



Prefeitura Municipal de Ascurra
Estado de Santa Catarina
Fundo Municipal de Saúde de Ascurra

ANEXO I

Código	Procedimento	Otde Maxima Mês	Valor Unit.	Valor
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Cardiologia	40	35,00	1.400,00
03.01.01.007-2	Consulta Clínica Médica	300	18,00	5.400,00
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Cirurgia Geral	40	35,00	1.400,00
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Otorrinolaringologia	40	35,00	1.400,00
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Endocrinologia	40	35,00	1.400,00
03.01.01.006-4	Consulta Médica em Ginecologia	70	35,00	2.450,00
03.01.01.006-4	Consulta Médica em Neurologia	40	35,00	1.400,00
03.01.01.006-4	Consulta Médica em Psiquiatria	20	35,00	700,00
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Ortopedia	100	35,00	3.500,00
03.03.05.012-8	Consulta Médica em Oftalmologia	30	35,00	1.050,00
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Dermatologia	20	35,00	700,00
02.05.02.016-0	Ultra-som Ginecológico	30	40,00	1.200,00
02.05.02.014-3	Ultra-som Obstétrico	30	40,00	1.200,00
02.05.02.018-6	Ultra-som Transvaginal	30	40,00	1.200,00
	Cirurgias Ambulatoriais porte 0	30	50,00	1.500,00
	Responsável Técnico e Clínico	1	5.000,00	5.000,00
	Assessoria em Saúde	1	3.000,00	3.000,00
SUBTOTAL				33.900,00

Ultra-som Geral

Código	Procedimento	Otde Maxima Mês	Valor Unit.	Valor
02.05.02.099-3	Ultra-som Cervical com Doppler	20	45,00	900,00
02.05.02.099-2	Ultra-som de Abdomen Inferior	20	40,00	800,00
02.05.02.003-8	Ultra-som de Abdomen Superior	20	40,00	800,00
02.05.02.004-6	Ultra-som de Abdomen Total	20	70,00	1.400,00
02.05.02.005-4	Ultra-som de Aparelho Urinário	20	52,00	1.040,00
02.05.02.006-2	Ultra-som de Articulação	20	40,00	800,00
02.05.02.007-0	Ultra-som de Bolsa Escrotal	20	35,00	700,00
02.05.01.099-5	Ultra-som de Dois Vasos com Doppler	20	115,00	2.300,00
02.05.02.010-0	Ultra-som de Prostata (via Abdominal)	20	40,00	800,00
02.05.02.011-9	Ultra-som de Prostata (via Transretal)	20	45,00	900,00
02.05.02.011-9	Ultra-som de Prostata (via Transretal) com Biópsia	10	230,00	2.300,00
02.05.02.099-4	Ultra-som de Região Inguinal	20	40,00	800,00

02.05.02.012-7	Ultra-som de Tireoide	20	40,00	800,00
02.05.01.004-0	Ultra-som de Doppler Colorido de Vasos (até 3 vasos)	20	120,00	2.400,00
02.05.02.099-5	Ultra-som de Parede Abdominal	20	45,00	900,00
02.05.02.009-7	Ultra-som de Mamas	20	40,00	800,00
SUBTOTAL				18.440,00

