



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

LEI Nº 2.276/2020

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

CELSO KAPLAN, Prefeito Municipal de Imigrante, Estado do Rio Grande do Sul.

FAÇO SABER que a Câmara Municipal de Vereadores aprovou o Projeto de Lei nº 027/2020 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, e, exames complementares, para municípios do Município de Imigrante, **conforme Convênio em Anexo.**

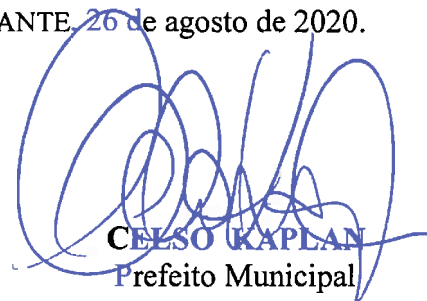
Art. 2º. O prazo de validade do presente Convênio será de 12 (doze) meses.

Art. 3º. 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. 4º. Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

GABINETE DO PREFEITO DE IMIGRANTE, 26 de agosto de 2020.


CELSO KAPLAN
Prefeito Municipal

Registre-se e Publique-se



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

Lei nº 2.276/2020

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. **CELSO KAPLAN**, 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 2.276/2020.

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\$ 17.378,40** (dezesete mil e trezentos e setenta e oito reais e quarenta centavos) considerando-se 3.120 (três mil e cento e vinte) habitantes, conforme Quadro I a seguir:

Castelo Branco, nº 15, Centro - CEP 95.885-000 - Imigrante/RS - Fone (51) 3754-1100

www.imigrante-rs.com.br

e-mail: ouvidoria@imigrante-rs.com.br

"A Terra dos Imigrantes"



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

Lei nº 2.276/2020

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>	R\$ 1,44 (um real e quarenta e quatro centavos) por habitante, totalizando R\$ 4.492,80 (quatro mil e quatrocentos e noventa e dois reais e oitenta centavos)
<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>	Valor de R\$ 4.118,40 (quatro mil e cento e dezoito reais e quarenta centavos)
<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>	R\$ 0,52 (cinquenta e dois centavos) por habitante, totalizando R\$ 1.622,40 (um mil e seiscentos e vinte e dois reais e quarenta centavos)
<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 dias após a alta hospitalar. <i>Caso o paciente necessitar de uma avaliação pós-cirúrgica após 15 dias de alta ou a partir da segunda em prazo menor encaminhada pela UBS deverá haver autorização prévia do município.</i></p>	R\$ 0,52 (cinquenta e dois centavos) por habitante, totalizando R\$ 1.622,40 (um mil e seiscentos e vinte e dois reais e quarenta centavos)
<p>Anestesiologia: manutenção do plantão da especialidade. Plantão sobreaviso de 24 (vinte e quatro) horas por dia, 07 (sete) dias por semana.</p>	Valor de R\$ 1.341,60 (um mil e trezentos e quarenta e um reais e sessenta centavos)



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

Lei nº 2.276/2020

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\$ 0,72 (setenta e dois centavos) por habitante, totalizando R\$ 2.246,40 (dois mil e duzentos e quarenta e seis reais e quarenta 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\$ 0,62 (sessenta e dois centavos) por habitante, totalizando R\$ 1.934,40 (um mil e novecentos e trinta e quatro reais e quarenta centavos)</p>
<p>Total Valor Fixo</p>	<p>R\$ 17.378,40</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\$ 150,00 (cento e cinquenta reais) por atendimento</p>

Rua Castelo Branco, nº 15, Centro - CEP 95.885-000 - Imigrante/RS - Fone (51) 3754-1100

www.imigrante-rs.com.br e-mail: ouvidoria@imigrante-rs.com.br

"A Terra dos Imigrantes"



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

Lei nº 2.276/2020

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\$ 310,38 (trezentos e dez reais e trinta e oito centavos) + Serviços Hospitalares: R\$ 490,00 (quatrocentos e noventa reais) + Valor Porte Anestésico.

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

- Valores: Honorários Médicos conforme porte 6C: R\$ 788,15 (setecentos e oitenta e oito reais e quinze centavos) + Serviços Hospitalares: R\$ 880,00 (oitocentos e oitenta reais) + Valor Porte Anestésico.

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

- Valores: Honorários Médicos conforme porte 7C: R\$ 1.043,81 (um mil e quarenta e três reais e oitenta e um centavos) + Serviços Hospitalares: R\$ 1.049,00 (um mil e quarenta e nove reais) + Valor Porte Anestésico.

