



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

CONVÊNIO Nº 091/2021

PARA ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR PELA
CENTRAL DE CONVÊNIOS DO HBB

O **MUNICÍPIO DE IMIGRANTE**, pessoa jurídica de direito público, com sede na Rua Castelo Branco, 15, Bairro Centro, CEP: 95885-000, telefone: (51) 3754-1100, e-mail: sec.saude@imigrante-rs.com.br, inscrito no CNPJ sob nº 92.454.776/0001-08, neste ato representado pelo Prefeito Municipal, Sr. **GERMANO STEVENS**, 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 **CRISTIANO DICKEL**, doravante denominada simplesmente de **CONVENIADA**, resolvem firmar o presente Convênio, autorizado pela Lei Municipal nº 2.308, de 20 de maio de 2021, que será regido pela Lei Federal nº 8.666/93, bem como pelas seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO. É o objeto do presente convênio a prestação de serviços médico-hospitalares pela **CONVENIADA** aos habitantes do **MUNICÍPIO**, em nível ambulatorial ou de internação, consistentes em consultas, cirurgias e exames de apoio ao diagnóstico e terapia, conforme rol em **ANEXO**, em caráter desvinculado do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo 1º. Para fins deste convênio, 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, podendo a consulta ser realizada na **CONVENIADA** ou no consultório do profissional. Na segunda hipótese, antes da consulta, é obrigatória a apresentação do paciente na Central de Convênios do HBB para liberação do atendimento.
- b) **EXAMES DE APOIO AO DIAGNÓSTICO E TERAPIA (SADT)** disponíveis na estrutura hospitalar mantida pela **CONVENIADA**.
- c) **CIRURGIAS** disponíveis na estrutura mantida pela **CONVENIADA**, seguindo a solicitação médica e com a autorização do **MUNICÍPIO**.

Parágrafo 2º. Os serviços acima descritos deverão ser agendados preliminarmente junto à Central de Marcação do HBB, pelo telefone **(51) 3714-7590**.

Parágrafo 3º. Os serviços objeto deste convênio somente serão prestados pela **CONVENIADA** mediante a apresentação de Guia de Autorização, preenchida pelo **MUNICÍPIO**, seguindo o modelo constante em **ANEXO** ao convênio.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

Parágrafo 4º. Os serviços objeto deste convênio são pautados pela seletividade, assim, dentre aqueles profissionais credenciados para atender pela Central de Convênios, está autorizado ao usuário escolher qual profissional lhe prestará o serviço.

Parágrafo 5º. As partes declaram que estão cientes e de acordo que os serviços prestados através deste convênio deverão ser realizados de modo desvinculado do Sistema Único de Saúde (SUS), não podendo, em hipótese alguma, ocorrer a prestação de serviço pelas cotas contratadas para o SUS ou o faturamento pelo SUS de serviço prestado.

Parágrafo 6º. O presente convênio não prevê reconsulta gratuita, não importando a hipótese, destacando-se que o valor unitário da consulta foi elaborado considerando a ausência de reconsulta.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA CONTRAPRESTAÇÃO PELOS SERVIÇOS REALIZADOS: Os serviços descritos na Cláusula Primeira serão remunerados da seguinte forma:

I – Pelo serviço descrito na *alínea “a”*, o valor a ser pago à CONVENIADA, a cada consulta médica realizada, será o de R\$ 170,00 (cento e setenta reais).

II – Pelo serviço descrito na *alínea “b”*, o valor a ser pago à CONVENIADA, a cada exame realizado, será aquele que consta na Tabela de Preços da Central de Convênios do HBB, conforme ANEXO deste Convênio.

III – Pelos serviços descritos nas *alíneas “c”*, o valor a ser pago à CONVENIADA, a cada cirurgia realizada, será fornecido mediante orçamento prévio, com base na Tabela de Preços da Central de Convênios do HBB.

Parágrafo 1º. O faturamento pela realização do serviço objeto deste convênio será definido pelo MUNICÍPIO, na Guia de Autorização constante em **ANEXO**, devidamente preenchida. Caberá ao MUNICÍPIO consignar na Guia de Autorização o valor do procedimento a ser faturado contra o MUNICÍPIO ou contra o paciente.

Parágrafo 2º. Eventual ausência da apresentação da Guia de Autorização, quando do atendimento do paciente em situação excepcional, poderá, a critério da CONVENIADA, ser suprida no prazo de até 48 (quarenta e oito) horas. Caso a guia em questão não seja apresentada neste prazo, o serviço prestado será faturado contra o MUNICÍPIO.

CLÁUSULA TERCEIRA – PRESTAÇÃO DE CONTAS: 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 1º. O atraso na entrega do relatório acima referido retardará o pagamento do valor devido pelo MUNICÍPIO à CONVENIADA, o qual somente será liberado, com a efetiva entrega do relatório.

Parágrafo 2º. O relatório acima referido será encaminhado mediante correio eletrônico (e-mail), ao endereço fornecido pelo MUNICÍPIO. É de responsabilidade do MUNICÍPIO verificar o recebimento do relatório em questão, no prazo previsto para o seu envio. Caso o relatório não tenha sido encaminhado no prazo, deverá o MUNICÍPIO solicitar o envio deste à CONVENIADA.

CLÁUSULA QUARTA – DA DATA E FORMA DE PAGAMENTO: O MUNICÍPIO efetuará o pagamento da contraprestação devida à CONVENIADA até o 5º (quinto) dia útil



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

do mês seguinte à prestação dos serviços. Para efetivação do pagamento, deverá a CONVENIADA fornecer a competente nota fiscal.

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 sem justo motivo do MUNICÍPIO no pagamento da contraprestação devida o sujeita a pagar, em favor da CONVENIADA, multa moratória de 2% sobre o valor devido em atraso, acrescido de juros moratórios de 1% ao mês e correção monetária pelo IGP-M/FGV *pro rata die*, até o efetivo pagamento.

Parágrafo 3º. O atraso do MUNICÍPIO no pagamento dos serviços objeto deste convênio, por prazo superior a 30 dias, autoriza a CONVENIADA a suspender a execução de todos os serviços ora conveniados, sem prévia notificação judicial ou extrajudicial, até o cumprimento integral das obrigações pendentes pelo MUNICÍPIO. Nesta hipótese, a CONVENIADA fica exonerada de qualquer responsabilidade civil, administrativa, penal ou ética pela suspensão do cumprimento do convênio.

Parágrafo 4º. Não serão suspensos os atendimentos que estejam em andamento no regime de internação hospitalar, desde que o paciente tenha sido internado antes da aplicação da medida.

Parágrafo 5º. A suspensão dos serviços não exime o MUNICÍPIO da obrigação de pagar pelos serviços prestados pela CONVENIADA.

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 – DO PRAZO DE VIGÊNCIA: O prazo de vigência do presente convênio é de 12 (doze) meses, a contar da data da sua assinatura.

Parágrafo Único. Findo o prazo acima, o presente convênio poderá ser renovado por iguais períodos ou por qualquer prazo, até o limite de 60 (sessenta) meses, 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.

