



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE IMIGRANTE

LEI Nº 1.721/2012

AUTORIZA O PODER EXECUTIVO A FIRMAR CONVÊNIO COM A CENTRAL DE CONVÊNIOS DO HBB E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

PAULO GILBERTO ALTMANN, Prefeito Municipal de Imigrante, Estado do Rio Grande do Sul.

FAÇO SABER que a Câmara Municipal de Vereadores aprovou o Projeto de Lei nº 018/2012 e eu sanciono e promulgo a seguinte Lei:

Art. 1º – Fica o Poder Executivo autorizado a assinar Convênio com a **SOCIEDADE BENEFICÊNCIA E CARIDADE DE LAJEADO**, entidade mantenedora do Hospital Bruno Born, inscrita no CNPJ nº 91.162.511/0001-65, **visando atendimento médico e hospitalar pela Central de Convênios do HBB**, nos termos da minuta de Convênio, em Anexo, que faz parte integrante desta Lei.

Art. 2º – O presente Convênio terá vigência de 01 (um) ano, renovável por igual período.

Art. 3º – As despesas decorrentes da aplicação da presente Lei correrão à conta das dotações orçamentárias próprias no orçamento vigente.

Art. 4º – Revogam-se as disposições em contrário.

Art. 5º – Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL DE IMIGRANTE, 16 de março de 2012.


PAULO GILBERTO ALTMANN
Prefeito Municipal

Registre-se e Publique-se



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE IMIGRANTE

Lei nº 1.721/2012

Folha 02

CONVÊNIO Nº XXX/2012

**PARA ATENDIMENTO MÉDICO E HOSPITALAR PELA
CENTRAL DE CONVÊNIOS DO HBB**

O **MUNICÍPIO DE IMIGRANTE**, pessoa jurídica de direito público, com sede na Rua Bairro, Cep:, telefone:, inscrito no CNPJ sob nº neste ato representado pelo Prefeito Municipal, Sr. PAULO GILBERTO ALTMANN, doravante denominado simplesmente de **MUNICÍPIO**, e a **SOCIEDADE BENEFICÊNCIA E CARIDADE DE LAJEADO**, pessoa jurídica de direito privado, mantenedora do Hospital Bruno Born, inscrita no CNPJ sob nº 91.162.511/0001-65, com sede na Av. Benjamim Constant, 881, Bairro Centro, Lajeado/RS, Cep: 95900-000, telefone: (51) 3714-7500, neste ato representada pelo seu Diretor Administrativo, doravante denominada simplesmente de **CONVENIADA**, resolvem firmar o presente Convênio, autorizado pela Lei Municipal nº 1.721/2012, de 16 de março de 2012, que será regido pela Lei Federal nº 8.666/93, bem como pelas seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO: A CONVENIADA prestará os seguintes serviços aos habitantes do MUNICÍPIO:

a) **CONSULTAS MÉDICAS** com os médicos credenciados a atenderem pela Central de Convênios do HBB, em caráter que não seja o de urgência e emergência, agendadas preliminarmente pela Central de Convênios do HBB, pelos telefones (51) 3714-7567 ou 3714-7500, ramal 267.

b) **EXAMES DE APOIO AO DIAGNÓSTICO E TERAPIA (SADT)** disponíveis na estrutura mantida pela CONVENIADA, em caráter que não seja o de urgência ou emergência.

c) **CIRURGIAS** disponíveis na estrutura mantida pela CONVENIADA, seguindo a solicitação médica e com autorização do MUNICÍPIO, após agendamento preliminar pela Central de Convênios do HBB. Tal agendamento e fornecimento da Guia de Autorização deverá ocorrer em até 48 (quarenta e oito) horas, contados do recebimento do paciente.

Parágrafo Único – Os serviços acima descritos somente serão prestados pela CONVENIADA mediante apresentação de Guia de Autorização pelos habitantes do MUNICÍPIO. A referida guia, quando encaminhada juntamente com o paciente, deverá estar devidamente preenchida, seguindo o modelo constante no ANEXO I deste convênio, que assinado pelas partes, integra-o para todos os fins e efeitos.

CLÁUSULA SEGUNDA – DOS PREÇOS: Os serviços descritos na cláusula anterior serão remunerados da seguinte forma:

I – Pelo serviço descrito na *alínea “a”*, o valor que será pago à CONVENIADA, a cada consulta médica realizada, será o de **R\$ 66,00** (sessenta e seis reais).