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

- Valores: Honorários Médicos conforme porte 9C: R\$ 1.525,45 (um mil e quinhentos e vinte e cinco reais e quarenta e cinco centavos) + Serviços Hospitalares: R\$ 1.375,00 (um mil, trezentos e setenta e cinco reais) + Valor Porte Anestésico.

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

- Valores: Honorários Médicos conforme porte 12A: R\$ 2.367,80 (dois mil e trezentos e sessenta e sete reais e oitenta centavos) + Serviços Hospitalares: R\$ 1.571,00 (um mil, quinhentos e setenta e um reais) + 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;

* 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\$ 20,47) e mediante avaliação de capacidade técnica.





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

Lei nº 2.276/2020

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\$ 363,28 (trezentos e sessenta e três reais e vinte e oito centavos) – equivalente a 77% (setenta e sete por cento) do porte cirúrgico 4C da CBHPM;
- Porte Anestésico 4 da CBHPM 2016: R\$ 558,81 (quinhentos e cinquenta e oito reais e oitenta e um centavos) – equivalente a 77% (setenta e sete por cento) do porte cirúrgico 6B da CBHPM;
- Porte Anestésico 5 da CBHPM 2016: R\$ 803,73 (oitocentos e três reais e setenta e três centavos) – equivalente a 77% (setenta e sete por cento) do porte cirúrgico 7C da CBHPM;
- Porte Anestésico 6 da CBHPM 2016: R\$ 1.087,77 (um mil e oitenta e sete reais e setenta e sete centavos) – equivalente a 77% (setenta e sete 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.*

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\$ 1.500,00 (um mil e quinhentos reais);
- Parto Cesariana: AIH + Complementação de R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais) + Anestesia;
- Curetagem pós aborto/pós parto: AIH + Complementação de R\$ 600,00 (seiscentos reais) + Anestesia;
- Nascimento gemelar: acréscimo de R\$ 400,00 (quatrocentos reais).

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\$ 150,00 (cento e cinquenta reais).*



Rua Castelo Branco, nº 15, Centro - CEP 95.885-000 - Imigrante/RS - Fone (51) 3754-1100

www.imigrante-rs.com.br

e-mail: ouvidoria@imigrante-rs.com.br

"A Terra dos Imigrantes"



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

Lei nº 2.276/2020

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\$ 310,38 (trezentos e dez reais e trinta e oito centavos) + Serviços Hospitalares: R\$ 490,00 (quatrocentos e noventa reais) + Valor Porte Anestésico.

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

- Valores: Honorários Médicos conforme porte 6C: R\$ 788,15 (setecentos e oitenta e oito reais e quinze centavos) + Serviços Hospitalares: R\$ 880,00 (oitocentos e oitenta reais) + Valor Porte Anestésico.

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

- Valores: Honorários Médicos conforme porte 7C: R\$ 1.043,81 (um mil e quarenta e três reais e oitenta e um centavos) + Serviços Hospitalares: R\$ 1.049,00 (um mil e quarenta e nove reais) + Valor Porte Anestésico.

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

- Valores: Honorários Médicos conforme porte 9C: R\$ 1.525,45 (um mil e quinhentos e vinte e cinco reais e quarenta e cinco centavos) + Serviços Hospitalares: R\$ 1.375,00 (um mil, trezentos e setenta e cinco reais) + Valor Porte Anestésico.

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

- Valores: Honorários Médicos conforme porte 12A: R\$ 2.367,80 (dois mil e trezentos e sessenta e sete reais e oitenta centavos) + Serviços Hospitalares: R\$ 1.571,00 (um mil, quinhentos e setenta e um reais) + 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;

* 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 e mediante avaliação de capacidade técnica; Estas especialidades não possuem cobertura de sobreaviso para situações de urgência e emergência, dependendo da disponibilidade dos profissionais.



Castelo Branco, nº 15, Centro - CEP 95.885-000 - Imigrante/RS - Fone (51) 3754-1100

www.imigrante-rs.com.br

e-mail: ouvidoria@imigrante-rs.com.br

"A Terra dos Imigrantes"



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

Lei nº 2.276/2020

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\$ 200,00 (duzentos reais) por diária
Internações Clínicas (adulto/pediátrico): complementação da diária internação SUS	R\$ 72,00 (setenta e dois reais) 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, 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 2.276/2020

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, 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 30% (trinta por cento) em seus portes nas seguintes eventualidades:

- a) No período compreendido entre 19h e 7h 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% (trinta por cento) 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 CONVENIENTE.

