquela via, ao procedimento de maior porte, acrescido de 50% (cinquenta por cento) do previsto para cada um dos demais atos médicos praticados, desde que não haja um código específico para o conjunto.

1.6.2. Quando ocorrer mais de uma intervenção por diferentes vias de acesso, deve ser adicionado ao porte da cirurgia considerada principal o equivalente a 70% (setenta por cento) do porte de cada um dos demais atos praticados.

1.6.3. Obedecem às normas acima as cirurgias bilaterais, realizadas por diferentes incisões (70%, setenta por cento), ou pela mesma incisão (50%, cinquenta por cento).

1.6.4. Quando duas equipes distintas realizarem simultaneamente atos cirúrgicos diferentes, a cada uma delas será atribuído porte de acordo com o procedimento realizado e previsto nesta Classificação.

1.6.5. Quando um ato cirúrgico for parte integrante de outro, valorar-se-á não o somatório do conjunto, mas apenas o ato principal.

1.6.6. Nas cirurgias em crianças com peso inferior a 2.500g (duas mil e quinhentas gramas), fica previsto acréscimo de 100% (cem por cento) sobre o porte do procedimento realizado.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

Lei nº 2.325/2021

Anexo Único - Fl. 08

1.7. Dos auxiliares de cirurgia:

1.7.1. A valoração dos serviços prestados pelos médicos auxiliares dos atos cirúrgicos corresponderá ao percentual de 30% (trinta por cento) da valoração do porte do ato praticado pelo cirurgião para o primeiro auxiliar, de 20% (vinte por cento) para o segundo e terceiro auxiliares e, quando o caso exigir, também para o quarto auxiliar.

1.7.2. Quando uma equipe, num mesmo ato cirúrgico, realizar mais de um procedimento, o número de auxiliares será igual ao previsto para o procedimento de maior porte, e a valoração do porte para os serviços desses auxiliares será calculada sobre a totalidade dos serviços realizados pelo cirurgião.

1.8. Os atos médicos praticados em caráter de urgência ou emergência terão um acréscimo de trinta por cento (30%, trinta por cento) em seus portes nas seguintes eventualidades:

- a) No período compreendido entre 19h (dezenove horas) e 7h (sete horas) do dia seguinte;
- b) Em qualquer horário aos sábados, domingos e feriados;
- c) Ao ato médico iniciado no período normal e concluído no período de urgência/emergência, aplica-se o acréscimo de 30% quando mais da metade do procedimento for realizado no horário de urgência/emergência;
- d) Para as especialidades médicas com pagamento de sobreaviso, previsto no Quadro I do item 1.4, não será aplicada a cobrança diferenciada dos atos médicos praticados em caráter de urgência ou emergência.

1.9. Para as Órteses, próteses e materiais especiais (OPME) não cobertos pelo SUS, ou com valores superiores a Tabela Unificada SUS, será solicitada complementação de valores, conforme apresentação de orçamento, devendo as diferenças serem pagas pela CONVENENTE.

1.10. Para os serviços prestados deverão ser observados os seguintes critérios referentes à complementação de valores:

- a) **Para outros procedimentos não descritos neste convênio, a complementação de honorários médicos e/ou valor hospitalar será apresentada conforme tabela aplicada ao caso específico: AIH + Complementação.** Os honorários médicos serão faturados ao hospital, que repassará aos profissionais;
- b) No caso de mutirão de Cirurgias Eletivas, serão aplicados os valores específicos para o mutirão, mediante apresentação de orçamento prévio;
- c) Situações pontuais não especificadas neste convênio serão resolvidas entre as partes;
- d) Exames de diagnósticos eletivos poderão ser realizados mediante aprovação prévia;



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

Lei nº 2.325/2021

Anexo Único - Fl. 09

e) Procedimentos considerados de Alta Complexidade poderão ser realizados de acordo com a tabela CBHPM 2016 (Unidade de Custo Operacional - UCO R\$ 21,89, atualizada em 18 de outubro de 2020) e mediante avaliação de capacidade técnica;

f) Para as especialidades médicas que não possuem cobertura de sobreaviso os atendimentos serão condicionados a avaliação de capacidade técnica e disponibilidade dos profissionais.

Cláusula II - Do Pagamento:

2.1. O CONVENIENTE repassará à CONVENIADA o valor fixo mensal especificado no Quadro I, item 1.4, acrescidos do valor de produção, conforme fatura de valores especificados no Quadro II, item 1.5.

2.2. O pagamento será efetuado até o 10º (décimo) dia do mês seguinte ao vencido, mediante depósito na Conta Corrente nº 37150-5, Agência 0430-8, do Banco do Brasil.

2.3. Ocorrendo atraso nos pagamentos, os valores deverão ser acrescidos de correção monetária pelo INPC (FGV), ou outro índice oficial que venha a substituí-lo.

Cláusula III – Da Vigência:

3.1. O presente convênio tem vigência de 01 (um) ano, iniciando em 1º de setembro de 2021 e encerrando em 31 de agosto de 2022, podendo ser renovado mediante termo aditivo.

Cláusula IV – Do Reajuste:

4.1. Os valores objetos do presente convênio serão reajustados da seguinte forma:

I – Automaticamente, a cada período de vigência do presente instrumento, pela aplicação da variação positiva acumulada dos últimos 12 (doze) meses, pelo índice relacionado à saúde – INPC/FGV sobre o valor fixo por habitante – Quadro I, cláusula 1.4, e sobre os valores variáveis – Quadro II, cláusula 1.5;

II – Anualmente, sempre que atualizados os dados acerca da "População Estimada" do CONVENIENTE, conforme último dado divulgado pelo IBGE no seu site oficial (<http://www.cidades.ibge.gov.br>). Nesta hipótese, as partes deverão assinar um termo aditivo ao convênio, atualizando-se o valor mensal per capita, num prazo máximo de 30 (trinta) dias.