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.

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.

Parágrafo 3º. Independente da hipótese de encerramento do convênio, persistirá a responsabilidade do MUNICÍPIO de realizar o pagamento dos serviços prestados até a alta do último paciente atendido em virtude deste convênio, e à CONVENIADA a responsabilidade pela manutenção dos serviços até a alta desse paciente.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

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 seguintes previsões orçamentárias:

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
Despesa:	3.3.3.90.39.00.00.00 - Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica

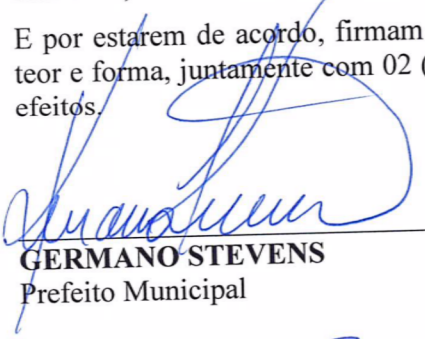
CLÁUSULA DÉCIMA – DO REAJUSTE DE PREÇOS: Para assegurar o equilíbrio econômico-financeiro deste Convênio, os preços previstos na Cláusula Segunda poderão ser reajustados de comum acordo entre as partes, não necessitando, para isso, que seja observado determinado período de tempo.

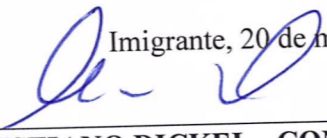
Parágrafo Único. Eventual reajuste de preços será objeto de Termo Aditivo, a ser assinado pelos representantes legais de ambas as partes.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – ANEXOS: Os ANEXOS referidos neste Convênio, após assinados, integram o para todos os fins de direito.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – 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.


GERMANO STEVENS
Prefeito Municipal


Imigrante, 20 de maio de 2021.
CRISTIANO DICKEL - CONVENIADA
Soc. Benef. e Caridade de Lajeado

Testemunha

Nome:

CPF:

Testemunha

Janaina Schwingel

650.878.520-68


RAFAEL COIMBRA GONÇALVES
Advogado - OAB/RS 47.596
Prefeitura Municipal de Imigrante



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

CONVÊNIO Nº 091/2021

ANEXO I

GUIA DE AUTORIZAÇÃO

Convênio com a Central de Convênios HBB

 MUNICÍPIO DE IMIGRANTE CNPJ nº 92.454.776/0001-08 Rua Castelo Branco, 15, Centro - Imigrante / RS (51) 3754-1163 E-mail: sec.saude@imigrante-rs.com.br		
Nome do(a) paciente:		
Endereço:		Telefone:
Procedimento:		Valor Total:
Data do Atendimento:	Horário:	Hora da Saída:
Especialidade:		Médico(a):
Faturar Procedimento: () Município () Paciente		Espaço reservado para autorização do HBB
Valor: Valor:		
Espaço reservado para autorização da Secretaria de Saúde com Carimbo		Espaço reservado para eventuais observações

TOMOGRAFIA

CÓDIGO TUSS	EXAME	C.CONV - PREFEITURA
41001435	Angio Tomografia Arterial de Abdomen Superior - Com Contraste	R\$ 1.086,42
41001435	Angio Tomografia Arterial de Abdomen Total - Com Contraste	R\$ 1.086,42
41001370	Angio Tomografia Arterial de Cranio - Com Contraste	R\$ 1.086,42
41001478	Angio Tomografia Arterial de Membro Inferior - Com Contraste	R\$ 1.086,42
41001494	Angio Tomografia Arterial de Membro Superior - Com Contraste	R\$ 1.086,42
41001451	Angio Tomografia Arterial de Pelve - Com Contraste	R\$ 1.086,42
41001397	Angio Tomografia Arterial de Pescoco - Com Contraste	R\$ 1.086,42
41001419	Angio Tomografia Arterial de Torax - Com Contraste	R\$ 1.086,42
41001516	Angio Tomografia Arterial Pulmonar - Com Contraste	R\$ 1.086,42
41001230	Angio Tomografia Coronariana	R\$ 1.511,54
41001184	Angio Tomografia de Aorta Abdominal - Com Contraste	R\$ 1.086,42
41001176	Angio Tomografia de Aorta Toracica - Com Contraste	R\$ 1.086,42
41001443	Angio Tomografia Venosa de Abdomen Superior - Com Contraste	R\$ 1.086,42
41001443	Angio Tomografia Venosa de Abdomen Total - Com Contraste	R\$ 1.086,42
41001389	Angio Tomografia Venosa de Cranio - Com Contraste	R\$ 1.086,42
41001486	Angio Tomografia Venosa de Membro Inferior - Com Contraste	R\$ 1.086,42
41001508	Angio Tomografia Venosa de Membro Superior - Com Contraste	R\$ 1.086,42
41001460	Angio Tomografia Venosa de Pelve - Com Contraste	R\$ 1.086,42
41001400	Angio Tomografia Venosa de Pescoco - Com Contraste	R\$ 1.086,42
41001427	Angio Tomografia Venosa de Torax - Com Contraste	R\$ 1.086,42
41001443	Angio Tomografia Venosa de Veia Iliacas E Cava - Com Contraste	R\$ 1.086,42
41001524	Angio Tomografia Venosa Pulmonar - Com Contraste	R\$ 1.086,42
41001192	Escanometria por Tomografia	R\$ 361,35
41001044	Tomografia de Articulacao Temporo Mandibular - Com Contraste	R\$ 602,25
41001044	Tomografia de Articulacao Temporo Mandibular - Sem Contraste - Padrao	R\$ 318,84
41001117	Tomografia de Abdomen Inferior - Com Contraste - Padrao	R\$ 602,25
41001117	Tomografia de Abdomen Inferior - Sem Contraste	R\$ 361,35
41001109	Tomografia de Abdomen Superior - Com Contraste - Padrao	R\$ 602,25
41001109	Tomografia de Abdomen Superior - Sem Contraste	R\$ 361,35
41001095	Tomografia de Abdomen Total - Sem Contraste	R\$ 382,61
41001095	Tomografia de Abdomen Total - Com Contraste - Padrao	R\$ 700,00
41001117	Tomografia de Bacia - Com Contraste	R\$ 590,44
41001117	Tomografia de Bacia - Sem Contraste - Padrao	R\$ 361,35
41001150	Tomografia de Braco Unilateral - Com Contraste	R\$ 584,54
TOMOGRAFIA		
CÓDIGO TUSS	EXAME	C.CONV - PREFEITURA
41001150	Tomografia de Braco Unilateral - Sem Contraste - Padrao	R\$ 361,35
41001125	Tomografia de Coccix - Com Contraste	R\$ 602,25
41001125	Tomografia de Coccix - Sem Contraste	R\$ 354,27