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 2.276/2020

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\$ 20,47 (vinte reais e quarenta e sete centavos), atualizada em 29 de outubro de 2018) 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. Este Convênio vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, a contar de sua assinatura, renovando-se automaticamente por períodos sucessivos de 12 (doze) meses, caso não haja oposição das partes, mediante prévio aviso de até 60 (sessenta) dias da data de cada renovação, **com seus efeitos a contar de 01/09/2020.**

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.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

Lei nº 2.276/2020

Anexo Único - Fl. 10

Cláusula V - Da Dotação Orçamentária:

5.1. As despesas deste Convênio serão atendidas pelas dotações orçamentárias vigentes, a seguir descritas:

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

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 CONVENENTE, 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:

- Todas as informações referentes ao quadro clínico do paciente deverão ser repassadas à equipe médica da CONVENIADA de modo fiel, claro, técnico e completo.
- 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.
- 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 CONVENENTE 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 CONVENENTE 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.





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

Lei nº 2.276/2020

Anexo Único - Fl. 11

Cláusula VII – Das Obrigações:

7.1. Compete à CONVENENTE:

- 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 CONVENENTE, 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;
- 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 CONVENENTE 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 municípios, sendo certo que tais serviços não são de responsabilidade da CONVENIADA.

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 CONVENENTE;
- 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).





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

Lei nº 2.276/2020

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, fac-símile 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.

Rua Castelo Branco, nº 15, Centro - CEP 95.885-000 - Imigrante/RS - Fone (51) 3754-1100

www.imigrante-rs.com.br

e-mail: ouvidoria@imigrante-rs.com.br

"A Terra dos Imigrantes"



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

Lei nº 2.276/2020

Anexo Único - Fl. 13

Imigrante, ___ de _____ de 2020.

CLAIR TERESINHA AGNES
Associação Sulina Divina Providência
HOSPITAL ESTRELA



CELSO KAPLAN
Prefeito Municipal
CONTRATANTE

Testemunhas:

Nome:
CPF:

Nome:
CPF:



Rede de Saúde Divina Providência

Hospital
Estrela

EXAMES DE TOMOGRAFIA

NOME	VALOR
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 ARCADEA 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
ECOGRAFAIA 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\$ 110,00
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\$ 1.155,00
ENDOSCOPIA SEM ANESTESIA	R\$ 385,00
ENDOSCOPIA COM ANESTESIA	R\$ 605,00
RETOSSIGMOIDOSCOPIA	R\$ 275,00
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO GUIADA POR ENDOSCOPIA	R\$ 990,00
COLONOSCOPIA E ENDOSCOPIA COM ANESTESIA	R\$ 1.595,00

**Atualizada em junho/2020*



Rede de Saúde Divina Providência

Hospital
Estrela

CARDIOVASCULAR

NOME	VALOR
ECOCARDIOGRAFIA	R\$ 242,00
ECODOPPLER DE CARÓTIDAS	R\$ 242,00
ECODOPPLER DE VERTEBRAIS	R\$ 242,00
ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA	R\$ 689,70
ECODOPPLER SISTEMA VENOSO MEMBRO INFERIOR	R\$ 302,50
ECODOPPLER SISTEMA ARTERIAL MEMBRO INFERIOR	R\$ 302,50
ECODOPPLER SISTEMA VENOSO MEMBRO SUPERIOR	R\$ 302,50
ECODOPPLER SISTEMA ARTERIAL MEMBRO SUPERIOR	R\$ 302,50
ECODOPPLER AORTA E ILÍACAS	R\$ 338,80
ECOCARDIOGRAFIA FETAL	R\$ 302,50