Auto



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE IMIGRANTE

Lei nº 1.721/2012

Folha 03

II – Pelo serviço descrito na **alínea “b”**, o valor que será pago à CONVENIADA, a cada exame realizado, será aquele que consta na **Tabela de Preços da Central de Convênios do HBB**, constante no ANEXO II deste Convênio.

III – Pelo serviço descrito na **alínea “c”**, o valor a ser pago à CONVENIADA, a cada cirurgia realizada, será fornecido mediante orçamento, com base na **Tabela de Preços da Central de Convênios do HBB**, à disposição do MUNICÍPIO para consultas.

Parágrafo 1º – Se houver necessidade de realização de curativos no paciente, o MUNICÍPIO poderá pagar à CONVENIADA, a cada curativo realizado, o valor de tabela.

Parágrafo 2º – O faturamento pela realização do serviço objeto deste Convênio será definido pelo MUNICÍPIO, na Guia de Autorização constante no ANEXO I, devidamente preenchida.

Parágrafo 3º – **Caberá ao MUNICÍPIO consignar na Guia de Autorização o valor do procedimento a ser faturado contra o MUNICÍPIO ou contra o PACIENTE.**

CLÁUSULA TERCEIRA – DO RELATÓRIO DE SERVIÇOS PRESTADOS: A CONVENIADA repassará ao MUNICÍPIO a relação dos serviços prestados até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao da prestação dos serviços, mediante relatório com o nome do paciente, data do atendimento, nome do procedimento realizado e o seu respectivo valor.

Parágrafo Único – O atraso na entrega do relatório dos serviços prestados retardará o pagamento do valor descrito na cláusula terceira até a data da entrega.

CLÁUSULA QUARTA – DA DATA E FORMA DE PAGAMENTO: O MUNICÍPIO efetuará o pagamento do valor devido à CONVENIADA até o dia 15 (quinze) do mês seguinte à prestação dos serviços, mediante apresentação de nota fiscal pela CONVENIADA.

Parágrafo 1º – Para os fins desta cláusula, o pagamento acima referido será efetuado mediante depósito na conta bancária nº 07349-0, Banco Sicredi, agência de Lajeado (nº 0179), de titularidade da CONVENIADA.

Parágrafo 2º – O atraso do MUNICÍPIO no pagamento à CONVENIADA implicará em multa de mora de 2% (dois por cento), sobre o valor devido em atraso, acrescido de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária pelo IGP-M/FGV *pro rata die*.

CLÁUSULA QUINTA – Se for necessário, para fins de comprovação da prestação do serviço, a liberação de documentação médica seguirá normas legais, em especial o Código de Ética Médica e as resoluções emanadas do Conselho Regional e Federal de Medicina.

CLÁUSULA SEXTA – DA VIGÊNCIA: O prazo de vigência do presente convênio é de **01 (um) ano, a contar da data da sua assinatura**. Findo este prazo, o presente convênio poderá ser prorrogado por igual período, mediante termo aditivo, devidamente assinado pelos representantes legais das partes.

CLÁUSULA SÉTIMA – DAS FORMAS DE EXTINÇÃO DO CONVÊNIO: É motivo para a rescisão automática do presente convênio o descumprimento de quaisquer de suas cláusulas e condições, por qualquer uma das partes, bem como os motivos previstos na Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações.

Parágrafo 1º – As partes podem rescindir o presente convênio a qualquer tempo, de forma unilateral e imotivada, mediante notificação escrita de uma parte a outra, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sem qualquer ônus, desde que quitadas todas as obrigações.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE IMIGRANTE

Lei nº 1.721/2012

Folha 04

Parágrafo 2º – A CONVENIADA poderá dar por rescindido o presente Convênio e pleitear por perdas e danos, independentemente de formalidade prévia, se o MUNICÍPIO for inadimplente no pagamento pelos serviços objeto do presente convênio por prazo superior a 30 (trinta) dias contados da data ajustada para o pagamento.

CLÁUSULA OITAVA – DO VÍNCULO DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO: Os serviços objeto do presente Convênio serão prestados diretamente por profissionais contratados pela CONVENIADA, ou autorizados a atuarem no âmbito desta, na forma do seu Estatuto Social e Regimento.

