



CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS Nº: 10/2025
CONSULTAS MÉDICAS, EXAMES ESPECIALIZADOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS QUE ENTRE SI CELEBRAM A PREFEITURA MUNICIPAL DE ITACARAMBI E O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL MULTIFINALITÁRIO ALTO MÉDIO SÃO FRANCISCO – CISAMSF.

Pelo presente instrumento, de um lado o **MUNICÍPIO DE ITACARAMBI**, Estado de Minas Gerais, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ.: 18.283.101/0001-82, com sede administrativa na PRAÇA ADOLFO DE OLIVEIRA, nº S/N, CENTRO, CEP: 39.470-000 – ITACARAMBI, neste ato representado pelo(a) Exmo(a) Prefeito(a) Municipal, Sr.(a) **PAULO CÉSAR PINHEIRO DE AZEVEDO**, brasileiro (a), casado (a), inscrito no CPF sob o nº 036.802.346-00, residente e domiciliado no município de Itacarambi/MG, doravante denominado **CONTRATANTE** e do outro lado, **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL MULTIFINALITÁRIO ALTO MÉDIO SÃO FRANCISCO - CISAMSF**, consórcio público de direito público, na forma de Associação Pública, inscrito no CNPJ sob o nº 01.289.973/0001-55, com sede na Rua Professor Aurélio Caciquinho, nº 195, Bairro São Vicente, CEP: 39.480-000, Januária-MG, neste ato representado por seu Secretário Executivo, **Sr. Antônio Luiz Alves de Freitas**, brasileiro, casado, inscrito no CPF sob o nº 693.979.108-68, residente e domiciliado no Município de Januária-MG, em conformidade com seu estatuto, doravante denominado **CONTRATADO**, tendo em vista o que dispõe a Constituição da República Federativa do Brasil, em especial os seus artigos 196 e seguintes, a Lei Orgânica do Município, a Lei 8.080/90, o art. 3º, § 3º da Lei 8.142/90, a Lei 11.107/05 e o Decreto Federal 6.017/07, além das demais disposições gerais e regulamentares aplicáveis à espécie, e considerando que a licitação é **DISPENSADA**, nos termos do art. 2º, § 1º, III da Lei 11.107/05 c/c art. 18 do Decreto Federal 6.017/07, as partes acima identificadas celebram o presente **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**, que se regerá, além da legislação citada, pelas cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO:

O presente CONTRATO tem por objeto a execução, pelo **CONTRATADO**, dos seguintes serviços:

- I - serviços ambulatoriais;
- II - exames especializados e
- III - consultas especializadas e procedimentos cirúrgicos que não estejam contempladas através de repasses do SUS e, também, que não estejam contempladas em eventuais repasses de convênios firmados com o Estado e/ou outros entes da federação;
- IV – faz parte integrante do objeto deste contrato a prestação dos serviços médicos especificado na Tabela dos Anexos III.

§ 1º. Os serviços serão distribuídos e utilizados livremente, **dentro dos valores estabelecidos neste contrato (teto financeiro)**, de acordo com a demanda do **CONTRATANTE**, que através de relatórios acompanhará a execução dos mesmos, tudo de acordo com as normas do Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 2º. Mediante termo aditivo, e de acordo com a capacidade operacional do



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITACARAMBI

MINAS GERAIS

CNPJ Nº. 18.283.101/0001-82

Pça. Adolfo de Oliveira s/nº - Centro – CEP: 39.470-000 –Tel. (38) 3613-2559

CONTRATADO, o **CONTRATANTE** poderá, considerando suas necessidades, fazer acréscimos ou supressões nos valores limites desse **CONTRATO**, durante o período de sua vigência, incluídas as prorrogações, por meio de solicitação justificada do Secretário de Saúde ou outra autoridade competente.

CLÁUSULA SEGUNDA – NORMAS GERAIS:

Os serviços ora contratados serão prestados diretamente por profissionais do estabelecimento **CONTRATADO**.

§ 1º. Para os efeitos deste **CONTRATO**, consideram-se profissionais do estabelecimento **CONTRATADO**:

- I - o profissional que tenha vínculo de empregado com o **CONTRATADO**;
- II - o profissional autônomo e/ou empresa contratados para a prestação de serviços ao **CONTRATADO**;
- III - o profissional/empresa credenciado pelo **CONTRATADO** para execução complementar do objeto deste **CONTRATO**.

§ 2º. O **CONTRATADO** não poderá cobrar do paciente ou de seu acompanhante qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados nos termos deste **CONTRATO**.

§ 3º. O **CONTRATADO** responsabilizar-se-á por qualquer cobrança indevida, feita ao paciente ou seu representante, por profissional empregado, preposto ou credenciado, em razão da execução deste **CONTRATO**.

§ 4º. Sem prejuízo do acompanhamento da fiscalização e da normatividade suplementar exercido pelo **CONTRATANTE** sobre a execução do objeto deste **CONTRATO**, o mesmo reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS, decorrente da Legislação da Saúde.

§ 5º. É de responsabilidade exclusiva e integral do **CONTRATADO** a utilização de pessoal para execução do objeto deste **CONTRATO**, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes do vínculo empregatício.

§ 6º. O **CONTRATADO**, na hipótese de atraso superior a 30 (trinta) dias no pagamento devido pelo **CONTRATANTE**, fica livre de qualquer responsabilidade pelo não atendimento do paciente amparado pelo SUS; ressalvadas as situações de calamidade pública ou grave ameaça da ordem interna ou as situações de urgência e emergência.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO:

Para o cumprimento do objeto deste **CONTRATO**, o **CONTRATADO** se obriga a oferecer ao paciente todo recurso necessário ao seu atendimento e, ainda a:

- I – manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e os arquivos médicos;
- II – não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;
- III – atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços;
- IV – justificar ao paciente, ou a seu responsável, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato previsto no **CONTRATO**;
- V – notificar o **CONTRATANTE** de quaisquer ocorrências relevantes que envolvam a execução dos objetos deste **CONTRATO**.

CLÁUSULA QUARTA – DA RESPONSABILIDADE DO CONTRATADO:



O **CONTRATADO** é responsável pela indenização de dano causado ao paciente, aos demais órgãos do Sistema Único de Saúde e a terceiros a eles vinculados, decorrentes de ato ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência, praticadas por seus empregados, profissionais ou prepostos, ficando assegurado ao **CONTRATADO** o direito de regresso.

Parágrafo único. A fiscalização ou acompanhamento da execução deste CONTRATO pelos órgãos competentes do SUS não reduz a responsabilidade do **CONTRATADO**.

CLÁUSULA QUINTA – DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE:

Constituem obrigações do **CONTRATANTE**:

I – efetivar, com exclusividade, o controle e distribuição da utilização dos serviços contratados, **dentro dos valores estabelecidos neste CONTRATO**;

II – efetivar, para o atendimento do usuário, a devida marcação no(s) sistema(s) disponibilizado(s) pelo **CONTRATADO** ou pelos Credenciados, com a antecedência estabelecida;

III – propor aditamento, remanejar ou interromper as marcações em caso de utilização total dos valores estabelecidos neste CONTRATO, sob pena de arcar, inconteste, com as diferenças apuradas;

IV – comunicar ao **CONTRATADO** quanto a qualquer problema ou ocorrência na prestação dos serviços;

V – manter em rigorosa pontualidade os pagamentos;

VI – providenciar as dotações orçamentárias, reservas e empenhos necessários à fiel contraprestação deste CONTRATO.

CLÁUSULA SEXTA – DO VALOR:

O valor deste CONTRATO corresponde à importância global de R\$ 2.870.655,56 (dois milhões e oitocentos e setenta mil e seissentos e cinquenta e cinco reais e cinquenta e seis centavos) que serão manejados e distribuídos **MENSALMENTE** sob demanda do **CONTRATANTE** e disponibilidade do **CONTRATADO**, mediante agendamentos prévios.

§ 1º. O valor estabelecido no caput desta Cláusula refere-se ao teto financeiro do CONTRATO.

§ 2º. O valor estipulado no caput desta Cláusula será diluído mensalmente, cabendo ao **CONTRATANTE** acompanhar a execução através de relatórios encaminhados pelo **CONTRATADO**, sendo do **CONTRATANTE** a responsabilidade exclusiva pelo controle de gastos mensais e globais deste CONTRATO.