*Atualizada em 2020



Rede de Saúde Divina Providência

Hospital
Estrela

EXAMES LABORATORIAIS NÃO COBERTOS PELO SUS

NOME	VALOR
ÁCIDO FÓLICO	R\$ 28,05
ÁCIDO VALPRÓICO	R\$ 44,00
ÁCIDO VANIL MANDÉLICO	R\$ 27,50
ADENOSINA DEAMINASE	R\$ 66,00
ADENOVÍRUS PESQUISA	R\$ 110,00
ALDOSTERONA	R\$ 41,25
ALFA FETOPROTEÍNA	R\$ 33,00
ALFA HIDROPROGESTERONA	R\$ 28,88
ALFA-1-ANTITRIPSINA	R\$ 55,00
ANDROSTENEDIONA	R\$ 44,00
ANTI CARDIOLIPINA IGA	R\$ 22,00
ANTI CARDIOLIPINA IGG	R\$ 22,00
ANTI CARDIOLIPINA IGM	R\$ 22,00
ANTI CCP	R\$ 242,00
ANTI DNA	R\$ 48,40
ANTI FOSFOLIPÍDEOS	R\$ 144,10
ANTI GAD	R\$ 242,00
ANTI GLIADINA IGG	R\$ 27,50
ANTI INSULINA	R\$ 55,00
ANTI MICROSSOMAIS	R\$ 28,88
ANTI MÚSCULO LISO	R\$ 46,75
ANTI SSA-RO	R\$ 88,00
ANTI SSB	R\$ 88,00
ANTI TIREOPEROXIDASE- ANTI TIPO	R\$ 27,50
ANTI TRAB	R\$ 22,00
ANTI TRANSGLUTAMINASE TECIDUAL IGA	R\$ 88,00
ANTÍGENO CARCINOEMBRIONICO- CEA	R\$ 52,25
ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO- PSA	R\$ 41,25
ANTÍGENO PROSTÁTICO LIVRE- PSA LIVRE	R\$ 41,25
BETA 2 MICROGLOBULINA	R\$ 82,50
BETA HCG	R\$ 17,88
BORDETELLA PERTUSSIS IGG	R\$ 125,40
BORDETELLA PERTUSSIS IGM	R\$ 125,40
CA 19-9	R\$ 52,25
CA125	R\$ 52,25
CAFÉINA- DOSAGEM SÉRICA	R\$ 198,00
C-ANCA	R\$ 220,00
CARBAMAZEPINA	R\$ 41,25
CARIÓTIPO COM BANDA G	R\$ 418,00
CHLAMYDIA IGA	R\$ 24,75
CHLAMYDIA IGG	R\$ 24,75
CHLAMYDIA IGM	R\$ 24,75
CHLAMYDIA Imunof. Direta	R\$ 24,75
CISTICERCOSE HA	R\$ 82,50
CITOMEGALOVÍRUS IGG	R\$ 66,00

CITOMEGALOVÍRUS IGM	R\$ 85,80
CITOMEGALOVÍRUS QUALITATIVO	R\$ 231,00
CITOMEGALOVÍRUS QUANTITATIVO POR PCR	R\$ 308,00
CITRATO DA URINA DE 24H OU ÁCIDO CÍTRICO	R\$ 66,00
CLOSTRIDIUM DIFFICILE	R\$ 143,00
COAGULOGRAMA	R\$ 16,50
COMPLEMENTO (CH50)	R\$ 27,50
COMPLEMENTO C3	R\$ 38,50
COMPLEMENTO C4	R\$ 38,50
CORONAVÍRUS	R\$ 217,80
CORONAVÍRUS DETECÇÃO POR PCR	R\$ 352,00
CORONAVÍRUS TESTE RÁPIDO	R\$ 220,00
CORTISOL	R\$ 20,63
CORTISOL- TARDE	R\$ 20,63
CULTURA EM GERAL	R\$ 13,75
CULTURAS	R\$ 38,50
CURVA GLICÊMICA	R\$ 20,63
D-DÍMEROS	R\$ 110,00
ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 33,00
ENTEROVÍRUS- DETECÇÃO POR PCR	R\$ 165,00
EPSTEIN BAAR IGG	R\$ 41,25
EPSTEIN BAAR IGM	R\$ 41,25
ESPERMOGRAMA	R\$ 11,00
FAN	R\$ 33,00
FATOR DE VON WILLEBRAND	R\$ 220,00
FATOR REUMATÓIDE POR TURBIMETRIA	R\$ 51,04
FATOR VIII	R\$ 55,00
FENITOÍNA	R\$ 41,25
FENOBARBITAL	R\$ 41,25
FSH	R\$ 33,00
FTA-ABS- ANTICORPOS IGG	R\$ 22,00
FTA-ABS- ANTICORPOS IGM	R\$ 22,00
GLICOSE 6 FOSFATO DESIDROGENASE	R\$ 33,00
HCG	R\$ 16,78
HEPATITE B- ANTI-HBs	R\$ 22,00
HEPATITE B- HBeAg	R\$ 27,50
HEPATITE C- QUALITATIVO (PCR)	R\$ 220,00
HERPES TIPO I- IGG	R\$ 27,50
HERPES TIPO I- IGM	R\$ 33,00
HERPES ZOSTER IGG	R\$ 27,50
HERPES ZOSTER IGM	R\$ 33,00
HGH- HORMÔNIO DE CRESCIMENTO	R\$ 65,34
HIV- CARGA VIRAL	R\$ 330,00
HLA B27	R\$ 66,00
HORMÔNIO ADRENOCORTICOTRÓFICO (ACTH)	R\$ 57,75
HORMÔNIO ANTI-MULLERIANO (AMH)	R\$ 473,00
HTLV	R\$ 77,00
IgE ESPECÍFICA	R\$ 20,63
IMUNOELETOFORESE DE PROTEÍNA URINÁRIA 24H	R\$ 206,80
IMUNOELETOFORESE DE PROTEÍNAS SÉRICAS	R\$ 110,00
IMUNOFLUORESCENCIA PARA LUES	R\$ 44,00
IMUNOGLOBULINA A (IgA)	R\$ 22,00