Raio-X Geral

Código	Procedimento	Otde Maxima Mês	Valor Unit.	Valor
02.04.05.011-1	Radiografia de Abdomen (AP+Lateral/Localizada)	30	20,00	600,00
02.04.05.012-0	Radiografia de Abdomen Agudo	30	30,00	900,00
02.04.05.012-8	Radiografia de Abdomen Simples	30	15,00	450,00
02.04.04.001-9	Radiografia de Antebraço	30	10,00	300,00
02.04.04.002-7	Radiografia de Articulação Acromio-clavicular	30	11,00	330,00
02.04.06.006-0	Radiografia de Articulação Coxo-femoral	30	20,00	600,00
02.04.01.006-3	Radiografia de Cavum	30	16,00	480,00
02.04.06.010-9	Radiografia de Calcâneo	30	12,00	360,00
02.04.04.005-1	Radiografia de Braço	30	15,00	450,00
02.04.06.009-5	Radiografia de Bacia	30	15,00	450,00
02.04.06.008-7	Radiografia de Articulação Tibio-Tarsica	30	14,00	420,00
02.04.04.006-0	Radiografia de Clavicula	30	12,00	360,00
02.04.03.007-2	Radiografia de Costelas por Hemitorax	30	15,00	450,00
02.04.02.003-4	Radiografia de Coluna Cervical (AP+Lat.+TO+Obliquas)	30	14,00	420,00
02.04.02.004-2	Radiografia de Coluna Cervical (AP+Lat.+TO/Flexão)	30	13,00	390,00
02.04.02.005-0	Radiografia de Coluna Cervical Funcional / Dinamica	30	14,00	420,00
02.04.02.006-9	Radiografia de Coluna Lombo-Sacra	30	18,00	540,00
02.04.02.007-7	Radiografia de Coluna Lombo-Sacra (C/ Obliquas)	30	24,00	720,00
02.04.02.008-5	Radiografia de Coluna Lombo-Sacra Funcional / Dinamica	30	23,00	690,00
02.04.02.009-3	Radiografia de Coluna Toracica (AP+Lateral)	30	17,00	510,00
02.04.01.008-0	Radiografia de Cranio (PA+Lateral)	30	11,00	330,00
02.04.04.008-6	Radiografia de Dedos da Mão	30	12,00	360,00
02.04.03.009-9	Radiografia de Esterno	30	12,00	360,00
02.04.06.012-5	Radiografia de Joelho (AP+Lateral)	30	19,00	570,00
02.04.06.013-3	Radiografia de Joelho ou Paleta (AP+Lateral+Axial)	30	20,00	600,00
02.04.06.014-1	Radiografia de Joelho ou Paleta (AP+Lateral+Obliqua+3 Axial)	30	22,00	660,00
02.04.04.009-4	Radiografia de Mão	30	15,00	450,00
02.04.04.010-8	Radiografia de Mão e Punho (p/ determinação de Idade Ossea)	30	16,00	480,00
02.04.01.010-1	Radiografia de Mastoide / Rochedos (Bilateral)	30	14,00	420,00
02.04.01.011-0	Radiografia de Maxilar (PA+Obliqua)	30	12,00	360,00
02.04.03.010-2	Radiografia de Mediastino (PA+Perfil)	30	11,00	330,00
02.04.04.011-6	Radiografia de Omoplata / Ombro (03 posições)	30	12,00	360,00
02.04.01.012-8	Radiografia de Ossos da Face (MN+Lateral+Hirtz)	30	14,00	420,00
02.04.06.015-0	Radiografia de Pé / Dedos do Pé	30	16,00	480,00
02.04.06.016-8	Radiografia de Perna	30	19,00	570,00
02.04.04.012-4	Radiografia de Punho (AP+Lateral+Obliqua)	30	13,00	390,00

02.04.02.012-3	Radiografia de Região Sacro-Coccigea	30	13,00	390,00
02.04.01.014-4	Radiografia de Seios da Face (FN+MN+Lateral+Hirtz)	30	17,00	510,00
02.04.01.015-2	Radiografia de Sela Tursica (PA+Lateral+Bretton)	30	12,00	360,00
02.04.03.013-7	Radiografia de Tórax (PA+Inspiração+Expiração+Lateral)	30	19,00	570,00
02.04.03.014-5	Radiografia de Tórax (PA+Lateral+Obliqua)	30	20,00	600,00
02.04.03.015-3	Radiografia de Tórax (PA+Perfil)	30	18,00	540,00
02.04.03.017-0	Radiografia de Tórax PA	50	14,00	700,00
02.04.06.099-9	Radiografia Panorâmica de Coluna Vertebral	10	60,00	600,00
SUBTOTAL				21.250,00