Cláusula V – Da Dotação Orçamentária:

5.1. As despesas deste Convênio serão atendidas pela dotação orçamentária vigente, a seguir descrita:

ÓRGÃO:	07 - SEC. MUN. DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL
Unidade:	01 - FMS – Recursos Próprios
Projeto/Atividade:	10.302.0018.2059 - Contrat. Conv. Assist. Méd. e Sanit. a População
Despesa:	3.3.9.0.39.00.000000 - Outros Serv. Terc. Pessoa Jurídica
ÓRGÃO:	07 - SEC. MUN. DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL
Unidade:	02 - FMS – Recursos Vinc. União
Projeto/Atividade:	10.301.0049.2085 - Assist. Méd. e Sanit. c/Rec. MAC
Despesa:	3.3.9.0.39.00.000000 - Outros Serv. Terc. Pessoa Jurídica



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

Lei nº 2.325/2021

Anexo Único - Fl. 10

Cláusula VI – Do Encaminhamento do Paciente:

6.1. Todo encaminhamento de paciente do município de IMIGRANTE ou de outro hospital para a CONVENIADA, obrigatoriamente, deverá observar o disposto nos incisos e alíneas abaixo:

I – Previamente ao encaminhamento do paciente, deverá existir contato telefônico entre profissional médico da CONVENIENTE, de preferência o médico que assiste o paciente, ou por médico da Secretaria Municipal de Saúde, com a equipe médica de plantão da CONVENIADA, observando o seguinte:

- a) Todas as informações referentes ao quadro clínico do paciente deverão ser repassadas à equipe médica da CONVENIADA de modo fiel, claro, técnico e completo;
- b) Sempre que houver prévia avaliação do quadro clínico do paciente, por profissional da medicina, o diagnóstico deverá ser escrito em receituário datado e com a identificação do médico (com nome, assinatura e CRM), bem como deverá ser encaminhado junto com o paciente. Tal documentação poderá ser enviada previamente por e-mail, após contato prévio com a equipe médica de plantão;
- c) Todos os exames realizados previamente pelo paciente em sua localidade de origem, de preferência, devem ser encaminhados à CONVENIADA para um melhor diagnóstico e acompanhamento do caso.

II – O documento de referência e contra referência deverá ser encaminhado junto com o paciente.

6.2. A CONVENIENTE é integralmente responsável pelos pacientes até que sejam recebidos pela CONVENIADA, inclusive pelo transporte em veículo apropriado, assumindo os riscos de eventuais acidentes e/ou intercorrências ocorridas durante esse deslocamento.

6.3. Para os atendimentos não enquadrados como de urgência e emergência e não previstos neste contrato a CONVENIENTE deverá recorrer à Coordenadoria Regional de Saúde e à Central Estadual de Regulação de Leitos, para localização e encaminhamento do paciente a hospital que reúna as condições necessárias para tratamento do quadro clínico do paciente.

Cláusula VII – Das Obrigações:

7.1. Compete à CONVENIENTE:

- a) Encaminhar as AIHs autorizadas no prazo de 72hs (setenta e duas horas) após o recebimento do laudo preenchido, sendo que em caso de cirurgias eletivas, as AIHs devem vir acompanhadas do paciente no momento da internação;
- b) Caso a CONVENIADA perca o prazo de apresentação da fatura ao SUS pela falta de emissão e fornecimento de Autorização para Internação Hospitalar (AIH) pela CONVENIENTE, esta se compromete a pagar a conta gerada pelo paciente no próximo faturamento, conforme valores previstos na tabela de preços da CONVENIADA (duas vezes o valor da fatura do SUS);
- c) Emitir parecer quanto aos relatórios mensais de atendimentos realizados pela CONVENIADA até o quinto dia útil do mês seguinte ao vencido;



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

Lei nº 2.325/2021

Anexo Único - Fl. 11

- d) Depositar rigorosamente em dia o repasse referente a este Convênio;
- e) Fiscalizar a aplicação dos recursos através de servidor designado pela SMSAS e acompanhamento da prestação de contas;
- f) Disponibilizar o transporte adequado para o paciente, especialmente o caracterizado como "UTI Móvel", se assim requerer o quadro clínico do paciente e havendo negativa da Central de Regulação do Estado. Além disso, é de exclusiva responsabilidade da CONVENIENTE a contratação dos profissionais adequados para acompanhamento do transportado(a) em deslocamentos por ambulância;
- g) Manter o atendimento na ASSISTÊNCIA BÁSICA DE SAÚDE aos seus munícipes, sendo certo que tais serviços não são de responsabilidade da CONVENIADA;
- h) Realizar o encaminhamento para atendimento de urgência e emergência, conforme Plano de Ação Macrorregional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Resolução CIB/RS nº 009/2020 (pag. 65), que regulamenta as referências pactuadas da Habilitação da Portas de Entrada de Emergências Hospitalares, sendo que, o Hospital, na porta de entrada, o paciente receberá o primeiro atendimento e, conforme a classificação de risco, bem como dependendo da complexidade, o referido paciente será regulado para as referências de traumatologia, cardiologia e neurologia das regiões de saúde 29 (vinte e nove) e 30 (trinta) que corresponde ao Hospital Bruno Born de Lajeado (neurologia e cardiologia) e Canoas (traumatologia).

7.2. Compete à CONVENIADA:

- a) Apresentar relatórios mensais de atendimentos realizados, até o último dia do mês;
- b) Enviar a nota fiscal até o quinto dia útil do mês seguinte ao vencido;
- c) Manter os serviços contratados;
- d) Manter os serviços básicos, material/medicamentos, procedimentos ambulatoriais, sala de observação, exames (RX e eletrocardiograma), serviços de enfermagem e todos os demais necessários para atender ao objeto deste convênio;
- e) Realizar curativos e retiradas de pontos nos finais de semana e feriados, conforme horários estipulados pela CONVENIADA, mediante fornecimento de autorização da CONVENIENTE;
- f) Manter sobreaviso médico conforme objeto deste convênio;
- g) Providenciar encaminhamento/transferência do paciente sempre que o atendimento não puder ser prestado no Hospital Estrela ou naqueles indicados no item 1.2, da Cláusula I, conforme objeto deste convênio, buscando as referências em alta complexidade junto às instituições hospitalares e Secretaria de Saúde do Estado (Coordenadoria Regional de Saúde, DAHA – Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial e Central de Regulação de Leitos);
- h) Fornecer atendimento de urgência e emergência conforme a Habilitação de Portas de Entrada de Emergências Hospitalares, Resolução CIB/RS nº 009/2020 (pag. 65), que regulamenta as referências pactuadas da Habilitação da Portas de Entrada de Emergências Hospitalares, sendo que, o Hospital, na porta de entrada, o paciente receberá o primeiro atendimento e, conforme a classificação de risco, bem como dependendo da complexidade, o referido paciente será regulado para as referências de traumatologia, cardiologia e neurologia das regiões de saúde 29 (vinte e nove) e 30 (trinta) que corresponde ao Hospital Bruno Born de Lajeado (neurologia e cardiologia) e Canoas (traumatologia).