Parágrafo único – É de responsabilidade exclusiva e integral da CONVENIADA as obrigações trabalhistas, previdenciárias e tributárias que tenha relação com a execução do objeto do presente Convênio, cujo ônus e obrigação em nenhuma hipótese poderão ser transferidos ao MUNICÍPIO.

CLÁUSULA NONA – DA PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA: As despesas decorrentes do presente convênio correrão por conta da seguinte previsão orçamentária:

ÓRGÃO:	07 - SEC. MUN. DA SAÚDE, ASSISTÊNCIA SOCIAL E M. AMB.
Unidade:	01 - FMS – Recursos Próprios
Projeto/Atividade:	10.302.0018.2059 - Contrat. Conv. Assist. Médica, Odont. E Exames Laboratoriais
	3.3.90.39.50.00.00.00 - Serviços Médico-Hospitalares, Odontológicos e Ex. Laborat.
Unidade:	03 - FMS – Recursos Vinculados do Estado
Projeto/Atividade:	10.301.0049.2065 - Assist. Médica e Sanitária c/ Rec. Programa Munic. Resolve
Despesa:	3.3.90.39.50.00.00.00 - Serviços Médico-Hospitalares, Odontológicos e Ex. Laborat.”

CLÁUSULA DÉCIMA – DO REAJUSTE DE PREÇOS: Para assegurar o equilíbrio financeiro deste Convênio, os preços previstos na Cláusula Segunda poderão ser reajustados de comum acordo entre as partes, não necessitando, para isso, que seja observado determinado período de tempo.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO FORO: As partes elegem o foro da Comarca do Teutônia/RS para a solução de quaisquer divergências ou conflitos oriundos do presente convênio, com exclusão de qualquer outro, mesmo que originário da Lei.

E por estarem de acordo, firmam as partes o presente Convênio, em 02 (duas) vias de igual teor e forma, juntamente com 02 (duas) testemunhas, para que produza seus jurídicos e legais efeitos.

Imigrante, ____ de _____ de 2012.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE IMIGRANTE

Lei nº 1.721/2012

Folha 05

CONVÊNIO Nº XXX/2012

ANEXO I

GUIA DE AUTORIZAÇÃO

Nome do Paciente:		
Endereço:		Telefone:
Procedimento:		Valor:
Data do Atendimento:	Horário agendado:	Horário de Saída:
Especialidade:	Profissional:	
Procedimento a ser pago pelo(a): <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Convênio Prefeitura (Assistência Social)	Reservado para autorização do HBB:	

Ass. Responsável Sec. Saúde		

Central de Convênios

Medicina Nuclear

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VLR CENTRAL
31010024	Cintilografia do Miocardio Necrose (Minimo 3	R\$ 479,54
31010040	Cintilografia do Miocardio Perfusao - Repouso e	R\$ 1.095,39
31020020	Cintilografia das Glandulas Salivares com ou sem	R\$ 255,88
31020038	Cintilografia do Fígado e Baco (Minimo 4 Projecoes)	R\$ 261,24
31020046	Cintilografia do Fígado e Vias Biliares (Minimo 7	R\$ 369,34
31020054	Diverticulo de Meckel (Minimo 4 Imagens)	R\$ 283,79
31020070	Esvaziamento Esofagico (Semi - Solidos)	R\$ 321,25
31020089	Esvaziamento Gastrico	R\$ 306,76
31020097	Refluxo Gastro - Esofagico	R\$ 331,21
31020100	Fluxo Sanguineo Hepatico (Qualitativo ou	R\$ 253,02
31020127	Sangramento Digestivo Determinado com	R\$ 212,71
31030017	Cintilografia da Tireoide com ou sem Captacao	R\$ 225,49
31030033	Pesquisa de Matastases do Corpo Total	R\$ 450,50
31030076	Cintilografia de Paratireoide	R\$ 472,18
31040012	Cintilografia Renal (Quantitativa ou Qualitativa)	R\$ 344,50
31040020	Cistografia Direta	R\$ 285,00
31040039	Cistografia Indireta	R\$ 295,10
31040047	Cintilografia Testicular (Escrotal)	R\$ 306,03
31040071	Estudo Renal Dinamico	R\$ 355,00
31040080	Estudo Renal Dinamico ou Diuretico	R\$ 355,00
31060021	Cintilografia Ossea (Corpo Total) com ou sem	R\$ 340,00
31060030	Fluxo Sanguineo Osseo	R\$ 329,68
31070027	Cisternocintilografia (Minimo 8 Imagens)	R\$ 529,67
31070043	Estudo das Fistulas Liquoricas	R\$ 515,00
31070078	Fluxo Sanguineo Cerebral	R\$ 225,00
31070086	Perfusao Cerebral	R\$ 969,45
31080014	Cintilografia com Galio 67 (Corpo Total)	R\$ 932,80
31080022	Linfocintilografia	R\$ 413,87
31090028	Cintilografia Pulmonar (Inalacao) (Minimo 4 Proje -	R\$ 493,16
31090036	Cintilografia Pulmonar (Perfusao) (Minimo 4 Proje -	R\$ 409,61
310201001	Cintilografia Hepatica com Hemacias Marcadas	R\$ 315,00
310300171	Cintilografia da Tireoide e/ou captacao (99mTc)	R\$ 222,07
310300172	Terapia com Nal-131 - (Hipertireoidismo) - dose	R\$ 545,04
311000231	Dose Terapeutica 25mcy	R\$ 1.048,57
311000232	Dose Terapeutica 15 mcy	R\$ 621,69
311000233	Dose Terapeutica 12 mcy	R\$ 504,56
311000234	Dose Terapeutica de 29 mcy	R\$ 1.201,93
31010024	Cintilografia do Miocardio Necrose (Minimo 3	R\$ 479,54
31010040	Cintilografia do Miocardio Perfusao - Repouso e	R\$ 1.095,39
31020020	Cintilografia das Glandulas Salivares com ou sem	R\$ 255,88
31020038	Cintilografia do Fígado e Baco (Minimo 4 Projecoes)	R\$ 261,24

