

LEI MUNICIPAL Nº 1227/12, DE 31 DE AGOSTO DE 2012.

Autoriza o Município de Floriano Peixoto, através do Executivo Municipal, a ratificar Convênio com a Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim, e dá outras providências.

VILSON ANTONIO BABICZ, PREFEITO MUNICIPAL DE FLORIANO PEIXOTO, ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, no uso de suas atribuições legais, e de conformidade com a Lei Orgânica Municipal,

Faço saber, que a Câmara Municipal aprovou, e eu sanciono e promulgo a seguinte

L E I:

Art. 1º. - Fica o Município de Floriano Peixoto, através do Poder Executivo, autorizado a ratificar o convênio com a Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim, visando prestação de serviços em saúde contemplando: exames de mamografia e tomografia (ambulatoriais); consultas médicas especializadas e procedimentos diagnósticos e cirurgicos eletivos através da central de especialidades; exames laboratoriais (internados); serviços médicos especializados na realização completa de exames de video endoscopia diagnóstica e terapêutica, video colonoscopia diagnóstica e terapêutica e retossigmoidoscopia em pacientes internados; e serviços de internação hospitalar, conforme Termo Convenial que integra a presente Lei.

Art. 2º. - A título de subvenção, a Municipalidade contraprestará mensalmente a Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim os valores fixados no Termo Convenial em referência, com vigência a contar de 1º de agosto de 2012 até o dia 31 de julho de 2013, podendo ser prorrogado, automaticamente, por períodos iguais e sucessivos, se houver interesse entre as partes, até o limite de 60 (sessenta) meses.

Art. 3º. - As despesas decorrentes desta Lei correrão por conta de dotação orçamentária própria.

Art. 4º. – Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, no local costume, com eficácia a partir de 1º de agosto de 2012, revogadas às disposições em contrário.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL DE FLORIANO PEIXOTO,
aos trinta e um dias do mês de agosto de 2012.

VILSON ANTONIO BABICZ,
Prefeito Municipal.

Registre-se. Publique-se. Cumpra-se.

Em 31.08.12

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO, FINANÇAS E PLANEJAMENTO.

JOSE MARIO RIGO,
Secretário

CONVÊNIO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS, CELEBRADO ENTRE O MUNICÍPIO DE FLORIANO PEIXOTO, RS E A FUNDAÇÃO HOSPITALAR SANTA TEREZINHA DE ERECHIM PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM SAÚDE CONTEMPLANDO: EXAMES DE MAMOGRAFIA E TOMOGRAFIA (AMBULATORIAIS); CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS E PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E CIRURGICOS ELETIVOS ATRAVÉS DA CENTRAL DE ESPECIALIDADES; EXAMES LABORATORIAIS (INTERNADOS); SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS NA REALIZAÇÃO COMPLETA DE EXAMES DE VIDEO ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA, VIDEO COLONOSCOPIA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA E RETOSSIGMOIDOSCOPIA EM PACIENTES INTERNADOS; E SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANO PEIXOTO pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ sob o número 01.612.289/0001-62, com sede na cidade de Avenida Alfredo Dücker, 1484, situada à cidade de Floriano Peixoto, RS, na condição de **CONVENIADA**, neste ato representada por seu Prefeito, Sr. Vilson Antônio Babicz, brasileiro, solteiro casado, residente e domiciliado na , e

FUNDAÇÃO HOSPITALAR SANTA TEREZINHA DE ERECHIM, fundação pública de direito privado, inscrita no CNPJ sob número 89.421.259/0001-10, com sede na cidade de Erechim – RS, à Rua Itália, 919, na condição de **CONVENENTE**, neste ato representado por seu Diretor Executivo, Sidnei Luis Rugeri, brasileiro, divorciado, administrador hospitalar, residente e domiciliado na cidade de Erechim- RS, têm justo e contratado na forma das estipulações a seguir clausuladas:

1. DO OBJETO

1.1 Constitui o objeto deste Convênio a prestação dos seguintes serviços pela CONVENENTE, conforme tipo de paciente:

1.1.1. Pacientes Ambulatoriais

- 1.1.1.1. Exames de Mamografia
- 1.1.1.2. Exames de Tomografia
- 1.1.1.3. Serviços de Central de Especialidades – Consultas Médicas Especializadas e Procedimentos Diagnósticos

1.1.2. Pacientes Internados

- 1.1.2.1. Procedimentos Cirúrgicos Eletivos oriundos de Consultas via Central de Especialidade.
- 1.1.2.2. Exames Laboratoriais e Serviços Médicos Especializados (Diagnósticos);
- 1.1.2.3. Serviços Médicos Especializados na realização completa (exames, diagnósticos, biópsias, ação terapêutica e emissão de laudo) de procedimentos de Vídeo Endoscopia

Diagnóstica e Terapêutica, Vídeo Colonoscopia Diagnóstica e Terapêutica e Retossigmoidoscopia;

1.1.2.4. Serviços Hospitalares de Internação.

2. DOS EXAMES DE TOMOGRAFIA E MAMOGRAFIA - AMBULATORIAL

- 2.1. A CONVENIADA solicitará o agendamento do exame, e encaminhará o paciente na data agendada com a autorização do município para realização do mesmo.
- 2.2. Todo exame de mamografia que exceder o limite pré-fixado na Cláusula 2.5.1., deste instrumento obedecendo a ordem cronológica dos agendamentos, será atendido e cobrado na modalidade “Convênio via Hospital Santa Terezinha”.
- 2.3. Todo exame de tomografia que exceder o limite pré-fixado na Cláusula 2.5.1., e for em pacientes de alta complexidade, serão atendidos desde que autorizados pela 11ª CRS, e desde que não exceda o limite conveniado entre a CONVENIENTE e o SUS.
- 2.4. Todo exame de tomografia que exceder o limite pré-fixado na Cláusula 2.5.1., e não for em pacientes de alta complexidade com autorização da 11CRS, serão atendidos e cobrado na modalidade “Convênio via Hospital Santa Terezinha”.
- 2.5. O número mensal de tomografias e mamografias disponibilizado pela CONVENIENTE à CONVENIADA atenderá ao disposto na tabela constante na cláusula 2.3.1., porém dependerá sempre da disponibilidade de vagas da CONVENIENTE e deverão ser autorizados previamente pela CONVENIADA.
 - 2.5.1. Quantitativos mensais disponibilizados pela CONVENIENTE À CONVENIADA:

SERVIÇO	QUANTIDADE MENSAL
Tomografias	3
Mamografias	0

3. DAS CONSULTAS ESPECIALIZADAS E PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E CIRÚRGICOS ELETIVOS

- 3.1. As consultas especializadas e procedimentos diagnósticos e cirúrgicos eletivos terão os seus quantitativos disponibilizados/regulados pela Central de Especialidades da CONVENIENTE e, conforme as necessidades da CONVENIADA, serão divididos a critério da CONVENIENTE e os encaminhamentos serão feitos pela Secretaria Municipal de Saúde nas áreas de Cardiologia, Ortopedia e Traumatologia, Bucomaxilofacial, Neurologia, Coloproctologia, Cirurgia Vascular, Cirurgia Geral,

Urologia, Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Pediátrica, Otorrinolaringologia.

