ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANT'ANA DO LIVRAMENTO
Secretaria Municipal de Administração

LEI Nº. 8.408, DE 08 DE MAIO DE 2025.

"Altera a Lei Municipal nº 7.967 de 31 de outubro de 2022".

EVANDRO GUTEBIER MACHADO, PREFEITO MUNICIPAL DE SANT'ANA DO LIVRAMENTO, EM EXERCÍCIO.

FAÇO saber, em cumprimento ao disposto no art. 102, Inciso IV, da Lei Orgânica do Município, que a Câmara Municipal aprovou e Eu sanciono e promulgo a seguinte Lei:

Art. 1º. Fica alterada a tabela constante no art. 1° da Lei Municipal n° 7.967 de 31 de outubro 2022, que "Regulamenta os parâmetros remuneratórios dos procedimentos médicos, hospitalares e odontológicos da assistência à saúde no âmbito do Sistema de Previdência Municipal – SISPREM e dá outras providências", que passa a vigorar conforme segue:

Consultas Médicas em consultório	R$ 130,00 (cento e trinta reais).
Consultas Psicologia, Nutricionais, Neuropedagogos, Psicopedagogo, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia.	R$ 75,00 (setenta e cinco reais). Deverá haver encaminhamento médico.
Consulta oftalmologia, incluído exames tonometria, mapeamento de retina, ceratoscopia, motilidade ocular e gonioscopia.	R$ 300,00 (trezentos reais).
Honorários Médicos em Unidade de Tratamento Intensivo - UTI - atendimento permanente	R$ 370,00 (trezentos e setenta reais) 12h
Honorários Anestesia	Remuneração em sua nomenclatura e codificação pela TUSS, com precificação pela CBHPM /2016, portes 6B, 7C e 9B.
Honorários Médicos em hospital e clínicas (Procedimentos)	Remuneração em sua nomenclatura e codificação pela TUSS, com precificação pela CBHPM /2016.
Serviços de Diagnóstico de Patologia	Remuneração em sua nomenclatura e codificação pela TUSS, com precificação pela CBHPM /2016 com deflator de 15% (quinze por cento), quando utilizado medicamento, o qual estará incluso no valor e deflator de 25% (vinte e cinco por cento) quando não utilizado medicamentos para realização do exame ou procedimento.
Serviços de Diagnóstico e Radiologia	Tabela IV, já incluso as despesas de materiais, medicamentos, contrastes e honorários médicos.
Sessões com procedimentos fisioterápicos e fonoaudiológicos.	Remuneração em sua nomenclatura e codificação pela TUSS, com precificação pela CBHPM /2016.

Serviços de Oncologia	Remuneração em sua nomenclatura e codificação pela TUSS, com precificação pela CBHPM /2016.
Serviços de Hemodiálise	R$ 416,30 (quatrocentos e dezesseis reais e trinta centavos) por sessão.
Taxas e Gasoterapia	As taxas de uso de salas, gasoterapia e demais serviços serão remunerados de acordo com a Tabela de Taxas (Anexo I)
Materiais âmbito hospitalar	Remuneração pelo preço de Fabricante (PF) fixado no BRASINDICE. Materiais não Brasíndice, remuneração pelo Preço Fabricante (PF) fixado no SIMPRO. Materiais de alto custo, mediante autorização prévia, sendo remunerado pelo preço de custo, acrescido de 17% (dezessete por cento).
Materiais não Passíveis de Cobrança/Pagamento	Não serão passíveis de pagamento os materiais constantes no Anexo II, parte integrante desta Lei.
Próteses e órteses	Remuneração pelo valor mediano do painel de preços do Governo Federal
Materiais de preço unitário (autorização)	Os materiais, com preço unitário acima de R$ 1.500,00 (um mil e quinhentos reais), deverão ter autorização prévia para sua prescrição.
Medicamentos	Medicamentos quimioterápicos: Preço de custo, devidamente comprovado, acrescido de 17 % (dezessete por cento)
Medicamentos	Medicamentos de Uso Restrito: Remuneração pelo Preço do Fabricante (PF) do BRASÍNDICE, vigente na data do atendimento do paciente, sem acréscimos, devendo ser adotada utilização de medicação genérica.
Dietas enterais e parenterais	Mediante Nota Fiscal acrescido de 30% do valor
Diária hospitalar (semi-privativo)	R$ 202,00 (duzentos e dois reais)
Diária de UTI	R$ 335,00 (trezentos e trinta e cinco reais)

Art. 2º. Acrescenta Anexo IV e altera as tabelas constantes nos Anexos I, II e III da Lei Municipal nº 7.967/2022, parte integrante desta Lei.

