

LEI MUNICIPAL N. 1.188/2010, DE 12 DE JULHO DE 2010.

**“CONVALIDA CONVÊNIO FIRMADO
COM A FUNDAÇÃO HOSPITALAR SANTA
TEREZINHA DE ERECHIM – RS., E DÁ
OUTRAS PROVIDÊNCIAS.”**

O PREFEITO DE FAXINALZINHO, Estado do Rio Grande do Sul, no uso das atribuições legais que lhe são conferidas por lei,
faz saber que a Câmara Municipal de Vereadores aprovou e eu sanciono e promulgo a seguinte **LEI**:

Art. 1º - Fica convalidado o convênio firmado entre o Município de Faxinalzinho – RS., e a Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim – RS., em 01 de junho de 2010, com vigência até 31 de maio de 2011, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 meses, para a Prestação de Serviços Especializados, contemplando consulta médicas especializadas e procedimentos diagnósticos e cirúrgicos eletivos através da central de especialidades; serviços de oftalmologia; exames laboratoriais (internados); mamografia e tomografia; serviços médicos especializados na realização completa de exames externos e internados de video endoscopia diagnóstica e terapêutica, video colonoscopia diagnóstica e terapêutica e retossigmoidoscopia; serviços de internação hospitalar, conforme minuta do convênio em anexo.

Art. 2º- As despesas decorrentes desta lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias.

Art. 3º - As minutas dos convênios fazem parte integrante da presente Lei como se aqui estivesse transcrito.

Art. 4º- Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas às disposições em contrário, em especial a Lei Municipal 1.094, de 16 de fevereiro de 2009.

**GABINETE DO PREFEITO DE
FAXINALZINHO AOS DOZE DIAS DO MÊS DE JULHO DE DOIS MIL E
DEZ.**

IRINEU BERTANI
Prefeito

CONVÊNIO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

CONVÊNIO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS, CELEBRADO ENTRE O MUNICÍPIO DE FAXINALZINHO E A FUNDAÇÃO HOSPITALAR SANTA TEREZINHA DE ERECHIM PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS CONTEMPLANDO CONSULTA MÉDICAS ESPECIALIZADAS E PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E CIRÚRGICOS ELETIVOS ATRAVÉS DA CENTRAL DE ESPECIALIDADES; SERVIÇOS DE OFTALMOLOGIA; EXAMES LABORATORIAIS (INTERNADOS); MAMOGRAFIA E TOMOGRAFIA; SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS NA REALIZAÇÃO COMPLETA DE EXAMES EXTERNOS E INTERNADOS DE VIDEO ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA, VIDEO COLONOSCOPIA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA E RETOSSIGMOIDOSCOPIA; SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FAXINALZINHO pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ sob número 924538510001-08, com sede na cidade de Faxinalzinho, situada à Avenida Lido Armando Oltramari, na condição de **CONVENIADA**, neste ato representada por seu Prefeito, Sr. Irineu Bertani, brasileiro, casado, residente e domiciliado na cidade de Faxinalzinho-RS, 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 representada 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 pela **CONVENENTE**, de:

- a) Exames de Tomografia (internado e externo);
- b) Exames de Mamografia (externo);
- c) Exames Laboratoriais (internados);

- d) Serviços de Central de Especialidade - Consultas Médicas Especializadas (externo) e Procedimentos Diagnósticos (externo) e Cirúrgicos Eletivos (internado) em conformidade à cláusula 3.1. deste instrumento;
- e) Serviços de Central de Especialidade - Consultas Especializadas em Oftalmologia (externo) em conformidade à cláusula 4 deste instrumento;
- f) Serviços Médicos Especializados (internado e externo) na realização completa (exame, diagnóstico, biópsia, ação terapêutica e emissão de laudo) de procedimentos de Vídeo Endoscopia Diagnóstica e Terapêutica, Vídeo Colonoscopia Diagnóstica e Terapêutica e Retossigmoidoscopia;
- g) Serviços Hospitalares de Internação;

2. DAS CONDIÇÕES DO SERVIÇO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

2.1. 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, Encaminhamento e Transferência, conforme já previsto no objeto do convênio e emitirá a Autorização de Internação Hospitalar – AIH.

2.2. 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.

2.3. A título de ajuda de custo, para cada AIH emitida autorizada e faturada, a Conveniada pagará à CONVENENTE, a importância de R\$ 411,45 (Quatrocentos e onze reais e quarenta e cinco centavos).