- 3.1.1. As consultas especializadas e procedimentos diagnósticos e cirúrgicos eletivos deverão seguir o agendamento cronológico da Central de Especialidades da CONVENIENTE, não se admitindo em hipótese alguma solicitação de marcação em regime de urgência ou emergência.
- 3.2. As consultas especializadas e procedimentos diagnósticos e cirúrgicos via Central de Especialidades serão prestados através de atendimento individual, obedecendo aos seguintes critérios:
 - 3.2.1. A CONVENIADA deverá agendar previamente junto à Central de Especialidades da CONVENIENTE o atendimento necessário, que sempre respeitará a sequência de agendamento e a disponibilidade do referido serviço.
 - 3.2.2. O paciente enviado pela CONVENIADA deverá, além do agendamento prévio, portar Autorização Padrão assinada pela Secretaria Municipal de Saúde da CONVENIADA, permitindo a realização do Atendimento.
 - 3.2.3. O atendimento consistirá, conforme avaliação do profissional médico especialista, baseado na necessidade individual de cada paciente, em consulta médica, realização de exames especializados, diagnóstico, tratamento clínico, procedimento ambulatorial, procedimento cirúrgico, e a critério médico, uma consulta suplementar posterior, desde que previamente autorizado pela CONVENIADA.
 - 3.2.4. Constatado no atendimento, pelo profissional médico especialista, a necessidade de procedimento cirúrgico, a CONVENIENTE disponibilizará o tratamento cirúrgico mediante marcação prévia. Outros procedimentos que ultrapassem a capacidade resolutive do Hospital Santa Terezinha, deverão ser encaminhados para o Centro de Alta Complexidade referência.
 - 3.2.5. Se houver a necessidade de internação do paciente, a CONVENIADA deverá apresentar no ato, a Autorização de Internação Hospitalar –AIH, regendo-se a internação de acordo com a rotina já pactuada entre a CONVENIENTE e CONVENIADA conforme cláusula 2 deste instrumento.
- 3.3. Quando existir disponibilidade de novos serviços ou caso haja interrupção de serviço de alguma especialidade, as CONVENIADAS serão informadas.

OBS: os encaminhamentos são de responsabilidade do município de origem do paciente.

4. DOS EXAMES LABORATORIAIS E DOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS (DIAGNÓSTICOS) EM PACIENTES INTERNADOS

- 4.1. Os exames de Vídeo Endoscopia Diagnóstica; Vídeo Colonoscopia Diagnóstica; Vídeo Retossigmoidoscopia; Terapêutico (somado ao diagnóstico), serão realizados, para pacientes internados, após autorização pela CONVENIADA. Os valores dos procedimentos serão conforme tabela em anexo (Anexo III).
- 4.2. Os exames laboratoriais complementares que não constam em código na Tabela SUS, para pacientes internados serão realizados, somente, após autorização pela CONVENIADA, conforme valores descritos na tabela em anexo (Anexo II).
- 4.3. Os serviços médicos especializados de diagnósticos que não estão contemplados na tabela SUS, ou que o Hospital não possui em seus serviços próprios e são realizados por terceiros, obrigatoriamente deverão ser informados a Secretaria de Saúde da CONVENIADA, através de uma solicitação de autorização. Inclusive será informada sobre o valor do procedimento. O exame somente será executado mediante autorização prévia da Secretaria de Saúde da CONVENIADA.
- 4.4. Não haverá cobrança de ajuda de custo dos exames de Tomografia ou Mamografia em pacientes internados.

5. DAS CONDIÇÕES DO SERVIÇO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

- 5.1. A CONVENIADA, através de sua Secretaria Municipal de Saúde, fará a triagem dos pacientes a serem encaminhados para internação junto à CONVENENTE, observando-se as rotinas quanto a Avaliação, Encaminhamentos e Transferência e emitirá a Autorização de Internação Hospitalar – AIH.
- 5.2. A CONVENENTE, após disponibilizar a vaga de internação mediante contato prévio da CONVENIADA, fará o atendimento hospitalar, colocando à disposição dos pacientes todos os serviços próprios ou contratados junto a terceiros. A CONVENENTE não se responsabilizará, entretanto, por eventuais exames ou serviços não ofertados no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS e/ou não disponíveis no hospital.
- 5.3. No caso dos municípios encaminharem seus pacientes para atendimento de especialista via Urgência e Emergência, estes deverão entrar em contato com o especialista para solicitar atendimento e deve entrar em contato com o Hospital para

solicitar leito. Caso o especialista autorize o encaminhamento e o Hospital tenha leito, o paciente será enviado pela CONVENIADA para avaliação. Em caso de internação do paciente o município disponibilizará AIH.