Raio - X

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VLR. CENTRAL
32010010	RX Cranio (P.A. - Lat)	R\$ 28,40
32010028	RX Cranio: P.A. - Lat.- Bretton	R\$ 38,50
32010044	RX Mastoides - Bilateral	R\$ 41,49
32010060	RX Orbitas	R\$ 33,64
32010079	RX Seios da Face: F.N.- M.N. - Lat	R\$ 28,41
32010087	RX Seios da Face: F.N. - M.N. - Lat - Hirtz	R\$ 30,39

Handwritten signature or mark

32010095	RX Sela Turca	R\$ 28,41
32010117	RX Ossos da Face: M.N. - F.N. - Lat.- Hirtz	R\$ 30,88
32010133	RX Articulacao Temporo - Mandibular Bilateral	R\$ 30,88
32010150	RX Cavum: Lat.	R\$ 27,02
32010176	RX Panoramica de Mandibula - Ortopantomografia	R\$ 31,59
32020015	RX Coluna Cervical (A.P. - Lat.)	R\$ 28,05
32020023	RX Coluna Cervical (A.P. - Lat. - Obliquas)	R\$ 31,91
32020031	RX Coluna Cervical (A.P. - Lat. - Flexao e	R\$ 44,77
32020040	RX Coluna Dorsal (A.P. - Lateral)	R\$ 30,71
32020066	RX Coluna Lombo - Sacra (A.P. - Lateral)	R\$ 33,51
32020074	RX Coluna Lombo - Sacra (A.P. - Lat e Obliquas)	R\$ 33,51
32020082	RX Coluna Lombo - Sacra (A.P. - Lat - Flexao e	R\$ 47,73
32020090	RX Sacro - Coccix	R\$ 30,15
32020104	RX Coluna para Escoliose (A. P. - Lateral)	R\$ 34,12
32030010	RX Esterno	R\$ 30,13
32030029	RX Articulacao Esterno - Clavicular	R\$ 28,05
32030037	RX Arcos Costais	R\$ 30,71
32030045	RX Clavicula	R\$ 28,40
32030053	RX Ombro / Omoplata	R\$ 30,13
32030061	RX Articulacao Acromio - Clavicular	R\$ 27,32
32030070	RX Escapula	R\$ 30,13
32030088	RX Braco	R\$ 28,40
32030096	RX Cotovelo	R\$ 23,09
32030100	RX Antebraco	R\$ 24,48
32030118	RX Punho (A.P. - Lat.)	R\$ 25,17
32030126	RX Mao	R\$ 25,17
32030134	RX Maos e Punhos para Idade Ossea	R\$ 22,75
32040016	RX Bacia	R\$ 25,78
32040032	RX Articulacoes Sacro - Iliacas	R\$ 28,05
32040040	RX Articulacao Coxo - Femural	R\$ 29,55
32040059	RX Coxa	R\$ 30,71
32040067	RX Joelho (A.P. - Lateral)	R\$ 24,84
32040075	RX Joelho (A.P. - Lat. - Axial)	R\$ 27,30
32040083	RX Perna	R\$ 27,15
32040091	RX Tornozelo	R\$ 23,09
32040105	RX Pe	R\$ 24,48
32040113	RX Calcaneo	R\$ 23,09
32040121	RX Escanometria	R\$ 27,50
32040148	RX Joelho (Ap - Lat. - Obliquas + 3 Axiais)	R\$ 64,90
32050038	RX Torax: P. A.	R\$ 20,09
32050054	RX Torax: P. A. - Lat	R\$ 25,58
32050062	RX Torax: P. A. Ins e Exp - Lat	R\$ 30,70
32050089	RX Coracao e Vasos da Base: P. A. - Lat.	R\$ 37,40
32050135	RX Laringe	R\$ 28,04
32050143	RX Hipofaringe	R\$ 27,02
32050151	RX Mediastino	R\$ 33,64
32060017	RX Colangiografia Pre - Operatoria	R\$ 104,93
32060025	RX Colangiografia Pos - Operatoria	R\$ 112,98
32060068	RX Esofago	R\$ 41,87
32060076	RX Estomago e Duodeno	R\$ 121,79
32060084	RX Esofago - Hiato - Estomago e Duodeno	R\$ 135,77
32060092	RX Transito e Morfologia do Delgado	R\$ 130,22
32060106	RX Clister Opaco	R\$ 148,42
32070012	RX Urografia Excretora (Venosa c/ Bexiga Pre e	R\$ 174,21
32070020	RX Pielografia Ascendente	R\$ 93,73
32070039	RX Uretrocistografia	R\$ 149,92
32070071	RX Utero Gravido	R\$ 71,39
32080018	RX Abdomen Simples	R\$ 27,93
32080034	RX Abdomen Agudo	R\$ 48,08
32090072	Histerossalpingografia	R\$ 148,42
32090102	Artrografia	R\$ 117,50