Art. 3º. Fica alterado o artigo 150 da Lei 5.066/06, alterado pelo art. 4º da Lei 7.967/2022, passando a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 150. A assistência básica à saúde consistirá na cobertura de despesas decorrentes de atendimentos médico, hospitalares, odontológicos, neuropedagogas, psicopedagogas, terapias ocupacionais, fisioterapêuticas, fonoaudiólogicas e psicológicas e compreenderá a prestação de serviços de natureza clínica, cirúrgica e laboratorial, hemodiálise, oncologia e despesas com acidente de trabalho, aos segurados do S/SPREM e a seus dependentes e beneficiários na forma desta Lei."

Art. 4º. Fica autorizado o descarte das contas médicas e hospitalares com mais de cinco anos.

Art. 5º. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Sant'Ana do Livramento, 08 de maio de 2025.

EVANDRO GUTEBIER MACHADO
Prefeito Municipal em exercício

Registre-se e Publique-se:

PREFEITURA MUNICIPAL Sant'Ana do Livramento

MARIA UMBELINA DREKENER DOS SANTOS
Secretária de Administração

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANT'ANA DO LIVRAMENTO
Secretaria Municipal de Administração

ANEXO I – TAXAS E GASOTERAPIA

TAXA DE OXIMETRIA	R$ 19,44
APÓSITO GRANDE	R$ 2,59
AR COMPRIMIDO POR HORA	R$ 6,20
ASPIRAÇÃO A VÁCUO POR HORA	R$ 6,20
CARRO DE ANESTESIA COMPLETO POR HORA	R$ 18,72
CURATIVO GINECOLOGICO	R$ 8,54
CURATIVO GRANDE	R$ 33,42
CURATIVO MÉDIO	R$ 26,59
CURATIVO OFTALMICO	R$ 12,41
CURATIVO PEQUENO	R$ 16,54
CURATIVO UMBILICAL	R$8,26
DIÁRIA DE BERÇÁRIO	R$ 77,66
DIÁRIA DE INCUBADORA	R$ 93,18
ELETROCAUTÉRIO	R$ 19,44
FOTOTERAPIA POR HORA	R$ 5,14
GAS CARBÔNICO POR USO	R$ 11,65
GASOMETRIA ARTERIAL	R$ 109,37
INCUBADORA POR DIA	R$ 22,62
INTENSIFICADOR DE IMAGEM	R$ 144,56
MONITORIZAÇÃO CARDIACA POR USO	R$ 38,03
NEBULIZAÇÃO	R$ 9,36
NEBULIZAÇÃO CONTÍNUA	R$ 50,48
OXIGÊNIO POR HORA QUARTO	R$ 10,85
OXIGÊNIO POR HORA SALA	R$ 14,81
PROTOXITO POR HORA	R$ 35,77
S. ANTI-HTVL-I + HTVL-II	R$ 46,08
SERVICO DE HEMOTERAPIA	R$ 374,81
TAXA BLOCO CIRURGICO GRANDE (ATÉ 6 HORAS)	R$ 186,91
TAXA BLOCO CIRURGICO MÉDIA (ATÉ 4 HORAS)	R$ 101,59
TAXA BLOCO CIRURGICO PEQUENA (ATÉ 2 HORAS)	R$ 93,02
TAXA DE EXPEDIENTE	R$ 27,17
TAXA DE INSTRUMENTAÇÃO	R$ 32,09
TAXA DE PA	R$ 45,22
TAXA PROC. AMBULATORIAL ANEST. LOCAL	R$ 26,64
TAXA PROC. AMBULATORIAL ANEST. LOCAL	R$ 26,64
TAXA SALA DE PARTO	R$ 112,61
TAXA SALA DE RECUPERAÇÃO 1ª HORA	R$ 85,42
TAXA SALA DE RECUPERAÇAO EXCEDENTE	R$ 47,18
TAXA SALA DE RECUPERAÇAO EXCEDENTE	R$ 47,18
TAXA SALA ONCOLOGIA	R$ 85,42
TOCOCARDIOGRAFIA ANTEPARTO	R$ 30,00
TRAÇÃO ESQUELETICA POR DIA	R$ 10,09
TRICOTOMIA	R$ 17,47