5.3.1. Caso não haja internação do paciente, haverá cobrança dos serviços hospitalares, tais como taxas e serviços de enfermagem, na modalidade “Convênio via Hospital Santa Terezinha”, os materiais e medicamentos serão cobrados mediante tabela Brasindice e os honorários médicos para este atendimento via Urgência será o de 2x a tabela CBHPM, pagos ao Hospital que repassará ao profissional.

5.3.2. Excetuam-se deste item os atendimentos prestados, obedecendo as regras de encaminhamento, os atendimentos efetuados aos pacientes dos seguintes municípios: Aurea, Barão de Cotegipe, Centenário, Paulo Bento e Quatro Irmãos.

5.4. A título de ajuda de custo, para cada AIH emitida autorizada e faturada, a Conveniada pagará à CONVENENTE, a importância de R\$ 474,82 (Quatrocentos e Setenta e Quatro Reais e Oitenta e Dois Centavos), valor ajustado do contrato anterior pelo IGPM referente ao período de 31 de Julho de 2011 A 31 de Julho de 2012.

5.5. A título de controle e organização do sistema, a CONVENENTE, disponibilizará à CONVENIADA atendimentos via AIH da secretaria estadual de saúde, nas dependências de CONVENENTE. O quantitativo de atendimentos via AIH será determinado pelo número AIH disponível no mês corrente conforme pacto entre CONVENIADA e SUS, desde que não exceda o limite conveniado entre a CONVENENTE e o SUS.

5.6. Todo internamento e/ou atendimento que exceder o seu limite de AIH, obedecendo a ordem cronológica dos atendimentos via AIH, serão atendidos e cobrados na modalidade “Convênio via Hospital Santa Terezinha”.

5.7. A cobrança e os valores a que se refere a cláusula 5.6, tem como referência a tabela de procedimentos e valores do Sistema Único de Saúde, acrescida da “ajuda de custo a que se refere a cláusula 5.4. deste instrumento”.

6. DO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM OFTALMOLOGIA

6.1. O Serviço Especializado em Oftalmologia será prestado através de Atendimento individual, obedecendo aos seguintes critérios:

- 6.1.1. A CONVENIADA deverá agendar previamente junto ao Centro de Oftalmologia da CONVENENTE o Atendimento necessário, que sempre respeitará a sequência de agendamento e a disponibilidade de atendimento do referido serviço.
- 6.1.2. O paciente enviado pela CONVENIADA deverá, além do agendamento prévio, portar Autorização Padrão (Anexo I) assinada pela Secretaria Municipal de Saúde da CONVENIADA, em duas vias, permitindo a realização do Atendimento.
- 6.1.3. O Atendimento consistirá, conforme avaliação do profissional médico oftalmologista, baseado na necessidade individual de cada paciente, em consulta médica, realização de exames especializados, diagnóstico, tratamento clínico, procedimento ambulatorial, procedimento cirúrgico, e a critério médico, uma consulta suplementar posterior, desde que previamente autorizado pela CONVENIADA.
- 6.1.4. Constatado no atendimento, pelo profissional médico oftalmologista, a necessidade de procedimento cirúrgico, a CONVENENTE disponibilizará, mediante marcação prévia, tratamento com laser por sessões de Fotocoagulação, Cirurgias de Catarata com implante de lente intraocular, Cirurgia de Estrabismo, Pterígio, Glaucoma, Chalázio, Evisceração e Enucleação. Outros procedimentos que ultrapassem a capacidade resolutiva do Hospital Santa Terezinha, serão encaminhados para o Centro de Alta Complexidade em Oftalmologia (Referência para a Região).
- 6.1.5. Verificada a impossibilidade de continuidade do atendimento no Hospital Santa Terezinha, este emitirá laudo de transferência, e a CONVENIADA ficará responsável pelo encaminhamento do paciente a Centro de Alta Complexidade em Oftalmologia.
- 6.1.6. Se houver a necessidade de internação do paciente, a CONVENIADA deverá apresentar no ato, a Autorização de Internação Hospitalar –AIH, regendo-se a internação de acordo com a rotina já pactuada entre a CONVENENTE e a CONVENIADA conforme cláusula 2 deste instrumento.

7. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1 Os serviços contratados compreendem as áreas em que a CONVENIENTE possui capacidade técnica resolutiva para atendimento ao paciente.

7.1.1. Em havendo a necessidade de transferência para outra Unidade Hospitalar para internamento e/ou exames de diagnósticos, este se dará em parceria entre a CONVENIADA e o CONVENIENTE, e se dará da seguinte maneira:

a) Verificada a impossibilidade de continuidade do atendimento dos pacientes internados nas dependências da CONVENIENTE, esta ficará responsável com auxílio da CONVENIADA por providenciar a vaga e encaminhar os pacientes para Centro de Alta Complexidade referência inclusive deverá emitir laudo de transferência. A CONVENIADA ficará responsável pelo transporte/deslocamento do paciente para Centro de Alta Complexidade referência em veículo apropriado, bem como, pelo acompanhamento de profissional médico ou de enfermagem, quando a necessidade assim exigir.

7.2. A prestação dos serviços será suspensa temporariamente pela CONVENIENTE, após comunicação escrita, caso verificar-se atraso no pagamento, pagamento incompleto ou ausência de apresentação de AIH para paciente internado oriundo do serviço, sendo imediatamente restabelecido assim que a CONVENIADA sanar os motivos da suspensão.

8. DO CORPO CLÍNICO

8.1. Os serviços ora conveniados serão prestados diretamente por profissionais pertencentes ao corpo clínico da CONVENIENTE. Em relação aos profissionais médicos, o atendimento só poderá ser prestado por contratados pela CONVENIENTE, por membros do Corpo Clínico credenciados pelo Sistema Único de Saúde – SUS. A CONVENIENTE não interferirá na relação médico/paciente.

9. DOS PRAZOS E VIGÊNCIA

9.1. A data limite para a disponibilização das AIH'S para faturamento do mês da competência será até o 3º (terceiro) dia útil do mês subsequente. Em não sendo disponibilizada a AIH até este período, acordam as partes que o atendimento será considerado e cobrado na modalidade “Convênio Hospital Santa Terezinha”, com todos os reflexos financeiros correspondentes.

9.2. Fica estabelecido entre as partes que a vigência deste Convênio será de 01 de Agosto de 2012 até 31 de Julho de 2013, podendo haver renovação por iguais e sucessivos períodos até o limite de 60 meses.

10. DA REMUNERAÇÃO

10.1. O presente convênio visa à participação dos municípios no âmbito da AMAU pertencentes à 11ª CRS – Coordenadoria Regional de Saúde e outros que vierem a conveniar de outras Coordenadorias Regionais de Saúde, no custeio do atendimento aos pacientes do Sistema Único de Saúde-SUS, considerando-se a condição de Hospital de Referência Regional, da CONVENENTE.

10.2. O pagamento dos serviços prestados pela CONVENENTE deverá ser efetuado pela CONVENIADA diretamente ou através da rede bancária em até cinco dias após a emissão/apresentação de nota fiscal. A nota fiscal deverá ser retirada junto a CONVENENTE pela CONVENIADA.

10.3. A CONVENENTE emitirá a nota fiscal para cobrança dos atendimentos, sendo de exclusiva responsabilidade da CONVENIADA o empenho prévio da despesa.

Parágrafo Único: O pagamento dos atendimentos efetuados via modalidade “Convênio Hospital Santa Terezinha”, se dará após a emissão da Nota Fiscal até 10(dez) dias da emissão.

10.4. Pela prestação dos serviços a CONVENIADA pagará à CONVENIENTE, mediante documento fiscal próprio emitido por esta, os seguintes valores a título de ajuda de custo:

AIH	R\$ 474,82
Consultas Eletivas (Central)	R\$ 60,16
Video Endoscopia Diagnóstica	R\$ 218,12
Video Colonoscopia Diagnóstica	R\$ 508,95
Video Retossigmoidoscopia	R\$ 218,12
Video Terapêutico	R\$ 145,41

10.4.1. Realizado procedimento terapêutico, de necessidade comprovada, o valor fixo constante na tabela será somado ao procedimento diagnóstico principal.