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

Lei nº 2.325/2021

Anexo Único - Fl. 12

Cláusula VIII – Da Resolução:

8.1. Resolve-se este Convênio mediante prévio comunicado, com prazo de 60 (sessenta) dias, de qualquer das partes.

Cláusula IX – Das Sanções:

9.1. Pelo inadimplemento total ou parcial deste ajuste caberá, à CONVENIENTE a aplicação das sanções previstas no art. 87 e incisos, da Lei Federal nº 8.666/93, permitida cumulação da aplicação de multa.

9.1.1. A multa fica, desde já, estipulada em 0,5% (meio por cento) até o total de 10% (dez por cento) do valor do objeto descrito na Cláusula I, caput do item 1.4, não elidindo a imediata resolução do Convênio.

9.1.2. A resolução do ajuste não exclui a responsabilidade de composição de perdas e danos, desde que devidamente apurados e comprovados.

9.1.3. As sanções de que trata esta cláusula serão aplicadas mediante procedimento administrativo prévio, no qual seja assegurado o contraditório e a ampla defesa.

Cláusula X – Das Disposições Gerais:

10.1. Quaisquer modificações das condições aqui ajustadas só terão validade se por escrito.

10.2. Qualquer tolerância em relação à obediência das obrigações recíprocas assumidas de parte-a-parte, deverá ser compreendida restritivamente, não tendo o condão de revogar as disposições pactuadas.

10.3. As comunicações, notificações, citações e intimações de parte a parte, relacionadas tanto em relação à execução como também na solução de conflitos do presente, poderão ser efetuadas por qualquer forma inequívoca de cientificação; ou seja correspondência, e-mail ou entrega pessoal.

10.4. O presente contrato se sobrepõe a todas as disposições relacionadas à matéria em questão.

10.5. Caso qualquer das cláusulas seja considerada, em juízo, sem força legal, tal nulidade não afetará a sobrevivência das outras cláusulas deste contrato.

Cláusula XI – Do Foro:

11.1. Elegem as partes o Foro da Comarca de Estrela/RS para dirimir quaisquer dúvidas decorrentes deste Convênio.

E, estando justas e acordadas, firmam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, para que surta os jurídicos e legais efeitos.

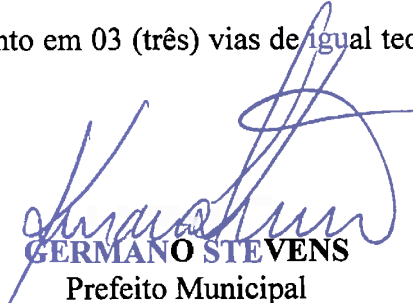
IMIGRANTE/RS, ... de de 2021.

CLAIR TERESINHA AGNES
Associação Sulina Divina Providência
HOSPITAL ESTRELA

Testemunhas:

Nome:

CPF:


GERMANO STEVENS
Prefeito Municipal
CONTRATANTE

Nome:

CPF:



Rede de Saúde Divina Providência

Hospital
Estrela

EXAMES DE TOMOGRAFIA

NOME	VALOR
ANGIOTOMO	R\$ 600,00
TOMO COMPUT DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO - MANDIBULARES COM CONTRASTE	R\$ 285,57
TOMO COMPUT DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES SEM CONTRASTE	R\$ 223,80
TOMOGRAFIA COMPLETA PARA MAXILA E MANDIBULA JUNTAS	R\$ 277,40
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR SEM CONTRASTE	R\$ 339,08
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR COM CONTRASTE	R\$ 400,86
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL SEM CONTRASTE	R\$ 509,51
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL COM CONTRASTE	R\$ 567,19
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR SEM CONTRASTE	R\$ 217,02
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR COM CONTRASTE	R\$ 278,79
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR SEM CONTRASTE	R\$ 217,02
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR COM CONTRASTE	R\$ 278,79
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL SEM CONTRASTE	R\$ 217,02
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL COM CONTRASTE	R\$ 278,79
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO - SACRA COM CONTRASTE	R\$ 278,80
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA SEM CONTRASTE	R\$ 217,02
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA SEM CONTRASTE	R\$ 217,02
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA COM CONTRASTE	R\$ 278,81
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA COM CONTRASTE	R\$ 400,86
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA SEM CONTRASTE	R\$ 339,08
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOCO SEM CONTRASTE	R\$ 223,80
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOCO COM CONTRASTE	R\$ 285,56
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES SEM CONTRASTE	R\$ 223,80
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES COM CONTRASTE	R\$ 285,56
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA SEM CONTRASTE	R\$ 223,80
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURSICA COM CONTRASTE	R\$ 285,56
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX SEM CONTRASTE	R\$ 339,08
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX COM CONTRASTE	R\$ 400,85
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO SEM CONTRASTE	R\$ 223,80
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO COM CONTRASTE	R\$ 285,57
TOMOGRAFIA DE COERENCIA OTICA - OCT	R\$ 195,00
TOMOGRAFIA POR ARCADA OU MANDIBULA	R\$ 155,34
TOMOGRAFIA POR DENTE	R\$ 110,96
TOMOMIELOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEM CONTRASTE	R\$ 339,08
TOMOMIELOGRAFIA COMPUTADORIZADA COM CONTRASTE	R\$ 400,86

*Atualizada em outubro/2019



Rede de Saúde Divina Providência

Hospital
Estrela

EXAMES RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

NOME	VALOR
ANGIORESSONANCIA CEREBRAL SEM CONTRASTE	R\$ 450,85
ANGIORESSONANCIA CEREBRAL COM CONTRASTE	R\$ 512,61
RES MAG DE ARTICULACAO TEMPORO - MANDIBULAR (BILATERAL) COM CONTRASTE	R\$ 512,61
RES MAG DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL) SEM CONTRASTE	R\$ 450,85
RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR SEM CONTRASTE	R\$ 450,85
RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR COM CONTRASTE	R\$ 512,61
RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE SEM CONTRASTE	R\$ 450,85
RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE COM CONTRASTE	R\$ 512,61
RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL SEM CONTRASTE	R\$ 450,85
RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL COM CONTRASTE	R\$ 512,61
RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO - SACRA COM CONTRASTE	R\$ 512,61
RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA SEM CONTRASTE	R\$ 450,85
RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA SEM CONTRASTE	R\$ 450,85
RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TRORACICA COM CONTRASTE	R\$ 512,61
RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE - RM COM CONTRASTE	R\$ 667,01
RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE-RM SEM CONTRASTE	R\$ 605,25
RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO SEM CONTRASTE	R\$ 450,85
RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO COM CONTRASTE	R\$ 512,61
RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) SEM CONTRASTE	R\$ 450,85
RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) COM CONTRASTE	R\$ 512,61
RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) SEM CONTRASTE	R\$ 450,85
RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) COM CONTRASTE	R\$ 512,61
RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA SEM CONTRASTE	R\$ 450,85
RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA COM CONTRASTE	R\$ 512,61
RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX SEM CONTRASTE	R\$ 450,85
RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX COM CONTRASTE	R\$ 512,61
RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES SEM CONTRASTE	R\$ 450,85
RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES COM CONTRASTE	R\$ 512,61