Ressonância Magnética

Código	Procedimento	Otde Maxima Mês	Valor Unit.	Valor
02.07.03.099-1	Ressonância Magnética Angio Aorta ABD (RM+Dinamica)	5	460,00	2.300,00
02.07.03.099-2	Ressonância Magnética Angio Aorta Torácica (RM+Dinamica)	5	460,00	2.300,00
02.07.03.099-4	Ressonância Magnética Angio Carótidas (RM+Dinamica)	5	460,00	2.300,00
02.07.03.099-5	Ressonância Magnética Angio Crâneo (RM+Dinamica)	5	460,00	2.300,00
02.07.03.099-6	Ressonância Magnética Angio Mesentérica Inferior (RM+Dinamica)	5	460,00	2.300,00
02.07.03.099-7	Ressonância Magnética Angio Mesentérica Superior (RM+Dinamica)	5	460,00	2.300,00
02.07.03.099-8	Ressonância Magnética Angio Veia Porta (RM+Dinamica)	5	460,00	2.300,00
02.07.03.098-8	Ressonância Magnética Quadril (Um Lado)	5	275,00	1.375,00
02.07.03.099-0	Ressonância Magnética Abd Total (Superior+Pelve/Bacia)	5	530,00	2.650,00
02.07.03.099-3	Ressonância Magnética Artérias Renais (RM+Dinamica)	5	460,00	2.300,00
02.07.03.001-4	Ressonância Magnética de Abdomen Superior	5	275,00	1.375,00
02.07.01.002-1	Ressonância Magnética de Articulação Temporo-Mandibular (Bilateral)	5	275,00	1.375,00
02.07.03.002-2	Ressonância Magnética de Bacia / Pelve	5	275,00	1.375,00
02.07.01.003-0	Ressonância Magnética de Coluna Cervical	5	275,00	1.375,00
02.07.01.004-8	Ressonância Magnética de Coluna Lombo-sacra	5	275,00	1.375,00
02.07.01.005-6	Ressonância Magnética de Coluna Torácica	5	275,00	1.375,00
02.07.02.001-9	Ressonância Magnética de Coração / Aorta C / Cine-RM	5	360,00	1.800,00
02.07.01.006-4	Ressonância Magnética de Cranio	5	275,00	1.375,00
02.07.03.098-9	Ressonância Magnética de Mamas (Bilateral)	5	580,00	2.900,00
02.07.03.003-0	Ressonância Magnética de Membro Inferior (Unilateral)	5	275,00	1.375,00
02.07.02.002-7	Ressonância Magnética de Membro Superior (Unilateral)	5	275,00	1.375,00
02.07.03.098-7	Ressonância Magnética de Neuro Eixo	5	770,00	3.850,00
02.07.03.099-9	Ressonância Magnética de Plexo Braquial (Unilateral)	5	285,00	1.425,00
02.07.01.007-2	Ressonância Magnética de Sela Turcica	5	275,00	1.375,00
02.07.02.003-5	Ressonância Magnética de Tórax	5	275,00	1.375,00
02.07.03.004-9	Ressonância Magnética de Vias Biliares	5	275,00	1.375,00
SUBTOTAL				48.900,00

Densitometria Óssea

Código	Procedimento	Otde Maxima Mês	Valor Unit.	Valor
02.04.06.002-8	Densitometria Óssea Duo-Energética de Coluna (Vertebras Lombares)	5	70,00	350,00
SUBTOTAL				350,00

Mamografia Bilateral

Código	Procedimento	Otde Maxima Mês	Valor Unit.	Valor
02.04.03.003-0	Mamografia Bilateral	20	48,00	960,00
SUBTOTAL				960,00

Tomografia Computadorizada

Código	Procedimento	Otde Maxima Mês	Valor Unit.	Valor
02.06.03.099-8	Tomografia Computadorizada com Protocolo de Lyon	5	390,00	1.950,00
02.06.03.099-9	Tomografia Computadorizada de Abdomen Total (Superior+Pelve/Bacia)	5	290,00	1.450,00
02.06.03.001-0	Tomografia Computadorizada de Abdomen Superior	5	149,00	745,00
02.06.03.002-9	Tomografia Computadorizada de Articulações de Membro Inferior	5	140,00	700,00
02.06.02.001-5	Tomografia Computadorizada de Articulações de Membro Superior	5	140,00	700,00
02.06.01.001-0	Tomografia Computadorizada de Coluna Cervical C/ ou S/ Contraste	5	140,00	700,00
02.06.01.002-8	Tomografia Computadorizada de Coluna Lombo-Sacra C/ ou S/ Contraste	5	140,00	700,00
02.06.01.003-6	Tomografia Computadorizada de Coluna Toracica C/ ou S/ Contraste	5	140,00	700,00
02.06.03.099-7	Tomografia Computadorizada de Coração (Artérias Coronárias)	5	1.100,00	5.500,00
02.06.03.099-6	Tomografia Computadorizada de Coração (Escore de Cálcio)	5	290,00	1.450,00
02.06.01.007-9	Tomografia Computadorizada de Cranio	5	140,00	700,00
02.06.01.004-4	Tomografia Computadorizada de Face/Seios da Face/Art. Temporo-Mandibular	5	140,00	700,00
02.06.03.003-7	Tomografia Computadorizada de Pelve / Bacia	5	140,00	700,00
02.06.01.005-2	Tomografia Computadorizada de Pescoço	5	150,00	750,00
02.06.01.006-0	Tomografia Computadorizada de Sela Turcica	5	140,00	700,00
02.06.02.003-1	Tomografia Computadorizada de Tórax	5	145,00	725,00
SUBTOTAL				18.870,00

TOTAL			142.670,00
-------	--	--	------------

OBS.: Quanto aos exames laboratoriais e patologicos será seguido os valores da tabela SUS ambulatorial.

OBS 2.: Os exames de imagem que necessitem de contraste será feito a cobrança do exame + 95,00 do contraste.