2.4. A título de controle e organização do sistema, a CONVENENTE, disponibilizará à CONVENIADA o quantitativo mensal de até (VER RELAÇÃO ANEXA) atendimentos via AIH, nas dependências de CONVENENTE, podendo ser ampliado

se o município ainda disponibilizar de AIH do mês corrente, desde que a CONVENENTE não exceda seu limite estabelecido com a Secretaria Estadual de Saúde (1.005 internações/mês).

2.5. Todo internamento e/ou atendimento que exceder o limite pré-fixado na Cláusula 2.4, obedecendo a ordem cronológica dos atendimentos via AIH, serão atendidos e cobrados na modalidade “Convênio via Hospital Santa Terezinha”.

2.6. A cobrança e os valores a que se refere a cláusula 2.5., 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 2.3. deste instrumento”.

3. DAS CONSULTAS ESPECIALIZADAS E PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E CIRÚRGICOS

3.1. As consultas especializadas e procedimentos diagnósticos e cirúrgicos eletivos terão os seus quantitativos disponibilizados/regulados pela Central de Especialidades da CONVENENTE e, conforme as necessidades da CONVENIADA serão divididos a critério desta e os encaminhamentos serão feitos pela Secretaria Municipal de Saúde nas áreas de cirurgia oncológica, cardiologia, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia vascular, cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial, geriatria, ginecologia, mastologia, neurologia, nefrologia, ortopedia e traumatologia, otorrinolaringologia, proctologia, coloproctologia e urologia.

3.1.1. As consultas especializadas e procedimentos diagnósticos e cirúrgicos eletivos deverão seguir o agendamento cronológico da Central de Especialidades da CONVENENTE, 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 os seguintes critérios:

3.2.1. A CONVENIADA deverá agendar previamente junto à Central de Especialidades da CONVENENTE o atendimento necessário, que sempre respeitará a seqüência 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 Secretária 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 CONVENENTE disponibilizará o tratamento cirúrgico mediante marcação prévia. Outros procedimentos que ultrapassem a capacidade resolutiva do Hospital Santa Terezinha, deverão ser encaminhados para 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 CONVENENTE e CONVENIADA conforme cláusula 2 deste instrumento.

3.2.6. Verificada a impossibilidade de continuidade do atendimento dos pacientes na CONVENENTE, esta ficará responsável 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 custeio do acompanhamento de profissional médico ou de enfermagem, quando a necessidade assim exigir, conforme valores estabelecidos no Anexo V deste convênio.

4. DO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM OFTALMOLOGIA

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

4.1.1. 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.

4.1.2. O paciente enviado pela CONVENIADA deverá, além do agendamento prévio, portar Autorização Padrão (Anexo I) assinada pela Secretária Municipal de Saúde da CONVENIADA, em duas vias, permitindo a realização do Atendimento.

4.1.3. 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.

4.1.4. 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, deverão ser encaminhados para Centro de Alta Complexidade em Oftalmologia.

4.1.5. 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 CONVENENTE e a CONVENIADA conforme cláusula 2 deste instrumento.

4.1.6. 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.

5. DOS EXAMES DE TOMOGRAFIA E MAMOGRAFIA

5.1. A CONVENIADA solicitará o agendamento do exame, e encaminhará o paciente na data agendada com a autorização do município para realização do mesmo.

5.2. Todo exame de mamografia que exceder o limite pré-fixado na Cláusula 7.3.1., deste instrumento obedecendo a ordem cronológica dos agendamentos, será atendido e cobrado na modalidade “Convênio via Hospital Santa Terezinha”.

6. DOS EXAMES LABORATORIAIS (INTERNADOS)

6.1. Os exames laboratoriais complementares que não constam em código na Tabela SUS, para pacientes internados serão realizados, somente, após autorização da CONVENIADA, conforme valores descritos na tabela em anexo (Anexo II).

6.2. Em caso de solicitação de exames não contemplados na tabela (Anexo II), a Secretaria de Saúde da CONVENIADA será informada pela CONVENENTE sobre o valor, e o exame somente será executado mediante autorização da Secretaria de Saúde da CONVENENTE.

7. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1. Os serviços contratados compreendem as áreas em que a CONVENENTE possui capacidade técnico resolutive para atendimento ao paciente.

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

a) Caberá a CONVENTE com o auxílio da CONVENIADA, a busca da obtenção da vaga para o internamento e/ou exame. O transporte para o deslocamento bem como o pagamento aos profissionais que realizarão o deslocamento será suportado pelo município de origem do paciente (CONVENIADA), conforme acorda cláusula 3.2.6 deste convênio.

7.2. A prestação dos serviços será suspensa temporariamente pela CONVENENTE, 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.