10/12

32090129	Fistulografia	R\$ 112,49
32090153	Dacriocistografia	R\$ 60,05
320300701	Articulacao Escapula Umeral	R\$ 27,02
320400401	RX de Articulacao Coxo Femoral Lowensten	R\$ 29,84
320700121	Urografia Escretora/Cistografia	R\$ 174,21

Mamografia

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VLR. CENTRAL
32080050	Mamografia	R\$ 61,15
320800501	Mamografia com Puncao	R\$ 169,20
320800502	Mamografia por Agulhamento	R\$ 204,00
320800503	Core Biopsia de Mama por Mamografia	R\$ 492,00

Densitometria

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VLR. CENTRAL
32080107	Densitometria Ossea - 1 Sítio	R\$ 79,20
320800851	Densitometria Ossea - 2 Sítios	R\$ 133,10
320800852	Densitometria Ossea - 3 sítios	R\$ 165,00

Ecografia

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VLR. CENTRAL
33010013	U.S. Abdomen Superior	R\$ 63,00
33010021	U.S. Abdomen Total	R\$ 94,50
33010048	U.S. Articulações	R\$ 47,25
33010064	U.S. Ecocardiografia Bi - Dimensional	R\$ 178,50
33010072	U.S. Ecocardiografia Uni - Dimensional	R\$ 178,50
33010099	U.S. Globo Ocular	R\$ 52,50
33010129	U.S. Orgaos e Estruturas Superficiais	R\$ 52,50
33010137	U.S. Pelvica Ginecologica	R\$ 52,50
33010145	U.S. Pelvica Transvaginal	R\$ 52,50
33010153	U.S. Prostata Via Abdominal	R\$ 52,50
33010161	U.S. Prostata - Via Trans - Retal	R\$ 78,75
33010200	U.S. Transvaginal para Controle de Ovulacao (3 ou	R\$ 105,00
33010269	U.S. Obstetrica com Perfil Biofisico Fetal	R\$ 94,50
33010277	U.S. Obstetrico Morfologico	R\$ 74,03
33012024	U.S. Abdomen Total - Doppler Colorido	R\$ 178,50
33012148	U.S. Pelvica Transvaginal - Doppler Colorido	R\$ 125,57
330100131	Ecografia Fígado-Vesícula Biliar e Pâncreas	R\$ 52,50
330100211	Ecografia do Abdomen com Puncao	R\$ 189,00
330100212	Ecografia Parede Abdominal - Hernia	R\$ 52,50
330100213	Ecografia de Pelve	R\$ 63,00
330100214	Ecografia de Abdomen com Biopsia Hepatica	R\$ 220,50
330100301	Ecografia Aparelho Urinario Feminino	R\$ 75,50
330100302	Ecografia Aparelho Urinario Masculino	R\$ 84,00
330100561	Ecografia de Cranio Transfontanelar	R\$ 84,00
330100720	Ecocardiografia Uni-Direcional + Doppler Colorido	R\$ 178,50
330101101	Ecografia Obstetrica com Transulencia Nucal	R\$ 63,00
330101102	Ecografia Obstetrica Gemelar com Doppler Colorido	R\$ 164,56
330101103	Ecografia Obstetrica 1º Trimestre com Puncao	R\$ 387,20
330101104	Ecografia Obstetrica Morfologica com Doppler	R\$ 164,56