§ 3º. Os valores individualizados de cada serviço prestado são aqueles aprovados pelo Conselho de Prefeitos e/ou Conselho de Secretários Municipais de Saúde e serão discriminados nos documentos de cobrança, sendo que as tabelas contendo os valores vigentes por ocasião da assinatura deste instrumento são repassadas, também neste ato, ao **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes do presente CONTRATO correrão a conta da Dotação Orçamentária:

02-Prefeitura Municipal de Itacarambi

07-Secretaria Municipal de Saúde

10.302.0011.2161 MANUTENÇÃO ATENDIMENTO AMBULATORIAL ESPECIALIZADO E TFD



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITACARAMBI

MINAS GERAIS

CNPJ Nº. 18.283.101/0001-82

Pça. Adolfo de Oliveira s/nº - Centro – CEP: 39.470-000 – Tel. (38) 3613-2559

33903900 Outros Serv. Terc. - P. Jurídica 1500001002 Recursos Não Vinculados de Impostos 1182

33903900 Outros Serv. Terc. - P. Jurídica 1600000000 Transferências Fundo a Fundo de 1183

33903900 Outros Serv. Terc. - P. Jurídica 1621000000 Transferências Fundo a Fundo de 1184

CLÁUSULA OITAVA – DA APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS DE COBRANÇA E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:

O preço estipulado neste CONTRATO será pago da seguinte forma, sob pena de incidência de multa de 2% (dois por cento) e atualização monetária:

I – O CONTRATADO apresentará mensalmente ao **CONTRATANTE**, até o 3º (terceiro) dia útil de cada mês, os **documentos de cobrança/notas fiscais** e os **relatórios referentes aos serviços efetivamente prestados** no período de 1º (primeiro) ao dia 30 (trinta) do mês corrente, documentos estes sujeitos à validação do **CONTRATANTE**;

II – O CONTRATANTE pagará ao **CONTRATADO** o valor referente ao documento de cobrança/nota fiscal, até o último dia útil do mês corrente;

III – para fins de prova da data de apresentação dos relatórios de prestação de serviços e do documento de cobrança/nota fiscal e observância dos prazos de pagamento, será entregue ao **CONTRATADO** recibo ou contrafé, assinado ou rubricado pelo servidor do **CONTRATANTE**, com aposição do respectivo carimbo funcional ou identificação funcional.

IV – Os relatórios rejeitados pelo serviço de processamento de dados, contendo incorreções, serão devolvidos ao **CONTRATADO** para correção, no prazo de 2 (dois) dias, devendo ser reapresentados até o último dia útil do mês em que ocorreu a devolução. O documento reapresentado será acompanhado do correspondente documento original devidamente inutilizado por meio de carimbo.

V – Ocorrendo erro, falha ou falta de processamento dos relatórios de prestação de serviços por culpa do **CONTRATANTE**, este garantirá ao **CONTRATADO** o pagamento, no prazo avençado neste CONTRATO, pelos valores do mês imediatamente anterior, acertando-se as diferenças que houver no pagamento seguinte, mas ficando o **CONTRATANTE** exonerado do pagamento de multas e sanções financeiras, obrigando-se, entretanto, a corrigir monetariamente os créditos de outros acréscimos porventura incidentes nas diferenças apuradas em favor do **CONTRATADO**.

VI – Os relatórios rejeitados por questionamentos concernentes ao mérito serão objetos de análise pelos órgãos de avaliação e controle do **CONTRATADO** (Consórcio) e **CONTRATANTE** (Município).

CLÁUSULA NONA – DAS TABELAS DE VALORES DOS EXAMES, PROCEDIMENTOS E CONSULTAS EXTRAS:

Os valores referentes aos objetos deste CONTRATO são estipulados por meio de Tabelas Próprias do Consórcio, aprovadas pelo Conselho Prefeitos/Assembléia Geral e poderão ser alteradas, inclusive sofrerem reajustamento geral ou pontual, em caso de ocorrência de fatores supervenientes que abalem o equilíbrio financeiro ou afetem a regular disponibilização dos serviços aqui contratados.

Parágrafo único. Sempre que houver alterações nos valores constantes nas Tabelas de Valores do Consórcio, deve haver comunicação ao **CONTRATANTE**, indicando, inclusive a Ata onde tais foram deliberadas.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITACARAMBI

MINAS GERAIS

CNPJ Nº. 18.283.101/0001-82

Pça. Adolfo de Oliveira s/nº - Centro – CEP: 39.470-000 –Tel. (38) 3613-2559

CLÁUSULA DÉCIMA – DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA E FISCALIZAÇÃO:

A execução do presente CONTRATO será avaliada pelos órgãos competentes, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste instrumento, e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados.

§ 1º. Sob critérios definidos em normatização complementar, poderá, em casos específicos, ser realizada auditoria especializada.

§ 2º. Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operacional do **CONTRATADO** poderá ensejar a não prorrogação deste CONTRATO ou a revisão das condições ora estipuladas.

§ 3º. A fiscalização exercida pelo **CONTRATANTE** sobre os serviços ora contratados, não eximirá o **CONTRATADO** da sua plena responsabilidade perante o **CONTRATANTE** ou para com os pacientes e terceiros, decorrentes de culpa ou dolo na execução do CONTRATO.

§ 4º. O **CONTRATADO** facilitará ao **CONTRATANTE** o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que forem solicitados pelos servidores do **CONTRATANTE**, designados para tal fim.

§ 5º. Em qualquer hipótese é assegurado ao **CONTRATADO** amplo direito de defesa, utilizando-se, de forma analógica, os termos das normas gerais da Lei Federal de Licitações e Contratos Administrativos.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS PENALIDADES:

Ficam as partes sujeitas a multa de 10% (dez por cento) do valor total do CONTRATO em caso de infração de qualquer cláusula ou condições do presente instrumento, sem prejuízo das demais penalidades, utilizando-se, analogicamente, aquelas previstas na legislação referente a licitações e contratos administrativos, assegurado o direito à ampla defesa.

Parágrafo único. O valor da multa será descontado dos pagamentos devidos pelo **CONTRATANTE** ao **CONTRATADO** em caso de infração por parte deste último, ou cobrada do **CONTRATANTE** em caso de infração por parte do **mesmo**.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA RESCISÃO:

Constituem motivos para rescisão do presente **CONTRATO** o não cumprimento de quaisquer de suas cláusulas e condições, bem como, de forma analógica, os motivos previstos na legislação referente a licitações e contratos administrativos, sem prejuízo da multa prevista na Cláusula anterior.

Parágrafo único. Em caso de rescisão contratual, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, será observado o prazo de 60 (sessenta) dias antes que cesse definitivamente a prestação dos serviços. Se neste prazo o **CONTRATADO** negligenciar a prestação dos serviços ou o **CONTRATANTE** deixar de efetivar os pagamentos ora contratados, a multa cabível poderá ser duplicada.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DOS RECURSOS PROCESSUAIS:

Dos atos de aplicação de penalidade prevista neste CONTRATO, ou de sua rescisão, praticados pelo **CONTRATANTE**, cabe recurso no prazo de cinco (5) dias úteis, a contar da intimação do ato.

§ 1º. Da decisão do Prefeito que rescindir o presente CONTRATO, cabe inicialmente



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITACARAMBI

MINAS GERAIS

CNPJ Nº. 18.283.101/0001-82

Pça. Adolfo de Oliveira s/nº - Centro – CEP: 39.470-000 – Tel. (38) 3613-2559

pedido de reconsideração, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a contar da intimação do ato.

§ 2º. Sobre o pedido de reconsideração formulado nos termos do parágrafo antecedente, o Prefeito deverá manifestar-se no prazo de quinze (15) dias e poderá, ao recebê-lo, atribuir-lhe eficácia suspensiva, fazendo-o motivadamente diante de razões de interesse público.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO:

A duração do presente CONTRATO será de **24/01/2025 até o dia 31/12/2025**, podendo ser prorrogado mediante Termo Aditivo.