IMUNOGLOBULINA A- SALIVA	R\$	13,75
IMUNOGLOBULINA E (IgE)	R\$	22,00
IMUNOGLOBULINA G (IgG)	R\$	22,00
IMUNOGLOBULINA M (IgM)	R\$	22,00
INFLUENZA (antígenos A/B/A H1N1)	R\$	63,80
JC/BK, POLIOMAVÍRUS JC- DETECÇÃO POR PCR	R\$	1.174,80
LÁTEX CRIPTOCOCCOS PCR	R\$	132,00
LEPTOSPIROSE IGM	R\$	38,50
LEPTOSPIROSE POR AGLUTINAÇÃO	R\$	82,50
LINFÓCITOS CD4	R\$	132,00
LÍTIO	R\$	16,50
LKM- AUTO-ANTICORPOS ANTI LKM	R\$	44,00
MICOLOGICO CULTURAL	R\$	19,25
MICOLÓGICO DIRETO	R\$	16,50
MICROALBUMINÚRIA DE 24H	R\$	38,50
MICROALBUMINÚRIA DE AMOSTRA	R\$	38,50
P-ANCA	R\$	45,38
PCR BORDETELLA PERTUSSIS	R\$	605,00
PEPTÍDEO C- DOSAGEM SÉRICA	R\$	38,50
PESQUISA DE ASPEGGILUS	R\$	220,00
PROLACTINA	R\$	33,00
PROLACTINA POOL	R\$	23,38
PTH- PARATORMÔNIO	R\$	55,00
RENINA PLASMÁTICA	R\$	30,25
ROTAVÍRUS	R\$	34,10
RUBEOLA IGG	R\$	22,00
RUBEOLA IGM	R\$	22,00
SDHEA	R\$	40,70
SOMATOMEDINA C IGF1	R\$	99,00
SOROLOGIA PARA DENGUE IGG	R\$	55,00
SOROLOGIA PARA DENGUE IGM	R\$	55,00
SOROLOGIA PARA HISTOPLASMOSE	R\$	88,00
TESTOSTERONA	R\$	76,23
TIREOGLOBULINA	R\$	66,00
TOXOCARA CANNIS IGG	R\$	55,00
TOXOPLASMOSE AVIDEZ	R\$	143,00
TRANSFERRINA	R\$	33,00
VITAMINA B12	R\$	28,05
VITAMINA D3 (25 HIDROXI)	R\$	66,00

*Valores podem variar de acordo com os laboratórios de apoio

*Atualizada em junho/2020



Rede de Saúde Divina Providência

Hospital
Estrela

OUTROS EXAMES E PROCEDIMENTOS

NOME	VALOR
ACESSO VENOSO PERIFÉRICO E CENTRAL	R\$ 110,00
ACESSO VENOSO PROFUNDO PARA HEMODIÁLISE (COMPLEMENTAÇÃO)	R\$ 220,00
DIETA ENTERAL POR USO (COMPLEMENTAÇÃO)	R\$ 50,00
DIETA PARENTERAL POR USO (COMPLEMENTAÇÃO)	R\$ 150,00
PARTOGAMA POR USO (COMPLEMENTAÇÃO)	R\$ 250,00
SESSÃO DE HEMODIÁLISE (COMPLEMENTAÇÃO)	R\$ 120,00

*Atualizada em 2020