Aut

330101105	Ecografia Obstetrica 1º Trimestre Endovaginal	R\$ 57,75
330101106	Ecografia Obstetrica com Doppler Colorido	R\$ 164,56
330101107	Ecografia Obstetrica Gemelar	R\$ 57,75
330101108	Ecografia Obstetrica Simples	R\$ 42,00
330101109	Ecografia Obstetrica 3D / 4D	R\$ 173,25
330101291	Ecografia de Glândulas Salivares	R\$ 47,25
330101292	Ecografia Mama	R\$ 47,25
330101293	Ecografia Musculos e Tendoes	R\$ 47,25
330101294	Ecografia Puncao Tireoide	R\$ 178,50
330101295	Ecografia Regiao Cervical	R\$ 63,00
330101296	Ecografia Orgaos e Estruturas Superficiais	R\$ 52,50
330101297	Ecografia de Tireoide	R\$ 52,50
330101298	Ecografia Bolsa Testicular com Doppler Colorido	R\$ 122,69
330101299	Ecografia Bolsa Testicular	R\$ 47,25
330101371	Ecografia Abdomen Inferior Feminino	R\$ 63,00
330101372	Ecografia Apendice Cecal	R\$ 42,00
330101450	Pelvica (transvaginal) + Doppler Colorido	R\$ 246,40
330101451	Ecografia Transvaginal com Doppler	R\$ 136,50
330101531	Ecografia Abdomen Inferior Masculino	R\$ 63,00
330101611	Ecografia Prostata Transretal com Biopsia	R\$ 236,25
330102421	HBB - Eco Doppler Colorido Arterias Carotidas e Vertebrais	R\$ 189,00
330102421	ANGIOCOR - Ecodoppler Colorido Arteriais Carotidas e Vertebrais	R\$ 212,84
330102424	Ecografia Biopsia Hepatica	R\$ 317,10
45010110	Perfil - Biofisico do Feto	R\$ 74,03
45010129	Amniocentese Sob Controle da Ultra - Sonografia	R\$ 304,50
450101100	HBB - Ecodoppler Vascular Periferico Venoso (cada	R\$ 241,50
450101100	ANGIOCOR - Ecodoppler Vascular Periferico Venoso (cada	R\$ 306,08
450101101	Ecografia Perfil Biofisico Fetal	R\$ 84,00
450101102	Ecografia Perfil Biofisico Fetal + Doppler	R\$ 161,70
450101103	Ecocardiografia Fetal Gemelar	R\$ 285,60
450101104	Ecocardiografia Fetal	R\$ 157,50
450101105	Ecocardiografia Pediatrica	R\$ 126,00
450101106	Ecocardiografia com Doppler - Criança	R\$ 178,50
450101111	Ecocardiografia com Doppler - Fetal	R\$ 199,50
450101107	Ecocardiograma com Doppler (Adulto) - Central de	R\$ 178,50
450101108	ANGIOCOR - Ecodoppler Vascular Periferico Arterial (cada	R\$ 306,08
450101108	HBB - Ecodoppler Vascular Periferico Arterial (cada	R\$ 241,50
450101109	Ecocardiograma Fetal Gemelar (trigemeos)	R\$ 359,10
330100640	Ecocardiografia Bidimensional + Doppler Colorido	R\$ 196,35
3301012910	Ecografia de Mama com Puncao Aspirativa	R\$ 178,50
3301012911	Ecografia Core Biopsia de Mama	R\$ 315,00
3301012912	Ecografia Tireoide com Doppler Colorido	R\$ 108,54

