

DECRETO Nº 5897 – 29/07/2021 – CRÉDITO SUPLEMENTAR
DECRETO Nº 5898 – 30/07/2021 – CRÉDITO SUPLEMENTAR

DECRETO MUNICIPAL Nº 5899

“DISPÕE SOBRE ALTERAÇÕES NO DECRETO MUNICIPAL Nº 5837, DE 29 DE ABRIL DE 2021, QUE ATUALIZA A TABELA DE CONSULTAS, PLANTÕES, EXAMES E PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES, PARA MODIFICAR O VALOR PREVISTO NO TÓPICO QUADRO 10, DIAGNÓSTICO/PROCEDIMENTOS POR ENDOSCOPIA”.

MARCELO DE MORAIS, Prefeito Municipal de São Sebastião do Paraíso, Estado de Minas Gerais, no uso de suas atribuições legais,

CONSIDERANDO a aprovação do Conselho Municipal de Saúde sobre o reajuste de valores de exames na Tabela Municipal, ocorrido em 28.07.2021.

DECRETA:

Art. 1º - Fica acrescido ao quadro 2, raio-x, da tabela de consultas, plantões, exames e procedimentos ambulatoriais e hospitalares, o seguinte exame:

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Qtd.
2-54	02.04.01.017-9	Radiografia Panorâmica	R\$ 45,00	840

Art. 2º - Fica acrescido ao quadro 5, ressonância magnética, da tabela de consultas, plantões, exames e procedimentos ambulatoriais e hospitalares, o seguinte exame:

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
5-19	99.02.07.000-3	Ressonância Magnética Multiparamétrica da Próstata	R\$ 846,66	24

Art. 3º - Os exames previstos no tópico quadro 3, diagnóstico/procedimento por ultrassonografia em sede própria, códigos 02.05.01.005-9, 02.05.02.007-0, 02.05.02.008-9, 02.05.02.009-7, 02.05.02.010-0, 02.05.02.011-9, 02.05.02.012-7, 02.05.02.013-5, 02.05.02.014-3, 02.05.02.015-1, 02.05.02.016-0, 02.05.02.017-8, 02.05.02.018-6, passam a vigorar com os seguintes valores:

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
3 - 3	02.05.01.005-9	Ultrassonografia Doppler de Fluxo Obstétrico	R\$ 142,50	30
3 - 9	02.05.02.007-0	Ultrassonografia de Bolsa Escrotal	R\$ 62,70	150
3 - 10	02.05.02.008-9	Ultrassonografia de Globo Ocular / Órbita (Monocular)	R\$ 62,70	60
3 - 11	02.05.02.009-7	Ultrassonografia Mamária Bilateral	R\$ 62,70	2.250
3 - 12	02.05.02.010-0	Ultrassonografia de Próstata por Via Abdominal	R\$ 62,70	300
3 - 13	02.05.02.011-9	Ultrassonografia de Próstata (Via Transretal)	R\$ 62,70	15

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
3 - 14	02.05.02.012-7	Ultrassonografia de Tireóide ou Região Cervical Anterior	R\$ 62,70	375
3 - 15	02.05.02.013-5	Ultrassonografia de Tórax (Extracardiaca)	R\$ 62,70	15
3 - 16	02.05.02.014-3	Ultrassonografia Obstétrica ou Obstétrico com Translucência Nucal	R\$ 62,70	1.750
3 - 17	02.05.02.014-3	Ultrassonografia Obstétrica Morfológica	R\$ 124,20	800
3 - 18	02.05.02.014-3	Ultrassonografia Gemelar	R\$ 94,20	15
3 - 19	02.05.02.015-1	Ultrassonografia Obstétrica c/ Doppler Colorido e Pulsado	R\$ 139,60	81
3 - 20	02.05.02.016-0	Ultrassonografia Pélvica (Ginecológica)	R\$ 62,70	375
3 - 21	02.05.02.017-8	Ultrassonografia Transfontanela	R\$ 62,70	15
3 - 22	02.05.02.018-6	Ultrassonografia Transvaginal	R\$ 62,70	3.000