ANEXO II – PROCEDIMENTOS E EXAMES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO NÃO COBERTOS

a) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
b) Fralda e absorventes para paciente internado, exceto para UTI;
c) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
d) Tratamento clínico de esterilidade, impotência sexual e inseminação artificial;
e) Assistência domiciliar (home-care), visita médica domiciliar, fisioterapia e enfermagem em caráter particular;
f) Tratamento de rejuvenescimento e emagrecimento com finalidade estética;
g) Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, sem aprovação da ANVISA;
h) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, bem como exames e medicamentos não conhecidos pelos órgãos governamentais competentes nem por sociedades médico- científicas brasileiras;
i) Qualquer atendimento prestado por profissional médico de especialidade não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina;
j) Fornecimento de óculos, lentes de contato e aparelhos para surdez;
k) Exames de ecodoppler venoso e arterial dos membros inferiores e superiores;
l) Fonoaudiologia, logopedia, psicologia de forma eletiva;
m) Aplicação de órtese, assim entendidas as próteses externas, tais como pernas e braços mecânicos, entre outros;
n) cirurgia refrativa;
o) Fornecimento de material órtese e prótese que não constem no painel de preços do Governo Federal;
p) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
q) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
r) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
s) Procedimentos e exames solicitados por médicos sem registro no Conselho Regional de Medicina;
t) Procedimentos que não estejam enquadrados na Tabela CBHPM adotada pelo SISPREM;
u) Serviços de remoção com a utilização de ambulância;

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANT'ANA DO LIVRAMENTO
Secretaria Municipal de Administração

ANEXO III – SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS	VALOR
ALVEOLOPLASTIA POR HEMI-ARCADA	R$ 239,40
APICETOMIA	R$ 95,76
APLIC. DE FLÚOR POR HEMI-ARCADA	R$ 19,15
APLIC. SELANTE POR ELEMENTO DENTÁRIO	R$ 28,73
CAPEAMENTO PULPAR INDIRETO	R$ 33,52
CIR. ENUCLEAÇÃO CISTOS OSTEOMAS	R$ 239,40
CIRURGIA E DRENAGEM ABECESSOS	R$ 119,70
CONSULTAS	R$ 43,90
RESTAURAÇÃO RESIVA FOTOPOLIMERIZÁVEL	R$ 135,66
CORREÇÃO TORUS BRIDAS MULCULAR	R$ 135,66
CURETAGEMSUB GENGIVAL P/ ELEMENTO DENTÁRIO	R$ 19,15
DESOBSTRUÇÃO CONDUTOS	R$ 71,82
DIF. DE CIRGURGIA REALIZADA EM HOSPITAL	R$ 702,24
DRENAGEM VIA CANAL	R$ 95,76
EXODONTIA DENTE INCLUSO IMPACTADO	R$ 183,54
EXODONTIA	R$ 103,74
GENGIVECTOMIA POR HEMI-ARCADA	R$ 19,15
PERÍCIA	R$ 47,88
PLACA DE MORDIDA MIORRELAXANTE	R$ 391,02
POLIMENTO DE RESTAURAÇÃO	R$ 19,15
PROCEDIMENTO CIRURGICO	R$ 223,44
PROFILAXIA POR HEMI-ARCADA	R$ 19,15
PULPOTOMIA	R$ 76,61
RADIOGRAFIA PERIAPICAL E INTERPROXIMAL	R$ 23,94
RASPAGEM SUB-GENGIVAL POR SEXTANTE	R$ 63,84
REIMPLANTE DENTÁRIO	R$ 79,80
RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA	R$ 23,94
TARTAROCTOMIA P/ HEMI-ARCADA	R$ 19,15
TRATAMENTO EVODÔNTICO	R$ 287,28
TRATAMENTO HEMORRAGIA E ALVEOLITE	R$ 47,88
MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO	R$ 120,00
CLAREAMENTO DENTÁRIO ARCADA SUPERIOR E INFERIOR	R$ 600,00
PRÓTESE DENTÁRIA (coparticipação de 90% ao paciente)	(limitado a R$5.000,00 por ano)