Tomografia

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VLR. CENTRAL
34010017	Tomografia Comp. do Abdomen Superior	R\$ 189,00
34010018	Tomografia do Abdomen Total	R\$ 283,50
34010025	Tomografia Comp. das Articulacoes	R\$ 189,00
340100761	Tomografia de Segmento Adicional	R\$ 36,75
34010068	Tomografia Comp. de Cranio ou orbitas ou sela	R\$ 189,00
34010076	Tomografia Comp. Dinamica	R\$ 796,95
34010084	Tomografia Comp. de Face ou Seios da Face ou	R\$ 210,00
34010092	Tomografia Comp. de Mastoides ou Ouvidos	R\$ 210,00
34010106	Tomografia Comp. de Pelve ou Bacia	R\$ 189,00
34010114	Tomografia Comp. do Pescoco	R\$ 189,00
34010122	Tomografia Comp. dos Segmentos	R\$ 189,00
34010130	Tomografia Comp. do Torax	R\$ 189,00

Handwritten signature

340100171	Tomografia do Abdomen Superior com Iopamiron	R\$ 406,98
340100172	Tomografia do Abdomen Superior com Pielograf	R\$ 273,00
340100181	Tomografia do Abdomen Total com Iopamiron	R\$ 586,70
340100182	Tomografia do Abdomen Total com Pielograf	R\$ 388,50
340100410	Tomografia com Colonoscopia sem contraste	R\$ 183,75
340100331	Tomografia da Coluna Cervical	R\$ 189,00
340100332	Tomografia da Coluna Cervical com Iopamiron	R\$ 309,75
340100333	Tomografia da Coluna Cervical com Pielograf	R\$ 231,00
340100334	Tomografia da Coluna Dorsal e Lombar	R\$ 189,00
340100335	Tomografia da Coluna Dorsal e Lombar com	R\$ 309,75
340100336	Tomografia da Coluna Dorsal e Lombar com	R\$ 231,00
340100681	Tomografia de Cranio com Iopamiron	R\$ 335,16
340100682	Tomografia de Cranio com Pielograf	R\$ 231,00
340100683	Tomografia de Orbitas	R\$ 210,00
340100684	Tomografia de Orbitas com Iopamiron	R\$ 309,75
340100685	Tomografia de Orbitas com Pielograf	R\$ 241,50
340100686	Tomografia Sela turcica - Iopamiron	R\$ 309,75
340100762	Tomografia 3D	R\$ 80,85
340100841	Tomografia de Seios da Face com Iopamiron	R\$ 309,75
340100842	Tomografia do Seios da Face com Pielograf	R\$ 241,50
340100843	Tomografia da Face	R\$ 210,00
340100844	Tomografia da Face com Iopamiron	R\$ 309,75
340100845	Tomografia da Face com Pielograf	R\$ 241,50
340100846	Tomografia de Articulações	R\$ 210,00
340100847	Tomografia de Articulações com Iopamiron	R\$ 309,75
340100848	Tomografia de Articulações com Pielograf	R\$ 241,50
340100921	Tomografia de Mastoides ou Ouvidos com	R\$ 309,75
340100922	Tomografia de Mastoides ou Ouvidos com Pielograf	R\$ 241,50
340101061	Tomografia da Bacia e Pelve com Iopamiron	R\$ 399,00
340101062	Tomografia da Bacia e Pelve com Pielograf	R\$ 241,50
340101063	Tomografia do Abdomen Inferior	R\$ 189,00
340101064	Tomografia do Abdomen Inferior com Iopamiron	R\$ 388,50
340101065	Tomografia do Abdomen Inferior com Pielograf	R\$ 273,00
340101141	Tomografia da Região Cervical	R\$ 189,00
340101142	Tomografia da Região Cervical com Iopamiron	R\$ 388,50
340101143	Tomografia da Região Cervical com Pielograf	R\$ 273,00
340101144	Tomografia de Pescoco	R\$ 189,00
340101145	Tomografia de Pescoco com Iopamiron	R\$ 388,50
340101146	Tomografia de Pescoco com Pielograf	R\$ 236,25
340101221	Tomografia de Segmentos Apendiculares com	R\$ 388,50
340101222	Tomografia de Segmentos Apendiculares com	R\$ 241,50
340101301	Tomografia de Torax C/C - Iopamiron	R\$ 346,50
340101302	Tomografia de Torax com Pielograf	R\$ 273,00