*Atualizada em outubro/2019



Rede de Saúde Divina Providência

Hospital
Estrela

EXAMES DE ECOGRAFIAS

NOME	VALOR A COBRAR
ECOGRAFIA ESCROTAL COM DOPPLER	R\$ 385,00
ECOGRAFIA ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 198,00
ECOGRAFIA ABDOMINAL TOTAL	R\$ 275,00
ECOGRAFIA AXILAR	R\$ 121,00
ECOGRAFIA CERVICAL	R\$ 165,00
ECOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (CADA PARTE)	R\$ 143,00
ECOGRAFIA DE GLÂNDULAS SALIVARES	R\$ 121,00
ECOGRAFIA DE PRÓSTATA VIA ABDOMINAL	R\$ 121,00
ECOGRAFIA DE PRÓSTATA VIA TRANSRETAL	R\$ 165,00
ECOGRAFIA DE TÓRAX	R\$ 220,00
ECOGRAFIA DE VIAS BILIARES	R\$ 143,00
ECOGRAFIA DE VIAS URINÁRIAS	R\$ 198,00
ECOGRAFIA INGUINAL	R\$ 121,00
ECOGRAFIA MAMÁRIA	R\$ 121,00
ECOGRAFIA MUSCULATURA	R\$ 121,00
ECOGRAFIA OBSTÉTRICA	R\$ 121,00
ECOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER	R\$ 198,00
ECOGRAFIA OBSTÉTRICA COM PBF (PERFIL BIOFÍSICO FETAL)	R\$ 198,00
ECOGRAFIA OBSTÉTRICA GEMELAR	R\$ 198,00
ECOGRAFIA OBSTÉTRICA GEMELAR COM DOPPLER	R\$ 319,00
ECOGRAFIA OBSTÉTRICA GEMELAR COM PBF (PERFIL BIOFÍSICO FETAL)	R\$ 319,00
ECOGRAFIA OBSTÉTRICA GEMELAR COM PBF (PERFIL BIOFÍSICO FETAL) E DOPPLER	R\$ 319,00
ECOGRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA	R\$ 198,00
ECOGRAFIA PAREDE ABDOMINAL	R\$ 121,00
ECOGRAFIA PÉLVICA	R\$ 165,00
ECOGRAFIA SUPERFICIAL	R\$ 165,00
ECOGRAFIA TENDÃO DE AQUILES	R\$ 121,00
ECOGRAFIA TORÁCICA OU ABDOMINAL COM PUNÇÃO	R\$ 275,00
ECOGRAFIA TRANSFONTANELAR	R\$ 121,00
ECOGRAFIA TRANSVAGINAL	R\$ 121,00
ECOGRAFIA TRANSVAGINAL 1º TRIMESTRE OU TN	R\$ 121,00

*Atualizada em 2016



Rede de Saúde Divina Providência

Hospital
Estrela

GASTROENTEROLOGIA

NOME	VALOR
COLONOSCOPIA COM ANESTESIA	R\$ 1.265,00
ENDOSCOPIA SEM ANESTESIA	R\$ 550,00
ENDOSCOPIA COM ANESTESIA	R\$ 770,00
RETOSSIGMOIDOSCOPIA	R\$ 330,00
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO GUIADA POR ENDOSCOPIA	R\$ 1.100,00
COLONOSCOPIA E ENDOSCOPIA COM ANESTESIA	R\$ 1.705,00
ENDOSCOPIA COM POLIPECTOMIA	R\$ 1.430,00
COLONOSCOPIA COM POLIPECTOMIA	R\$ 1.980,00

**Atualizada em julho/2021*



Rede de Saúde Divina Providência

Hospital
Estrela

CARDIOVASCULAR

NOME	VALOR A COBRAR
ECOCARDIOGRAFIA	R\$ 242,00
ECODOPPLER DE CARÓTIDAS	R\$ 220,00
ECODOPPLER DE VERTEBRAIS	R\$ 220,00
ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA	R\$ 627,00
ECODOPPLER SISTEMA VENOSO MEMBRO INFERIOR	R\$ 275,00
ECODOPPLER SISTEMA ARTERIAL MEMBRO INFERIOR	R\$ 275,00
ECODOPPLER SISTEMA VENOSO MEMBRO SUPERIOR	R\$ 275,00
ECODOPPLER SISTEMA ARTERIAL MEMBRO SUPERIOR	R\$ 275,00
ECODOPPLER AORTA E ILÍACAS	R\$ 338,80
ECOCARDIOGRAFIA FETAL	R\$ 275,00