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANT'ANA DO LIVRAMENTO
Secretaria Municipal de Administração

ANEXO IV

DESCRIÇÃO	Tabela PRÓPRIA DO SISPREM
ARTRO RM (INCLUIR A PUNÇÃO ARTICULAR)	R$ 800,00
ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL DE ABDOME SUPERIOR	R$ 800,00
ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL DE CRANIO	R$ 800,00
ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL DE PELVE	R$ 800,00
ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL DE PESCOCO	R$ 800,00
ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL E VENOSA ABDOME SUPERIOR	R$ 800,00
ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL E VENOSA DE CRANIO	R$ 800,00
ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL E VENOSA DE MEMBRO INFERIOR	R$ 800,00
ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL E VENOSA DE MEMBRO SUPERIOR	R$ 800,00
ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL E VENOSA DE PELVE	R$ 800,00
ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL E VENOSA DE PESCOCO	R$ 800,00
ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL E VENOSA PULMONAR	R$ 800,00
ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL PULMONAR	R$ 800,00
ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA DE AORTA ABDOMINAL	R$ 800,00
ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA DE AORTA TORACICA	R$ 800,00
ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA VENOSA DE ABDOME SUPERIOR	R$ 800,00
ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA VENOSA DE CRANIO	R$ 800,00
ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA VENOSA DE PELVE	R$ 800,00
ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA VENOSA DE PESCOCO	R$ 800,00
ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA VENOSA PULMONAR	R$ 800,00
ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE ABDOME SUPERIOR	R$ 800,00
ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE PELVE	R$ 800,00
ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE TORAX	R$ 800,00
ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL PULMONAR	R$ 800,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL	R$ 800,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORACICA	R$ 800,00
CINTILOGRAFIA COM ANALOGO DE SOMATOSTATINA	R$ 800,00
CINTILOGRAFIA COM GALIO-67	R$ 800,00
CINTILOGRAFIA DA TIREOIDE E/OU CAPTACAO (IODO - 131)	R$ 800,00
CINTILOGRAFIA DA TIREOIDE E/OU CAPTACAO (IODO-123)	R$ 380,00
CINTILOGRAFIA DA TIREOIDE E/OU CAPTACAO (TECNECIO - 99M TC)	R$ 380,00
CINTILOGRAFIA DAS GLANDULAS SALIVARES COM OU SEM ESTIMULO	R$ 380,00
CINTILOGRAFIA DAS PARA TIREOIDES	R$ 380,00
CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO PARA PESQUISA DE METASTASES (PCI)	R$ 380,00
CINTILOGRAFIA DE PERFUSAO CEREBRAL	R$ 380,00
CINTILOGRAFIA DO FIGADO E DO BACO	R$ 380,00
CINTILOGRAFIA DO FIGADO E VIAS BILIARES	R$ 380,00
CINTILOGRAFIA DO MIOCARDIO PERFUSAO - ESTRESSE FISICO	R$ 380,00
CINTILOGRAFIA DO MIOCARDIO PERFUSAO - REPOUSO	R$ 380,00