A prestação dos Serviços deverá estar disponibilizado ao **CONTRATANTE** imediatamente após a assinatura do CONTRATO.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS ALTERAÇÕES:

Qualquer alteração no presente CONTRATO será objeto de Termo Aditivo, excetuando-se o dispositivo da **Cláusula Nona**.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:

I - Os ajustes logísticos e operacionais deste CONTRATO são definidos pelo **CONTRATADO** através de participação efetiva do **CONTRATANTE** por meio de reuniões periódicas realizadas com os Secretários de Saúde de todos os municípios consorciados ao **CONTRATADO**.

II – Nos termos do Código de Processo Civil (art. 784, II), o presente CONTRATO, como documento público, constitui-se em título executivo extrajudicial.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DO FORO:

As partes elegem o Foro da Comarca de Januária/MG, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja para dirimir questões oriundas do presente CONTRATO que não puderem ser resolvidas pelas partes e pela Assembléia Geral/Conselho de Prefeitos.

E, por estarem às partes justas e contratadas, firmam o presente CONTRATO em duas (02) vias de igual teor e forma para um único efeito, na presença de duas (02) testemunhas, abaixo assinadas.

Itacarambi - MG, 24 de janeiro de 2025.
PAULO CESAR PINHEIRO Assinado de forma digital por PAULO
CESAR PINHEIRO DE
DE AZEVEDO:31322913668 AZEVEDO:31322913668
Dados: 2025.01.24 15:54:34 -03'00'

Paulo César Pinheiro de Azevedo
Prefeito Municipal de Itacarambi

ANTONIO LUIZ ALVES DE
FREITAS:69397910868
868

Assinado digitalmente por ANTONIO LUIZ ALVES
DE FREITAS:69397910868
ND: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=Videoconferencia,
OU=18855917000163, OU=AC-SymptarID Multipia,
CN=ANTONIO LUIZ ALVES DE
FREITAS:69397910868
Razão: Eu entou aprovando este documento
Localização:
Data: 2025.01.24 17:02:58-03'00'
Fax: 3132.3613-2559, 2024.2.p

Antônio Luiz Alves de Freitas
Secretário Executivo CISAMSF

Documento assinado digitalmente

Testemunhas: gov.br

THALIA COSTA FERNANDES
Data: 24/01/2025 17:27:35-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

1. Nome: _____

F: _____

2. Nome: _____

CPF: 121.826.776-31



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITACARAMBI

MINAS GERAIS

CNPJ Nº. 18.283.101/0001-82

Pça. Adolfo de Oliveira s/nº - Centro - CEP: 39.470-000 - Tel. (38) 3613-2559

ANEXO III

INDICAMOS NA PLANILHA ABAIXO O(S) SERVIÇO (S) EM QUE TEMOS INTERESSE EM CONTRATAR.
Faz parte integrante do objeto deste contrato a prestação dos seguintes serviços:

ESPECIFICAÇÕES DOS SERVIÇOS DE CONSULTAS, EXAMES, CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS MÉDICOS HOSPITALARES E AMBULATORIAS					
LOTE 01 - CONSULTAS ESPECIALIZADAS					
ITEM	Especialidade Médica	CODIGO SIGTAP/SUS	Quantidade Estimada	Valor Unitário	Valor Total
1	CONSULTA em ALERGISTA	03.01.01.007-2	84	R\$ 150,00	R\$ 12.600,00
2	CONSULTA em ANESTESISTA	03.01.01.007-2	600	R\$ 110,00	R\$ 66.000,00
3	CONSULTA em ANGIOLOGIA	03.01.01.007-2	108	R\$ 100,00	R\$ 10.800,00
4	CONSULTA em CARDIOLOGIA ADULTO	03.01.01.007-2	720	R\$ 100,00	R\$ 72.000,00
5	CONSULTA em CARDIOLOGIA PEDIATRICA	03.01.01.007-2	96	R\$ 230,00	R\$ 22.080,00
6	CONSULTA em CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO	03.01.01.007-2	12	R\$ 200,00	R\$ 2.400,00
7	CONSULTA em CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL	03.01.01.007-2	12		
8	CONSULTA em CIRURGIA GERAL	03.01.01.007-3	120	R\$ 100,00	R\$ 12.000,00
9	CONSULTA em CIRURGIA CABECA E PESCOCO	03.01.01.007-2	120	R\$ 150,00	R\$ 18.000,00
10	CONSULTA MEDICA EM CIRURGIA LINFÁTICA	03.01.01.007-2	10		
11	CONSULTA em CIRURGIA PEDIATRICA	03.01.01.007-2	60	R\$ 220,00	R\$ 13.200,00
12	CONSULTA em CIRURGIA PLASTICA	03.01.01.007-2	10	R\$ 150,00	R\$ 1.500,00
13	CONSULTA em CIRURGIA TORACICA	03.01.01.007-2	12	R\$ 250,00	R\$ 3.000,00
14	CONSULTA em CIRURGIA VASCULAR	03.01.01.007-2	36	R\$ 250,00	R\$ 9.000,00
15	CONSULTA em CLINICA GERAL	03.01.01.006-4	00		
16	CONSULTA em COLOPROCTOLOGISTA	03.01.01.007-2	168	R\$ 150,00	R\$ 25.200,00
17	CONSULTA PARA EMISSÃO DE LME	03.01.01.007-2			
18	CONSULTA em DERMATOLOGIA	03.01.01.007-2	180	R\$ 110,00	R\$ 19.800,00
19	CONSULTA em ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA	03.01.01.007-2	300	R\$ 110,00	R\$ 33.000,00
20	CONSULTA em ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA PEDIATRICA	03.01.01.007-2	36	R\$ 150,00	R\$ 5.400,00
21	CONSULTA em FISIATRIA	03.01.01.007-2	10	R\$ 110,00	R\$ 1.100,00
22	CONSULTA em FONOAUDIOLOGIA AVALIACAO	03.01.01.004-8	60	R\$ 60,00	R\$ 3.600,00
23	CONSULTA em PSICOLOGIA SESSAO	03.01.01.004-8			
24	CONSULTA em GINECOLOGIA/OBSTETRICIA	03.01.01.007-2	12	R\$ 100,00	R\$ 1.200,00
25	CONSULTA em GASTROENTEROLOGIA	03.01.01.007-2	216	R\$ 100,00	R\$ 21.600,00
26	CONSULTA em GENETICISTA	03.01.01.007-2	12	R\$ 110,00	R\$ 1.320,00
27	CONSULTA em HANSENOLOGIA / TALIDOMIDA	03.01.01.007-2	10	R\$ 300,00	R\$ 3.000,00
28	CONSULTA em GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	03.01.01.007-2	48	R\$ 150,00	R\$ 7.200,00
29	CONSULTA em GERIATRIA	03.01.01.007-2	24	R\$ 150,00	R\$ 3.600,00