41001125	Tomografia da Coluna Cervical com Contraste	R\$ 602,25
41001125	Tomografia de Coluna Cervical - Sem Contraste - Padrao	R\$ 354,27
41001125	Tomografia de Coluna Dorsal - Com Contraste	R\$ 602,25
41001125	Tomografia de Coluna Dorsal - Sem Contraste - Padrao	R\$ 354,27
41001125	Tomografia de Coluna Lombar - Com Contraste	R\$ 602,25
41001125	Tomografia de Coluna Lombar - Sem Contraste - Padrao	R\$ 325,00
41001133	Tomografia de Coluna Segmento Adicional - Sem Contraste	R\$ 53,14
41001141	Tomografia de Cotovelo Unilateral - Com Contraste	R\$ 584,54
41001141	Tomografia de Cotovelo Unilateral - Sem Contraste - Padrao	R\$ 318,84
41001150	Tomografia de Coxa Bilateral - Com Contraste	R\$ 584,54
41001150	Tomografia de Coxa Bilateral - Sem Contraste - Padrao	R\$ 361,35
41001150	Tomografia de Coxa Unilateral - Com Contraste	R\$ 584,54
41001150	Tomografia de Coxa Unilateral - Sem Contraste - Padrao	R\$ 361,35
41001141	Tomografia de Coxo - Femural (quadril) - Com Contraste	R\$ 566,83
41001141	Tomografia de Coxo - Femural (quadril) - Sem Contraste - Padrao	R\$ 318,84
41001010	Tomografia de Cranio - Sem Contraste	R\$ 318,84
41001010	Tomografia de Cranio - Com Contraste - Padrao	R\$ 520,00
41001141	Tomografia de Esternoclavicular Unilateral - Com Contraste	R\$ 566,83
41001141	Tomografia de Esternoclavicular Unilateral - Sem Contraste - Padrao	R\$ 318,84
41001036	Tomografia de Face - Sem Contraste	R\$ 318,84
41001036	Tomografia de Face - Com Contraste - Padrao	R\$ 602,25
41001141	Tomografia de Joelho Unilateral - Com Contraste	R\$ 566,83
41001141	Tomografia de Joelho Unilateral - Sem Contraste - Padrao	R\$ 318,84
41001141	Tomografia de Joelho Unilateral com Protocolo de Lyon	R\$ 771,31
41001150	Tomografia de Mao Unilateral - Com Contraste	R\$ 584,54
41001150	Tomografia de Mao Unilateral - Sem Contraste - Padrao	R\$ 361,35
41001028	Tomografia de Mastoides - Com Contraste	R\$ 566,83
41001028	Tomografia de Mastoides - Sem Contraste - Padrao	R\$ 318,84
41001141	Tomografia de Ombro Unilateral - Com Contraste	R\$ 566,83
41001141	Tomografia de Ombro Unilateral - Sem Contraste - Padrao	R\$ 318,84
41001010	Tomografia de Orbitas - Com Contraste - Padrao	R\$ 566,83
41001010	Tomografia de Orbitas - Sem Contraste	R\$ 318,84
41001150	Tomografia de Pe Unilateral - Com Contraste	R\$ 584,54
41001150	Tomografia de Pe Unilateral - Sem Contraste - Padrao	R\$ 318,84
41001117	Tomografia de Pelve - Com Contraste - Padrao	R\$ 590,44
41001117	Tomografia de Pelve - Sem Contraste	R\$ 361,35
41001150	Tomografia de Perna Unilateral - Com Contraste	R\$ 584,54
41001150	Tomografia de Perna Unilateral - Sem Contraste - Padrao	R\$ 361,35
41001141	Tomografia de Punho Unilateral - Com Contraste	R\$ 566,83
41001141	Tomografia de Punho Unilateral - Sem Contraste - Padrao	R\$ 318,84
41001060	Tomografia de Regiao Cervical - Com Contraste - Padrao	R\$ 602,25
41001060	Tomografia de Regiao Cervical - Sem Contraste	R\$ 354,27
41001141	Tomografia de Sacro Iliacas - Com Contraste	R\$ 566,83

TOMOGRAFIA

CÓDIGO TUSS	EXAME	C.CONV - PREFEITURA
41001141	Tomografia de Sacro Iliacas - Sem Contraste - Padrao	R\$ 318,84
41001036	Tomografia de Seios da Face - Com Contraste	R\$ 602,25
41001036	Tomografia de Seios da Face - Sem Contraste - Padrao	R\$ 318,84
41001010	Tomografia de Sela Tursica - Com Contraste - Padrao	R\$ 566,83
41001010	Tomografia de Sela Tursica - Sem Contraste	R\$ 318,84
41001079	Tomografia de Torax - Com Contraste - Padrao	R\$ 609,34
41001079	Tomografia de Torax - Sem Contraste	R\$ 382,61
41001141	Tomografia de Tornozelo Unilateral - Com Contraste	R\$ 584,54
41001141	Tomografia de Tornozelo Unilateral - Sem Contraste - Padrao	R\$ 318,84

41001095	Uro Tomografia com Contraste	R\$ 921,09
41001095	Uro Tomografia sem Contraste	R\$ 538,48
	Tomografia Dinamica	R\$ 1.086,42
	Tomografia Com Colonoscopia - Sem Contraste	R\$ 637,68
	Tomografia 3D	R\$ 106,28



RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

CÓDIGO TUSS	EXAME	C.CONV - PREFEITURA
41101340	Angio Ressonancia Aorta Abdominal - Com Contraste	R\$ 650,00
41101332	Angio Ressonancia Aorta Toracica - Com Contraste	R\$ 650,00
41101618	Angio Ressonancia Arterial de Carotidas E Vertebrais - Com Contraste	R\$ 650,00
41101537	Angio Ressonancia Arterial de Cranio - Com Contraste	R\$ 650,00
41101537	Angio Ressonancia Arterial de Cranio - Sem Contraste - Padrao	R\$ 550,00
41101596	Angio Ressonancia Arterial de Pelve - Com Contraste	R\$ 650,00
41101626	Angio Ressonancia Venosa de Carotidas E Vertebrais - Com Contraste	R\$ 650,00
41101545	Angio Ressonancia Venosa de Cranio - Com Contraste	R\$ 650,00
41101600	Angio Ressonancia Venosa de Pelve - Com Contraste	R\$ 650,00
41102010	Artro Ressonancia de Ombro (unilateral) - Com Contraste	R\$ 650,00
41101359	Colangio Ressonancia de Vias Biliares - Com Contraste	R\$ 650,00
41101359	Colangio Ressonancia de Vias Biliares - Sem Contraste - Padrao	R\$ 550,00
41101170	Entero Ressonancia - Com Contraste	R\$ 650,00
41101030	Ressonancia Magnetica da Base do Cranio - Com Contraste	R\$ 650,00
41101170	Ressonancia Magnetica de Abdomen Superior - Com Contraste - Padrao	R\$ 650,00
41101170	Ressonancia Magnetica de Abdomen Superior - Com Contraste - Primovist	R\$ 650,00
41101170	Ressonancia Magnetica de Abdomen Superior - Sem Contraste	R\$ 550,00
41101170	Ressonancia Magnetica de Abdomen Total - Sem Contraste	R\$ 550,00
41101170	Ressonancia Magnetica de Abdomen Total - Com Contraste - Padrao	R\$ 650,00
41101103	Ressonancia Magnetica de Articulacao Temporomandibular - Sem Contraste - Padrao	R\$ 550,00
41101103	Ressonancia Magnetica de Articulacao Temporomandibular - Com Contraste	R\$ 650,00
41101278	Ressonancia Magnetica de Bacia - Sem Contraste - Padrao	R\$ 550,00
41101278	Ressonancia Magnetica de Bacia - Com Contraste	R\$ 650,00
41101251	Ressonancia Magnetica de Braco (unilateral) - Com Contraste	R\$ 650,00
41101251	Ressonancia Magnetica de Braco (unilateral) - Sem Contraste - Padrao	R\$ 550,00
41101227	Ressonancia Magnetica de Coccix - Com Contraste	R\$ 650,00
41101227	Ressonancia Magnetica de Coccix - Sem Contraste - Padrao	R\$ 550,00