*Atualizada em 2020

EXAMES ANÁLISES CLÍNICAS NÃO COBERTOS PELO SUS LABORATÓRIO ESTRELA

COD_TUSS	EXAME	MATERIAL	VALOR A COBRAR
40316017	17 ALFA - HIDROXI PROGESTERONA	Soro	R\$ 28,88
40301087	ÁCIDO FÓLICO	Soro	R\$ 28,05
40301168	ÁCIDO VALPRÓICO	Soro	R\$ 44,00
40316033	ÁCIDO VANIL MANDÉLICO	Urina 24 horas	R\$ 27,50
40316041	ACTH - HORM. ADRENOCORTICOTRÓFICO	Plasma Congelado	R\$ 57,75
40309010	ADENOSINA DEAMINASE - ADA	Soro	R\$ 66,00
40306011	ADENOVÍRUS - Anticorpos IgG	Soro	R\$ 110,00
40306020	ADENOVÍRUS - ANTICORPOS IgM	Soro	R\$ 110,00
40301230	ALDOLASE	Soro	R\$ 29,70
40316050	ALDOSTERONA	Soro	R\$ 41,25
40316068	ALFA FETOPROTEÍNA	Soro	R\$ 33,00
40306410	ANCA P	Soro	R\$ 45,38
40316076	ANDROSTENEDIONA	Soro Congelado	R\$ 44,00
40306402	ANTI - CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS (ANCA C)	Soro	R\$ 220,00
40306062	ANTI - DNA (hélice dupla)	Soro	R\$ 48,40
40306348	ANTI - MICROSSOMAL	Soro	R\$ 28,88
40306127	ANTI - SM	Soro	R\$ 49,50
40306119	ANTI - SS - A (RO)	Soro	R\$ 88,00
40306089	ANTI - SS - B (LA)	Soro	R\$ 88,00
40308561	ANTI - TRANSGLUTAMINASE - IgG	Soro	R\$ 88,00
40306305	ANTICORPOS ANTI - GLIADINA - IgA	Soro	R\$ 27,50
40306313	ANTICORPOS ANTI - GLIADINA - IgG	Soro	R\$ 27,50
40307158	ANTICORPOS ANTI HISTOPLASMA CAPSULATUM	Soro	R\$ 88,00
40306445	ANTIESTREPTOLISINA O	Soro	R\$ 33,00
40306399	ANTI-MÚSCULO LISO	Soro	R\$ 46,75
40316106	ANTI-TIREOGLOBULINA	Soro	R\$ 28,88
40316157	ANTI-TPO	Soro	R\$ 27,50
40308553	ANTI-TRANSGLUTAMINASE - IgA	Soro	R\$ 88,00
40306470	BETA 2 MICROGLOBULINA	Soro	R\$ 82,50
40316378	CA 125 II	Soro	R\$ 52,25
40316378	CA 15-3	Soro	R\$ 52,25
40316378	CA 19-9	Soro	R\$ 52,25
40316378	CA 72-4	Soro	R\$ 52,25
40301435	CARBAMAZEPINA	Soro	R\$ 41,25
40306135	CARDIOLIPINA - Anticorpos IGA	Soro	R\$ 22,00
40306143	CARDIOLIPINA - Anticorpos IgG	Soro	R\$ 22,00
40306151	CARDIOLIPINA - Anticorpos IgM	Soro	R\$ 22,00
40501051	CARIÓTIPO DE SANGUE PERIFÉRICO	Sangue Total	R\$ 418,00
40316122	CEA- ANTÍGENO CARCINOEMBRIOGÊNICO	Soro	R\$ 52,25



40306631	CHLAMYDIA TRACHOMATIS- Anticorpos IgG	Soro	R\$ 24,75
40306640	CHLAMYDIA TRACHOMATIS- Anticorpos IgM	Soro	R\$ 24,75
40306658	CISTICERCOSE - Anticorpos IgG	Soro	R\$ 82,50
40306666	CITOMEGALOVÍRUS - Anticorpos IgG	Líquor	R\$ 60,50
40306674	CITOMEGALOVÍRUS - Anticorpos IgM	Líquor	R\$ 85,80
40311015	CITRATO	Urina 24 horas	R\$ 66,00
40311015	CITRATO	Urina em Amostra	R\$ 66,00
40306682	CLOSTRIDIUM DIFFICILE - Pesquisa da Toxina A e B	Fezes	R\$ 132,00
40306704	COMPLEMENTO C3	Soro	R\$ 38,50
40306712	COMPLEMENTO C4	Soro	R\$ 38,50
40306747	COMPLEMENTO TOTAL - CH50	Soro Congelado	R\$ 27,50
40316190	CORTISOL	Soro	R\$ 20,63
40316190	CORTISOL (MANHÃ)	Soro	R\$ 20,63
40316190	CORTISOL (TARDE)	Soro	R\$ 20,63
40310159	CULTURA - BAAR	Lavado Broncoaveolar	R\$ 121,00
40301680	CURVA GLICÊMICA	Plasma	R\$ 20,63
40304906	D-DÍMERO	Plasma Congelado	R\$ 77,00
40304906	D-DÍMERO	Sangue Total	R\$ 77,00
40316459	DEHIDROEPIANDROSTERONA SULFATO - SDHEA	Soro	R\$ 40,70
40306798	DENGUE - Anticorpos IgG	Soro	R\$ 55,00
40306798	DENGUE - Anticorpos IgM	Soro	R\$ 55,00
40301753	DIGOXINA	Soro	R\$ 33,00
40304353	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINAS	Sangue Total	R\$ 33,00
40307565	EPSTEIN BARR - Anticorpos IgG	Soro	R\$ 38,50
40307581	EPSTEIN BARR - Anticorpos IgM - (VCA)	Soro	R\$ 38,50
40316246	ESTRADIOL	Soro	R\$ 33,00
20201068	E-TEST TIGECICLINA	Diversos	R\$ 33,00
40306852	FAN - PESQUISA DE AUTOANTICORPOS ANTICÉLULA	Soro	R\$ 33,00
40304191	FATOR DE von WILLEBRAND	Plasma Congelado	R\$ 220,00
40304183	FATOR VIII	Plasma Congelado	R\$ 55,00
40301826	FENITOÍNA	Soro	R\$ 41,25
40301834	FENOBARBITAL	Soro	R\$ 41,25
40316289	FSH - HORMÔNIO FOLÍCULO ESTIMULANTE	Soro	R\$ 33,00
40307735	FTA - ABS - Anticorpos IgG	Soro	R\$ 22,00
40307743	FTA - ABS - Anticorpos IgM	Soro	R\$ 22,00
40302059	GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE (G6PD)	Sangue Total	R\$ 22,00
40316327	HCG QUALITATIVO	Soro	R\$ 16,78
40305767	HCG QUANTITATIVO	Soro	R\$ 33,00
40306976	HEPATITE B - Anti - HBe	Soro	R\$ 27,50
40306992	HEPATITE B - ANTI - HBS	Soro	R\$ 22,00
40306984	HEPATITE B - HBeAG	Soro	R\$ 27,50
40314103	HEPATITE C - Quantificação por PCR	Plasma PPT	R\$ 220,00
40307093	HERPES 1 e 2 - Anticorpos IgM	Soro	R\$ 38,50
40307085	HERPES 1 e 2 - Anticorpos IgG	Soro	R\$ 38,50
202020209	HERPES SIMPLES VIRUS 1 E 2 - PCR	Líquor	R\$ 374,00
40307107	HERPES ZOSTER - Anticorpos IgG	Soro	R\$ 27,50
40307115	HERPES ZOSTER - Anticorpos IgM	Soro	R\$ 33,00