CINTILOGRAFIA DO SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL (MEDULA OSSEA)	R$ 380,00
CINTILOGRAFIA FLUXO SANGUINEO HEPATICO (QUALITATIVO E QUANTITATIVO)	R$ 380,00
CINTILOGRAFIA FLUXO SANGUINEO OSSEO	R$ 380,00
CINTILOGRAFIA OSSEA (CORPO TOTAL)	R$ 380,00
CINTILOGRAFIA PARA DETECCAO DE HEMORRAGIA DIGESTORIA ATIVA	R$ 380,00
CINTILOGRAFIA PARA DETECCAO DE HEMORRAGIA DIGESTORIA NAO ATIVA	R$ 380,00
CINTILOGRAFIA PARA DETERMINACAO DO TEMPO DE ESVAZIAMENTO GASTRICO	R$ 380,00
CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO	R$ 380,00
CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE DIVERTICULO DE MECKEL	R$ 380,00
CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO	R$ 380,00
CINTILOGRAFIA PULMONAR (PERFUSAO)	R$ 380,00
CINTILOGRAFIA RENAL DINAMICA	R$ 380,00
CINTILOGRAFIA RENAL DINAMICA COM DIURETICO	R$ 380,00
CINTILOGRAFIA RENAL ESTATICA (QUANTITATIVA OU QUALITATIVA)	R$ 380,00
CINTILOGRAFIA TESTICULAR (ESCROTAL)	R$ 380,00
CINTILOGRAFIA TRATAMENTO DE CANCER DA TIREOIDE	R$ 380,00
CINTILOGRAFIA TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO-BOCIO NODULAR TOXICO	R$ 380,00
CISTERNOCINTILOGRAFIA	R$ 380,00
CISTERNOCINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE FISTULA LIQUORICA	R$ 380,00
CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	R$ 380,00
CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	R$ 380,00
COLONOSCOPIA E ENDOSCOPIA DIGESTIVA (SEM ANESTESISTA)	R$ 1.100,00
COLONOSCOPIA (SEM ANESTESISTA)	R$ 700,00
COLONOSCOPIA COM POLIPECTOMIA E BIÓPSIA (SEM ANESTESISTA)	R$ 900,00
DENSITOMETRIA OSSEA - CORPO INTEIRO (AVALIACAO DE MASSA OSSEA OU DE COMPOSICAO CORPORAL)	R$ 150,00
DENSITOMETRIA OSSEA - ROTINA: COLUNA E FEMUR (OU DOIS SEGMENTOS)	R$ 150,00
DENSITOMETRIA OSSEA (UM SEGMENTO)	R$ 150,00
DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR - UNILATERAL	R$ 380,00
DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR - UNILATERAL	R$ 380,00
DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ARTERIAS RENAIS	R$ 230,00
DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ILIACAS	R$ 230,00
DOPPLER COLORIDO DE ARTERIAS VISCERAIS (MESENTERICAS SUPERIOR E INFERIOR E TRONCO CELIACO)	R$ 230,00
DOPPLER COLORIDO DE HEMANGIOMA	R$ 230,00
DOPPLER COLORIDO DE ORGAO OU ESTRUTURA ISOLADA	R$ 230,00
DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS ARTERIAIS BILATERAL (CAROTIDAS E VERTEBRAIS)	R$ 230,00
DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS VENOSOS BILATERAL (SUBCLAVIAS E JUGULARES)	R$ 230,00
DOPPLER COLORIDO DE VEIA CAVA SUPERIOR OU INFERIOR	R$ 230,00
DOPPLER COLORIDO TRANSFONTANELA	R$ 230,00
DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO INFERIOR - UNILATERAL	R$ 230,00
DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR - UNILATERAL	R$ 230,00
DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO INFERIOR - BILATERAL	R$ 300,00

DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR - BILATERAL	R$ 300,00
ECG CONVENCIONAL DE ATÉ 12 DERIVACOES	R$ 40,00
ECODOPPLERCARDIOGRAMA FETAL COM MAPEAMENTO DE FLUXO EM CORES - POR FETO	R$ 200,00
ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSTORACICO	R$ 170,00
ECO ABDOMEN TOTAL	R$ 170,00
ECO APARELHO URINARIO	R$ 145,00
ECO DE ARTICULAÇÕES	R$ 140,00
ECO OBSTÉTRICA	R$ 250,00
ECO OBSTÉTRICA COM TRANSLUCENCIA NUCAL	R$ 200,00
ECO OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA	R$ 250,00
ECO PÉLVICA TRANSVAGINAL	R$ 140,00
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (SEM ANESTESISTA)	R$ 600,00
ENDOSCOPIA COM POLIPECTOMIA E BIÓPSIA (SEM ANESTESIA)	R$ 800,00
HIDRO-RESSONANCIA MAGNETICA (COLANGIO-RM OU URO-RM OU MIELO-RM OU SIALO-RM OU CISTOGRAFIA POR RM)	R$ 700,00
HOLTER DE 24 HORAS - 2 OU MAIS CANAIS - ANALOGICO	R$ 150,00
LINFOCINTILOGRAFIA	R$ 380,00
MAMOGRAFIA DIGITAL BILATERAL	R$ 162,00
RAIO X - ABDOME AGUDO	R$ 100,00
RAIO X - ABDOME SIMPLES	R$ 100,00
RAIO X - ADENOIDES OU CAVUM	R$ 70,00
RAIO X - ANTEBRACO	R$ 70,00
RAIO X - ARCOS ZIGOMATICOS OU MALAR OU APOFISES ESTILOIDES	R$ 70,00
RAIO X - ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR	R$ 70,00
RAIO X - ARTICULACAO COXOFEMORAL (QUADRIL)	R$ 70,00
RAIO X - ARTICULACAO ESCAPULOUMERAL (OMBRO)	R$ 70,00
RAIO X - ARTICULACAO ESTERNOCLAVICULAR	R$ 70,00
RAIO X - ARTICULACAO TEMPOROMANDIBULAR - BILATERAL	R$ 70,00
RAIO X - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	R$ 70,00
RAIO X - ARTICULACOES SACROILIACAS	R$ 70,00
RAIO X - BACIA	R$ 70,00
RAIO X - BRACO	R$ 70,00
RAIO X - CALCANEO	R$ 70,00
RAIO X - CLAVICULA	R$ 70,00
RAIO X - COLUNA CERVICAL - 3 INCIDENCIAS	R$ 70,00
RAIO X - COLUNA CERVICAL - 5 INCIDENCIAS	R$ 70,00
RAIO X - COLUNA DORSAL - 2 INCIDENCIAS	R$ 70,00
RAIO X - COLUNA DORSAL - 4 INCIDENCIAS	R$ 70,00
RAIO X - COLUNA LOMBO-SACRA - 3 INCIDENCIAS	R$ 70,00
RAIO X - COLUNA LOMBO-SACRA - 5 INCIDENCIAS	R$ 70,00
RAIO X - CORACAO E VASOS DA BASE	R$ 70,00

RAIO X - COSTELAS - POR HEMITORAX	R$ 70,00
RAIO X - COTOVELO	R$ 70,00
RAIO X - COXA	R$ 70,00
RAIO X - CRANIO - 2 INCIDENCIAS	R$ 70,00
RAIO X - CRANIO - 3 INCIDENCIAS	R$ 70,00
RAIO X - CRANIO - 4 INCIDENCIAS	R$ 70,00
RAIO X - JOELHO	R$ 70,00
RAIO X - MAO OU QUIRODACTILO	R$ 70,00
RAIO X - MAOS E PUNHOS PARA IDADE OSSEA	R$ 70,00
RAIO X - MAXILAR INFERIOR	R$ 70,00
RAIO X - OMOPLATA OU ESCAPULA	R$ 70,00
RAIO X - ORBITAS - BILATERAL	R$ 70,00
RAIO X - OSSOS DA FACE	R$ 70,00
RAIO X - PATELA	R$ 70,00
RAIO X - PE OU PODODACTILO	R$ 70,00
RAIO X - PERNA	R$ 70,00
RAIO X - PUNHO	R$ 70,00
RAIO X - SACRO-COCCIX	R$ 70,00
RAIO X - SEIOS DA FACE	R$ 70,00
RAIO X - SEIOS DA FACE: FN-M.N-LAT - HIRTZ	R$ 70,00
RAIO X - SELA TURCICA	R$ 70,00
RAIO X - TORAX - 1 INCIDENCIA	R$ 70,00
RAIO X - TORAX - 2 INCIDENCIAS	R$ 70,00
RAIO X - TORAX - 3 INCIDENCIAS	R$ 70,00
RAIO X - TORAX - 4 INCIDENCIAS	R$ 70,00
RESSONANCIA MAGNETICA - ABDOME SUPERIOR (FIGADO, PANCREAS, BACO, RINS, SUPRA-RENAIS, RETROPERITONIO)	R$ 1.146,00
RESSONANCIA MAGNETICA - ABDOME TOTAL	R$ 1.146,00
RESSONANCIA MAGNETICA - ARTICULACAO TEMPOROMANDIBULAR (BILATERAL)	R$ 700,00
RESSONANCIA MAGNETICA - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)	R$ 700,00
RESSONANCIA MAGNETICA - BACIA (ARTICULACOES SACROILIACAS)	R$ 700,00
RESSONANCIA MAGNETICA - BASE DO CRANIO	R$ 700,00
RESSONANCIA MAGNETICA - COLUNA CERVICAL OU DORSAL OU LOMBAR	R$ 700,00
RESSONANCIA MAGNETICA - COXA (UNILATERAL)	R$ 700,00
RESSONANCIA MAGNETICA - CRÂNIO (ENCEFALO)	R$ 700,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA – CRÂNIO (ENCEFALO) COM ANESTESIA (NÃO INCLUSO HONORÁRIOS MÉDICOS ANESTESISTA)	R$ 1.400,00
RESSONANCIA MAGNETICA - FACE (INCLUI SEIOS DA FACE)	R$ 700,00
RESSONANCIA MAGNETICA - FLUXO LIQUORICO (COMO COMPLEMENTAR)	R$ 700,00
RESSONANCIA MAGNETICA - MAMA (BILATERAL)	R$ 700,00
RESSONANCIA MAGNETICA - MAO (NAO INCLUI PUNHO)	R$ 700,00
RESSONANCIA MAGNETICA - MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL (NAO INCLUI MAO E ARTICULACOES)	R$ 700,00