41101227	Ressonancia Magnetica de Coluna Cervical - Sem Contraste - Padrao	R\$ 550,00
41101227	Ressonancia Magnetica de Coluna Cervical - Com Contraste	R\$ 650,00
41101227	Ressonancia Magnetica de Coluna Dorsal - Com Contraste	R\$ 650,00
41101227	Ressonancia Magnetica de Coluna Dorsal - Sem Contraste - Padrao	R\$ 550,00
41101227	Ressonancia Magnetica de Coluna Lombar - Sem Contraste - Padrao	R\$ 550,00
41101227	Ressonancia Magnetica de Coluna Lombar - Com Contraste	R\$ 650,00
41101316	Ressonancia Magnetica de Cotovelo (unilateral) - Com Contraste	R\$ 650,00
41101316	Ressonancia Magnetica de Cotovelo (unilateral) - Sem Contraste - Padrao	R\$ 550,00
41101286	Ressonancia Magnetica de Coxa (unilateral) - Com Contraste	R\$ 650,00
41101286	Ressonancia Magnetica de Coxa (unilateral) - Sem Contraste - Padrao	R\$ 550,00
41101278	Ressonancia Magnetica de Coxo - Femural - Sem Contraste - Padrao	R\$ 550,00
41101278	Ressonancia Magnetica de Coxo - Femural - Com Contraste	R\$ 650,00

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

CÓDIGO TUSS	EXAME	C.CONV - PREFEITURA
41101014	Ressonancia Magnetica de Cranio - Sem Contraste	R\$ 550,00
41101316	Ressonancia Magnetica de Cranio - Com Contraste - Padrao	R\$ 650,00
41101065	Ressonancia Magnetica de Cranio Com Espectroscopia - Com Contraste	R\$ 130,33
41101316	Ressonancia Magnetica de Joelho (unilateral) - Sem Contraste - Padrao	R\$ 550,00
41101316	Ressonancia Magnetica de Joelho (unilateral) - Com Contraste	R\$ 650,00
41101480	Ressonancia Magnetica de Mama (bilateral) - Com Contraste - Padrao	R\$ 650,00
41101480	Ressonancia Magnetica de Mama (bilateral) - Sem Contraste	R\$ 550,00
41101260	Ressonancia Magnetica de Mao (unilateral) - Com Contraste	R\$ 650,00
41101260	Ressonancia Magnetica de Mao (unilateral) - Sem Contraste - Padrao	R\$ 550,00
41101081	Ressonancia Magnetica de Mastoide - Com Contraste - Padrao	R\$ 650,00
41101081	Ressonancia Magnetica de Mastoide - Sem Contraste	R\$ 550,00
41101316	Ressonancia Magnetica de Ombro (unilateral) - Sem Contraste - Padrao	R\$ 550,00
41101316	Ressonancia Magnetica de Ombro (unilateral) - Com Contraste	R\$ 650,00
41101073	Ressonancia Magnetica de Orbitas - Com Contraste - Padrao	R\$ 650,00
41101073	Ressonancia Magnetica de Orbitas - Sem Contraste	R\$ 550,00
41101081	Ressonancia Magnetica de Ossos Temporais Bilateral - Com Contraste - Padrao	R\$ 650,00
41101081	Ressonancia Magnetica de Ossos Temporais Bilateral - Sem Contraste	R\$ 550,00
41101308	Ressonancia Magnetica de Pe (unilateral) - Com Contraste - Padrao	R\$ 650,00

41101308	Ressonancia Magnetica de Pe (unilateral) - Sem Contraste	R\$ 550,00
41101189	Ressonancia Magnetica de Pelve - Com Contraste - Padrao	R\$ 650,00
41101189	Ressonancia Magnetica de Pelve - Sem Contraste	R\$ 550,00
41101189	Ressonancia Magnetica de Pelve (investigacao de Endometriose) - Com Contraste - Padrao	R\$ 650,00
41101189	Ressonancia Magnetica de Pelve (investigacao de Endometriose) - Sem Contraste	R\$ 550,00
41101294	Ressonancia Magnetica de Perna - Com Contraste	R\$ 650,00
41101294	Ressonancia Magnetica de Perna - Sem Contraste	R\$ 550,00
41101243	Ressonancia Magnetica de Plexo Braquial - Com Contraste	R\$ 650,00
41101243	Ressonancia Magnetica de Plexo Braquial - Sem Contraste - Padrao	R\$ 550,00
41101316	Ressonancia Magnetica de Punho (unilateral) - Com Contraste	R\$ 650,00
41101316	Ressonancia Magnetica de Punho (unilateral) - Sem Contraste - Padrao	R\$ 550,00
41101316	Ressonancia Magnetica de Quadril Direito - Com Contraste	R\$ 650,00
41101316	Ressonancia Magnetica de Quadril Direito - Sem Contraste - Padrao	R\$ 550,00
41101111	Ressonancia Magnetica de Regiao Cervical - Sem Contraste	R\$ 550,00
41101111	Ressonancia Magnetica de Regiao Cervical - Com Contraste - Padrao	R\$ 650,00
41101278	Ressonancia Magnetica de Sacro Iliacas - Com Contraste	R\$ 650,00
41101278	Ressonancia Magnetica de Sacro Iliacas - Sem Contraste - Padrao	R\$ 550,00
41101090	Ressonancia Magnetica de Seios da Face - Com Contraste	R\$ 650,00
41101090	Ressonancia Magnetica de Seios da Face - Sem Contraste - Padrao	R\$ 550,00
41101022	Ressonancia Magnetica de Sela Turcica - Com Contraste - Padrao	R\$ 650,00
41101022	Ressonancia Magnetica de Sela Turcica - Sem Contraste	R\$ 550,00
41101120	Ressonancia Magnetica de Torax - Sem Contraste	R\$ 550,00
41101120	Ressonancia Magnetica de Torax - Com Contraste - Padrao	R\$ 650,00
41101316	Ressonancia Magnetica de Tornozelo (unilateral) - Sem Contraste - Padrao	R\$ 550,00
41101316	Ressonancia Magnetica de Tornozelo (unilateral) - Com Contraste	R\$ 650,00
41101170	Ressonancia Magnetica de Vias Urinarias - Sem Contraste	R\$ 550,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA		
CÓDIGO TUSS	EXAME	C.CONV - PREFEITURA
41101170	Ressonancia Magnetica de Vias Urinarias - Com Contraste - Padrao	R\$ 650,00
41101359	Uro Ressonancia - Com Contraste	R\$ 650,00