10.5. Procedimentos diagnósticos e exames realizados via Central de Especialidades da CONVENENTE serão cobrados conforme Anexo III, desde que devidamente autorizados pela CONVENIADA;

10.6. Poderá o CONVENENTE, quando disponível em suas instalações ou contratado junto a outro prestador de serviços, realizar à CONVENIADA, todo e qualquer procedimento diagnóstico ou terapêutico, bem como exames laboratoriais que não estejam contemplados neste convênio, após autorização prévia da CONVENIADA, sendo automaticamente efetuada a cobrança via Nota Fiscal de Serviço, conforme a cláusula 10.2 deste instrumento.

10.7. Com relação aos procedimentos cirúrgicos eletivos, oriundos das consultas especializadas, será pago pela CONVENIADA a CONVENENTE o valor indicado para cada procedimento na tabela SUS multiplicado por 2, limitados a um teto máximo de R\$ 1.156,50 (Hum mil Cento e Cinquenta e Seis Reais e Cinquenta Centavos).

10.7.1. A fixação do teto máximo para procedimentos cirúrgicos eletivos, oriundos de consultas especializadas exclusivamente para os seguintes procedimentos de urologia será nos seguintes valores:

- a) Procedimento: Prostatevisiculectomia em oncologia – Valor R\$ 1.266,60
- b) Procedimento: Ressecção tumores múltiplos e simultâneos – Valor R\$ 1.198,68

10.8. Nos valores conveniados não estão incluídas despesas de acompanhantes ou despesas extras, que deverão ser pagas pelo responsável no ato da alta hospitalar.

10.9. Juntamente com o documento fiscal será emitida relação completa dos pacientes e informações pertinentes.

10.10. As despesas referentes a este Convênio de Prestação de Serviços serão suportadas pela seguinte dotação orçamentária:

ÓRGÃO:

UNIDADE:

10.11. Em caso de termo aditivo de prorrogação do convênio por períodos adicionais, todos os valores constantes neste instrumento serão reajustados a cada período de doze meses pelo índice acumulado do período do IGPM/FGV ou outro índice oficial que venha a substituí-lo.

11. DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

11.1. A inadimplência da CONVENIADA autoriza a imediata suspensão da prestação dos serviços conveniados, sem prejuízo da denúncia do convênio e o ressarcimento dos danos causados à CONVENIADA.

12. DA RESCISÃO

12.1. Constituem causa para rescisão do contrato:

12.1.1. A manifestação expressa de uma das partes com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias da data referência de vencimento deste instrumento, sem ônus.

12.1.2.2. A ocorrência de qualquer um dos motivos elencados no artigo 78 da Lei Federal 8.666/93.

13. DO FORO

13.1. As partes elegem o Foro da Comarca de Erechim, RS, para dirimirem todas e quaisquer dúvidas oriundas do presente Convênio.

13.1.1. E, por estarem de pleno acordo e perfeitamente contratados, firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor e forma, após lido, conferido e considerado conforme em todos os seus termos, juntamente com as testemunhas.

Floriano Peixoto, RS, 01 de agosto de 2012.

VILSON ANTÔNIO BABICZ

Prefeito Municipal
Prefeitura Municipal de
Floriano Peixoto, RS
CONVENIADA

SIDNEI LUIS RUGERI

Fund. Hospitalar Santa
Terezinha de Erechim
Diretor Executivo
CONVENENTE

Registre-se.

(ANEXO I)

ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO OFTALMOLÓGICA

SECRETARIA MUNICIPAL DE

Estamos encaminhando o senhor (a)

do Município de para atendimento no Centro de
Referência em Oftalmologia da Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim, no dia
_____/_____/_____, às _____ horas.

A consulta foi agendada por

Salientamos que o atendimento deverá ser prestado nos termos do convênio/contrato
celebrado entre Município e a Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim.

(Nome do município), (data), (mês), (ano).