RESSONANCIA MAGNETICA - ORBITA BILATERAL	R$ 700,00
RESSONANCIA MAGNETICA - OSSOS TEMPORAIS BILATERAL	R$ 700,00
RESSONANCIA MAGNETICA - PE (ANTEPE) - NAO INCLUI TORNOZELO	R$ 700,00
RESSONANCIA MAGNETICA - PELVE (NAO INCLUI ARTICULACOES COXOFEMORAIS)	R$ 700,00
RESSONANCIA MAGNETICA - PERNA (UNILATERAL)	R$ 700,00
RESSONANCIA MAGNETICA - PESCOCO (NASOFARINGE, OROFARINGE, LARINGE, TRAQUEIA, TIREOIDE, PARATIREOIDE)	R$ 700,00
RESSONANCIA MAGNETICA - PLEXO BRAQUIAL (DESFILADEIRO TORACICO) OU LOMBOSSACRAL (NAO INCLUI COLUNA CERVICAL OU LOMBAR)	R$ 700,00
RESSONANCIA MAGNETICA - SELA TURCICA (HIPOFISE)	R$ 700,00
RESSONANCIA MAGNETICA - TORAX (MEDIASTINO, PULMAO, PAREDE TORACICA)	R$ 700,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - ABDOME SUPERIOR	R$ 500,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - ABDOME SUPERIOR COM CONTRASTE	R$ 500,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - ABDOME TOTAL (AB SUPERIOR, PELVE E RETROPERITONIO) COM CONTRASTE	R$ 500,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR, PELVE E RETROPERITONIO)	R$ 500,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - ARTICULACAO (ESTERNOCLAVICULAR OU OMBRO OU COTOVELO OU PUNHO OU JOELHO OU PE) COM CONTRASTE	R$ 500,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - ARTICULACAO (ESTERNOCLAVICULAR OU OMBRO OU COTOVELO OU PUNHO OU SACROILIACAS OU COXOFEMORAL OU JOELHO OU TORNOZELO) - UNILATERAL	R$ 500,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - ARTICULACOES TEMPOROMANDIBULARES	R$ 500,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - ARTICULACOES TEMPOROMANDIBULARES COM CONTRASTE	R$ 500,00
TOMO ANGIO DE AORTA ABDOMINAL	R$ 600,00
TOMO ANGIO DE AORTA TORACICA	R$ 600,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - COLUNA CERVICAL OU DORSAL OU LOMBAR (ATE 3 SEGMENTOS) COM CONTRASTE	R$ 500,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - COLUNA CERVICAL OU DORSAL OU LOMBO-SACRA (ATE 3 SEGMENTOS)	R$ 500,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - CRANIO OU SELA TURCICA OU ORBITAS	R$ 500,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - CRANIO OU SELA TURSICA OU ORBITAS COM CONTRASTE	R$ 500,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - FACE OU SEIOS DA FACE	R$ 500,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - FACE OU SEIOS DA FACE COM CONTRASTE	R$ 500,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - MASTOIDES OU ORELHAS	R$ 500,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - MASTOIDES OU ORELHAS COM CONTRASTE	R$ 500,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - PELVE OU BACIA	R$ 500,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - PELVE OU BACIA COM CONTRASTE	R$ 500,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - PESCOCO (PARTES MOLES, LARINGE, TIREOIDE E FARINGE) COM CONTRASTE	R$ 500,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - PESCOCO (PARTES MOLES, LARINGE, TIREOIDE, FARINGE E GLANDULAS SALIVARES)	R$ 500,00