ECOGRAFIA

CÓDIGO TUSS	EXAME	C.CONV - PREFEITURA
40808203	Agulhamento Pre Cirurgico Guiado Por Ecografia	R\$ 319,55
40808262	Core Biopsia de Mama Guiada Por Ecografia de 2 A 3 Nodulos	R\$ 783,02
40808262	Core Biopsia de Mama Guiado Por Ecografia de 1 Nodulo	R\$ 594,93
40901475	Ecografia Arterial de Membro Inferior Unilateral Com Doppler Colorido	R\$ 453,34
40901459	Ecografia Arterial de Membro Superior Unilateral Com Doppler Colorido	R\$ 453,34
40901092	Ecocardiografia Transesofagico	R\$ 836,82
40901106	Ecocardiograma Transtoracico Adulto Com Doppler Colorido	R\$ 291,20
40901181	Ecografia Abdomen Inferior Feminino	R\$ 119,51
40901173	Ecografia Abdomen Inferior Masculino	R\$ 119,51
40901130	Ecografia Abdomen Superior	R\$ 119,51
40901130	Ecografia de Abdomen Superior Com Doppler Colorido	R\$ 280,58
40901122	Ecografia Abdomen Total	R\$ 180,00
40901122	Ecografia Abdomen Total - Doppler Colorido	R\$ 337,73
40901122	Ecografia de Aorta Abdominal	R\$ 177,97
40901394	Ecografia de Aorta E Arterias Renais Com Doppler Colorido	R\$ 453,34
40901408	Ecografia de Aorta E Iliaca Com Doppler Colorido	R\$ 453,34
40901769	Ecografia de Aparelho Urinario Feminino	R\$ 141,60
40901769	Ecografia de Aparelho Urinario Masculino	R\$ 141,60
40901416	Ecografia de Arterias Viscerais (mesentericas Superior E Inferior E Tronco Celiaco) Com Doppler Colo	R\$ 453,34
40901220	Ecografia de Articulacao (por Articulacao) Com Doppler Colorido	R\$ 328,63
40901220	Ecografia Articulações	R\$ 100,03
40901122	Ecografia de Bacia Ou Pelve	R\$ 177,97
40901203	Ecografia de Bolsa Testicular	R\$ 100,03
40901203	Ecografia Bolsa Testicular com Doppler	R\$ 231,21
40901661	Ecografia de Carotidas Com Doppler Colorido	R\$ 354,62
40901033	Ecografia de Glandulas Salivares (parotidas)	R\$ 100,03
40901017	Ecografia de Globo Ocular Bilateral	R\$ 100,03
40901025	Ecografia de Globo Ocular Bilateral Com Doppler Colorido	R\$ 261,10
40901114	Ecografia Mama	R\$ 150,00
40901211	Ecografia de Orgaos E Estruturas Superficiais (axilas, Musculo Ou Tendao)	R\$ 100,03
40901211	Ecografia de Orgaos E Estruturas Superficiais (axilas, Musculo Ou Tendao) Com Doppler Colorido	R\$ 328,86
40901211	Ecografia de Parede Abdominal	R\$ 100,03
40901190	Ecografia de Pele E Subcutaneo - Dermatologica	R\$ 100,03
40901203	Ecografia de Penis	R\$ 100,03
40901750	Ecografia Prostata Via Abdominal	R\$ 100,03
40901750	Ecografia de Prostata Via Abdominal Com Doppler Colorido	R\$ 261,10
40901335	Ecografia Prostata Transretal	R\$ 149,38
40901335	Ecografia de Prostata Via Transretal Com Doppler Colorido	R\$ 310,46
40901220	Ecografia de Quadril	R\$ 100,03

ECOGRAFIA

CÓDIGO TUSS	EXAME	C.CONV - PREFEITURA
40901211	Ecografia de Regiao Cervical	R\$ 100,03
40901211	Ecografia de Regiao Cervical Com Doppler Colorido	R\$ 203,94
40901211	Ecografia de Regiao Perianal	R\$ 100,03
40901149	Ecografia de Retroperitonio (grandes Vasos Ou Adrenais)	R\$ 100,03

40901203	Ecografia de Tireoide	R\$ 100,03
40901203	Ecografia Tireoide com Doppler Colorido	R\$ 203,94
40901360	Ecografia de Vasos Cervicais Arterial Bilateral (carotidas E Vertebrais) Com Doppler Colorido	R\$ 354,62
40901378	Ecografia de Vasos Cervicais Venoso Bilateral (subclavias E Jugulares) Com Doppler Colorido	R\$ 354,62
40901238	Ecografia Obstetrica	R\$ 110,41
40901246	Ecografia Obstetrica Com Doppler Colorido	R\$ 295,68
40901297	Ecografia Obstetrica 1 Trimestre (endovaginal)	R\$ 217,34
40901505	Ecografia Obstetrica Com Perfil Biofisico Fetal	R\$ 253,31
40901254	Ecografia Obstetrica Com Translucencia Nucal	R\$ 194,85
40901270	Ecografia Obstetrica Gemelar	R\$ 160,09
40901289	Ecografia Obstetrica Gemelar Com Doppler Colorido	R\$ 295,68
40901262	Ecografia Obstetrico Morfologico	R\$ 250,00
54310001	Ecografia Morfológica Com Rastreamento Cromossômico	R\$ 196,56
40901300	Ecografia Pelvica Ginecologica	R\$ 129,90
40901300	Ecografia Pelvica (ginecologica) Com Doppler Colorido	R\$ 465,03
40901041	Ecografia Toracico Extracardiaco	R\$ 123,41
40901351	Ecografia Transfontanela Com Doppler	R\$ 159,78
40901300	Ecografia Transvaginal	R\$ 120,00
40901300	Ecografia Transvaginal Com Doppler Colorido	R\$ 465,03
40901319	Ecografia Transvaginal Para Controle de Ovulacao	R\$ 198,75
40901319	Ecografia Transvaginal Para Controle de Ovulacao Com Doppler Colorido	R\$ 359,83
40901483	Ecografia Venosa de Membro Inferior Unilateral Com Doppler Colorido	R\$ 453,34
40901467	Ecografia Venosa de Membro Superior Unilateral Com Doppler Colorido	R\$ 453,34
40808238	Puncao de Mama Guiado Por Ecografia (paaf)	R\$ 337,73
40809161	Puncao de Parede Abdominal Guiado Por Ecografia	R\$ 467,09