256



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITACARAMBI
MINAS GERAIS

CNPJ Nº. 18.283.101/0001-82

Pça. Adolfo de Oliveira s/nº - Centro - CEP: 39.470-000 - Tel. (38) 3613-2559

93	BIÓPSIA ESCLERA	02.01.01.018-6			
94	BIOPSIA DE FIGADO POR PUNCAO HEPATICA	02.01.01.021-6	8	R\$ 200,00	R\$ 1.600,00
95	BIOPSIA DE GANGLIO LINFÁTICO	02.01.01.022-4	8		
96	BIOPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR	02.01.01.023-2			
97	BIOPSIA DE MAMA - PECA CIRURGICA	02.01.01.056-9	12	R\$ 130,00	R\$ 1.560,00
98	BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES - MULTIPLOS ACONDICIONADO NO MESMO FRASCO POR TOPOGRAFIA EM AREAS DIFERENTES	02.01.01.037-2	36	R\$ 80,00	R\$ 2.880,00
99	BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES - SIMPLES (POR FRASCO)	02.01.01.026-7	12	R\$ 80,00	R\$ 960,00
100	BIOPSIA DE PROSTATA - SIMPLES (POR FRASCO)	02.01.01.041-0	12	R\$ 70,00	R\$ 840,00
101	BIOPSIA DE PROSTATA - SIMPLES SEXTANTE (ATE 6 FRASCOS)	02.01.01.041-0			
102	BIOPSIA DE RIM POR PUNCAO RENAL	02.01.01.043-7	12	R\$ 80,00	R\$ 960,00
103	BIOPSIA DE VESICULA - PECA CIRURGICA	02.03.02.007-3			
104	BIOPSIA DO COLO UTERINO - SIMPLES POR FRASCO	02.01.01.06-6			
105	BIOPSIA DO COLO UTERINO RETIRADA DE OVARIOS - PECA CIRURGICA	02.01.01.066			
106	BIOPSIA DO COLO UTERINO RETIRADA DE UTERO - PECA CIRURGICA	02.01.01.066			
107	BIOPSIA ENDOSCOPICA - SIMPLES (POR FRASCO)	02.09.01.003-7	12	R\$ 80,00	R\$ 960,00
108	BIOPSIA PECA CIRURGICA COMPLEXA	02.03.02.007-3			
109	BIOPSIA PECA CIRURGICA SIMPLES	02.03.02.007-3			
110	BIOPSIA RETOSSIGMOIDOSCOPICA SIMPLES (POR FRASCO)	02.09.01.005-3	12	R\$ 90,00	R\$ 1.080,00
111	BIOPSIA SIMPLES POR FRASCO	02.03.02.007-3	24	R\$ 80,00	R\$ 1.920,00
112	CITOLOGIA CERVICO-VAGINAL (PREVENTIVO)	02.03.01.001-9	144	R\$ 20,00	R\$ 2.880,00
113	EXAME DE CITOLOGIA (ESCETO CERVICO VAGINAL E DE MAMA)	02.03.01.003-5	12	R\$ 50,00	R\$ 600,00
114	EXAME DE CITOPATOLOGICO HORMONAL SERIADO (MINIMO 3 COLETAS)	02.03.01.002-7			
115	IMUNOHISTOQUIMICA	02.03.02.004-9	12	R\$ 200,00	R\$ 2.400,00
116	PUNCAO (POR LAMINAS)	02.01.01.047-0		R\$ 12,50	
117	PUNCAO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA-PAAF (ATE 6 LAMINAS) LADO DIREITO	02.01.01.058-5	24	R\$ 65,00	R\$ 1.560,00

255



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITACARAMBI

MINAS GERAIS

CNPJ Nº. 18.283.101/0001-82

Pça. Adolfo de Oliveira s/nº - Centro – CEP: 39.470-000 – Tel. (38) 3613-2559

ITEM	Descrição dos Serviços	Código SIGTAP/SUS	Quant. Estimada	Preço Unitário	Valor Total
141	ANASTOMOSE BILEO-DIGESTIVO	04.07.03.00-1			
142	APENDICECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	04.07.02.00-4	1		
143	CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PEQUENAS LESÕES	03.03.08.00-1			
144	COLECISTECTOMIA CONVECCIONAL	04.07.03.00-4		R\$ 4.500,00	
145	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	04.07.03.00-3	2	R\$ 5.600,00	R\$ 11.200,00
146	COLECISTOSTOMIA	04.07.03.00-4			
147	COLECTOMIA PARCIAL (HEMICOLECTOMIA)	04.07.02.00-6		R\$ 8.000,00	
148	COLECTOMIA TOTAL	04.07.02.00-7			
149	COLEDOCOTÔMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	04.07.03.00-7			
150	CIRURGIA BARIÁTRICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	04.07.01.03-8		R\$ 14.000,00	
151	CIRURGIA DE UNHA (CANTOPLASTIA)	04.01.02.01-7		R\$ 500,00	
152	ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÃO CUTÂNEA	04.01.01.00-4			
153	ESOFAGOSTOMIA	04.07.01.01-1			
154	ESOFAGOGASTRECTOMIA	04.07.01.00-7			
155	ESOFAGECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	04.07.01.00-5			
156	ESOFAGOPLASTIA GASTROPLASTIA /	04.07.01.00-8			
157	EXCISAO E SUTURA DE LINFANGIOMA / NEVUS	04.06.02.01-4			
158	EXERESE DE CISTO BRANQUIAL	04.01.02.00-6			
159	EXERESE DE CISTO DERMOIDE	04.01.02.007			
160	EXÉRESE DE CISTO SACRO-COCCIGEO	04.01.02.00-8			
161	EXÉRESE DE CISTO TIREOGLOSSO	04.01.02.00-9			
162	EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA	04.01.01.00-7		R\$ 500,00	
163	FECHAMENTO DE ENTEROSTOMIA (QUALQUER SEGMENTO)	04.07.02.02-4			
164	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	04.07.02.02-7	1	R\$ 2.400,00	R\$ 2.400,00
165	GASTRECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	04.07.01.01-5			
166	GASTRORRAFIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	04.07.01.02-0			
167	GASTROPLASTIA VERTICAL COM BANDA	04.07.01.01-8			
168	GASTROPLASTIA COM DERIVAÇÃO INTESTINAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	04.07.01.01-7			
169	GASTROSTOMIA	04.07.01.02-1			



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITACARAMBI

MINAS GERAIS

CNPJ Nº. 18.283.101/0001-82

Pça. Adolfo de Oliveira s/nº - Centro - CEP: 39.470-000 - Tel. (38) 3613-2559

170	GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA	03.09.01.00-3			
171	GASTROSTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	04.07.01.02-2			
172	HEMORROIDECTOMIA	04.07.02.02-8		R\$ 3.100,00	
173	HEPATECTOMIA PARCIAL	04.07.03.01-3			
174	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	04.07.04.00-6		R\$ 3.900,00	
175	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA VIDEOLAPAROSCÓPICA	04.07.04.00-7			
176	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	04.07.04.00-8			
177	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL) VIDEOLAPAROSCÓPICA	04.07.04.00-9	2		
178	HERNIOPLASTIA INGUINAL CONVECIONAL				
179	HERNIOPLASTIA INGUINAL/CRURAL (UNILATERAL) VIDEOLAPAROSCÓPICA	04.07.04.01-0	1		
180	HERNIORRAFIA INGUINAL VIDEOLAPAROSCÓPICA				
181	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	04.07.04.01-1			
182	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	04.07.04.01-2			
183	HERNIOPLASTIA UMBILICAL CONVECIONAL				
184	HERNIOPLASTIA UMBILICAL VIDEOLAPAROSCÓPICA				
185	LAPAROSCOPIA	02.09.01.00-4			
186	LAPAROTOMIA EXPLORADORA	04.07.04.01-6			
187	LAPAROTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA PARA DRENAGEM E/OU BIÓPSIA	04.07.04.01-7	1		
188	LAQUEADURA TUBÁRIA	04.09.06.01-8			
189	PANCREATECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	04.07.03.01-9			
190	PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS DE CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA PÓS - CIRURGIA BARIÁTRICA	04.15.02.00-1			
191	PROCTOPLASTIA E PROCTORRAFIA POR VIA PERINEAL	04.07.02.03-5			
192	RECONSTRUÇÃO DE LÓBULO DA ORELHA	04.13.04.01-1			
193	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO	04.01.01.01-1			
194	SALPINGECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	04.09.06.02-4			
195	SALPINGOPLASTIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	04.09.06.02-6			
196	TRATAMENTO CIRÚRGICO ACALASIA (CARDIOMIOPLASTIA) ABERTO	04.07.01.027-0			
197	TRATAMENTO CIRÚRGICO ACALASIA (CARDIOMIOPLASTIA) POR VÍDEO	04.07.01.027-0			



