



# FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO VERDE

ESTADO DE GOIÁS

## CRENCIAMENTO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Nº. 187/2012

Por este instrumento de contrato que entre si fazem, de um lado, o **MUNICÍPIO DE RIO VERDE – GOIÁS**, através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, neste ato representado por seu Exmo. Gestor, **Dr. PAULO FARIA DO VALE**, inscrito no CRM nº. 5137, no CPF sob o nº. 321.378.776-00 e RG sob o n. 1319413 SSP/MG, residente e domiciliado nesta cidade, no uso de suas atribuições legais e em conformidade com a Lei nº 8.666 de 21/06/1993 e suas alterações, neste instrumento denominado **CRENCIANTE**, e do outro a empresa **ASSOCIAÇÃO GOIANA DE INTEGRALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO – AGIR**, entidade sem fins lucrativos, com personalidade jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº. 05.029.600/0001-04, estabelecida na Av. Vereador José Monteiro, nº. 1655, Setor Negrão de Lima, Goiânia-GO, qualificada como Organização Social pelo Decreto Estadual nº. 5.591/02, entidade gestora do **CRER – CENTRO DE REABILITAÇÃO E READAPTAÇÃO Dr. HENRIQUE SANTILLO**, representada por seu Superintendente Executivo, **SÉRGIO DAHER**, infra-assinado e identificado, neste instrumento denominada **CRENCIADA**, celebram o presente o credenciamento mediante as cláusulas e condições seguintes:

**FUNDAMENTAÇÃO LEGAL** – o presente credenciamento é regido pela Lei nº. 8.666, de 21 de junho de 1993 e dos termos do edital de chamamento para credenciamento de profissionais e clínicas da área de saúde sob nº. 002/2011, publicado em 19/12/2011, constante do processo nº. 2012009581.

### CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO E DA FINALIDADE

O presente credenciamento tem por finalidade a prestação de serviços médicos, hospitalares, laboratoriais, de imagem, métodos gráficos, audiologia, órteses e próteses ortopédicas em exclusiva consonância com as precípua atividades da **CRENCIADA** e, ainda, em conformidade com o estabelecido no **ANEXO I**, parte integrante do presente credenciamento.

**I** - Os eventos que não estiverem listados no **ANEXO I**, não são passíveis de cobertura automática, sendo necessária prévia autorização administrativa do **CRENCIANTE**.

**II** – A **CRENCIADA**, na consecução do objeto poderá realizar os exames diretamente, por seus profissionais, ou através de terceiros, pessoas físicas ou jurídicas, por ela contratados.

**III** – O objeto do presente contrato poderá ser alterado, por interesse das partes **CRENCIANTES**, por meio de documento aditivo.

**IV** – A **CRENCIADA** somente poderá prestar serviços referendado neste contrato, mediante prévio encaminhamento e autorização expedido pelo **CRENCIANTE**.

### CLÁUSULA SEGUNDA – DA CONDIÇÃO DE EXECUÇÃO DO SERVIÇO

O Objeto do presente contrato será realizado mediante solicitação inicial de atendimento do **CRENCIANTE**, via escrita legível ou datilografada ou por computador, contendo assinatura e carimbo do autorizador.

**I** – O tratamento definido pela equipe multiprofissional da **CRENCIADA** será realizado somente após autorização das solicitações de procedimentos e exames correspondentes (**ANEXO II**) pelo serviço de auditoria do **CRENCIANTE**, obedecendo a fluxograma acordado entre as partes.

**II** – Os serviços, objeto do presente contrato, serão realizados nas dependências da **CRENCIADA**, ou em local por ela indicado previamente, mediante o comparecimento do paciente e, cumpridas as rotinas e procedimentos técnicos e operativos.

### CLÁUSULA TERCEIRA – DO PRAZO DA VIGÊNCIA

O presente credenciamento terá sua vigência limitada ao respectivo crédito orçamentário, a contar da assinatura do presente instrumento até 31 de dezembro de 2012, podendo ser prorrogado caso haja interesse entre as partes, em conformidade com o estabelecido na Lei nº. 8.666/93 e suas alterações, bem como, na forma recomendada pelo Egrégio Tribunal de Contas dos Municípios (TCM/GO).



# FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO VERDE

ESTADO DE GOIÁS

## CLÁUSULA QUARTA – DA CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA

A despesa oriunda do presente credenciamento correrá por conta da seguinte dotação orçamentária: 20121110 16 1633 10 3015024 2569 A0 339039.

## CLÁUSULA QUINTA – DO VALOR

Os serviços prestados pela **CRENCIADA**, na vigência deste contrato serão remunerados tomando como referência a tabela **SUS vigente + ANEXO I**, com exceção dos Materiais Especiais (OPME's) e do fornecimento de Sangue e afins que serão cobrados em conformidade com Orçamento Prévio, elaborado pela **CRENCIADA** e, autorizada pelo **CRENCIANTE**.

I – Nos preços avençados não estão incluídos os custos relacionados com despesas decorrentes de uso de **contraste e/ou anestesia**. Se houver necessidade de contraste e/ou anestesia, **os insumos** (materiais e medicamentos) utilizados, deverão ser pagos de acordo com o **ANEXO I**.

II - Estima-se em **R\$ 18.166,00 (dezoito mil cento e sessenta e seis reais)** como média mensal, sendo que no mês de março a credenciada receberá a importância máxima de **R\$ 11.505,13 (onze mil quinhentos e cinco reais e treze centavos)** referente aos dezenove dias, gerando um total de **R\$ 174.999,13 (cento e setenta e quatro mil novecentos e noventa e nove reais e treze centavos)** para efeito de emissão de Nota de Empenho.

III – O controle dos serviços prestados para a finalidade do parágrafo segundo é de responsabilidade do **CRENCIANTE**, que responderá pelo pagamento do valor que eventualmente exceda o pactuado.

## CLÁUSULA SEXTA – DO PAGAMENTO

O pagamento das faturas emitidas em consonância com os valores estabelecidos na cláusula anterior deverá ser integralmente efetuado pelo **CRENCIANTE**, pelo valor apresentado, sendo vedada glosas técnicas por discordância de tratamento, consoante artigo 16 do Código de Ética Médica e Cláusula Terceira, alínea "b" do presente termo aditivo.

I – O pagamento de que trata esta cláusula será efetuado através de crédito bancário, em favor da **CRENCIADA**, junto ao **Banco do Brasil S/A, agenciam 1610-1, conta corrente 67.493-1**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados do recebimento da Fatura.

II – A inobservância da data do pagamento dos serviços prestados implicará na cobrança de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 0,033% (zero vírgula zero trinta e três por cento) por dia de atraso.

III – Nos casos em que forem, pelo **CRENCIANTE**, claramente identificados erros materiais ou de cálculo, realizará esta pronta comunicação, por escrito da situação identificada, solicitando sua correção.

IV – A solicitação de esclarecimentos acerca de condutas técnicas adotadas pela **CRENCIADA** deverá ser encaminhada por escrito pelo **CRENCIANTE** e não a eximirá do pagamento da fatura.

V – Após a análise, pela **CRENCIADA**, da solicitação de que trata o parágrafo anterior, sendo detectadas falhas na cobrança, proceder-se-á a correção devida também por escrito, sendo a diferença debitada em fatura subsequente e ou ajustada por devolução em caso de rescisão contratual.

VI – Subsistindo a divergência acerca da impugnação ou glosa de contas, poderão as partes submeter a divergência à solução arbitral, a qual obrigatoriamente se submeterão as partes.

VII – O atraso do pagamento da fatura superior a 10 (dez) dias facultará à **CRENCIADA** a suspensão de todo e qualquer atendimento aos pacientes encaminhados pelo **CRENCIANTE**, a partir do décimo primeiro dia de atraso, inclusive, até a normalização dos pagamentos devidos.

VIII - Qualquer erro ou omissão ocorrido na documentação fiscal, será motivo de correção por parte da **CRENCIADA** e haverá, em decorrência, suspensão do prazo de pagamento até que o problema seja definitivamente sanado.

IX - A cada pagamento a ser efetuado, o **CRENCIANTE** poderá solicitar da **CRENCIADA**, que seja comprovado sua regularidade fiscal com o Sistema de Seguridade Social – INSS, FGTS, Fazenda Pública Municipal, Estadual e Federal. Tal comprovação será objeto de confirmação "ON-LINE", via terminal, sendo suspenso o pagamento caso esteja irregular no referido sistema.

X - Para efeito de pagamento, será observado o que estabelecem as legislações vigentes quanto aos procedimentos de retenção, recolhimento e fiscalização relativos aos encargos previdenciários.



# FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO VERDE

ESTADO DE GOIÁS

## CLÁUSULA SÉTIMA – DOS ACRÉSCIMOS E SUPRESSÕES

A **CRENCIADA** fica obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos de serviços, objeto deste contrato, na ordem de até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial do contrato, em observância ao art. 65, § 1º da Lei 8.666/93.

## CLÁUSULA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES DO CRENCIANTE

A **CRENCIANTE** se obriga a:

- a) acompanhar e fiscalizar a execução dos serviços por meio de servidor especialmente designado, comunicando as ocorrências de quaisquer fatos que exijam medidas corretivas por parte da **CRENCIADA**;
- b) anotar e comunicar por escrito quaisquer falhas para que possam ser adotadas medidas corretivas por parte da **CRENCIADA**;
- c) promover a análise e revisão das contas nosocomiais fundamentado nos parâmetros contratualmente estabelecidos;
- d) efetuar o pagamento à **CRENCIADA**, de acordo com as condições de preço e prazo estabelecidas neste contrato;
- e) encaminhar os pacientes ao CRER, munidos de documentos pessoais e mediante a autorização prévia para atendimento, mediante guia de encaminhamento ou senha de autorização;
- f) atentar-se para as normas gerais de atendimento do CRER;
- g) atestar a execução do objeto deste contrato por meio do setor competente.