MAMOGRAFIA

CÓDIGO TUSS	EXAME	C.CONV - PREFEITURA
40808190	Agulhamento Pré Cirurgico Guiado Por Mamografia	R\$ 319,55
40808254	Core Biopsia de Mama Guiado Por Mamografia	R\$ 941,77
40808041	Mamografia Digital Bilateral	R\$ 190,00
40808220	Puncao de Mama Guiado Por Mamografia (paaf)	R\$ 381,90

DENSITOMETRIA

CÓDIGO TUSS	EXAME	C.CONV - PREFEITURA
40808130	Densitometria ossea (2 Sítios)	R\$ 126,00

TESTE ERGOMETRICO

CÓDIGO TUSS	EXAME	C.CONV - PREFEITURA
40101045	Teste ergométrico (dentro do HBB)	R\$ 185,56

RAIO X

CÓDIGO TUSS	PROCEDIMENTO	C.CONV - PREFEITURA
40801012	Rx de Cranio - 2 Incidencias	R\$ 53,26
40801020	Rx de Cranio - 3 Incidencias	R\$ 72,75
40801047	Rx de Mastoides Bilateral	R\$ 77,94
40801055	RX Orbitas	R\$ 63,65
40801063	Rx de Seios da Face	R\$ 53,26
40801063	Rx de Seios da Face + 1 Incidencia	R\$ 57,15
40801071	Rx de Sela Tursica	R\$ 53,26
40801080	Rx de Maxilar Inferior	R\$ 60,96
40801098	Rx de Ossos da Face	R\$ 58,46
40801110	Rx de Articulacao Temporomandibular Bilateral	R\$ 58,46
40801128	Rx de Adenoides Ou Cavum	R\$ 53,30
40801136	Rx Panoramica de Mandibula	R\$ 58,46
40802019	Rx de Coluna Cervical - 3 Incidencias	R\$ 53,26
40802027	Rx de Coluna Cervical - 5 Incidencias	R\$ 59,76
40802027	Rx de Coluna Cervical Funcional	R\$ 83,14
40802035	Rx de Coluna Dorsal - 2 Incidencias	R\$ 58,46
40802051	Rx de Transição Toraco-lombar	R\$ 63,65
40802060	Rx de Coluna Lombo - Sacra - 5 Incidencias	R\$ 63,65
40802060	Rx de Coluna Lombo - Sacra Funcional	R\$ 88,33
40802078	RX Sacro - Coccix	R\$ 57,15
40802086	Rx de Coluna Dorso-lombar Para Escoliose	R\$ 63,65
40803015	RX Esterno	R\$ 57,15
40803023	Rx de Articulacao Esternoclavicular	R\$ 53,26
40803031	Rx de Costelas - Por Hemitorax (arcos Costais)	R\$ 58,46
40803040	RX Clavicula	R\$ 53,26
40803074	RX Ombro	R\$ 57,15
40803074	Rx de Ombro + 1 Incidencia	R\$ 57,15
40803074	Rx de Ombro + 2 Incidencias	R\$ 57,15
40803074	Rx de Ombro + 3 Incidencias	R\$ 57,15
40803066	Rx de Articulacao Acromioclavicular	R\$ 53,26
40803058	RX Escapula	R\$ 57,15
40803082	RX Braco	R\$ 53,26
40803090	RX Cotovelo	R\$ 42,87
40803090	Rx de Cotovelo + 1 Incidencia	R\$ 42,87
40803090	Rx de Cotovelo + 2 Incidencias	R\$ 42,87
40803104	RX Antebraço	R\$ 46,76
40803112	Rx de Punho	R\$ 48,07
40803112	Rx de Punho + 1 Incidencia	R\$ 48,07
40803112	Rx de Punho + 2 Incidencias	R\$ 48,07
40803112	Rx de Punho + 3 Incidencias	R\$ 48,07
40803120	RX Mao	R\$ 48,07
40803139	RX Maos e Punhos para Idade Ossea	R\$ 42,87

RAIO X

CÓDIGO TUSS	PROCEDIMENTO	C.CONV - PREFEITURA
40804011	RX Bacia	R\$ 48,07
40804011	Rx de Bacia + 1 Incidencia	R\$ 48,07
40804011	Rx de Bacia + 2 Incidencias	R\$ 48,07
40804011	Rx de Bacia + 3 Incidencias	R\$ 48,07
40804020	RX Articulacoes Sacro - Iliacas	R\$ 53,26
40804038	Rx de Articulacao Coxo - Femural (quadril)	R\$ 57,15

40804046	RX Coxa	R\$ 58,46
40804046	Rx de Coxa + 1 Incidencia	R\$ 58,46
40804046	Rx de Coxa + 2 Incidencias	R\$ 58,46
40804054	Rx de Joelho	R\$ 46,76
40804070	RX Perna	R\$ 53,26
40804070	Rx de Perna + 2 Incidencias	R\$ 53,26
40804089	Rx de Articulacao Tibiotarsica (tornozelo)	R\$ 42,87
40804097	RX Pe	R\$ 46,76
40804097	Rx de Pe + 1 Incidencia	R\$ 46,76
40804097	Rx de Pe + 2 Incidencias	R\$ 46,76
40804100	RX Calcaneo	R\$ 42,87
40804119	RX Escanometria	R\$ 53,26
40804054	Rx de Joelho + 2 Incidencias	R\$ 124,61
40804054	Rx de Joelho + 3 Incidencias	R\$ 124,61
40804054	Rx de Joelho + 5 Incidencias	R\$ 124,61
40805018	Rx de Torax - 1 Incidencia	R\$ 38,97
40805026	Rx de Torax - 2 Incidencias	R\$ 48,07
40805034	Rx de Torax - 3 Incidencias	R\$ 58,46
40805042	Rx de Torax - 4 Incidencias	R\$ 58,46
40805050	Rx de Coracao E Vasos da Base	R\$ 71,45
40805077	RX Laringe	R\$ 53,26
40805077	RX Hipofaringe	R\$ 53,26
40806103	RX Colangiografia Pre - Operatoria	R\$ 198,75
40806111	RX Colangiografia Pos - Operatoria	R\$ 213,04
40806030	RX Esofago	R\$ 80,53
40806049	RX Estomago e Duodeno	R\$ 231,21
40806057	Rx de Esofago - Hiato - Estomago E Duodeno	R\$ 257,20
40806065	RX Transito e Morfologia do Delgado	R\$ 245,51
40806081	RX Clister Opaco	R\$ 275,38
40806081	Rx de Clister Opaco (duplo Contraste)	R\$ 275,38
40807010	Rx de Urografia Venosa Com Bexiga Pre E Pos - Miccional C/c	R\$ 367,61
40807029	RX Pielografia Ascendente	R\$ 177,97
40807053	RX Uretrocistografia	R\$ 284,48
40808017	RX Utero Gravido	R\$ 135,09
40808017	RX Abdomen Simples	R\$ 53,26
40808025	RX Abdomen Agudo	R\$ 92,23
40809021	Rx de Sialografia (por Glandula)	R\$ 106,52
40809030	Rx de Histerossalpingografia	R\$ 279,28
40809048	Rx de Artrografia de Joelho	R\$ 222,05
40809048	Rx de Artrografia de Ombro	R\$ 222,05
40809056	Rx de Fistulografia	R\$ 213,04
40809080	Rx de Dacriocistografia	R\$ 115,61