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITACARAMBI

MINAS GERAIS

CNPJ Nº. 18.283.101/0001-82

Pça. Adolfo de Oliveira s/nº - Centro - CEP: 39.470-000 - Tel. (38) 3613-2559

271	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR)	04.08.05.01-7			
272	RETIRADA DE FIO, HASTE, PINO INTRA-OSSEO	04.08.06.03-5			
273	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS	04.08.06.03-7			
274	TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO INFERIOR	04.08.05.03-7	1	R\$ 6.000,00	R\$ 6.000,00
275	TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO SUPERIOR	04.08.02.03-0			
276	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA/FRATURA ACROMIO-CLAVICULAR	04.08.01.018-5			
277	COLUNA VERTEBRAL (INFILTRACAO FORAMINAL OU FACETARIO OU ARTICULAR				
278	EXPLORACAO ARTICULAR COM OU SEM SINOVECTOMIA DE PEQUENAS ARTICULACOES	04.08.06.01-3			
279	EXPLORAÇÃO ARTICULAR COM OU SEM SINOVECTOMIA DE MÉDIAS /GRANDES ARTICULAÇÕES	04.08.06.01-2			
280	INFILTRACAO DE PONTOS GATILHOSOU AGULHAMENTO SECO (POR MUSCULO)		2	R\$ 650,00	R\$ 1.300,00
281	PUNCAO ARTICULAR DIAGNOSTICA OU TERAPEUTICA (INFILTRACAO)		2	R\$ 2.500,00	R\$ 5.000,00
282	PUNCAO BIOPSIA/ASPIRATIVA DE ORGAO OU ESTRUTURA ORIENTADO POR (RX, US, TC)				
283	PUNCAO EXTRA-ARTICULAR DIAGNOSTICA OU TERAPEUTICA (INFILTRACAO/AGULAHMENO SECO (ORIENTADO POR RX, US, TC,RM)				
284	REPARO DO MANGUITO ROTADOR (INCLUINDO PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS) - PROCEDIMENTO VID. DE OMBRO	04.08.01.01-4			
285	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR MEMBRO INFERIOR (JOELHO / TORNOZELO)	04.08.05.06-6			
286	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA/LESAO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMERO				
287	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA/LESAO FISARIA PROXIMAL(COLO)DO FEMUR(SINTESE)				
288	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO OU FRATURA-LUXACAO DO COTOVELO				



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITACARAMBI

MINAS GERAIS

CNPJ Nº. 18.283.101/0001-82

Pça. Adolfo de Oliveira s/nº - Centro - CEP: 39.470-000 -Tel. (38) 3613-2559

400	CINTILOGRAFIA DE GLANDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)	02.08.09.00-2			
401	CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	02.08.09.003-7	1	R\$ 700,00	R\$ 700,00
402	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO PARA AVALIACAO DE PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECOES)	02.08.01.002-5	1	R\$ 830,00	R\$ 830,00
403	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO PARA AVALIACAO DE PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJECOES)	02.08.01.003-3	1	R\$ 830,00	R\$ 830,00
404	CINTILOGRAFIA DE OSSOS COM OU SEM FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO)	02.08.05.00-3			
405	CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES	02.08.03.00-1			
406	CINTILOGRAFIA DE PULMAO C/ GALIO 67	02.08.07.00-1			
407	CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO (MINIMO 4 PROJECOES)	02.08.07.00-4			
408	CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO OSSEO COM GALIO 67	02.08.05.004-3	1		
409	CINTILOGRAFIA DE TESTICULO E BOLSA ESCROTAL	02.08.04.00-3			
410	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE COM ESTIMULO TSH				
411	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE COM TESTE DE SUPRESSÃO T3 OU T4	02.08.03.003-4			
412	CINTILOGRAFIA DO MIOCARDIO PARA LOCALIZACAO DE NECROSE (MINIMO 3 PROJECOES)	02.08.01.004-1	1	R\$ 590,00	R\$ 590,00
413	CINTILOGRAFIA ÓSSEA				
414	CINTILOGRAFIA P/ AVALIACAO DE FLUXO SANGUINEO DE EXTREMIDADES				
415	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (LIQUIDO)				
416	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (SEMI-SOLIDO)	02.08.02.006-3			
417	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO GASTRICO	02.08.02.007-1			
418	CINTILOGRAFIA P/ QUANTIFICACAO DE SHUNT EXTRACARDIACO				
419	CINTILOGRAFIA PULMAO POR PERFUSAO (MINIMO 4 PROJECOES)				
420	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL	02.08.02.008-0			
421	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NAO ATIVA	02.08.02.010-1			
422	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO	02.08.02.011-0			
423	CINTILOGRAFIA RENAL / RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA) DINAMICA	02.08.04.005-6			



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITACARAMBI

MINAS GERAIS

CNPJ Nº. 18.283.101/0001-82

Pça. Adolfo de Oliveira s/nº - Centro - CEP: 39.470-000 -Tel. (38) 3613-2559

655	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (2 INCIDENCIAS)		20	R\$ 60,00	R\$ 1.200,00
656	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)		10	R\$ 80,00	R\$ 800,00
657	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL/DINAMICA (2 INCIDENCIAS)	02.04.02.008-5	20	R\$ 60,00	R\$ 1.200,00
658	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA+INSPIRACAO+EXPIRACAO + LATERAL) (2 INCIDENCIAS)	02.04.03.013-7	20	R\$ 60,00	R\$ 1.200,00
659	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	02.04.01.003-9	20	R\$ 90,00	R\$ 1.800,00
660	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO - DIREITO (2 INCIDENCIAS)	02.04.04.001-9	10	R\$ 60,00	R\$ 600,00
661	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO - ESQUERDO (2 INCIDENCIAS)	02.04.04.001-9	10	R\$ 60,00	R\$ 600,00
662	RADIOGRAFIA DE MAO - DIREITO (2 INCIDENCIAS)	02.04.04.009-4	10	R\$ 60,00	R\$ 600,00
663	RADIOGRAFIA DE MAO - ESQUERDO (2 INCIDENCIAS)	02.04.04.009-4	10	R\$ 60,00	R\$ 600,00
664	RADIOGRAFIA DE ABDOME AGUDO (MINIMO 3 INCIDENCIAS)	02.04.05.012-0	5	R\$ 70,00	R\$ 350,00
665	RADIOGRAFIA DE ABDOMEM SIMPLES (AP) - (2 INCIDENCIAS)	02.04.05.013-8	5	R\$ 50,00	R\$ 250,00
666	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA) - (2 INCIDENCIAS)	02.04.05.011-1	5	R\$ 70,00	R\$ 350,00
667	RADIOGRAFIA DE ARCADEA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)	02.04.01.004-7			
668	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR - DIREITO (2 INCIDENCIAS)	02.04.04.002-7	5	R\$ 70,00	R\$ 350,00
669	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR - ESQUERDO (2 INCIDENCIAS)	02.04.04.002-7	5	R\$ 70,00	R\$ 350,00
670	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL QUADRIL - ESQUERDO (2 INCIDENCIAS)	02.04.06.006-0	10	R\$ 60,00	R\$ 600,00
671	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL QUADRIL - DIREITO (2 INCIDENCIAS)	02.04.06.006-0	10	R\$ 60,00	R\$ 600,00
672	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL - DIREITO (2 INCIDENCIAS)	02.04.04.003-5	5	R\$ 60,00	R\$ 300,00
673	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL - ESQUERDO (2 INCIDENCIAS)	02.04.04.003-5	5	R\$ 60,00	R\$ 300,00
674	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR - DIREITO (2 INCIDENCIAS)	02.04.04.004-3	2	R\$ 70,00	R\$ 140,00
675	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR - ESQUERDO (2 INCIDENCIAS)	02.04.04.004-3	2	R\$ 70,00	R\$ 140,00
676	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL (2 INCIDENCIAS)	02.04.01.005-5	2	R\$ 66,00	R\$ 132,00
677	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA -TORNOZELO ESQUERDO - (2 INCIDENCIAS)	02.04.06.008-7	2	R\$ 60,00	R\$ 120,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITACARAMBI

MINAS GERAIS

CNPJ Nº. 18.283.101/0001-82

Pça. Adolfo de Oliveira s/nº - Centro - CEP: 39.470-000 -Tel. (38) 3613-2559

941	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES) - DIREITO (2 INCIDENCIAS)	02.04.04.011-6	1	R\$ 60,00	R\$ 60,00
702	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL) - DIREITO (2 INCIDENCIAS)	02.04.06.012-5	1	R\$ 55,00	R\$ 55,00
703	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES) - ESQUERDO (2 INCIDENCIAS)	02.04.04.011-6			
704	RADIOGRAFIA DE ESTERNO (2 INCIDENCIAS)	02.04.03.009-9			
705	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL) - ESQUERDO (2 INCIDENCIAS)	02.04.06.012-5	1	R\$ 55,00	R\$ 55,00
706	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL) - DIREITO (2 INCIDENCIAS)	02.04.06.013-3			
707	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL) - ESQUERDO (2 INCIDENCIAS)	02.04.06.013-3	1	R\$ 70,00	R\$ 70,00
708	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS) - DIREITO	02.04.06.014-1	1	R\$ 70,00	R\$ 70,00
709	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS) - ESQUERDO	02.04.06.014-1	1	R\$ 70,00	R\$ 70,00
710	RADIOGRAFIA DE LARINGE				
711	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (PARA DETERMINACAO DE IDADE OSSEA) - BILATERAL	02.04.04.010-8	1	R\$ 120,00	R\$ 120,00
712	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	02.04.01.010-1			
713	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)	02.04.01.011-0	1	R\$ 70,00	R\$ 70,00
714	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	02.04.01.012-8	1	R\$ 70,00	R\$ 70,00
715	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE - DIREITO (2 INCIDENCIAS)	02.04.06.015-0	1	R\$ 60,00	R\$ 60,00
716	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE - ESQUERDO (2 INCIDENCIAS)	02.04.06.015-0	1	R\$ 60,00	R\$ 60,00
717	RADIOGRAFIA DE PERNA - DIREITO (2 INCIDENCIAS)	02.04.06.016-8	1	R\$ 60,00	R\$ 60,00
718	RADIOGRAFIA DE PERNA - ESQUERDO (2 INCIDENCIAS)	02.04.06.016-8	1	R\$ 60,00	R\$ 60,00
719	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA) - DIREITO (2 INCIDENCIAS)	02.04.04.012-4	1	R\$ 60,00	R\$ 60,00
720	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA) - ESQUERDO (2 INCIDENCIAS)	02.04.04.012-4			
721	RADIOGRAFIA DE QUADRIL				
722	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA				
723	RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO)				
724	RADIOGRAFIA DE SACRO-COCCIX				



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITACARAMBI

MINAS GERAIS

CNPJ Nº. 18.283.101/0001-82

Pça. Adolfo de Oliveira s/nº - Centro - CEP: 39.470-000 -Tel. (38) 3613-2559

747	ANGIOGRAFIA POR RESSONANCIA MAGNETICA (POR SEGMENTO)	02.10.01.001-0	8	R\$ 700,00	R\$ 5.600,00
748	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	02.07.01.001-3	10	R\$ 523,00	R\$ 5.230,00
749	ANGIORESSONANCIA DE ABDOMEM SUPERIOR	02.07.03.001-4	10	R\$ 650,00	R\$ 6.500,00
750	ANGIORESSONANCIA DE AORTA/ABDOMINAL	02.07.01.001-3	1	R\$ 650,00	R\$ 650,00
751	ANGIORESSONANCIA DE PELVE	02.07.01.001-3	1	R\$ 650,00	R\$ 650,00
752	ANGIORESSONANCIA DE PESCOCO	02.07.01.001-3			
753	ANGIORESSONANCIA DE TORAX	02.07.01.001-3	10	R\$ 650,00	R\$ 6.500,00
754	ARTRORESSONANCIA (INCLUIR A PUNCAO ARTICULAR) POR ARTICULACAO				
755	BIOPSIA DE PROSTATA GUIADA POR RM COM FUSAO DE IMAGENS				
756	DEFECORESSONANCIA MAGNETICA (ESTUDO DINAMICO DO ASSOALHO PELVICO)				
757	ELASTROGRAFIA POR RM				
758	ESPECTROSCOPIA POR RM				
759	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOME INFERIOR		10	R\$ 550,00	R\$ 5.500,00
760	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN TOTAL	02.07.03.001-4	10	R\$ 550,00	R\$ 5.500,00
761	RESSONANCIA MAGNETICA DE COTOVELO - ESQUERDO	02.07.02.002-7	6	R\$ 550,00	R\$ 3.300,00
762	RESSONANCIA MAGNETICA DA COLUNA CERVICAL/PESCOCO	02.07.01.003-0	10	R\$ 550,00	R\$ 5.500,00
763	RESSONANCIA MAGNETICA DA COLUNA LOMBO-SACRA	02.07.01.004-8	10	R\$ 550,00	R\$ 5.500,00
764	RESSONANCIA MAGNETICA DA COLUNA TORACICA	02.07.01.005-6	10	R\$ 550,00	R\$ 5.500,00
765	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	02.07.03.001-4	10	R\$ 550,00	R\$ 5.500,00
766	RESSONANCIA MAGNETICA DE ANTEBRACO - ESQUERDO	02.07.02.002-7	6	R\$ 600,00	R\$ 3.600,00
767	RESSONANCIA MAGNETICA DE ANTEBRACO -DIREITO	02.07.02.002-7	6	R\$ 600,00	R\$ 3.600,00
768	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO SACRO-ILÍACAS				
769	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR- ATM (BILATERAL)				
770	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA/ PELVE /ABDOME INFERIOR	02.07.03.002-2	10	R\$ 550,00	R\$ 5.500,00
771	RESSONANCIA MAGNETICA DE BRACO - DIREITO	02.07.02.002-7			
772	RESSONANCIA MAGNETICA DE BRACO - ESQUERDO	02.07.02.002-7			
773	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA COM CINE	02.07.02.001-9	8	R\$ 1.000,00	R\$ 8.000,00
774	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO MORFOLOGICO E FUNCIONAL + PERFURACAO + ESTRESSE				

**PREFEITURA MUNICIPAL DE ITACARAMBI**

MINAS GERAIS

CNPJ Nº. 18.283.101/0001-82

Pça. Adolfo de Oliveira s/nº - Centro - CEP: 39.470-000 -Tel. (38) 3613-2559

802	ANGIOTOMOGRRAFIA ABDOMEN TOTAL	02.10.01.003-7	5	R\$ 650,00	R\$ 3.250,00
803	ANGIOTOMOGRRAFIA AORTA ABDOMINAL	02.10.01.003-7	1	R\$ 550,00	R\$ 550,00
804	ANGIOTOMOGRRAFIA ARTERIAL VENOSA	02.10.01.003-7	1	R\$ 590,00	R\$ 550,00
805	ANGIOTOMOGRRAFIA DE ARTICULACOES	02.10.01.003-7	1	R\$ 480,00	R\$ 480,00
806	ANGIOTOMOGRRAFIA DE CAROTIDAS	02.10.01.003-7	7	R\$ 480,00	R\$ 3.360,00
807	ANGIOTOMOGRRAFIA DE CORONARIAS	02.10.01.003-7	5	R\$ 700,00	R\$ 3.500,00
808	ANGIOTOMOGRRAFIA DE CRANIO	02.10.01.003-7	20	R\$ 480,00	R\$ 9.600,00
809	ANGIOTOMOGRRAFIA DE PELVE	02.10.01.003-7	1	R\$ 480,00	R\$ 480,00
810	ANGIOTOMOGRRAFIA DE PESCOCO	02.10.01.003-7	1	R\$ 480,00	R\$ 480,00
811	ANGIOTOMOGRRAFIA DE TORAX	02.10.01.003-7	1	R\$ 480,00	R\$ 480,00
812	SEDACAO PARA REALIZACAO DE TOMOGRRAFIA	04.17.01.006-0	10	R\$ 150,00	R\$ 1.500,00
813	AVALIACAO PARA SEDACAO PARA REALIZACAO DE TOMOGRRAFIA		10	R\$ 100,00	R\$ 1.000,00
814	ENTEROTOMOGRRAFIA		1	R\$ 500,00	R\$ 500,00
815	TOMOGRRAFIA	02.06.03.001-0	60	R\$ 160,00	R\$ 9.600,00
	COMPUTADORIZADA ABDOMEN TOTAL				
816	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA ABDOMEN INFERIOR/BACIA/PELVE	02.06.03.003-7	48	R\$ 160,00	R\$ 7.680,00
817	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACAO COTOVELO - DIREITO	02.06.02.001-5	36	R\$ 160,00	R\$ 5.760,00
818	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACAO COTOVELO - ESQUERDO	02.06.02.001-5	36	R\$ 160,00	R\$ 5.760,00
819	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACAO COXO- FEMURAL - DIREITO	02.06.03.002-9	48	R\$ 160,00	R\$ 7.680,00
820	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACAO COXO- FEMURAL - ESQUERDO	02.06.03.002-9	48	R\$ 160,00	R\$ 7.680,00
821	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR - DIREITO	02.06.02.001-5	24	R\$ 160,00	R\$ 3.840,00
822	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR - ESQUERDO	02.06.02.001-5	24	R\$ 160,00	R\$ 3.840,00
823	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACAO JOELHO - DIREITO	02.06.03.002-9	36	R\$ 160,00	R\$ 5.760,00
824	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACAO JOELHO - ESQUERDO	02.06.03.002-9	36	R\$ 160,00	R\$ 5.760,00