## CLÁUSULA NONA – DAS OBRIGAÇÕES DA CRENCIADA

A **CRENCIADA** se obriga a:

- a) atender aos beneficiários com elevado padrão de eficiência e estrita observância ao Código de Ética das respectivas categorias profissionais;
- b) sujeitar-se à mais ampla e irrestrita fiscalização por parte do servidor do **CRENCIANTE** encarregado de acompanhar a execução do contrato, prestando todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados e atendendo as reclamações formuladas;
- c) não delegar ou transferir a execução do contrato a terceiros, sem prévia anuência do FMS;
- d) responder pelos danos causados diretamente à Administração ou a terceiros, quando da execução dos serviços, não excluindo ou reduzindo esta responsabilidade a fiscalização ou o acompanhamento do **CRENCIANTE**.
- e) atualizar, perante o Fundo Municipal de Saúde, as alterações promovidas no ato constitutivo, estatuto ou contrato social da empresa, bem como a licença de funcionamento e termo de responsabilidade técnica vigente, mediante a apresentação de cópia autenticada;
- f) manter, enquanto durar o ajuste, todas as condições que ensejaram o credenciamento da empresa, particularmente no que se refere à atualização de documentos e certidões, e às condições exigidas por ocasião da realização de credenciamento;
- g) efetuar o pagamento de seguros, encargos fiscais e sociais, bem como de quaisquer despesas diretas e/ou indiretas relacionadas à execução deste Contrato;
- h) comunicar ao gestor do FMS, de forma clara e detalhada, todas as ocorrências anormais verificadas na execução dos serviços, bem como, a mudança de endereço de suas instalações físicas;
- i) aceitar a auditoria do **CRENCIANTE**, que poderá ser realizada por intermédio dos seus contratados ou de outros servidores qualificados e indicados, respeitadas as normas de auditoria e mediante aviso prévio. As pessoas qualificadas e designadas pelo **CRENCIANTE** comprometem-se a manter o sigilo das informações nela contidas conforme determina a legislação;
- j) encaminhar, em envelope lacrado, juntamente com a nota fiscal/fatura, a relação discriminada dos beneficiários, bem como a cópia da autorização do **CRENCIANTE**.
- k) prestar os serviços objeto do presente contrato, através de seu quadro técnico-profissional, em suas próprias instalações ou através de empresas especializadas contratadas, colocando à disposição dos pacientes encaminhados pelo **CRENCIANTE**, todos os recursos materiais e humanos disponíveis segundo as especialidades credenciadas, na forma estabelecida no ANEXO I, parte integrante deste instrumento.
- l) manter as suas instalações em perfeitas condições de funcionamento e dentro do padrão técnico exigível para a qualidade, eficiência e eficácia do atendimento, assim como quadro de pessoal composto por técnicos especializados e auxiliares devidamente treinados para o cumprimento do



# FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO VERDE

## ESTADO DE GOIÁS

objeto do presente contrato, sem interrupção, seja por motivo de férias, descanso semanal, licença, falta ao serviço ou demissão de empregados, cujas obrigações, sejam trabalhistas, previdenciárias, comerciais, de seguro ou outras decorrentes, serão de sua inteira responsabilidade.

- m) obedecer, na execução do serviço, os critérios e convenções de técnica e manipulação estabelecido pelas normas aplicáveis à espécie.

### **CLÁUSULA DÉCIMA – DO SERVIÇO DE HOTELARIA**

A **CRENCIADA** assegurará aos pacientes encaminhados pelo **CRENCIANTE**, cujo tratamento exija internação, acomodações do tipo enfermaria com 02 (dois) leitos.

I – Se o paciente encaminhado pelo **CRENCIANTE**, optar por acomodação superior à estabelecida nesta cláusula, a **CRENCIADA** poderá atender, efetuando, todavia, a cobrança da diferença do valor das acomodações, pela Tabela de Preços de Clientes Particulares, diretamente do paciente ou do seu responsável.

II – A utilização de acomodações de padrão superior, desde que haja disponibilidade, deverá ser acordada em documento próprio, firmado em 02 (duas) vias pelo paciente ou seu responsável, constando expressamente sua concordância em remunerar a **CRENCIADA** pelas despesas excedentes.

III – A **CRENCIADA** nada poderá cobrar diretamente do paciente ou seu responsável legal, exceto àquelas despesas decorrentes de serviços não incluídos neste contrato tais como refeição de acompanhante, frigar, jornais, revistas, lavagem de roupas pessoais, telefonemas locais e interurbanos, aluguel de aparelhos de lazer ou conforto pessoal (quando não inclusos na composição do aposento) e profissionais de enfermagem extraordinários à rotina normal, dentre outros.

IV – Nos cálculos das contas do **CRENCIANTE**, para devido pagamento das diárias, os dias de entrada e saída serão sempre computados, de conformidade com o que estabelecem as tabelas de preços que baseiam os custos da prestação de serviços objeto do presente contrato.

### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA RESCISÃO CONTRATUAL**

O presente credenciamento poderá ser rescindido extraordinariamente a qualquer tempo nas seguintes hipóteses:

I – em caso de situações em que torne impossível a sua continuidade, tais como a insuficiência de recursos financeiros e/ou fim do convênio com o órgão responsável pelo repasse da verba, o que será objeto de comunicação prévia pelo **CRENCIANTE**, mediante aviso a **CRENCIADA**, com antecedência de 30 (trinta) dias;

II - por mútuo consentimento e mediante manifestação expressa com antecedência de 30 (trinta) dias, por meio de comunicação prévia, por escrito, entregue diretamente ou via postal, com prova de recebimento, poderá ser extinto por rescisão, decorrente de inadimplência de quaisquer de suas cláusulas e condições, caso em que poderá haver ressarcimento por perdas e danos, sem prejuízo das demais cominações legais; por rescisão bilateral (distrato) e por rescisão unilateral (desistência ou renúncia), não incorrendo em ressarcimento de perdas e danos para nenhuma das partes.

III – A inobservância de qualquer cláusula, condições ou obrigações do presente contrato que torne inexecutível a contraprestação e, conseqüentemente, a manutenção da avença implicará em sua imediata rescisão de pleno direito, independente de notificação ou interpelação judicial ou extrajudicial, caso em que poderá haver ressarcimento por perdas e danos, sem prejuízo das demais cominações legais.

IV – Por ocasião da rescisão do presente contrato, havendo pacientes internados nas dependências da **CRENCIADA** e sob os seus cuidados, em tratamento continuado, pré-operatório ou que necessitem de atenção especial, permanecerão internados, até a alta médica ou até que providencie o **CRENCIANTE** sua remoção, vigendo, para todos os efeitos, em relação a esses pacientes, as obrigações das partes, devendo o **CRENCIANTE** efetuar o pagamento das despesas, nos mesmos moldes previstos no corpo do presente contrato, sendo vedado ao **CRENCIANTE** à glosa técnica.

V – A inadimplência superior a 60 (sessenta) dias da apresentação da fatura, facultará à **CRENCIADA** a rescisão do presente contrato, por justa causa, sem prejuízo de seu direito de cobrança judicial dos valores devidos além das perdas e danos.

VI - aplicam-se ainda os motivos de rescisão previstos no Art. 77, 78 e 79 da Lei nº. 8.666/93, de 21/06/93 e alterações posteriores.



# FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO VERDE

ESTADO DE GOIÁS

## CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DAS PENALIDADES

Caso a **CRENCIADA** não cumpra quaisquer das obrigações assumidas, ou fraude, por qualquer meio, o presente contrato, poderão ser aplicadas, segundo a gravidade da falta cometida, uma ou mais penalidades prevista em lei, sem prejuízo da rescisão contratual.

## CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DAS ALTERAÇÕES

O presente instrumento de contrato poderá ser alterado, mediante acordo, ou, na ocorrência de fatos supervenientes e alheios à vontade das partes, devidamente comprovados, através de termo aditivo, e ainda, de acordo com os casos previstos no capítulo III, Seção III - DA ALTERAÇÃO DOS CONTRATOS, da Lei nº. 8.666/93 e suas alterações.

## CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

**I – A CREDENCIADA** disponibilizará seu corpo médico para o atendimento do objeto do contrato, contudo, em homenagem ao princípio da livre escolha dos pacientes ou de seu responsável legal, poderá, no caso de intervenção cirúrgica, optar por médico e/ou equipe externa, que, neste caso, deverão atender e obedecer o Regulamento Interno da **CRENCIADA**, quer quanto às normas administrativas, quer quanto às normas técnicas.

**II – Caso a CREDENCIADA** não disponha de algum serviço auxiliar para a realização de diagnóstico e terapia necessária ao adequado atendimento do paciente encaminhado pelo **CRENCIANTE**, deverá utilizar-se, preferencialmente, dos serviços de terceiros referenciados ou contratados pelo **CRENCIANTE**, os quais serão pagos, por esta, diretamente ao executante dos serviços.

**III – Não há qualquer vínculo empregatício entre o CRENCIANTE e a CREDENCIADA**, tampouco qualquer solidariedade entre as partes.

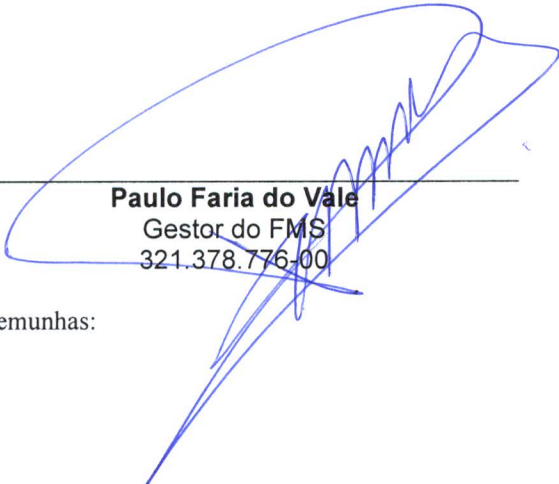
**IV - Em caso algum o CRENCIANTE** pagará indenização a **CRENCIADA** por encargos resultantes da Legislação Trabalhista e da Previdência Social, oriundos de contrato entre o mesmo e seus empregados.


## CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DO FORO

Para dirimir as questões oriundas da execução desse credenciamento, fica eleito foro da Comarca de Goiânia, capital de Goiás, renunciando as partes a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim justos e acordados com tudo o que aqui foi expresso, firmam o presente instrumento em **02 (duas) vias** de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo, para que produza os efeitos legais necessários.

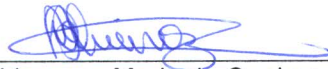
Rio Verde, 13 de março de 2012.

  
\_\_\_\_\_  
**Paulo Faria do Vale**  
Gestor do FMS  
321.378.776-00

  
\_\_\_\_\_  
**Sérgio Daher**  
Superintendente Executivo / AGIR-CRER  
190.404.581-20

Testemunhas:

  
\_\_\_\_\_  
CPF: 837.252531.53

  
\_\_\_\_\_  
Vanessa Maria de Queiroz  
CPF: 000.096.021-78



# FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO VERDE

ESTADO DE GOIÁS

## ANEXO I

### TABELAS DE REFERÊNCIA

Item	Serviços	Valor Referência
1	Consultas	Tabela SUS Vigente
2	Exames	Tabela SUS Vigente / Tabela SUS + Complementação
3	Exames laboratoriais	Tabela ANEXO I
4	Insumos da anestesia	R\$ 30,00
5	Contraste	R\$ 87,50
6	Materiais especiais (OPME'S)	Orçamento prévio, elaborado pela CREDENCIADA e, autorizado pelo CREDENCIANTE.
7	Sangue e afins	

### TABELAS DE REFERÊNCIA DETALHADAS

<b>CONSULTAS – TABELA SUS VIGENTE</b>	Valor
<b>ÁREA MÉDICA - DEMANDA EXTERNA</b>	
CONSULTA EM ORTOPEDIA	SUS Vigente
CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA	SUS Vigente
CONSULTA EM FISIATRIA	SUS Vigente
<b>ÁREA MÉDICA - DEMANDA INTERNA (pacientes em Reabilitação)</b>	
CONSULTA EM CARDIOLOGIA	SUS Vigente
CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA	SUS Vigente
CONSULTA EM INFECTOLOGIA	SUS Vigente
CONSULTA EM NEUROCIRURGIA	SUS Vigente
CONSULTA EM NEUROLOGIA	SUS Vigente
CONSULTA EM NEUROPEDIATRIA	SUS Vigente
CONSULTA EM PSIQUIATRIA	SUS Vigente
CONSULTA EM REUMATOLOGIA	SUS Vigente
CONSULTA EM UROLOGIA	SUS Vigente
CONSULTA /ATENDIMENTO EM ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA E DE ALTA COMPLEXIDADE (DEMAIS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE COM NÍVEL SUPERIOR)	SUS Vigente

<b>REABILITAÇÃO AMBULATORIAL – TABELA SUS VIGENTE</b>	Valor
ATENDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE A PACIENTES QUE DEMANDEM CUIDADOS INTENSIVOS EM MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO (POR DIA)	SUS Vigente

<b>PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS – TABELA SUS VIGENTE</b>	Valor
NEUROTOMIA PERCUTANEA DE NERVOS PERIFÉRICOS POR AGENTES QUÍMICOS (APLICAÇÃO DE BOTOX/FENOL) – POR PONTO	SUS Vigente
REMOÇÃO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNI / BILA	SUS Vigente
CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	SUS Vigente



# FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO VERDE

ESTADO DE GOIÁS

CATETERISMO DE URETRA	SUS Vigente
-----------------------	-------------

<b>AUDIOLOGIA – TABELA SUS VIGENTE + incremento (Serviço de Alta Complexidade)</b>	Valor
LOGOaudiometria	R\$ 52,50
Audiometria Tonal Limiar	R\$ 42,00
Audiometria de Reforço Visual	R\$ 42,00
Audiometria em Campo Livre com Pesquisa do Ganho Funcional	R\$ 40,26
Pesquisa do Ganho de Inserção	R\$ 24,00
Imitanciometria (timpanometria, complacência estática e reflexo estapediano)	R\$ 46,00
Potencial Evocado de Tronco Cerebral – BERA	R\$ 93,76
Emissões Otoacústicas	R\$ 93,76

<b>CARDIOLOGIA – TABELA SUS VIGENTE</b>	Valor
Eletrocardiograma	SUS Vigente

<b>NEUROLOGIA – TABELA SUS VIGENTE/ *TABELA SUS + COMPLEMENTAÇÃO</b>	Valor
Eletroneuromiografia (por segmento)*	R\$ 75,00
Eletroencefalografia em vigília sem foto estímulo*	R\$ 25,00
Eletroencefalografia em sono	SUS Vigente
Polissonografia	SUS Vigente

<b>RADIODIAGNOSTICO – TABELA SUS VIGENTE/ *TABELA SUS + COMPLEMENTAÇÃO</b>	
<b>CRANIO E FACE</b>	<b>Valor</b>
ARCOS ZIGOMÁTICOS-MALAR-ESTILOIDES: AP, OBLÍQUAS	SUS Vigente
CRANIO: PA + LATERAL	SUS Vigente
MAXILAR INFERIOR : PA + OBLÍQUAS	SUS Vigente
ORBITAS - P A + OBLÍQUAS + HIRTZ	SUS Vigente
OSSOS DA FACE - M.N. + LATERAL + HIRTZ	SUS Vigente
SEIOS DA FACE : F.N. + M.N. + LATERAL	SUS Vigente
SELA TURSICA : PA + LATERAL + BRETTON	SUS Vigente
ARCADA ZIGOMÁTICA -MALAR: AP + OBLÍQUAS	SUS Vigente
CAVUM - LATERAL + HIRTZ	SUS Vigente
SEIOS DA FACE : F.N. , M.N., LATERAL – HIRTZ	SUS Vigente
ARTICULAÇÃO TEMPORO MANDIBULAR BILATERAL	SUS Vigente
CRANIO - PA + LAT. + OBLI. OU BRETTON + HIRTZ	SUS Vigente
MASTOIDE OU ROCHEDOS BILATERAL	SUS Vigente
<b>COLUNA VERTEBRAL</b>	
COLUNA CERVICAL: AP + LATERAL + T.O OU FLEXÃO	SUS Vigente
COLUNA DORSAL: AP + LATERAL	SUS Vigente
SACRO-COCCÍGEA	SUS Vigente
TRANSIÇÃO D – LOMBAR	SUS Vigente
COLUNA CERVICAL: AP + LATERAL + TO + OBLÍQUAS	SUS Vigente
COLUNA CERVICAL: FUNCIONAL OU DINÂMICA	SUS Vigente
COLUNA LOMBO-SACRA	SUS Vigente
COLUNA DORSO - LOMBAR PARA ESCOLIOSE DINÂMICA	SUS Vigente



# FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO VERDE

## ESTADO DE GOIÁS

COLUNA LOMBO SACRA COM OBLIQUAS	SUS Vigente
COLUNA LOMBO SACRA FUNCIONAL OU DINAMICA	SUS Vigente
<b>ESQUELETO TORACICO E MEMBROS SUPERIORES</b>	
ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	SUS Vigente
ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	SUS Vigente
ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	SUS Vigente
BRACO	SUS Vigente
CLAVICULA	SUS Vigente
COSTELAS - POR HEMITORAX	SUS Vigente
ESTERNO	SUS Vigente
OMOPLATA OU OMBRO: TRES POSICOES	SUS Vigente
ANTEBRACO	SUS Vigente
COTOVELO	SUS Vigente
MAO (DUAS INCIDENCIAS)	SUS Vigente
MAOS E PUNHOS PARA IDADE OSSEA	SUS Vigente
PUNHO: AP + LATERAL + OBLIQUOS	SUS Vigente
QUIRODACTILOS	SUS Vigente
<b>TORAX</b>	
MAMOGRAFIA UNILATERAL	SUS Vigente
MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	SUS Vigente
<b>BACIA E MEMBROS INFERIORES</b>	
ARTICULACAO COXO-FEMORAL (CADA LADO)	SUS Vigente
ARTICULACAO SACRO ILIACA	SUS Vigente
BACIA	SUS Vigente
COXA	SUS Vigente
ESCANOMETRIA	SUS Vigente
PERNA	SUS Vigente
ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	SUS Vigente
CALCANEIO	SUS Vigente
JOELHO: AP + LATERAL	SUS Vigente
JOELHO OU ROTULA - AP + LAT. + AXIAL	SUS Vigente
PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	SUS Vigente
PE OU PODODACTILOS	SUS Vigente
JOELHO OU ROTULA - AP + LAT. - OBLIQUAS + 3 AXIAIS	SUS Vigente
<b>ORGAOS INTERNOS</b>	
<b>ORGAOS INTERNOS DO TORAX</b>	
LARINGE	SUS Vigente
TORAX: APICO - LORDORTICA	SUS Vigente
TORAX: P.A	SUS Vigente
CORACAO E VASOS DA BASE PA + LATERAL	SUS Vigente
MEDIASTINO PA E PERFIL	SUS Vigente
TORAX: PA E PERFIL	SUS Vigente
CORACAO E VASOS DA BASE PA + LAT. + OBLIQUAS	SUS Vigente
TORAX PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL	SUS Vigente
TORAX PA + LAT. + OBLIQUA	SUS Vigente
<b>ABDOMEN</b>	
ABDOMEN SIMPLES: AP	SUS Vigente
ABDOMEN: AP - LATERAL OU LOCALIZADA	SUS Vigente
ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	SUS Vigente





# FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO VERDE

ESTADO DE GOIÁS

URETROCISTOGRAFIA*	R\$ 62,68
UROGRAFIA VENOSA*	R\$ 79,14

<b>EXAMES ULTRASSONOGRÁFICOS – TABELA SUS VIGENTE / *TABELA SUS + COMPLEMENTAÇÃO</b>	<b>Valor</b>
ULTRASSONOGRAFIA ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO VIAS BILIARES, VESICULA, PANCREAS, BAÇO)	SUS Vigente
ULTRASSONOGRAFIA ABDOMEN TOTAL (ABDOMEN SUPERIOR, RINS, RETROPERITONIO e BEXIGA)	SUS Vigente
ULTRASSONOGRAFIA APARELHO URINARIO (RINS e BEXIGA)	SUS Vigente
ULTRASSONOGRAFIA ARTICULACOES	SUS Vigente
ULTRASSONOGRAFIA CRANIANA	SUS Vigente
ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	SUS Vigente
ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLÓGICA)	SUS Vigente
ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	SUS Vigente
ULTRASSONOGRAFIA PROSTATA - VIA ABDOMINAL	SUS Vigente
ULTRASSONOGRAFIA PROSTATA - VIA TRANS RETAL*	R\$ 90,06
ULTRASSONOGRAFIA BOLSA ESCROTAL	SUS Vigente
ULTRASSONOGRAFIA TIREOIDE	SUS Vigente
ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA	SUS Vigente
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE ORGAO OU ESTRUTURA ISOLADA	SUS Vigente
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE UM VASO	SUS Vigente
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE DOIS VASOS	SUS Vigente
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE TRES VASOS	SUS Vigente
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER FLUXO OBSTETRICO	SUS Vigente

<b>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA – TABELA SUS VIGENTE</b>	<b>Valor</b>
TOMOGRAFIA COMP. COLUNA CERVICAL	SUS Vigente
TOMOGRAFIA COMP. COLUNA LOMBO-SACRA	SUS Vigente
TOMOGRAFIA COMP. COLUNA DORSAL / TORÁCICA	SUS Vigente
TOMOGRAFIA COMP. DE CRANIO	SUS Vigente
TOMOGRAFIA COMP. DE SELA TURCICA	SUS Vigente
TOMOGRAFIA COMP. DO TORAX	SUS Vigente
TOMOGRAFIA COMP. DO ABDOMEN SUPERIOR	SUS Vigente
TOMOGRAFIA COMP. DE FACE / SEIOS DE FACE / ARTIC. TEMPORO-MANDIBULARES	SUS Vigente
TOMOGRAFIA COMP. DE MASTOIDES OU OUVIDOS	SUS Vigente
TOMOGRAFIA COMP. DE PELVE OU BACIA	SUS Vigente
TOMOGRAFIA COMP. DE PESCOCO	SUS Vigente
TOMOGRAFIA COMP. DOS SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, PERNA)	SUS Vigente
TOMOGRAFIA COMP. DAS ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR	SUS Vigente
TOMOGRAFIA COMP. DAS ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	SUS Vigente

<b>ANGIOTOMOGRAFIA</b>	<b>Valor**</b>
ANGIOTOMOGRAFIA COLUNA CERVICAL	R\$ 173,52
ANGIOTOMOGRAFIA COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 202,20
ANGIOTOMOGRAFIA COLUNA DORSAL / TORÁCICA	R\$ 173,52
ANGIOTOMOGRAFIA DE CRANIO	R\$ 194,88
ANGIOTOMOGRAFIA DE SELA TURCICA	R\$ 194,88
ANGIOTOMOGRAFIA DO TORAX	R\$ 272,82



# FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO VERDE

ESTADO DE GOIÁS

ANGIOTOMOGRÁFIA DO ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 277,26
ANGIOTOMOGRÁFIA DE FACE / SEIOS DE FACE / ARTIC. TEMPORO-MANDIBULARES	R\$ 173,50
ANGIOTOMOGRÁFIA DE PELVE OU BACIA	R\$ 277,26
ANGIOTOMOGRÁFIA DE PESCOCO (PARTES MOLES, LARINGE)	R\$ 173,50
ANGIOTOMOGRÁFIA DOS SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, PERNA)	R\$ 173,50
ANGIOTOMOGRÁFIA DAS ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 173,50
ANGIOTOMOGRÁFIA DAS ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 173,50
<b>**Tabela SUS não contempla Código/Valor da Angiotomografia, valor acordado: duas vezes Código/Valor da Tomografia da região correspondente.</b>	

<b>RESSONÂNCIA MAGNÉTICA – TABELA SUS VIGENTE</b>	<b>Valor</b>
ANGIORRESSONÂNCIA CEREBRAL	SUS Vigente
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR (BIL.)	SUS Vigente
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA CERVICAL	SUS Vigente
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA LOMBO-SACRA	SUS Vigente
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA TORÁCICA	SUS Vigente
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO	SUS Vigente
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TURCICA	SUS Vigente
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNIL.)	SUS Vigente
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TORAX	SUS Vigente
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO ABDOMEN SUPERIOR	SUS Vigente
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA OU PELVE	SUS Vigente
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNIL.)	SUS Vigente
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES	SUS Vigente

<b>OUTRAS RESSONÂNCIAS</b>	<b>Valor**</b>
ANGIORRESSONÂNCIA (EXCETO DE CRÂNIO)	R\$ 403,12
ESPECTROSCOPIA	R\$ 640,00
<b>**Tabela SUS não contempla Código/Valor da Angiorressonância de outras regiões, valor acordado: uma vez e meia o Código/Valor da Angiorressonância Cerebral.</b>	

<b>UROLOGIA – *TABELA SUS + COMPLEMENTAÇÃO</b>	<b>Valor</b>
AValiação URODINÂMICA COMPLETA*	R\$ 140,16
CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA*	R\$ 74,69
UROFLUXOMETRIA ISOLADA	R\$ 50,00

<b>ESPIROMETRIA – TABELA SUS VIGENTE (Cobrança de 4 códigos)</b>	<b>Valor</b>
PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR SIMPLES	SUS Vigente
PROVA FARMACODINÂMICA	SUS Vigente
AValiação DE FUNÇÃO E MECÂNICA RESPIRATÓRIA	SUS Vigente
ESPIROGRAFIA C/ DETERMINAÇÃO DO VOLUME RESIDUAL	SUS Vigente

<b>VIDEOLARINGOSCOPIA – *TABELA SUS + COMPLEMENTAÇÃO</b>	<b>Valor</b>
VIDEOLARINGOSCOPIA*	R\$ 120,00



# FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO VERDE

ESTADO DE GOIÁS

<b>EXAMES LABORATORIAIS</b>	<b>Valor</b>
ÁCIDO ÚRICO	SUS Vigente
ALDOLASE	SUS Vigente
AMILASE (sangue e/ou urina)	SUS Vigente
ANTIBIOGRAMA AUTOMATIZADO (IDENTIFICACAO BACTERIA)	SUS Vigente
ASLO - LÁTEX (ANTIESTREPTOLISINA)	SUS Vigente
B. A.A.R. (ZIEHL OU FLOURESCENCIA DIRETA)	SUS Vigente
BACTERIOSCOPIA GRAM, ZEIHL, ALBERT, ETC) POR LAMINA	SUS Vigente
BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES - BIOQUIMICA	SUS Vigente
CALCIO IONICO	SUS Vigente
CLEARANCE DE CREATININA	SUS Vigente
COLORO (CLORETOS)	SUS Vigente
COAGULOGRAMA I (prova do laço, retração, tempo de coag, tempo de sangramento)	SUS Vigente
COLESTEROL HDL	SUS Vigente
COLESTEROL LDL	SUS Vigente
COLESTEROL TOTAL	SUS Vigente
CONTAGEM DE PLAQUETAS	SUS Vigente
COOMBS DIRETO	SUS Vigente
COOMBS INDIRETO	SUS Vigente
CREATININA	SUS Vigente
CREATINO FOSFOQUINASE [CPK]	SUS Vigente
CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB [CK-MB]	SUS Vigente
CULTURA PARA FUNGOS (MICOSES)	SUS Vigente
CURVA GLICEMICA (4 DOSES) INCL.ESCALP/SORO	SUS Vigente
CURVA GLICEMICA (5 DOSE)INCL.ESCALP/SORO - BIOQUIMICA	SUS Vigente
DESIDROGENASE LÁTICA	SUS Vigente
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	SUS Vigente
EOSINOFILOS NAS FEZES	SUS Vigente
ERITROGRAMA (ERITROCITOS,HEMOGLOBINA,HEMATROCITO)	SUS Vigente
FATOR REUMATÓIDE,TESTE DO LÁTEX	SUS Vigente
FATOR RH (FATOR RHO(DI,INCLUINDO RHO U(DU))	SUS Vigente
FERRITINA SERICA [FERRI]	SUS Vigente
FERRO SERICO	SUS Vigente
FOLICULO ESTIMULANTE (FSH), HORMONIO (RIE)	SUS Vigente
FOSFATASE ALCALINA - BIOQUIMICA	SUS Vigente
FOSFORO - BIOQUIMICA	SUS Vigente
FUNGOS, CULTURA PARA (MICOSES SUPERFICIAIS)	SUS Vigente
FUNGOS, PESQUISA DE (A FRESCO, LACTOFENOL, TINTA DA CHINA)	SUS Vigente
GAMA-GLUTAMIL TRANSFERASE - BIOQUIMICA	SUS Vigente
GLICOSE	SUS Vigente
GONADOTROFINA CORIONICA (BHCG) - QUALITATIVO	SUS Vigente
GRUPO SANGUÍNEO ABO E FATOR RH	SUS Vigente
HEMOCULTURA AUTOMATIZADA	SUS Vigente
HEMOGLOBINAS / TESTE DE SOLUBILIDADE	SUS Vigente
HEMOGRAMA COMPLETO	SUS Vigente
HEMOSEDIMENTACAO , DETERMINACAO DE VELOCIDADE	SUS Vigente
HEPATITE B - HBCAC - IGG - (ANTI CORE IGG OU A COREG) ELISA	SUS Vigente



# FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO VERDE

ESTADO DE GOIÁS

HEPATITE B - HBSAC (ANTI ANTIGENO DE SUPERFICIE) ELISA	SUS Vigente
HEPATITE B - HBSAG (AU, ANTIGENO AUSTRALIA) ELISA OU RIE	SUS Vigente
HEPATITE C – ANTI-HCV, ELISA	SUS Vigente
HIV1 OU HIV2, ELISA, PESQUISA DE ANTICORPOS	SUS Vigente
LEUCOGRAMA	SUS Vigente
LIPIDOGRAMA COMPLETO - BIOQUIMICA	SUS Vigente
LUTEINIZANTE (LH), HORMONIO (RIE)	SUS Vigente
MAGNÉSIO (sangue e/ou urina)	SUS Vigente
MUCOPROTEÍNAS	SUS Vigente
OXIURUS COM COLHEITA PELO SWAB ANAL	SUS Vigente
PARASITOLÓGICO (DIRETO OU ENRIQUECIMENTO)	SUS Vigente
PLASMÓDIO	SUS Vigente
POTÁSSIO (sangue)	SUS Vigente
PROLACTINA	SUS Vigente
PROTEINA C REATIVA, DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA	SUS Vigente
PROTEINA C REATIVA, PESQUISA	SUS Vigente
PROTEÍNAS TOTAIS - BIOQUIMICA	SUS Vigente
PROTEÍNAS TOTAIS ALBUMINA E GLOBULINA ( FRACOES)	SUS Vigente
PROVA DE LACO	SUS Vigente
PSA (ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO) RIE	SUS Vigente
RETRACAO DO COAGULO	SUS Vigente
ROTINA DE URINA (CARACT.FISICOS,ELEMENTOS ANORMAIS E SEDIME	SUS Vigente
ROTINA DO LIQUIDO SINOVIAL (CARACTERES FISICOS,CITOLOGIA,GL	SUS Vigente
ROTINA DO LIQUOR (CARACTERES GERAIS,CONTAGEM GLOBAL E ESPEC	SUS Vigente
SANGUE OCULTO (FEZES)	SUS Vigente
SIFILIS - VDRL, INCLUSIVE QUANTITATIVO OU OUTRO CARDIOLIPINI	SUS Vigente
SÓDIO (sangue e/ou urina)	SUS Vigente
T-3 TRIIODOTIRONINA (RIE)	SUS Vigente
T-4 TIROXINA (RIE)	SUS Vigente
TEMPO DE PROTROMBINA	SUS Vigente
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	SUS Vigente
TIROXINA LIVRE (RIE)	SUS Vigente
TRANSAMINASE OXALACETICA (AMINO TRANSF.ASPART.) - BIOQUIMIC	SUS Vigente
TRANSAMINASE PIRUVICA (AMINO TRANSF.ALAMINA) - BIOQUIMICA	SUS Vigente
TRIGLICERÍDEOS	SUS Vigente
TSH - TIREOESTIMULANTE, HORMONIO (RIE)	SUS Vigente
URÉIA	SUS Vigente
<b>EXAMES LABORATORIAIS</b>	<b>Valor</b>
ALFA OH-PROGESTERONA (HIDROXIPROGESTERONA) (RIE)	R\$ 21,42
ACIDO 5-HIDROXI-IDOL-ACETICO (SEROTONINA TOTAL)	R\$ 40,54
ACIDO CITRICO - SANGUE	R\$ 40,00
ACIDO CITRICO - URINA	R\$ 22,00
ACIDO FOLICO	R\$ 22,00
ACIDO HIPURICO	R\$ 14,58
ACIDO HOMOVANILICO	R\$ 32,44
ACIDO LACTICO	R\$ 13,08
ACIDO MANDELICO (PARA ESTIRENO)	R\$ 18,94
ACIDO METIL-HIPURICO	R\$ 14,90



# FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO VERDE

## ESTADO DE GOIÁS

ACIDO OXALICO - BIOQUIMICA	R\$ 32,00
ACIDO VALPROICO	R\$ 29,92
ACIDO VANILMANDELICO	R\$ 17,56
ADENOSINA DEAMINASE	R\$ 62,58
ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH), HORMONIO (RIE)	R\$ 36,64
ALDOSTERONA	R\$ 30,70
ALFA 1 GLICOPROTEÍNA ÁCIDA	R\$ 18,58
ALFA-FETOPROTEÍNA	R\$ 25,82
AMONIA	R\$ 13,08
ANAEROBICAS, CULTURA PARA BACTERIAS	R\$ 110,00
ANDROSTENEDIONA	R\$ 25,36
ANTI CARDIOLIPINA ELISA IGG	R\$ 27,00
ANTI RNP IMUNODIFUSAO (IDI) DUPLA	R\$ 24,36
ANTICARDIOLIPINA ELISA IGM	R\$ 35,00
ANTICARDIOLIPINA IGA	R\$ 35,00
ANTI-CENTROMERO	R\$ 19,80
ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R\$ 31,29
ANTICOAGULANTE LÚPICO	R\$ 34,00
ANTICORPO ANTI ENDOMISIO IGA	R\$ 55,70
ANTICORPO ANTI ENDOMISIO IGG	R\$ 55,70
ANTICORPO ANTI ENDOMISIO IGM	R\$ 70,00
ANTICORPO ANTI MUSCULO LISO	R\$ 26,88
ANTICORPO ANTI SM	R\$ 19,52
ANTICORPOS ANTI HISTONA / CROMATINA	R\$ 41,20
ANTICORPOS ANTI MIELOPEROXIDASE	R\$ 244,00
ANTICORPOS ANTI-ENA (INCLUI SSA,SSB,SM,RNP)	R\$ 27,00
ANTI-DNA IFI OU HA	R\$ 19,52
ANTI-ESCLERODERMA (SCL 70) - IMUNODIFUSAO (IDI) DUPLA	R\$ 27,00
ANTIGENO ISOLADO DO SISTEMA HLA, DETERMINACAO DO (CADA)	R\$ 86,34
ANTIGLIADINA (GLÚTEN) - IGA	R\$ 32,96
ANTIGLIADINA (GLUTEN), ELISA - IGG E IGA (CADA)	R\$ 32,96
ANTI-LA/SSB - IMUDIFUSAO (IDI) DUPLA	R\$ 27,00
ANTI-LKM- 1, IF1 PARA	R\$ 27,64
ANTIMICROSSOMAL (TIREOIDEANO)	R\$ 25,82
ANTIMITOCONDIA (IFI)	R\$ 21,00
ANTI-NEUTROFILOS (ANCA) IFI	R\$ 37,00
ANTI-RO/SSA - IMUNODIFUSAO (IDI) DUPLA	R\$ 27,00
ANTITIREOGLOBULINA	R\$ 28,42
ANTITROMBINA III, DOSAGEM	R\$ 42,28
APOLIPOPROTEINA A OU B, LIPOPROTEINA A (LPA) E OUTRAS, CADA	R\$ 17,78
AQUAPORINA 4 ANTICORPOS IGG	R\$ 298,00
ARILSUFATASE "A"	R\$ 414,00
ASCA- ANTICORPO ANTI-SACCHARAMYCES	R\$ 436,00
BETA 2 MICROGLOBULINA	R\$ 70,78
BIOPSIA PARA PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$ 105,00
BRUCELOSE IGG, ANTICORPOS	R\$ 48,00
BRUCELOSE IGM, ANTICORPOS	R\$ 48,00
CA - 15 - 3 -EIE	R\$ 30,14
CA 125	R\$ 30,14



# FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO VERDE

## ESTADO DE GOIÁS

CA 19/9	R\$ 30,14
CALCIO - BIOQUIMICA	R\$ 7,48
CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DE FERRO	R\$ 7,80
CARBAMAZEPINA	R\$ 24,30
CARIOTIPO DE SANGUE - PESQUISA DE SITIO FRAGIL X	R\$ 370,00
CARIOTIPO DE SANGUE OU MEDULA (TECNICAS COM BANDAS)	R\$ 395,80
CARNITINA LIVRE	R\$ 279,00
CATECOLAMINAS - FRAÇÖES / ADRENALINA	R\$ 48,00
CEA- ANTÍGENO CARCINOEMBRIOGÊNICO	R\$ 20,16
CERUPLASMINA	R\$ 17,00
CHAGA IgG - IFI	R\$ 11,36
CHAGAS EIE	R\$ 15,80
CHAGAS HEMAGLUTINAÇÃO	R\$ 11,28
CHAGAS IGM - IFI	R\$ 16,88
CHAGAS, ELISA - TOTAL	R\$ 15,80
CHLAMIDIA (CITOLOGIA OU IMUNOFLUORESCENCIA DIRETA)	R\$ 32,00
<b>EXAMES LABORATORIAIS</b>	<b>Valor</b>
CHUMBO (PARA CHUMBO INORGANICO CHUMBOTETRAETILA)	R\$ 16,98
CITOMEGALOVIRUS IGG IFI	R\$ 22,38
CITOMEGALOVIRUS IGM - ELISA	R\$ 27,00
CITOMEGALOVIRUS POR PCR	R\$ 251,00
CLAMIDIA IFI - (IGG E IGM) CADA	R\$ 37,68
CLONAZEPAM, CICLOSPORINA	R\$ 47,82
COBRE (Sangue ou Urina)	R\$ 18,30
COLINESTERASE PLASMATICA	R\$ 7,96
COMPLEMENTO C3	R\$ 13,80
COMPLEMENTO C4	R\$ 13,80
COMPLEMENTO CH50	R\$ 17,00
CONTAGEM DE RETICULÓCITOS	R\$ 8,32
COPROPORFIRINA III	R\$ 11,28
CORTISOL	R\$ 18,58
CORTISOL LIVRE URINARIO	R\$ 21,74
CRESCIMENTO, HORMONIO DO (RIE), CADA AMOSTRA	R\$ 23,86
CRIOAGLUTININAS	R\$ 6,92
CRIOGLOBULINAS	R\$ 5,48
CROMATOGRRAFIA DE AMINOACIDOS - QUANTITATIVO	R\$ 34,48
DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 21,46
DEHIDROEPIANDROSTERONA, SULFATO DE (S-DHEA) (RIE)	R\$ 19,30
DEIDROEPIANDROSTERONA (DHT)	R\$ 21,46
DENGUE IGG, SOROLOGIA	R\$ 38,14
DENGUE IgM	R\$ 38,16
DIAGNOSTICO MOLECULAR DE DISTROFIA DE BECKER E DUCHENE	R\$ 2.077,81
DIAGNOSTICO MOLECULAR PARA SINDROME DE WILLIAMS	R\$ 275,00
DNA - ESTUDO DE DETERMINACAO DE PATERNIDADE TRIO	R\$ 300,00
ELETROFORESE DE PROTEINAS (SANGUE)	R\$ 17,92
ELETROFORESE DE PROTEINAS COM CONCENTRACAO	R\$ 30,00
ELETROFORESE DE PROTEINAS URINARIAS COM CONCENTRACAO	R\$ 30,00
ERROS INATOS DO METABOLISMO, PESQ. DE AMINOACIDURIA, MELITUR	R\$ 90,00



# FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO VERDE

## ESTADO DE GOIÁS

ESTRADIOL 17 BETA	R\$ 16,56
ESTRIOL LIVRE	R\$ 28,84
ESTRONA	R\$ 19,52
ESTUDO GENÉTICO DE LHON	R\$ 1.276,28
ESTUDO MOLECULAR DA ATROFIA MUSCULAR ESPINHAL SMA	R\$ 1.216,22
EXAME ANATOMO PATOLOGICO POR ORGAO, BIOPSIA, BIOPSIA ASPIRAT	R\$ 68,00
EXAME CITOPATOLOGICO EXO-ENDOCERVICAL E VAGINAL ONCOTICO E M	R\$ 34,00
EXAME CITOPATOLOGICO ONCOLOGICO DE LIQUIDOS	R\$ 66,00
FATOR ANTI-NUCLEO (FAN) - HEP2 - IFI	R\$ 13,94
FATOR V DA COAGULAÇÃO	R\$ 48,00
FATOR V LEIDEN	R\$ 195,56
FENILCETONURIA, PESQUISA	R\$ 9,00
FENITOINA	R\$ 22,34
FENOBARBITAL	R\$ 22,18
FIBRINOGENIO	R\$ 11,00
FISH PARA SINDROME VELOCARDIOFACIAL	R\$ 550,00
FOSFATASE ACIDA	R\$ 7,70
FTS - ABS, IDI PARA SIFILIS	R\$ 26,46
FUNCIONAL DE FEZES	R\$ 22,38
GAD, AUTO ANTICORPOS ANTI	R\$ 130,00
GASOMETRIA (PH,PCO2,P02,BIC,SA,02,EXCESSO BASE) - SOMENTE PARA PACIENTES INTERNADOS	R\$ 27,00
GASTRINA (RIE)	R\$ 28,82
GLICINA	R\$ 140,00
GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE - BIOQUIMICA	R\$ 13,68
GLOBULINA LIGADORA DE TIROXINA	R\$ 45,14
GORDURA FECAL, PESQUISA DE SUDAN III	R\$ 8,72
HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 22,94
HEMOGLOBINA, ELETROFORESE EM GEL AMIDO OU ACETATO DE CELULO	R\$ 31,32
HEPATITE A- HAV - IGG, ELISA	R\$ 26,58
HEPATITE A- HAV - IGM, ELISA	R\$ 33,84
HEPATITE B - HBEAC - IGM (ANTI CORE IGM OU ACOREM), ELISA	R\$ 31,22
HEPATITE B - HBEAC (ANTI-HBE)	R\$ 24,28
HEPATITE B - HBEAG (ANTIGENO E)	R\$ 24,30
HEPATITE B - PCR QUANTITATIVO	R\$ 421,06
HEPATITE B PCR QUALITATIVA	R\$ 165,00
HEPATITE C - ANTIGENO HCV - PCR QUANTITATIVO	R\$ 399,00
HEPATITE C - ANTIGENO HCV - PCR QUANTITATIVO + GENOTIPAGEM	R\$ 771,00
HEPATITE C - ANTIGENO HVC - PCR QUALITATIVO	R\$ 238,00
HEPATITE C GENOTIPAGEM	R\$ 400,00
HEPATITE C PCR QUANTITATIVO	R\$ 399,00
HERPES SIMPLES IGG ELISA	R\$ 28,08
HERPES SIMPLES IGM ELISA	R\$ 33,82
HEXOSAMINIDASE A E TOTAL	R\$ 310,00
HOMOCISTEINA (HPLC) SANGUE	R\$ 64,00
HOMOCISTINA- (HOMOCISTINURIA)	R\$ 10,00
HORMONIO ANTIDIURETICO (VASOPRESSINA)	R\$ 65,00
HTLV 1 E 2 ANTICORPOS ANTI - PESQUISA	R\$ 45,54



# FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO VERDE

## ESTADO DE GOIÁS

IgE ESPECÍFICO PARA CACAU, CAMARÃO, DERMATOPHAGOIDES PTERONYSSINUS, FORMIGA, GEMA DE OVO, LATEX - K82, LEITE DE VACA, PÊLO DE GATO)	R\$ 25,78
IgE ESPECIFICO PARA CLARA DE OVO	R\$ 27,10
IgE ESPECIFICO PARA GRAO DE SOJA / TRIGO	R\$ 25,60
IgE ESPECIFICO PARA LACTOSE	R\$ 46,00
IgE ESPECÍFICO PARA TARTRAZINA	R\$ 46,00
IgE ESPECIFICO PARA VENENO DE ABELHA	R\$ 25,60
IgE MULTIPLO EX1 (PÊLOS DE ANIMAIS)	R\$ 14,23
IgE MULTIPLO HX2 (POEIRA, ACARO E BARATA)	R\$ 30,30
IgE MULTIPLO MX1 - MOFO E FUNGOS	R\$ 30,30
IgE MULTIPLO POLEN DE GRAMINEAS (GX3)	R\$ 28,46
IgE TOTAL	R\$ 17,78
IGFBP - 3 (PROTEINA LOGADORA DOS FATORES DE CRESC. INSULIN-L	R\$ 76,00
IMUNOCOMPLEXOS CIRCULANTES	R\$ 40,00
IMUNOELETOFORESE (EST DA GAMOPATIA) SANGUE OU LIQUOR	R\$ 62,94
IMUNOELETOFORESE (ESTUDO DA GAMOPATIA) URINA	R\$ 177,26
IMUNOGLOBULINA IgA (SANGUE)	R\$ 16,38
IMUNOGLOBULINA IgG (SANGUE)	R\$ 16,38
IMUNOGLOBULINA IGG, IDIR	R\$ 27,58
IMUNOGLOBULINA IgM (SANGUE)	R\$ 16,38
INIBIDOR DE C1 - ESTERASE FUNCIONAL	R\$ 34,00
INSULINA	R\$ 30,00
LACTATO	R\$ 11,00
LAMOTRIGINA, DOSAGEM [LAMO] - LAMICTAL	R\$ 65,00
LEISHMANIOSE, IFI	R\$ 12,72
LEPTINA	R\$ 59,38
LIPASE	R\$ 6,42
LÍTIO	R\$ 6,90
LYME, SOROLOGIA	R\$ 75,00
MICOBACTERIAS - CULTURA [CT-BK]	R\$ 28,28
MICOPLASMA PNEUMONIAE(PPLO) - ELISA IGM	R\$ 49,64
MICROALBUMINÚRIA	R\$ 19,28
MONONUCLEOSE - MONOTESTE	R\$ 8,94
MONONUCLEOSE, ANTI-VCA (EBV) IGG OU IGM CADA	R\$ 36,22
MUCOPOLISSACARIDOSE, PESQUISA	R\$ 17,30
MUTAÇÃO DA ENZIMA CONVERSORA DA HOMOCISTEÍNA	R\$ 230,00
MUTAÇÃO DO GENE PROTROMBINA	R\$ 314,00
NT-PRO BNP - PEPTIDEO NATRIURETICO CEREBRAL	R\$ 284,00
OXCARBAZEPINA, DOSAGEM	R\$ 47,00
PAINEL DE ATAXIAS	R\$ 990,00
PARATORMONIO - PTH (RIE)	R\$ 29,58
PARVOVIRUS - IGG, IGM (CADA)	R\$ 81,00
PEPTIDEO C	R\$ 30,14
PESQUISA AUTOMATIZADA PARA MICOBACTERIA	R\$ 70,00
PESQUISA OU DOSAGEM DE UM COMPONENTE URINARIO (GLICOSURIA)	R\$ 6,98
PORFIBILINOGÊNIO URINÁRIO	R\$ 9,78
PREALBUMINA	R\$ 32,00
PROGESTERONA PLASMÁTICA (RIE)	R\$ 18,16
PROTEINA C ATIVADA , RESISTENCIA	R\$ 70,00





# FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO VERDE

ESTADO DE GOIÁS

PROTEINA C DE COAGULAÇÃO	R\$ 88,58
PROTEINA DE BENCE JONES	R\$ 10,94
PROTEÍNA S LIVRE, DOSAGEM	R\$ 141,24
PSA (ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO) RIE	R\$ 24,84
PSA LIVRE (INCLUIR O PSA TOTAL)	R\$ 24,84
QUEBRAS CROMOSSÔMICAS, PESQUISA	R\$ 330,00
RENINA	R\$ 74,00
RETRACAO DO COAGULO	R\$ 6,00
RUBEOLA - ANTICORPOS IGG - ELISA	R\$ 24,78
RUBEOLA - ANTICORPOS IGM - ELISA	R\$ 34,80
SCHISTOSOMOSE, RFC OU IFI	R\$ 14,24
SHBG (GLOBULINA TRANSPORTADORA DE ORMONIOS SEXUAIS)	R\$ 29,62
SÍNDROME DE ANGELMAN E PRADER WILLIE POR PCR	R\$ 650,00
SINDROME DE RETT - ESTUDO GENETICO	R\$ 4.620,00
SINDROME DE SILVER-RUSSEL	R\$ 230,00
SOMATOMEDINA C	R\$ 58,52
T-3 LIVRE	R\$ 12,40
TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 27,96
TESTOSTERONA TOTAL	R\$ 16,22
TIREOGLOBULINA, DOSAGEM - (RIE)	R\$ 28,08
TIREOGLOBULINAS, ANTICORPOS ANTI	R\$ 28,42
TOXOCARA CANIS, REACAO SOROLOGICA, ELISA, IGG	R\$ 44,50
TOXOCARA IgM	R\$ 30,00
TOXOPLASMOSE ELISA IgG	R\$ 21,02
TOXOPLASMOSE ELISA IgM	R\$ 23,48
TOXOPLASMOSE (IFI-IGG), REACOES DE IMUNOFLUORESCENCIA	R\$ 20,44
TOXOPLASMOSE (RFC, HA OU IFI) IGM	R\$ 19,28
TRAB (ANTICORPO E ANTI-RECEPTOR DE TSH)	R\$ 47,48
TRANSFERRINA / SIDEROFILINA	R\$ 15,84
TREPONEMA IGM / SIFILIS	R\$ 19,08
TRICICLICOS SANGUINEOS (AMITRIPTILINA) - BIOQUIMICA	R\$ 47,00
TROPONINA T	R\$ 54,60
TSH ULTRA SENSIVEL	R\$ 10,10
VITAMINA A / RETINOL	R\$ 94,50
VITAMINA B1 / TIAMINA	R\$ 92,00
VITAMINA B12	R\$ 26,00
VITAMINA B6	R\$ 120,00
VITAMINA D3 - 1,25 DEHIDROXIVITAMINA	R\$ 80,00
VITAMINA E / TOCOFEROL	R\$ 60,72
WAALER-ROSE (FATOR REUMATOIDE)	R\$ 9,50