RAIO X

CÓDIGO TUSS	PROCEDIMENTO	C.CONV - PREFEITURA
40802116	Incendencia Adicional do Rx de Coluna	R\$ 23,38
40801209	Incendencia Adicional do Rx de Cranio Ou Face	R\$ 23,38
40804135	Incendencia Adicional do Rx de Membro Inferior	R\$ 23,38
40803147	Incendencia Adicional do Rx de Membro Superior	R\$ 23,38
40812081	Rx Flebografia Por Puncao Venosa de Membro - Unilateral	R\$ 514,40
40807010	Rx de Urografia Venosa Com Bexiga Pre E Pos - Miccional C/c	R\$ 367,61
40807088	Rx de Pênis	R\$ 115,45

MEDICINA NUCLEAR

CÓDIGO TUSS	PROCEDIMENTO	C.CONV - PREFEITURA
40701050	Cintilografia do Miocardio Necrose (infarto Agudo)	R\$ 902,80
40701131	Cintilografia do Miocardio Perfusao - Estresse Farmacologico	R\$ 2.061,18
40701140	Cintilografia do Miocardio Perfusao - Repouso + Estresse Fisico	R\$ 2.060,18
40702014	Cintilografia das Glandulas Salivares com ou sem Estimulo (Minimo 4 Projecoos)	R\$ 479,33
40702022	Cintilografia do Figado e Baco (Minimo 4 Projecoos)	R\$ 496,21
40702030	Cintilografia do Figado e Vias Biliares (Minimo 7 Imagens)	R\$ 692,36
40702049	Cintilografia Para Deteccao de Hemorragia Digestoria Ativa	R\$ 400,09
40702065	Cintilografia Para Determinacao do Tempo de Esvaziamento Gastrico	R\$ 576,74
40702073	Cintilografia Para Estudo de Transito Esofagico (liquidos E Semi-solidos)	R\$ 537,78
40702081	Cintilografia Para Estudo de Transito Esofagico (semi-solidos)	R\$ 604,03
40702090	Cintilografia Diverticulo de Meckel (Minimo 4 Imagens)	R\$ 532,58
40702103	Cintilografia Para Pesquisa de Refluxo Gastro-esofagico	R\$ 622,22
40702111	Cintilografia de Fluxo Sanguineo Hepatico (qualitativo E Quantitativo)	R\$ 475,43
40703029	Cintilografia da Tireoide com ou sem Captacao (131 I)	R\$ 426,06
40703037	Cintilografia da Tireoide com ou sem Captacao (99 m Tc 04)	R\$ 416,98
40703045	Cintilografia de Paratireoide	R\$ 888,50
40703053	Cintilografia de Corpo Inteiro Para Pesquisa de Metastase	R\$ 849,53
40704017	Cintilografia Renal Dinamica Com Captopril	R\$ 667,68
40704025	Cintilografia Renal Dinamica Com Diuretico	R\$ 667,68
40704033	Cintilografia Renal (Quantitativa ou Qualitativa)	R\$ 648,19
40704041	Cintilografia Testicular (Escrotal)	R\$ 575,46
40704050	Cistocintilografia Direta	R\$ 536,86
40704068	Cistocintilografia Indireta	R\$ 559,86
40706010	Cintilografia Ossea (Corpo Total) com ou sem Fluxo Sanguineo	R\$ 639,10
40706028	Cintilografia de Fluxo Sanguineo Osseo	R\$ 622,22
40707032	Cintilografia de Perfusao Cerebral	R\$ 1.826,37
40707032	Cintilografia de Perfusao Cerebral Com Trodat	R\$ 2.970,00
40707040	Cisternocintilografia (Minimo 8 Imagens)	R\$ 995,02
40707059	Cisternocintilografia Para Pesquisa de Fistula Liquorica	R\$ 970,34
40707067	Cintilografia de Fluxo Sanguineo Cerebral	R\$ 426,06
40708020	Cintilografia de Corpo Inteiro Com Galio 67	R\$ 1.758,81

MEDICINA NUCLEAR

CÓDIGO TUSS	PROCEDIMENTO	C.CONV - PREFEITURA
40708098	Linfocintilografia de Mi P/ Deteccao Intraoperatoria Radioguiada de Linfonodo Sentinela	R\$ 1.756,22
40708101	Linfocintilografia de Membros Inferiores	R\$ 781,98
40708101	Linfocintilografia de Membros Superiores	R\$ 781,98
40709027	Cintilografia Pulmonar (inalacao)	R\$ 928,77
40709035	Cintilografia Pulmonar (perfusao)	R\$ 772,90
40710050	Cintilografia Para Tratamento de Hipertireoidismo Dose Terapeutica Ate 15mcy	R\$ 1.172,22
40710050	Cintilografia Para Tratamento de Hipertireoidismo Dose Terapeutica Ate 20mcy	R\$ 1.472,22

40710050	Cintilografia Para Tratamento de Hipertireoidismo Dose Terapeutica Ate 25mcy	R\$ 1.975,00
40710050	Cintilografia Para Tratamento de Hipertireoidismo Dose Terapeutica Ate 29,9mcy	R\$ 2.262,74
40710050	Cintilografia de Tratamento Hipertireoidismo-bocio Nodular Toxico (graves)	R\$ 1.471,74
40710068	Cintilografia Para Tratamento de Hipertireoidismo Dose Terapeutica Ate 10mcy (Plummer)	R\$ 1.974,44