Assinatura Secretário Municipal

08S: Deverá ser em folha timbrada e constar carimbo do responsável

(ANEXO II)

EXAMES LABORATORIAS QUE NÃO CONSTAM NA TABELA SUS

Exame	Valor por exame
Imunofenotipagem de Medula Óssea	R\$ 462,24
Cariótipo com Banda G medula óssea/Sangue periférico	R\$ 340,90
Teste do Pezinho Plus	R\$ 170,45
Teste do Pezinho Master	R\$ 238,65
D-Dímeros	R\$ 140,10
Triagem Mínima de Erros Inatos do Metabolismo	R\$ 219,15
Triagem ampliada de Erros Inatos do Metabolismo	R\$ 280,08

(ANEXO III)

VALORES DE EXAMES POR ESPECIALIDADE VIA CENTRAL DE ESPECIALIDADES

EXAMES VASCULARES		
Procedimento	Valores unitários	
	1 membro	2 membros
Eco Doppler Arterial MS/MI	R\$ 144,38	R\$ 231,01
Eco Doppler Venoso MS/MI	R\$ 144,38	R\$ 231,01
Eco Doppler de Aorta-Ilíaca	R\$ 144,38	R\$ 231,01
Eco Doppler de Artérias Renais (Mesentérica e Tronco-Celíaco)	R\$ 144,38	R\$ 231,01
Eco Doppler Artérias Esplâncnicas	R\$ 144,38	R\$ 231,01
Eco Doppler de Cava Ilíaca	R\$ 144,38	R\$ 231,01
Procedimento	Valores Unitários	
Bota de Ulna	R\$ 124,30	

CARDIOLOGIA	
Procedimento	Valores Unitários
Eletrocardiograma	R\$ 34,62
Ecocardiograma com Doppler	R\$ 137,10
Holter 24 horas	R\$ 103,86
Teste Ergométrico	R\$ 103,86

OTORRINOLARINGOLOGIA	
Procedimento	Valores Unitários
Videolaringoscopia Direta	R\$ 173,10
Endoscopia Nasosinusal	R\$ 173,10

(ANEXO IV)
VALORES DE TOMOGRAFIAS ATRAVÉS DO CONVENIO HOSPITAL SANTA
TEREZINHA

<i>Código</i>	<i>Tomografia</i>	<i>Valor com contraste</i>	<i>Valor sem contraste</i>
34010017 34010106	Abdome total (pelve e abdome superior)	R\$ 328,85	Realizado somente com contraste
34010017	Abdome superior	R\$ 243,60	R\$ 219,24
34010025	Articulações (esternoclavicular, cotovelo, punho, sacro-ilíaca, coxo-femural, joelho e pé.	R\$ 243,60	R\$ 219,24
34010033	Coluna Cervical, Dorsal ou Lombar	R\$ 243,60	R\$ 219,24
34010068	Crânio	R\$ 243,60	R\$ 219,24
34010084	Face ou Seios da Face	R\$ 243,60	R\$ 219,24
34010092	Mastóides ou Ouvidos	R\$ 243,60	R\$ 219,24
34010106	Pelve ou Bacia	R\$ 243,60	R\$ 219,24
34010114	Pescoço	R\$ 243,60	R\$ 219,24
34010122	Segmentos (braço, antebraço, mão, coxa, perna e pé	R\$ 243,60	R\$ 219,24
34010130	Tórax	R\$ 243,60	R\$ 219,24
34010149	Angiotomografia(crânio, pescoço, tórax, abdome superior, pelve-arterial e venosa + valor da tomografia	R\$ 381,05	Realizado somente com contraste
34010149	Angiotomografia de aorta torácica + valor da tomografia	R\$ 381,05	Realizado somente com contraste
34010149	Angiotomografia de aorta abdominal + valor da tomografia	R\$ 381,05	Realizado somente com contraste
34010017 34010106	Urotomografia (Pelve + Abdome Superior) geralmente sempre s/ contraste.	R\$ 487,19	R\$ 438,48
32080050	Mamografia		R\$ 75,00