40306887	HLA B27 - Detecção por PCR	Sangue Total	R\$ 66,00
40316203	HORMÔNIO DO CRESCIMENTO HUMANO - HGH	Soro	R\$ 65,34
40307212	HTLV I / II - Anticorpos	Soro	R\$ 77,00
40307263	IGE ESPECÍFICO	Soro	R\$ 20,63
40307255	IgE PAINEL	Soro	R\$ 22,00
40307220	IMUNOGLOBULINA A - IgA	Soro	R\$ 22,00
40316343	IMUNOGLOBULINA E - IgE	Soro	R\$ 22,00
40307280	IMUNOGLOBULINA G - IgG	Soro	R\$ 22,00
40307301	IMUNOGLOBULINA M - IgM	Soro	R\$ 22,00
28060709	LEPTOSPIROSE	Soro	R\$ 77,00
40307409	LEPTOSPIROSE - Anticorpos IgG	Soro	R\$ 38,50
40307417	LEPTOSPIROSE - Anticorpos IgM	Soro	R\$ 38,50
40307433	LINFÓCITOS CD4	Sangue Total Temp Amb	R\$ 132,00
40307441	LINFÓCITOS CD8	Sangue Total Temp Amb	R\$ 132,00
40302229	LÍTIO	Soro	R\$ 10,45
40310140	MICOLÓGICO - CULTURA	Diversos	R\$ 19,25
40310230	MICOLÓGICO - DIRETO	Diversos	R\$ 16,50
40311171	MICROALBUMINÚRIA	Urina 12 horas	R\$ 38,50
40311171	MICROALBUMINÚRIA	Urina 24 horas	R\$ 38,50
40311171	MICROALBUMINÚRIA	Urina em Amostra	R\$ 38,50
40305465	PARATORMÔNIO - Molécula intacta	Soro	R\$ 55,00
40307611	PARVOVÍRUS B19- Anticorpos IgG	Soro	R\$ 99,00
40307611	PARVOVÍRUS B19- ANTICORPOS IGM	Soro	R\$ 99,00
40310620	POLIMIXINA B MICRODILUIÇÃO	Diversos	R\$ 22,00
40302776	PRÓ-BNP	Plasma	R\$ 217,80
40316416	PROLACTINA	Soro	R\$ 33,00
40308391	PROTEÍNA C REATIVA - ULTRASSENSÍVEL	Soro	R\$ 73,70
40316130	PSA LIVRE - ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO	Soro	R\$ 41,25
40316149	PSA TOTAL - ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO	Soro	R\$ 41,25
28050509	RENINA - ATIVIDADE	Plasma Congelado	R\$ 30,25
40310337	ROTAVIRUS	Fezes	R\$ 34,10
40307697	RUBÉOLA - Anticorpos IgG	Soro	R\$ 22,00
40307700	RUBÉOLA - Anticorpos IgM	Soro	R\$ 22,00
40303136	SANGUE OCULTO - Pesquisa	Fezes	R\$ 27,50
40316440	SOMATOMEDINA C - IGF - 1	Soro Congelado	R\$ 99,00
40302571	TAXA COMPLEMENTAR TROPONINA	Diversos	R\$ 33,00
40306216	TESTE RÁPIDO PARA INFLUENZA	Diversos	R\$ 63,80
40316505	TESTOSTERONA LIVRE	Soro	R\$ 76,23
40316513	TESTOSTERONA TOTAL	Soro	R\$ 76,23
40316530	TIREOGLOBULINA	Soro	R\$ 66,00

40307794	TOXOCARA - Anticorpos IgG	Soro	R\$ 55,00
40306461	TOXOPLASMOSE AVIDEZ - Anticorpos IgG	Soro	R\$ 110,00
40316084	TRAB - AC ANTI-RECEPTOR DO TSH	Soro	R\$ 22,00
40302520	TRANSFERRINA	Soro	R\$ 33,00
40316572	VITAMINA B12	Soro	R\$ 28,05
40305015	VITAMINA D - 1,25 DIHIDROXI	Soro	R\$ 82,50
40302830	VITAMINA D - 25 HIDROXI	Soro	R\$ 66,00
40316092	AC ANTI INSULINA		R\$ 55,00
40310124	CULTURAS		R\$ 38,50
40301249	ALFA-1-ANTITRIPSINA		R\$ 55,00
40308804	ANTI CCP		R\$ 242,00
40305341	ANTI GAD		R\$ 242,00
40310272	BORDETELLA PERTUSSIS IGG		R\$ 125,40
40310272	BORDETELLA PERTUSSIS IGM		R\$ 125,40
40314022	CITOMEGALOVÍRUS QUALITATIVO		R\$ 231,00
40314030	CITOMEGALOVÍRUS QUANTITATIVO POR PCR		R\$ 308,00
40304788	CORONAVÍRUS		R\$ 198,00
40314618	CORONAVÍRUS DETECÇÃO POR PCR		R\$ 220,00
40325024	CORONAVÍRUS TESTE RÁPIDO		R\$ 99,00
40306860	FATOR REUMATÓIDE POR TURBIMETRIA		R\$ 51,04
40314120	HIV- CARGA VIRAL		R\$ 330,00
40316890	HORMÔNIO ANTI-MULLERIANO (AMH)		R\$ 473,00
40307336	IMUNOELETOFORESE DE PROTEÍNA URINÁRIA 24H		R\$ 206,80
40307336	IMUNOELETOFORESE DE PROTEÍNAS SÉRICAS		R\$ 110,00
40307239	IMUNOGLOBULINA A- SALIVA		R\$ 60,50
40306216	INFLUENZA (antígenos A/B/A H1N1)		R\$ 63,80
40316394	PEPTÍDEO C- DOSAGEM SÉRICA		R\$ 38,50