CONSULTAS		
	Consulta Eletiva Central de Convênios	R\$ 170,00
	Consulta clínica de pronto atendimento	R\$ 220,00
	Chamado especialista (conforme disponibilidade médica) de pronto atendimento	R\$ 395,00
RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA		
<i>Incluir o valor de R\$ 472,00 nos exames, que corresponde ao valor do anestesista</i>		
CÓDIGO	EXAME	C.CONV - PREFEITURA
18	Puncao Hepatica Guiado Por Ecografia - Sem Anestesia	R\$ 655,99
7397	Puncao Hepatica Guiado Por Ecografia - Com Anestesia	R\$ 736,52
8443	Puncao Renal Guiado Por Ecografia - Sem Anestesia	R\$ 655,99
8435	Puncao Renal Guiado Por Ecografia - Com Anestesia	R\$ 736,52
8444	Puncao de Orgaos E Estruturas (axilas, Musculo Ou Tendao) Guiado Por Ecografia - Sem Anestesia	R\$ 370,22
8270	Puncao de Orgaos E Estruturas (axilas, Musculo Ou Tendao) Guiado Por Ecografia - Com Anestesia	R\$ 450,75
17	Puncao de Prostata Via Transretal Com Biopsia Guiado por Ecografia - Ate 8 Fragmento - Sem Anestesia	R\$ 739,13
8280	Puncao de Prostata Via Transretal Com Biopsia Guiado por Ecografia - Mais de 8 Frag - Sem Anestesia	R\$ 738,56
8281	Puncao de Prostata Via Transretal Com Biopsia Guiado Por Ecografia - Mais de 8 Frag - Com Anestesia	R\$ 818,36
8693	Drenagem Percutanea de Abscesso Hepatico Guiado por Ecografia - Com Anestesia	R\$ 3.178,60
8695	Drenagem Percutanea de Abscesso Hepatico Guiado por Ecografia - Sem Anestesia	R\$ 3.098,07
EXAMES COMPLEMENTARES		
EXAMES COMPLEMENTARES – FORA DO HBB		
CÓDIGO	EXAME	C.CONV - PREFEITURA
20010010	Eletrocardiograma - Ecg	R\$ 63,80
20010052	Holter - 24 Horas	R\$ 255,75
20020058	Monitorizacao Ambulatorial de Pressao Arterial - 24 Horas	R\$ 255,75
6017	Ecocardiograma (fora do HBB)	R\$ 295,00
5384	Ecoppler de carótidas ou vertebrais unilateral	R\$ 295,00
8768	Ecocardiografia fetal	R\$ 295,00
3142	Teste ergométrico (fora do HBB)	R\$ 198,65
EXAMES COMPLEMENTARES – OTORRINO/PNEUMO		
CÓDIGO	EXAME	C.CONV - PREFEITURA
4667	Audiometria Tonal Limiar com Testes de Discriminacao	R\$ 70,00
6113	Audiometria Tonal Limiar Infantil Condicionada (Qualquer Tecnica) - Peep - Show	R\$ 127,28
3151	Audiometria Vocal - Pesquisa de Limiar de Discriminacao	R\$ 44,01
3773	Audiometria Vocal - Pesquisa de Limiar de Inteligibilidade	R\$ 44,01
3155	Impedanciometria - Pesquisa do Reflexo Estapedio - Timpanometria	R\$ 84,46
4225	Pesquisa de Potenciais Auditivos de Tronco Cerebral (Bera)	R\$ 297,39
3774	Teste de Protese Auditiva	R\$ 145,12
4162	Testes Vestibulares com Vecto - Eletronistagmografia	R\$ 250,00
8521	Pesquisa de Fenomeno de Tullio	R\$ 45,20
4070 / 4063	Fibro - Naso - Faringo - Laringoscopia para Exame, Colheita de Material ou Biopsia	R\$ 154,64

3157	Emissao Otoacustica Evocada	R\$ 129,54
4696	Cerume - Remocao	R\$ 44,01
3974	Epistaxe - Cauterizacao	R\$ 117,76
8518	Pesquisa de Potenciais Auditivos BERA - Infantil	R\$ 300,00
3141	Espirometria	R\$ 182,00
PROCEDIMENTO DE PRONTO SOCORRO		
CÓDIGO	EXAME	C.CONV - PREFEITURA
433	Curativo Pequeno	R\$ 60,19
432	Curativo Médio	R\$ 92,29
431	Curativo Grande	R\$ 151,79
52240010	Aparelho gessados -Axilo - Plamar ou Pendente	R\$ 120,38
52240045	Aparelho gessados - Bota com ou sem Salto	R\$ 60,19
52240088	Aparelhos gessados - Luva incluindo ou nao dedos	R\$ 119,07
52240142	Aparelho gessados Tipo Velpeau	R\$ 60,19
52250105	Imobilizacao nao Gessadas - Qualquer Segmento	R\$ 117,76
441	Retirada de pontos	R\$ 20,00
52259995	Retirada e Colocação de Gesso	R\$ 120,00
EXAMES COMPLEMENTARES – CCDA/CCA		
4.02.01.08-2	Colonoscopia com Anestesia	R\$ 1.176,00
4.02.02.71-2	Colonoscopia com mucosectomia	R\$ 3.288,85
4.02.02.18-6	Dilatação instrumental do esôfago, estômago ou duodeno	R\$ 1.275,00
4.02.01.12-0	Endoscopia Digestiva Alta (Esofago-Gastro-Duodenoscopia) sem Anestesia	R\$ 405,00
4.02.01.12-0	Endoscopia Digestiva Alta (Esofago-Gastro-Duodenoscopia) com Anestesia	R\$ 798,00
4.02.02.25-9	Esclerose de varizes do esôfago, estômago ou duodeno (EDA por hemorragia)	R\$ 3.548,32
4.02.02.28-3	Gastrostomia endoscópica	R\$ 2.281,00
4.02.02.31-3	Hemostasia de cólon	R\$ 3.431,85
4.02.02.29-1	Hemostasia mecânica do esôfago, estômago ou duodeno (EDA por hemorragia)	R\$ 3.548,32
4.02.02.45-3	Ligadura elástica do esôfago, estômago ou duodeno	R\$ 3.047,00
4.02.02.47-0	Mucosectomia do esôfago, estômago ou duodeno	R\$ 2.660,85
4.02.02.53-4	Passagem de sonda naso-enteral	R\$ 1.428,00
4.02.02.54-2	Polipectomia de cólon (independente do número de pólipos)	R\$ 2.597,85
4.02.02.55-0	Polipectomia do esôfago, estômago ou duodeno (independente do número de pólipos)	R\$ 2.597,85
4.02.02.57-7	Retirada de corpo estranho do esôfago, estômago ou duodeno	R\$ 2.688,53
4.02.01.17-1	Retossigmoidoscopia Flexível	R\$ 450,00
4.02.01.05-8	Broncoscopia Com ou Sem Aspirado ou Lavado Bronquico Bilateral	R\$ 1.173,70
3868	Cistoscopia	R\$ 536,40

OBSERVAÇÕES:

No pacote Gastrotomia já esta incluso o valor do Kit de Gastro e o procedimento é Ambulatorial.
 No pacote Dilatação instrumental de esôfago NÃO está incluso material, este é **CONFORME COTAÇÃO**
 No pacote Ligadura Elástica já esta incluso o valor do Kit de Ligadura e o procedimento é Ambulatorial.
 No pacote de Endoscopia para Retirada de Corpo Estranho já está incluso o valor da pinça.
 Se for realizado ANATOMO em algum dos exames, o paciente deverá acertar direto com o laboratório.

EXCLUSO: Exames de análises clínicas, banco de sangue, internação por intercorrências.

****Materiais Referentes a cada procedimento:**

Colonoscopia com polipectomia ou mucocetomia: hemoclip, agulha de esclero, alça de ressecção
 Dilatação instrumental do esôfago, estômago ou duodeno: balão, seringa insufladora, fio guia Savary
 Retirada de corpo estranho do esôfago, estômago ou duodeno: alça de ressecção, máscara para obeso
 Passagem de sonda naso-enteral: pinça para colocação da SNE
 EDA por hemorragia: hemoclip, agulha de esclero, máscara para obeso Hemostasia de cólon: hemoclip e agulha de esclero
 Mucosectomia do esôfago, estômago ou duodeno: hemoclip, agulha de esclero, alça de ressecção
 Valor pode sofrer alteração conforme quantidade de material necessária para a realização do procedimento