241



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITACARAMBI

MINAS GERAIS

CNPJ Nº. 18.283.101/0001-82

Pça. Adolfo de Oliveira s/nº - Centro - CEP: 39.470-000 - Tel. (38) 3613-2559

825	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACAO OMBRO - DIREITO	02.06.02.001-5	36	R\$ 160,00	R\$ 5.760,00
826	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACAO OMBRO - ESQUERDO	02.06.02.001-5	36	R\$ 160,00	R\$ 5.760,00
827	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACAO PUNHO - DIREITO	02.06.02.001-5	36	R\$ 160,00	R\$ 5.760,00
828	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACAO PUNHO - ESQUERDO	02.06.02.001-5	36	R\$ 160,00	R\$ 5.760,00
829	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACAS - DIREITO	02.06.02.001-5	24	R\$ 300,00	R\$ 7.200,00
830	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACAS - ESQUERDO	02.06.02.001-5	24	R\$ 300,00	R\$ 7.200,00
831	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACAO TORNOZELO - DIREITO	02.06.03.002-9	24	R\$ 160,00	R\$ 3.840,00
832	TOMOGRAFIA	02.06.03.002-9	36	R\$ 160,00	R\$ 5.760,00
	COMPUTADORIZADA DE ARTICULACAO TORNOZELO - ESQUERDO				
833	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZA DE CORACAO (PARA AVALIACAO DO ESCORE DE CALCIO CORONARIANO)		12	R\$ 450,00	R\$ 450,00
834	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/OU S/ CONTRASTE ATE 3 SEGMENTOS		60	R\$ 270,00	R\$ 16.200,00
835	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/OU S/ CONTRASTE ATE 3 SEGMENTOS	02.06.01.002-8	60	R\$ 300,00	R\$ 18.000,00
836	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/OU S/ CONTRASTE ATE 3 SEGMENTOS	02.06.01.003-6	60	R\$ 300,00	R\$ 18.000,00
837	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO	02.06.01.007-9	180	R\$ 160,00	R\$ 28.800,00
838	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO COM JANELA OSSEA E RECONTRUCAO 3D	02.06.01.007-9	12	R\$ 370,00	R\$ 24.790,00
839	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE OU ARTICULACOES TEMPORO- MANDIBULA	02.06.01.004-4	36	R\$ 270,00	R\$ 9.720,00
840	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTOIDES OU OUVIDOS	02.06.01.004-4	12	R\$ 300,00	R\$ 3.600,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITACARAMBI

MINAS GERAIS

CNPJ Nº. 18.283.101/0001-82

Pça. Adolfo de Oliveira s/nº - Centro - CEP: 39.470-000 -Tel. (38) 3613-2559

841	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PARTES MOLES (LARINGE, FARINGE, GLANDULAS SALIVARES, GLANGLIOS CERVICAIS, TIREOIDE, PARATIREOIDE)	02.06.01.005-2	12	R\$ 300,00	R\$ 3.600,00
842	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOMEN SUPERIOR	02.06.03.001-0	48	R\$ 160,00	R\$ 7.680,00
843	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO	02.06.01.005-2	24	R\$ 160,00	R\$ 3.840,00
844	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORAX	02.06.02.003-1	96	R\$ 160,00	R\$ 15.360,00
845	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO ADICIONAL(COLUNAS)	02.06.03.002-9	24	R\$ 61,00	R\$ 1.464,00
846	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR ANTEBRACO - DIREITO	02.06.02.002-3	24	R\$ 200,00	R\$ 4.800,00
847	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR ANTEBRACO - ESQUERDO	02.06.02.002-3	24	R\$ 200,00	R\$ 4.800,00
848	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR BRACO -DIREITO	02.06.02.002-3	24	R\$ 200,00	R\$ 4.800,00
849	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR BRACO - ESQUERDO	02.06.02.002-3	1	R\$ 200,00	R\$ 200,00
850	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR COXA -DIREITO	02.06.02.002-3	36	R\$ 200,00	R\$ 7.200,00
851	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR COXA -ESQUERDO	02.06.02.002-3	36	R\$ 200,00	R\$ 7.200,00
852	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR MAO -DIREITO	02.06.02.002-3	24	R\$ 200,00	R\$ 4.800,00
853	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR MAO -ESQUERDO	02.06.02.002-3	24	R\$ 200,00	R\$ 4.800,00
854	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR PE -DIREITO	02.06.02.002-3	24	R\$ 200,00	R\$ 4.800,00
855	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR PE -ESQUERDO	02.06.02.002-3	24	R\$ 200,00	R\$ 4.800,00
856	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR PERNA -DIREITO	02.06.02.002-3	24	R\$ 200,00	R\$ 4.800,00
857	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR PERNA - ESQUERDO	02.06.02.002-3	24	R\$ 200,00	R\$ 4.800,00
858	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SELA TURSICA OU ORBITAS	02.06.01.006-0	24	R\$ 330,00	R\$ 7.920,00
859	TOMOGRAFIA DE HEMITORAX, PULMAO OU DO MEDIASTINO	02.06.02.004-0	12	R\$ 350,00	R\$ 4.200,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITACARAMBI

MINAS GERAIS

CNPJ Nº. 18.283.101/0001-82

Pça. Adolfo de Oliveira s/nº - Centro – CEP: 39.470-000 – Tel. (38) 3613-2559

841	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PARTES MOLES (LARINGE, FARINGE, GLANDULAS SALIVARES, GLANGLIOS CERVICAIS, TIREOIDE, PARATIREOIDE)	02.06.01.005-2	12	R\$ 300,00	R\$ 3.600,00
842	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOMEN SUPERIOR	02.06.03.001-0	48	R\$ 160,00	R\$ 7.680,00
843	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO	02.06.01.005-2	24	R\$ 160,00	R\$ 3.840,00
844	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORAX	02.06.02.003-1	96	R\$ 160,00	R\$ 15.360,00
845	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO ADICIONAL(COLUNAS)	02.06.03.002-9	24	R\$ 61,00	R\$ 1.464,00
846	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR ANTEBRACO - DIREITO	02.06.02.002-3	24	R\$ 200,00	R\$ 4.800,00
847	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR ANTEBRACO - ESQUERDO	02.06.02.002-3	24	R\$ 200,00	R\$ 4.800,00
848	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR BRACO -DIREITO	02.06.02.002-3	24	R\$ 200,00	R\$ 4.800,00
849	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR BRACO - ESQUERDO	02.06.02.002-3	1	R\$ 200,00	R\$ 200,00
850	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR COXA -DIREITO	02.06.02.002-3	36	R\$ 200,00	R\$ 7.200,00
851	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR COXA -ESQUERDO	02.06.02.002-3	36	R\$ 200,00	R\$ 7.200,00
852	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR MAO -DIREITO	02.06.02.002-3	24	R\$ 200,00	R\$ 4.800,00
853	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR MAO -ESQUERDO	02.06.02.002-3	24	R\$ 200,00	R\$ 4.800,00
854	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR PE -DIREITO	02.06.02.002-3	24	R\$ 200,00	R\$ 4.800,00
855	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR PE -ESQUERDO	02.06.02.002-3	24	R\$ 200,00	R\$ 4.800,00
856	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR PERNA -DIREITO	02.06.02.002-3	24	R\$ 200,00	R\$ 4.800,00
857	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTO APENDICULAR PERNA - ESQUERDO	02.06.02.002-3	24	R\$ 200,00	R\$ 4.800,00
858	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SELA TURSICA OU ORBITAS	02.06.01.006-0	24	R\$ 330,00	R\$ 7.920,00
859	TOMOGRAFIA DE HEMITORAX, PULMAO OU DO MEDIASTINO	02.06.02.004-0	12	R\$ 350,00	R\$ 4.200,00