<b>CALÇADOS – TABELA SUS VIGENTE</b>	<b>Valor</b>
CALÇADOS ORTOPÉDICOS CONFECCIONADOS SOB MEDIDA ATÉ NUMERO 45 (PAR)	SUS Vigente
CALÇADOS SOB MEDIDA P/ COMPENSAÇÃO DE DISCREPÂNCIA DE MEMBROS INFERIORES A PARTIR DO N°. 34	SUS Vigente
CALÇADOS SOB MEDIDA P/ COMPENSAÇÃO DE ENCURTAMENTO ATÉ N°. 33 (PAR)	SUS Vigente



# FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO VERDE

ESTADO DE GOIÁS

<b>ÓRTESE – TABELA SUS VIGENTE</b>	<b>Valor</b>
ÓRTESE / COLETE TIPO MILWAUKEE	SUS Vigente
ÓRTESE / COLETE TIPO WILLIAMS	SUS Vigente
ÓRTESE / COLETE TLSO TIPO KNIGHT	SUS Vigente
ÓRTESE / COLETE TLSO TIPO BOSTON	SUS Vigente
ÓRTESE / COLETE TLSO EM METAL TIPO JEWETT	SUS Vigente
ÓRTESE / COLETE TLSO TIPO JAQUETA DE RISSER	SUS Vigente
ÓRTESE CORRETIVA TÓRACO-LOMBAR EM POLIPROPILENO (COLETE)	SUS Vigente
ÓRTESE / COLETE DINÂMICA DE COMPRESSÃO TORÁCICA	SUS Vigente
ÓRTESE CRUROMALEOLAR P/LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO	SUS Vigente
ÓRTESE CRUROMALEOLAR EM POLIPROPILENO P/ IMOBILIZAÇÃO DE JOELHO	SUS Vigente
ÓRTESE CRUROPODÁLICA ADULTO, METÁLICA S/ CALÇADO	SUS Vigente
ÓRTESE CRUROPODÁLICA INFANTIL, METÁLICA S/ CALÇADO	SUS Vigente
ÓRTESE CRUROPODÁLICA C/ DISTRATOR P/ GENUVALGO/ GENUVARO INFANTIL	SUS Vigente
ÓRTESE DINÂMICA PÉLVICO-CRURAL TIPO ATLANTA / TORONTO	SUS Vigente
ÓRTESE DINÂMICA SUROPODÁLICA TIPO MOLA DE CODEVILLE (UNI)	SUS Vigente
ÓRTESE GENUPODÁLICO EM PROPILENO TIPO SARMIENTO	SUS Vigente
ÓRTESE IMOBILIZADORA AXILO-PALMAR TIPO AEROPLANO	SUS Vigente
ÓRTESE IMOBILIZADORA TIPO SARMIENTO PARA ÚMERO	SUS Vigente
ÓRTESE PÉLVICO-PODÁLICA ADULTO C/ OU S/ APOIO ISQUIÁTICO, METÁLICA S/ CALÇADO	SUS Vigente
ÓRTESE PÉLVICO-PODÁLICA INFANTIL C/ OU S/ APOIO ISQUIÁTICO, METÁLICA S/ CALÇADO	SUS Vigente
ÓRTESE PÉLVICO-PODÁLICA DE DESCARGA ISQUIÁTICA	SUS Vigente
ÓRTESE RÍGIDA P/ LUXAÇÃO CONGÊNITA DO QUADRIL	SUS Vigente
ÓRTESE SUROPODÁLICA ADULTO ARTICULADA EM POLIPROPILENO	SUS Vigente
ÓRTESE SUROPODÁLICA ADULTO SEM ARTICULAÇÃO EM POLIPROPILENO	SUS Vigente
ÓRTESE SUROPODÁLICA INFANTIL ARTICULADA EM POLIPROPILENO	SUS Vigente
ÓRTESE SUROPODÁLICA INFANTIL SEM ARTICULAÇÃO EM POLIPROPILENO	SUS Vigente
ÓRTESE SUROPODÁLICA INFANTIL METÁLICA S/ CALÇADO	SUS Vigente
ÓRTESE SUROPODÁLICA ADULTO METÁLICA S/ CALÇADO	SUS Vigente

<b>PALMILHAS – TABELA SUS VIGENTE</b>	<b>Valor</b>
PALMILHAS P/ PÉS COM DEFORMIDADES, CONFECCIONADAS SOB MEDIDA (PAR)	SUS Vigente
PALMILHAS P/ PÉS NEUROPÁTICOS SOB MEDIDA DE GESSO P/ ADULTOS OU CRIANÇAS (PAR)	SUS Vigente
PALMILHAS P/ SUSTENTAÇÃO DOS ARCOS PLANTARES ATÉ O Nº. 33 (PAR)	SUS Vigente
PALMILHAS P/ SUSTENTAÇÃO DOS ARCOS PLANTARES ACIMA DO Nº. 34 (PAR)	SUS Vigente
<b>PRÓTESES – TABELA SUS VIGENTE</b>	
PRÓTESE ENDOESQUELÉTICA PARA AMPUTAÇÃO TRANSFEMURAL EM ALUMÍNIO OU AÇO	SUS Vigente
PRÓTESE ENDOESQUELÉTICA PARA AMPUTAÇÃO TRANSTIBIAL TIPO PTB-PTS-KBM EM ALUMÍNIO OU AÇO	SUS Vigente
PRÓTESE EXOESQUELÉTICA PARA AMPUTAÇÃO TRANSTIBIAL TIPO PTB-PTS-KBM	SUS Vigente
PRÓTESE ENDOESQUELÉTICA PARA DESARTICULAÇÃO DE JOELHO EM ALUMÍNIO OU AÇO	SUS Vigente
PRÓTESE CANADENSE ENDOESQUELÉTICA EM ALUMÍNIO OU AÇO PARA DESARTICULAÇÃO DO QUADRIL	SUS Vigente
PRÓTESE EXOESQUELÉTICA PARA AMPUTAÇÃO TRANSFEMURAL	SUS Vigente
PRÓTESE EXOESQUELÉTICA PARA DESARTICULAÇÃO DO JOELHO	SUS Vigente
PRÓTESE EXOESQUELÉTICA PARA AMPUTAÇÃO TRASTIBIAL C/ COXAL OU MANGUITO DE COXA	SUS Vigente
PRÓTESE CANADENSE EXOESQUELÉTICA PARA DESARTICULAÇÃO DO QUADRIL	SUS Vigente
PRÓTESE FUNCIONAL EXOESQUELÉTICA P/ DESARTICULAÇÃO DE COTOVELO (PUNHO DE ROSCA)	SUS Vigente
PRÓTESE FUNCIONAL EXOESQUELÉTICA P/ DESARTICULAÇÃO DE COTOVELO (PUNHO	SUS Vigente



# FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO VERDE

ESTADO DE GOIÁS

UNIVERSO)	
PRÓTESE FUNCIONAL EXOESQUELÉTICA P/ AMPUTAÇÃO TRANSRADIAL	SUS Vigente
PRÓTESE FUNCIONAL EXOESQUELÉTICA TRANSRADIAL COM GANCHO DE DUPLA FORÇA	SUS Vigente
PRÓTESE FUNCIONAL EXOESQUELÉTICA TRANSRADIAL COTO CURTO	SUS Vigente
PRÓTESE FUNCIONAL EXOESQUELÉTICA TRANSRADIAL P/ PUNHO DE TROCA RÁPIDA C/ GANCHO DE DUPLA FORÇA	SUS Vigente
PRÓTESE FUNCIONAL ENDOESQUELÉTICA PARA AMPUTAÇÃO TRANSUMERAL	SUS Vigente
PRÓTESE FUNCIONAL EXOESQUELÉTICA TRANSUMERAL	SUS Vigente
PRÓTESE PARA AMPUTAÇÃO TIPO CHOPART-PIROGOFF-	SUS Vigente
PRÓTESE EXOESQUELÉTICA PASSIVA P/ DESARTICULAÇÃO DO PUNHO OU AMPUTAÇÃO TRANSRADIAL	SUS Vigente
PRÓTESE ENDOESQUELÉTICA PASSIVA P/ DESARTICULAÇÃO DE OMBRO E ESCAPULECTOMIA PARCIAL OU TOTAL	SUS Vigente
PRÓTESE ENDOESQUELÉTICA PASSIVA TRANSUMERAL	SUS Vigente
PRÓTESE PASSIVA PARA AMPUTAÇÃO PARCIAL DA MÃO	SUS Vigente
PRÓTESE TIPO PALMILHA PARA AMPUTAÇÃO EM NÍVEL DO ANTE PÉ	SUS Vigente