EXAMES ANÁLISES CLÍNICAS INTERNAÇÃO PELA PREFEITURA (SEM AIH)
LABORATÓRIO ESTRELA

COD_REFERENCI A	EXAME	MATERIAL	VALOR A COBRAR
202030946	EPSTEIN BARR - Anticorpos IgM - (VCA)	Soro	R\$ 38,50
202030741	CITOMEGALOVÍRUS - Anticorpos IgG	Soro	R\$ 27,50
202030857	CITOMEGALOVÍRUS - Anticorpos IgM	Soro	R\$ 27,50
202030830	EPSTEIN BARR - Anticorpos IgG	Soro	R\$ 38,50
202030806	HEPATITE A - Anti - HVA IgG	Soro	R\$ 38,50
202030911	HEPATITE A - Anti - HVA IgM	Soro	R\$ 38,50
202030784	HEPATITE B - Anti - HBc IgG	Soro	R\$ 38,50
202030890	HEPATITE B - ANTI - HBc IGM	Soro	R\$ 38,50
202030679	HEPATITE C - Anti - HCV	Soro	R\$ 38,50
202030300	ANTI - HIV	Soro	R\$ 33,00
202030814	RUBÉOLA - Anticorpos IgG	Soro	R\$ 38,50
202030920	RUBÉOLA - Anticorpos IgM	Soro	R\$ 38,50
202030768	TOXOPLASMOSE - Anticorpos IgG	Soro	R\$ 38,50
202030873	TOXOPLASMOSE - Anticorpos IgM	Soro	R\$ 38,50
202010120	ÁCIDO ÚRICO	Soro	R\$ 4,07
202010120	ÁCIDO ÚRICO	Urina em Amostra	R\$ 4,07
202010120	ÁCIDO ÚRICO	Urina 24 horas	R\$ 4,07
202010163	ALFA 1 GLICOPROTEÍNA ÁCIDA	Soro	R\$ 4,07
202010180	AMILASE	Líquido pleural	R\$ 4,40
202010180	AMILASE	Diversos	R\$ 4,40
202010180	AMILASE	Soro	R\$ 4,40
202050017	EXAME QUALITATIVO DE URINA	Urina em Amostra	R\$ 8,80
202050017	PESQUISA DE HEMÁCIAS DISMÓRFICAS	Urina Início de Jornada	R\$ 8,80
202080013	ANTIBIOGRAMA	Diversos	R\$ 11,00
202080048	BAAR - Pesquisa	Diversos	R\$ 8,80
202080072	BACTERIOSCÓPICO	Diversos	R\$ 6,60
202010201	BILIRRUBINAS TOTAL E FRAÇÕES	Soro	R\$ 4,40
202010210	CÁLCIO	Urina em Amostra	R\$ 4,07
202010210	CÁLCIO	Urina 24 horas	R\$ 4,07
202010210	CÁLCIO	Soro	R\$ 4,07
202010228	CÁLCIO IÔNICO	Soro	R\$ 7,70
202010333	CREATINOFOSFOQUINASE FRAÇÃO MB - CK MB	Soro	R\$ 11,00
202050025	DEPURAÇÃO DA CREATININA ENDÓGENA	Urina 24 horas/Soro	R\$ 7,70
202010260	CLORETOS	Líquor	R\$ 4,07
202010260	CLORETOS	Soro	R\$ 4,07
202010279	COLESTEROL HDL	Soro	R\$ 7,70



202010287	COLESTEROL LDL	Soro	R\$ 7,70
202010287	COLESTEROL VLDL	Soro	R\$ 7,70
202010295	COLESTEROL TOTAL	Soro	R\$ 4,07
202020541	COOMBS DIRETO	Sangue Total	R\$ 6,05
202120090	COOMBS INDIRETO	Soro	R\$ 13,20
202010325	CREATINA FOSFOQUINASE- CK	Soro	R\$ 8,25
202010317	CREATININA	Urina em Amostra	R\$ 4,07
202010317	CREATININA	Urina 24 horas	R\$ 4,07
202010317	CREATININA	Soro	R\$ 4,07
202080080	BACTERIOLÓGICO	Diversos	R\$ 16,50
202080080	COPROCULTURA	Fezes	R\$ 16,50
202080080	CULTURAS GERAIS	Aspirado Traqueal	R\$ 16,50
202080080	CULTURAS GERAIS	Diversos	R\$ 16,50
202080080	CULTURAS GERAIS	Swab Inguinal	R\$ 16,50
202080080	CULTURAS GERAIS	Swab Nasal	R\$ 16,50
202080080	CULTURAS GERAIS	Swab Retal	R\$ 16,50
202080080	CULTURAS GERAIS	Escarro	R\$ 16,50
202080080	CULTURAS GERAIS	Lavado Broncoaveolar	R\$ 16,50
202080080	CULTURAS GERAIS	Ponta de Cateter	R\$ 16,50
202080080	CULTURAS GERAIS	Sítio Cirurgico	R\$ 16,50
202080080	CULTURA - SECREÇÃO VAGINAL	Secreção vaginal	R\$ 16,50
202080080	UROCULTURA	Urina em Amostra	R\$ 16,50
40304906	D-DÍMERO	Sangue Total	R\$ 77,00
202010368	DESIDROGENASE LÁTICA	Diversos	R\$ 8,25
202010368	DESIDROGENASE LÁTICA	Soro	R\$ 8,25
202010023	ÍNDICE DE SATURAÇÃO DA TRANSFERINA	Soro	R\$ 9,35
202010023	CAPACIDADE FERROPÉICA	Soro	R\$ 9,35
202070204	DIGITOXINA	Soro	R\$ 22,00
202020363	ERITROGRAMA	Sangue Total	R\$ 4,40
202030075	FATOR REUMATÓIDE	Soro	R\$ 5,50
202030075	FATOR REUMATÓIDE TURBIDIMETRIA	Soro	R\$ 5,50
202120082	FATOR Rh	Sangue Total	R\$ 2,97
202120082	FATOR RH	Sangue Total	R\$ 2,97
202010384	FERRITINA	Soro	R\$ 36,30
202010392	FERRO	Soro	R\$ 9,35
202020290	FIBRINOGENIO	Plasma	R\$ 9,90
202010422	FOSFATASE ALCALINA	Soro	R\$ 4,40
202010430	FÓSFORO	Urina em Amostra	R\$ 4,07
202010430	FÓSFORO	Urina 24 horas	R\$ 4,07
202010430	FÓSFORO	Soro	R\$ 4,07
202031128	FTA - ABS - Anticorpos IgG	Soro	R\$ 19,80
202031128	FTA - ABS - Anticorpos IgG	Soro	R\$ 19,80
202010465	GAMA - GT	Soro	R\$ 7,70
202010732	BICARBONATO	Sangue Total	R\$ 30,80
202010732	BICARBONATO	Urina em Amostra	R\$ 30,80
202010732	GASOMETRIA ARTERIAL	Sangue Total	R\$ 30,80
202010732	GASOMETRIA VENOSA	Sangue Total	R\$ 30,80
202010732	RESERVA ALCALINA - CO2	Sangue Total	R\$ 30,80