Radioterapia

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VLR. CENTRAL
35010010	Mega voltagem (ac.linear,cobalto,eltrons)	R\$ 38,08
35010045	Cheque - Filme (Filme Radiologico a Parte)	R\$ 18,56
35010088	Mascara ou Blocos de Colimacao	R\$ 143,91
35010100	Simulacao de Tratamento	R\$ 462,53
41201116	Planejamento Simples	R\$ 440,91
35010118	Planejamento Tridimensional	R\$ 734,85

Auto

Ressonância

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VLR. CENTRAL
36010014	Rm de Cranio	R\$ 406,60
36010022	Rm da Coluna Cervical	R\$ 406,60
36010030	Rm da Coluna Toracica	R\$ 406,60
36010049	Rm da Coluna Lombo - Sacra	R\$ 406,60
36010057	Rm de Pescoco	R\$ 406,60
36010065	Rm de Plexo Braquial (Unilateral)	R\$ 406,60
36010073	Rm de Torax	R\$ 406,60
36010081	Rm de Coracao ou Aorta com Cine - Rm	R\$ 406,60
36010090	Rm de Abdomen Superior	R\$ 406,60
36010103	Rm de Bacia ou Pelvis	R\$ 406,60
36010111	Rm de Atm (Bilateral)	R\$ 406,60
36010120	Rm de Ombro (Unilateral)	R\$ 406,60
36010138	Rm de Cotovelo ou Punho (Unilateral)	R\$ 406,60
36010146	Rm de Coxo - Femoral (Bilateral)	R\$ 406,60
36010154	Rm de Joelho (Unilateral)	R\$ 406,60
36010162	Rm de Tornozelo ou Pe (Unilateral)	R\$ 406,60
36010170	Rm de Segmento Apendicular (Unilateral)	R\$ 406,60
36010189	Angiografia por Rm (Por Segmento) (*)	R\$ 467,59
36010197	Colangio-RM	R\$ 406,60
36010456	Articular (por articulacao)	R\$ 406,60
360100143	Artro-RM de Ombro	R\$ 567,10
360100144	Artro-RM de Quadril	R\$ 727,60
360100145	RM de Crânio com contraste	R\$ 470,80
360100146	RM de Mastoides com contraste	R\$ 470,80
360100147	RM Sela Tursica sem contraste	R\$ 406,60
360100148	RM Sela Tursica com contraste	R\$ 470,80
360100221	RM da Coluna Cervical com contraste	R\$ 470,80
360100301	RM da Coluna Toracica com contraste	R\$ 470,80
360100491	RM da Coluna Lombo-sacra com contraste	R\$ 470,80
360100571	RM de Pescoço com contraste	R\$ 470,80
360100731	RM de Torax com contraste	R\$ 470,80
360100901	RM de Abdomem Superior com contraste	R\$ 470,80
360100902	RM de Abdomem Total sem contraste	R\$ 406,60
360100903	RM de Abdomem Total com contraste	R\$ 470,80
360100904	RM Vias Biliares/Urinarias sem contraste	R\$ 406,60
360100905	RM Vias Biliares/Urinarias com contraste	R\$ 470,80
360101031	RM de Bacia ou Pelvis com contraste	R\$ 470,80
360101201	RM de Ombro (unilateral) com contraste	R\$ 470,80
360101381	RM de Cotovelo ou Punho (unilateral) com contraste	R\$ 470,80
360101461	RM de Coxo Femoral (bilateral) com contraste	R\$ 470,80
360101540	RM de Joelho (Unilateral) + Artografia para RM	R\$ 727,60
360101541	RM de Joelho (unilateral) com contraste	R\$ 470,80
360101621	RM de Tornozelo ou Pe (unilateral) com contraste	R\$ 470,80
360101891	Angio-RM com contraste	R\$ 541,42
360101971	Colangio RM - C/C	R\$ 567,10
360101972	Uro-RM	R\$ 642,00
360104561	RM Articular (por articulacao) com contraste	R\$ 470,80
360104562	RM de Mao sem contraste	R\$ 406,60
360104563	RM de Mao com contraste	R\$ 470,80

Auto