<b>SUBSTITUIÇÃO/TROCA – TABELA SUS VIGENTE</b>	<b>Valor</b>
SUBSTITUIÇÃO DE ESPUMA E MEIA EM PRÓTESE ENDOESQUELÉTICA TRANSFEMURAL	SUS Vigente
SUBSTITUIÇÃO DE ESPUMA E MEIA EM PRÓTESE ENDOESQUELÉTICA TRANSTIBIAL	SUS Vigente
SUBSTITUIÇÃO DE ESPUMA E MEIA EM PRÓTESE ENDOESQUELÉTICA TRANSUMERAL	SUS Vigente
SUBSTITUIÇÃO SIMPLES DE PÉ SACH OU ARTICULADO, SEM ADAPTADOR	SUS Vigente
SUBSTITUIÇÃO SIMPLES DE PÉ DE ADAPTAÇÃO DINÂMICA	SUS Vigente
SUBSTITUIÇÃO DO ENCAIXE INTERNO FLEXIVEL P/ PRÓTESE TRANSTIBIAL EXOESQUELÉTICA/ ENDOESQUELÉTICA	SUS Vigente
SUBSTITUIÇÃO/TROCA DO ENCAIXE P/ PRÓTESE TRANSFEMURAL EXOESQUELÉTICA/ ENDOESQUELÉTICA	SUS Vigente

<b>TRATAMENTO EM REGIME DE INTERNAÇÃO</b>	<b>Tabela de Referência</b>
REABILITAÇÃO	Tabela SUS Vigente
TRATAMENTO CLÍNICO	Tabela SUS Vigente

<b>TRATAMENTO CIRÚRGICO</b>	<b>Tabela de Referência</b>
CIRURGIAS DE TRAUMATOLOGIA	Tabela SUS Vigente + R\$ 200,00



# FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO VERDE

ESTADO DE GOIÁS

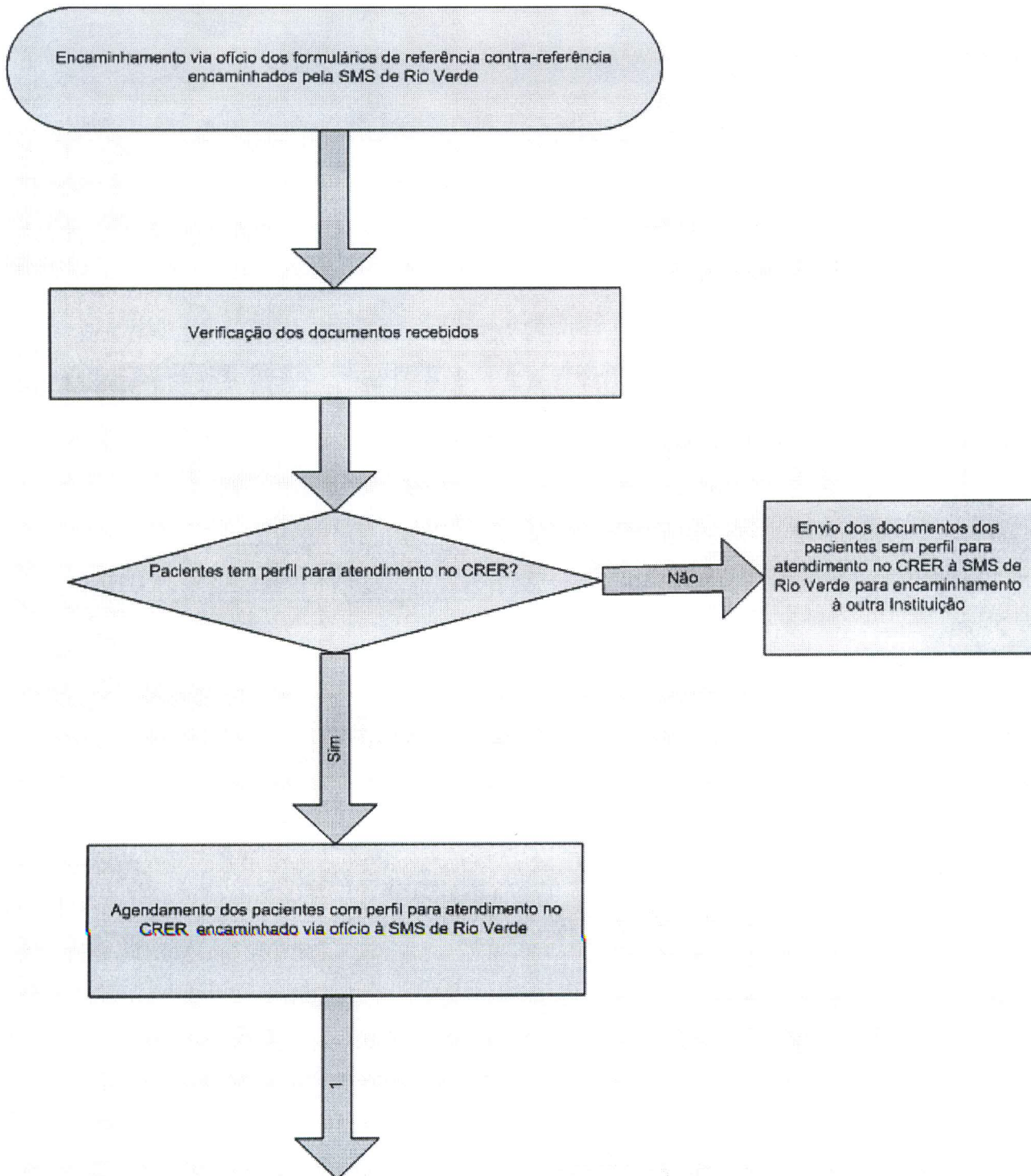
## ANEXO II

### FORMULÁRIO SOLICITAÇÃO PROCEDIMENTOS/EXAMES

NOME DO PACIENTE:	
JUSTIFICATIVA CLÍNICA:	
DIAGNÓSTICO:	
CID:	
EXAMES/PROCEDIMENTOS SOLICITADOS	
NOME:	CÓDIGO:
MÉDICO SOLICITANTE:	CRM:
ASSINATURA:	
PARECER DA AUDITORIA:	



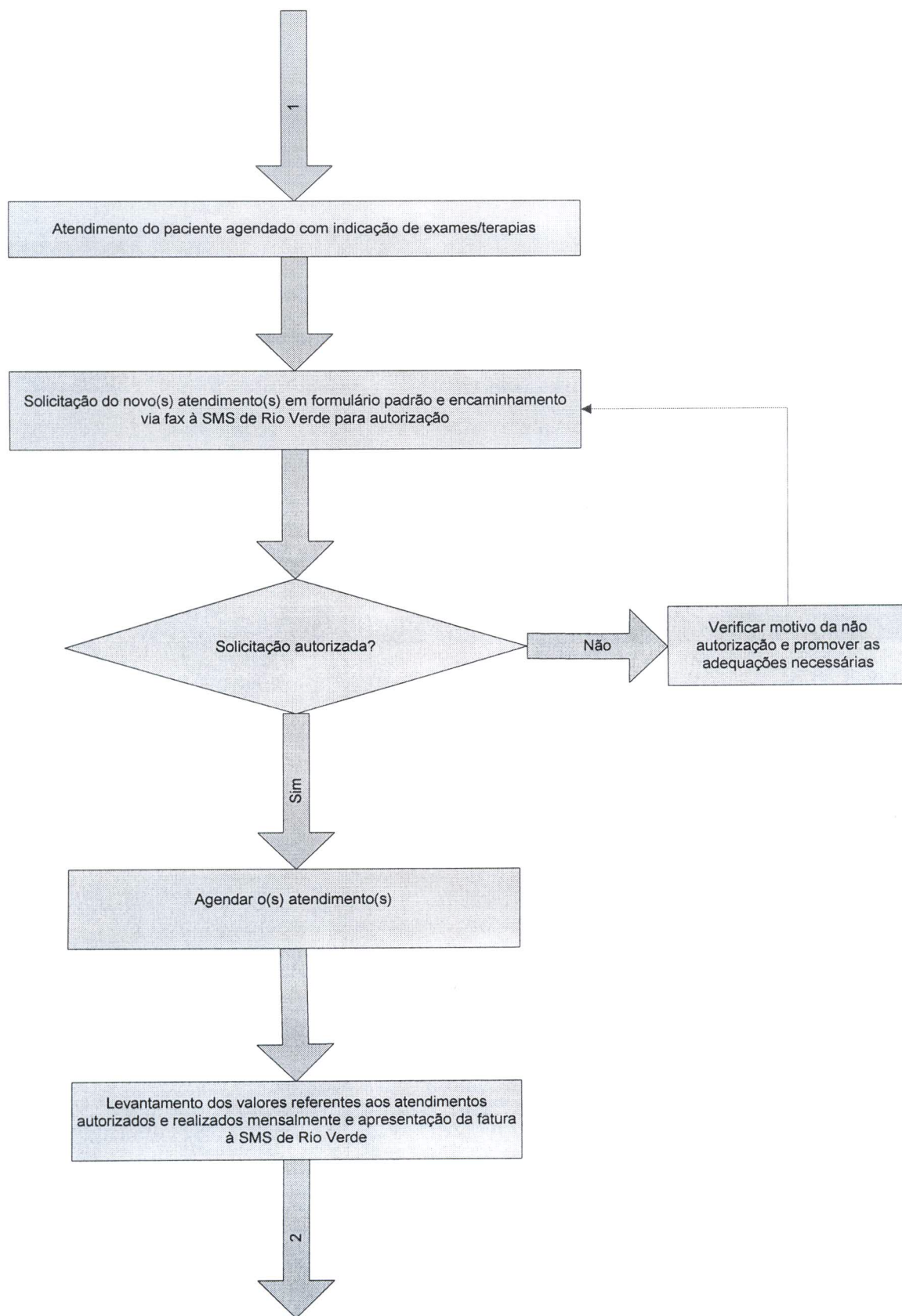
## ANEXO III - FLUXOGRAMA





# FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO VERDE

ESTADO DE GOIÁS





# FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO VERDE

ESTADO DE GOIÁS