**PREFEITURA MUNICIPAL DE ITACARAMBI**

MINAS GERAIS

CNPJ Nº. 18.283.101/0001-82

Pça. Adolfo de Oliveira s/nº - Centro - CEP: 39.470-000 -Tel. (38) 3613-2559

882	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO PANTURILHA - DIREITO	02.05.02.006-2	25	R\$ 90,00	R\$ 2.250,00
883	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO PANTURILHA - ESQUERDO	02.05.02.006-2	25	R\$ 90,00	R\$ 2.250,00
884	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO PE - DIREITO	02.05.02.006-2	5	R\$ 90,00	R\$ 450,00
885	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO PE - ESQUERDO	02.05.02.006-2	5	R\$ 90,00	R\$ 450,00
886	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO PUNHO - DIREITO	02.05.02.006-2	60	R\$ 90,00	R\$ 5.400,00
887	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO PUNHO - ESQUERDO	02.05.02.006-2	60	R\$ 90,00	R\$ 5.400,00
888	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO TORNOZELO - DIREITO	02.05.02.006-2	60	R\$ 90,00	R\$ 5.400,00
889	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO TORNOZELO - ESQUERDO	02.05.02.006-2	60	R\$ 90,00	R\$ 5.400,00
890	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	02.05.02.007-0	10	R\$ 90,00	R\$ 900,00
891	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER	02.05.02.007-0	10	R\$ 140,00	R\$ 1.400,00
892	ULTRASSONOGRRAFIA DE ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL / AXILAS / MUSCULO / TENDONES)	02.05.02.012-7	15	R\$ 90,00	R\$ 1.350,00
893	ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMARIA BILATERAL	02.05.02.009-7	5	R\$ 100,00	R\$ 500,00
894	ULTRASSONOGRRAFIA DE MÚSCULOS		1	R\$ 90,00	R\$ 90,00
895	ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES (NODULOS, TUMORES, ABCESSOS, LINFONODOMEGALIAS)				
896	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATAS (VIA ABDOMINAL)	02.05.02.010-0	5	R\$ 90,00	R\$ 450,00
897	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATAS (VIA TRANS-RETAL)	02.05.02.011-9	5	R\$ 100,00	R\$ 500,00
898	ULTRASSONOGRRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	02.05.02.013-5	1	R\$ 160,00	R\$ 160,00
899	ULTRASSONOGRRAFIA DO APARELHO URINARIO (BEXIGA, RINS E VIAS URINARIAS)	02.05.02.005-4	2	R\$ 95,00	R\$ 184,00
900	ULTRASSONOGRRAFIA DOPLER COLORIDO DE ORGAO OU ESTRUTURA ISOLADA	02.05.01.004-0	15	R\$ 100,00	R\$ 1.500,00
901	ULTRASSONOGRRAFIA DOPLER DE AORTA E ARTERIAS RENAIAS	02.05.01.004-0	10	R\$ 230,00	R\$ 2.300,00
902	ULTRASSONOGRRAFIA DOPLER DE APARELHO URINARIO (RIM TRANSPLANTADO)	02.05.01.004-0	10	R\$ 200,00	R\$ 2.000,00
903	ULTRASSONOGRRAFIA DOPLER FIGADO E VASOS HEPATICO	02.05.01.004-0	10	R\$ 200,00	R\$ 2.000,00
904	ULTRASSONOGRRAFIA DOPLERFLUXOMETRIA FETAL	02.05.01.005-9	10	R\$ 150,00	R\$ 1.500,00
905	ULTRASSONOGRRAFIA SCAN ARTERIAL MID DUPLEX	02.05.01.004-0	60	R\$ 170,00	R\$ 10.200,00
906	ULTRASSONOGRRAFIA SCAN ARTERIAL MIE DUPLEX	02.05.01.004-0	60	R\$ 170,00	R\$ 10.200,00

239



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITACARAMBI

MINAS GERAIS

CNPJ Nº. 18.283.101/0001-82

Pça. Adolfo de Oliveira s/nº - Centro – CEP: 39.470-000 –Tel. (38) 3613-2559

907	ULTRASSONOGRAFIA SCAN ARTERIAL MSD	DUPLEX	02.05.01.004-0	20	R\$ 170,00	R\$ 3.400,00
908	ULTRASSONOGRAFIA SCAN ARTERIAL MSE	DUPLEX	02.05.01.004-0	20	R\$ 170,00	R\$ 3.400,00
909	ULTRASSONOGRAFIA SCAN DOS VASOS ABDOMINAIS	DUPLEX	02.05.01.004-0	2	R\$ 220,00	R\$ 440,00
910	ULTRASSONOGRAFIA SCAN VENOSO MID	DUPLEX	02.05.01.004-0	120	R\$ 160,00	R\$ 19.200,00
911	ULTRASSONOGRAFIA SCAN VENOSO MIE	DUPLEX	02.05.01.004-0	120	R\$ 160,00	R\$ 19.200,00
912	ULTRASSONOGRAFIA SCAN VENOSO MSD	DUPLEX	02.05.01.004-0	35	R\$ 160,00	R\$ 5.600,00
913	ULTRASSONOGRAFIA SCAN VENOSO MSE	DUPLEX	02.05.01.004-0	35	R\$ 160,00	R\$ 5.600,00
914	ULTRASSONOGRAFIA ENDORETAL COM BIOPSIA		02.01.01.054-2	5	R\$ 200,00	R\$ 1.000,00
915	ULTRASSONOGRAFIA GENITAL					
916	ULTRASSONOGRAFIA HISTEROSONOGRAFIA 5º AO 11º DIA DO CICLO MENSTRUAL		02.05.02.018-6	1	R\$ 300,00	R\$ 300,00
917	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA COM DOPPLER		02.05.01.005-9	3	R\$ 150,00	R\$ 450,00
918	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA GEMELAR 1ª, 2ª E 3ª TRIMESTRE (DOIS FETOS)		02.05.02.014-3	2	R\$ 150,00	R\$ 300,00
919	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA GEMELAR COM PBF (DOIS FETOS)		02.05.02.014-3	2	R\$ 200,00	R\$ 400,00
920	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA MARCADORES CROMOSSOMICOS		02.05.01.005-9			
921	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA MORFOLOGICO FETAL		02.05.01.005-9	36	R\$ 150,00	R\$ 5.400,00
922	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA MORFOLOGICO FETAL COM DOPPLER		02.05.01.005-9	36	R\$ 150,00	R\$ 5.400,00
923	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA MORFOLOGICO FETAL GEMELAR (DOIS FETOS)		02.05.01.005-9	12	R\$ 300,00	R\$ 3.600,00
924	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA MORFOLOGICO FETAL GEMELAR COM DOPPLER (DOIS FETOS)		02.05.01.005-9	12	R\$ 400,00	R\$ 4.800,00
925	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA ROTINA		02.05.02.014-3			
926	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICO BIOFISICO FETAL		02.05.01.005-9	5	R\$ 150,00	R\$ 750,00
927	ULTRASSONOGRAFIA PAAF DE MAMAS GUIADA DE US (MAMA DIREITA)		02.01.01.058-5	10	R\$ 95,00	R\$ 950,00
928	ULTRASSONOGRAFIA PAAF DE MAMAS GUIADA DE US (MAMA ESQUERDA)		02.01.01.058-5	10	R\$ 95,00	R\$ 950,00
929	ULTRASSONOGRAFIA PAAF DE TIREOIDE GUIADA DE US		02.01.01.047-0	60	R\$ 95,00	R\$ 5.700,00
930	ULTRASSONOGRAFIA PAREDE ABDOMINAL OU PAREDE TORACICA		02.05.02.004-6	5	R\$ 90,00	R\$ 450,00
931	ULTRASSONOGRAFIA PELE E SUBCUTANEO			5	R\$ 100,00	R\$ 500,00