7.3. O número mensal de internações, tomografias e mamografias disponibilizados pela CONVENENTE á CONVENIADA atenderá ao disposto na tabela constante na cláusula 7.3.1., porém dependerá sempre da disponibilidade de vagas da CONVENENTE e deverão ser autorizados previamente pela CONVENIADA.

7.3.1. Quantitativos mensais disponibilizados pela CONVENENTE À CONVENIADA:

SERVIÇO	QUANTIDADE MENSAL
Internações Hospitalares	(QUANTIDADE SUGERIDA PELOS MUNICÍPIOS CONFORME LISTA ANEXA)
Tomografias	(QUANTIDADE SUGERIDA PELA 11ª CRS)
Mamografias	(QUANTIDADE SUGERIDA PELA 11ª CRS)

7.3.2. Todo exame de Tomografia que exceder o limite pré-fixado na Cláusula 7.3.1. deste instrumento, obedecendo a ordem cronológica de agendamento, será atendido e cobrados na modalidade “Convênio via Hospital Santa Terezinha”.

7.3.3 A CONVENENTE disponibilizará mensalmente o quantitativo extra de 70 (setenta) tomografias a ser dividido entre todas as CONVENIADAS. O atendimento do quantitativo extra obedecerá ao disposto na cláusula 5.1. deste instrumento. As tomografias serão realizadas em ordem cronológica de agendamento, e serão atendidas e cobradas imprescindivelmente na modalidade “Convênio via Hospital Santa Terezinha” conforme valores constantes no anexo IV.

8. DO CORPO CLÍNICO

8.1. Os serviços ora conveniados serão prestados diretamente por profissionais pertencentes ao corpo clínico da CONVENENTE. Em relação aos profissionais médicos, o atendimento só poderá ser prestado por contratados pela CONVENENTE, por membros do Corpo Clínico credenciados pelo Sistema Único de Saúde – SUS, ou por profissionais autônomos que eventualmente prestem serviços a CONVENENTE. A CONVENENTE 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 1º de junho de 2010 à de 31 de maio de 2011 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 CONVENENTE, mediante documento fiscal próprio emitido por esta, os seguintes valores a título de ajuda de custo:

a) Serviço de Internações Hospitalares: o valor será apurado multiplicando-se o número de internações autorizadas mensalmente (considerando-se as AIH’s emitidas) por R\$ R\$ 411,45 (Quatrocentos e onze reais e quarenta e cinco centavos).

b) Serviços Médicos Especializados: Vídeo Endoscopia Diagnóstica no valor de R\$ 189,01 (Cento e oitenta e nove reais e um centavo); Vídeo Colonoscopia Diagnóstica no valor de R\$ 441,03 (Quatrocentos e quarenta e um reais e três centavos); Vídeo Retossigmoidoscopia no valor de R\$ 189,01 (Cento e oitenta e nove reais e um centavo); Terapêutico (somado ao diagnóstico) no valor de R\$ 126,00 (Cento e vinte e seis reais), por exame. Realizado procedimento terapêutico, de necessidade

comprovada, o valor fixo constante na tabela será somado ao procedimento diagnóstico principal.

c) Exames de diagnóstico (Tomografias e Mamografias): multiplica-se o número de cada exame realizado pelos valores abaixo especificados:

c1) Tomografias R\$ 31,71 (Trinta e um reais e setenta e um centavos) por exame efetivamente realizado;

c2) Mamografias R\$ 28,96 (Vinte e oito reais e noventa e seis centavos) por exame efetivamente realizado;

d) Consultas Oftalmológicas: o valor de R\$ 52,13 (Cinquenta e dois reais e treze centavos) por Atendimento individual;

e) Consultas Especializadas: o valor de R\$ 52,13 (Cinquenta e dois reais e treze centavos) por Atendimento individual;

f) Procedimentos diagnósticos e exames via Central de Especialidades da CONVENENTE: conforme Anexo III, devidamente autorizado pela CONVENIADA;

f1): Poderá o CONVENENTE realizar 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.

g) 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\$ 1.055,00 (Hum mil e cinquenta e cinco reais).

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

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

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

09 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
01 – SECRETARIA E SERVIÇOS DE SAÚDE
2.006 – MANUTENÇÃO SERVIÇOS DE SAUDE
33903950.0000 – Serviços Médicos- Hospit., Odont. Laboratoriais

10.8. 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 de correção que venha a substituí-lo.

11. DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

11.1. Rege o presente Convênio e as relações dele decorrentes a Lei Federal 8.666/93, Artigo 24, Inciso VIII.

12. DA SUSPENSÃO DOS SERVIÇOS

12.1. 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.

13. DA RESCISÃO

13.1. Constituem causa para rescisão deste contrato:

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

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

14. DO FORO

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

14.1.1. 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.