202010473	GLICOSE ÀS XX HORAS	Plasma	R\$ 4,07
202010473	GLICOSE AO ACASO	Soro	R\$ 4,07
202010473	GLICOSE	Liquido pleural	R\$ 4,07
202010473	GLICOSE	Plasma	R\$ 4,07
202010473	GLICOSE	Soro	R\$ 4,07
202010473	GLICOSE APÓS PRANDIAL	Plasma	R\$ 4,07
202120023	GRUPO SANGUINEO (ABO+RH)	Sangue Total	R\$ 4,40
202120023	GRUPO SANGUÍNEO	Sangue Total	R\$ 4,40
202030970	HEPATITE B - HBsAg	Soro	R\$ 33,00
202060217	HCG QUALITATIVO	Soro	R\$ 16,50
202020371	HEMATÓCRITO	Sangue Total	R\$ 4,95
202080153	HEMOCULTURA	Sangue	R\$ 27,50
202010503	HEMOGLOBINA GLICADA	Sangue Total	R\$ 16,50
202020304	HEMOGLOBINA	Sangue Total	R\$ 4,95
202020380	HEMOGRAMA	Sangue Total	R\$ 9,90
202020380	HEMOGRAMA	Sangue Total	R\$ 9,90
202030849	HERPES 1 e 2 - Anticospos IgG	Soro	R\$ 38,50
202030954	HERPES 1 e 2 - Anticorpos IgM	Soro	R\$ 38,50
202030164	IMUNOGLOBULINA E - IgE	Soro	R\$ 22,00
202030164	IMUNOGLOBULINA TOTAL IgE	Soro	R\$ 22,00
202060268	INSULINA	Soro	R\$ 22,00
202020134	TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO	Plasma	R\$ 11,00
202010538	LACTATO	Líquor	R\$ 8,25
202010538	LACTATO	Plasma	R\$ 8,25
202020398	LEUCOGRAMA	Sangue Total	R\$ 6,60
202010554	LIPASE	Soro	R\$ 4,95
202010562	MAGNÉSIO	Urina em Amostra	R\$ 4,40
202010562	MAGNÉSIO	Soro	R\$ 4,40
202080137	MICOLÓGICO - DIRETO	Diversos	R\$ 16,50
202030733	MONONUCLEOSE - ANTICORPOS HETERÓFILOS	Soro	R\$ 6,60
202010570	MUCOPROTEÍNAS	Soro	R\$ 5,50
202040127	EXAME PARASITOLÓGICO DE FEZES	Fezes	R\$ 3,85
202040127	EXAME PARASITOLÓGICO DE FEZES - 2ª AMOSTRA	Fezes	R\$ 3,85
202040127	EXAME PARASITOLÓGICO DE FEZES - 3ª AMOSTRA	Fezes	R\$ 3,85
202040097	LEUCÓCITOS FECAIS - Pesquisa	Fezes	R\$ 3,85
202020029	PLAQUETAS - Contagem	Sangue Total	R\$ 5,50
202020029	PLAQUETAS - Contagem	Sangue Total	R\$ 5,50
202010600	POTÁSSIO	Soro	R\$ 4,07
202010600	POTÁSSIO	Urina em Amostra	R\$ 4,07
202060306	PROLACTINA	Soro	R\$ 33,00
202030083	PROTEÍNA C REATIVA QUANTITATIVA	Soro	R\$ 16,50
202030202	PROTEÍNA C REATIVA	Soro	R\$ 6,60
202050114	PROTEÍNAS TOTAIS	Urina 24 horas	R\$ 4,40
202050114	PROTEINÚRIA EM AMOSTRA	Urina em Amostra	R\$ 4,40
202010619	PROTEÍNAS TOTAIS	Urina em Amostra	R\$ 3,08
202010619	PROTEÍNAS TOTAIS	Soro	R\$ 3,08
202010619	PROTEÍNAS TOTAIS	Liquido pleural	R\$ 3,08
202010627	ALBUMINA	Soro	R\$ 4,07

202010627	ALBUMINA	Diversos	R\$ 4,07
202010627	PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES	Diversos	R\$ 4,07
202010627	PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES	Soro	R\$ 4,07
202020037	RETICULÓCITOS	Sangue Total	R\$ 6,60
202090060	ROTINA LIQUIDO ASCITICO	Líquido ascítico	R\$ 6,60
202090060	ROTINA LIQUIDO ASCITICO	Diversos	R\$ 6,60
202090060	ROTINA DE LÍQUOR	Líquor	R\$ 6,60
202090060	ROTINA DE LIQUIDO PLEURAL	Líquido pleural	R\$ 6,60
202010635	SÓDIO	Urina em Amostra	R\$ 4,07
202010635	SÓDIO	Urina 24 horas	R\$ 4,07
202010635	SÓDIO	Soro	R\$ 4,07
202020070	TEMPO DE COAGULAÇÃO	Sangue	R\$ 2,75
202020142	TEMPO DE PROTROMBINA	Plasma	R\$ 5,50
202020096	TEMPO DE SANGRIA (IVY)	Sangue Total	R\$ 3,74
202010643	ASPARTATO AMINOTRANSFERASE -TGO	Soro	R\$ 4,40
202010651	ALANINA AMINOTRANSFERASE - TGP	Soro	R\$ 4,40
202060373	T4 - TIROXINA	Soro	R\$ 19,80
202060381	T4L - TIROXINA LIVRE	Soro	R\$ 24,20
202010678	TRIGLICERÍDIOS	Soro	R\$ 7,70
202060390	T3 - TRIIODOTIRONINA	Soro	R\$ 16,50
202031209	TROPONINA CARDÍACA - I	Soro	R\$ 49,50
202031209	TROPONINA QUANTITATIVA	Sangue Total	R\$ 49,50
202060250	HORMONIO TIREOESTIMULANTE - TSH	Soro	R\$ 22,00
202010694	UREIA	Soro	R\$ 4,07
202031110	VDRL - LUES	Soro	R\$ 5,50
202031110	VDRL - LUES	Líquor	R\$ 5,50
202020150	VHS - VELOCIDADE DE HEMOSSIDIMENTAÇÃO	Sangue Total	R\$ 6,60



Rede de Saúde Divina Providência

Hospital
Estrela

OUTROS EXAMES E PROCEDIMENTOS

NOME	VALOR
ACESSO VENOSO PERIFÉRICO E CENTRAL (PICC)	R\$ 120,00
ACESSO VENOSO PROFUNDO PARA HEMODIÁLISE (COMPLEMENTAÇÃO)	R\$ 240,00
DIETA ENTERAL POR USO (COMPLEMENTAÇÃO)	R\$ 55,00
DIETA PARENTERAL POR USO (COMPLEMENTAÇÃO)	R\$ 164,00
ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO E VIGÍLIA	R\$ 140,00
FIBROBRONCOSCOPIA	R\$ 351,00
PARTOGAMA POR USO (COMPLEMENTAÇÃO)	R\$ 272,00
SESSÃO DE HEMODIÁLISE (COMPLEMENTAÇÃO)	R\$ 131,00

*Atualizada em 2021 (reajuste INPC)