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - SEGMENTO APENDICULAR (BRACO OU ANTEBRACO OU MAO OU COXA OU PERNA OU PE) - UNILATERAL	R$ 500,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - SEGMENTOS APENDICULARES (BRACO OU ANTEBRACO OU MAO OU COXA OU PERNA OU PE) COM CONTRASTE	R$ 500,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - TORAX COM CONTRASTE	R$ 500,00
ULTRASSONOGRAFIA - ABDOME INFERIOR FEMININO (BEXIGA, UTERO, OVARIO E ANEXOS)	R$ 150,00
ULTRASSONOGRAFIA - ABDOME INFERIOR MASCULINO (BEXIGA, PROSTATA E VESICULAS SEMINAIS)	R$ 150,00
ULTRASSONOGRAFIA - ABDOME SUPERIOR (FIGADO, VIAS BILIARES, VESICULA, PANCREAS E BACO)	R$ 150,00
ULTRASSONOGRAFIA - ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR, RINS, BEXIGA, AORTA, VEIA CAVA INFERIOR E ADRENAIS)	R$ 150,00
ULTRASSONOGRAFIA - APARELHO URINARIO (RINS, URETERES E BEXIGA)	R$ 150,00
ULTRASSONOGRAFIA - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)	R$ 150,00
ULTRASSONOGRAFIA - ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL OU AXILAS OU MUSCULO OU TENDAO)	R$ 150,00
ULTRASSONOGRAFIA - GLANDULAS SALIVARES (TODAS)	R$ 150,00
ULTRASSONOGRAFIA - MAMAS	R$ 150,00
ULTRASSONOGRAFIA - OBSTETRICA	R$ 150,00
ULTRASSONOGRAFIA - OBSTETRICA COM DOPPLER COLORIDO	R$ 150,00
ULTRASSONOGRAFIA - OBSTETRICA COM TRANSLUCENCIA NUCAL	R$ 150,00
ULTRASSONOGRAFIA - ORGAOS SUPERFICIAIS (TIREOIDE OU ESCROTO OU PENIS OU CRANIO)	R$ 150,00
ULTRASSONOGRAFIA - PROSTATA TRANSRETAL (NAO INCLUI ABDOME INFERIOR MASCULINO)	R$ 150,00
ULTRASSONOGRAFIA - PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	R$ 150,00
ULTRASSONOGRAFIA - RETROPERITONIO (GRANDES VASOS OU ADRENAIS)	R$ 150,00
ULTRASSONOGRAFIA - TORACICO EXTRACARDIACO	R$ 150,00
ULTRASSONOGRAFIA - TRANSVAGINAL PARA CONTROLE DE OVULACAO (3 OU MAIS EXAMES)	R$ 150,00
ULTRASSONOGRAFIA - TRANSVAGINAL (UTERO, OVARIO, ANEXOS E VAGINA)	R$ 150,00
WISC ESCALA WECHSLER DE INTELIGÊNCIA PARA CRIANÇAS	R$ 100,00 (sessão).