Erechim, 01 de junho de 2010.

Prefeito Municipal
Prefeitura Municipal de Faxinalzinho/RS
CONVENIADA

Sidnei Luis Rugeri
Diretor Executivo
Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim
CONVENENTE

Testemunhas:

(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\$ 400,90
Cariótipo com Banda G medula óssea/Sangue periférico	R\$ 295,40
Teste do Pezinho Plus	R\$ 147,70
Teste do Pezinho Master	R\$ 206,80
D-Dímeros	R\$ 121,40
Triagem Mínima de Erros Inatos do Metabolismo	R\$ 189,90
Triagem ampliada de Erros Inatos do Metabolismo	R\$ 242,70

(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\$ 120,00	R\$ 192,00
Eco Doppler Venoso MS/MI	R\$ 120,00	R\$ 192,00
Eco Doppler de Aorta-Ilíaca	R\$ 120,00	R\$ 192,00
Eco Doppler de Artérias Renais (Mesentérica e Tronco-Celíaco)	R\$ 120,00	R\$ 192,00
Eco Doppler Artérias Esplâncnicas	R\$ 120,00	R\$ 192,00
Eco Doppler de Cava Ilíaca	R\$ 120,00	R\$ 192,00

CARDIOLOGIA	
Procedimento	Valores Unitários

Eletrocardiograma	R\$ 30,00
Eletrocardiograma com Doppler	R\$ 118,80
Holter 24 horas	R\$ 90,00
Teste Ergométrico	R\$ 90,00

UROLOGIA	
Procedimento	Valores Unitários
Cistoscopia	R\$ 250,00

OTORRINOLARINGOLOGIA	
Procedimento	Valores Unitários
Videolaringoscopia Direta	R\$ 150,00
Endoscopia Nasosinusal	R\$ 150,00

(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\$ 312,80	Realizado somente com contraste
34010017	Abdome superior	R\$ 231,70	R\$ 208,60
34010025	Articulações (esternoclavicular, cotovelo, punho, sacro-ilíaca, coxo-femural, joelho e pé.	R\$ 231,70	R\$ 208,60
34010033	Coluna Cervical, Dorsal ou Lombar	R\$ 231,70	R\$ 208,60
34010068	Crânio	R\$ 231,70	R\$ 208,60
34010084	Face ou Seios da Face	R\$ 231,70	R\$ 208,60
34010092	Mastóides ou Ouvidos	R\$ 231,70	R\$ 208,60
34010106	Pelve ou Bacia	R\$ 231,70	R\$ 208,60
34010114	Pescoço	R\$ 231,70	R\$ 208,60
34010122	Segmentos (braço, antebraço, mão, coxa, perna e pé	R\$ 231,70	R\$ 208,60
34010130	Tórax	R\$ 231,70	R\$ 208,60
34010149	Angiotomografia(crânio, pescoço, tórax, abdome superior, pelve-arterial e venosa + valor da tomografia	R\$ 372,50	Realizado somente com contraste
34010149	Angiotomografia de aorta torácica + valor da tomografia	R\$ 372,50	Realizado somente com contraste
34010149	Angiotomografia de aorta abdominal + valor da tomografia	R\$ 372,50	Realizado somente com contraste
34010017 34010106	Urotomografia (Pelve + Abdome Superior) geralmente sempre s/ contraste.	R\$ 463,40	R\$ 417,00

(ANEXO V)

PROFISSIONAIS MÉDICOS PARA ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES EM CASOS DE TRANSFERÊNCIAS PARA CENTROS DE ALTA COMPLEXIDADE

CENTRO DE ALTA COMPLEXIDADE: PASSO FUNDO/RS

PROFISSIONAL MÉDICO	VALOR R\$
Dr. Vitor Demoliner Junior	250,00
Dr. Vinicius Scalco Costa	250,00

Dr. Wilson Taglieti	250,00
Dr. Edanir Celso Bichoff	250,00

CENTRO DE ALTA COMPLEXIDADE: PORTO ALEGRE/RS

PROFISSIONAL MÉDICO	VALOR R\$
Dr. Vitor Demoliner Junior	450,00
Dr. Vinicius Scalco Costa	450,00
Dr. Wilson Taglieti	450,00
Dr. Edanir Celso Bichoff	450,00

CENTRO DE ALTA COMPLEXIDADE: SANTA MARIA/RS

PROFISSIONAL MÉDICO	VALOR R\$
Dr. Vitor Demoliner Junior	450,00
Dr. Vinicius Scalco Costa	450,00
Dr. Wilson Taglieti	450,00
Dr. Edanir Celso Bichoff	450,00