Art. 4º - Os exames previstos no tópico quadro 4, diagnóstico/procedimento por ultrassonografia, realizações no Ambulatório Municipal com Equipamento do Município, códigos 02.05.01.005-9, 02.05.02.007-0, 02.05.02.008-9, 02.05.02.009-7, 02.05.02.010-0, 02.05.02.011-9, 02.05.02.012-7, 02.05.02.013-5, 02.05.02.014-3, 02.05.02.015-1, 02.05.02.016-0, 02.05.02.017-8, 02.05.02.018-6, passam a vigorar com os seguintes valores:

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
4 - 3	02.05.01.005-9	Ultrassonografia Doppler de Fluxo Obstétrico	R\$ 100,00	30
4 - 9	02.05.02.007-0	Ultrassonografia de Bolsa Escrotal	R\$ 38,50	150
4 - 10	02.05.02.008-9	Ultrassonografia de Globo Ocular / Órbita (Monocular)	R\$ 38,50	60
4 - 11	02.05.02.009-7	Ultrassonografia Mamária Bilateral	R\$ 38,50	2.250
4 - 12	02.05.02.010-0	Ultrassonografia de Próstata por Via Abdominal	R\$ 38,50	300
4 - 13	02.05.02.011-9	Ultrassonografia de Próstata (Via Transretal)	R\$ 38,50	15
4 - 14	02.05.02.012-7	Ultrassonografia de Tireóide ou Região Cervical Anterior	R\$ 38,50	375
4 - 15	02.05.02.013-5	Ultrassonografia de Tórax (Extracardiaca)	R\$ 38,50	15
4 - 16	02.05.02.014-3	Ultrassonografia Obstétrica ou Obstétrico com Translucência Nucal	R\$ 38,50	1.750
4 - 17	02.05.02.014-3	Ultrassonografia Obstétrica Morfológica	R\$ 100,00	800
4 - 18	02.05.02.014-3	Ultrassonografia Gemelar	R\$ 70,00	15
4 - 19	02.05.02.015-1	Ultrassonografia Obstétrica c/ Doppler Colorido e Pulsado	R\$ 100,00	81
4 - 20	02.05.02.016-0	Ultrassonografia Pélvica (Ginecológica)	R\$ 38,50	375
4 - 21	02.05.02.017-8	Ultrassonografia Transfontanela	R\$ 38,50	15
4 - 22	02.05.02.018-6	Ultrassonografia Transvaginal	R\$ 38,50	3.000

Art. 5º - Os exames previstos no tópico quadro 5, diagnóstico/procedimento ressonância magnética, códigos, 02.07.01.001-3, 02.07.01.002-1, 02.07.01.003-0, 02.07.01.004-8, 02.07.01.005-6, 02.07.01.006-4, 02.07.01.007-2, 02.07.02.001-9, 02.07.02.002-7, 02.07.02.003-5, 02.07.03.001-4, 02.07.03.002-2, 02.07.03.003-0, 02.07.03.004-9, 99.02.07.000-1, 99.02.07.000-2, 99.02.07.000-3, 99.02.07.000-4, 99.02.07.000-3, passam a vigorar com os seguintes valores:

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
5 - 1	02.07.01.001-3	Angiorressonância Cerebral	R\$ 550,00	25
5 - 2	02.07.01.002-1	Ressonância Magnética de Articulação Têmporo-Mandibular (Bilateral)	R\$ 550,00	15
5 - 3	02.07.01.003-0	Ressonância Magnética de Coluna Cervical / Pescoço	R\$ 550,00	200
5 - 4	02.07.01.004-8	Ressonância Magnética de Coluna Lombo-Sacra	R\$ 550,00	500
5 - 5	02.07.01.005-6	Ressonância Magnética de Coluna Torácica	R\$ 550,00	75
5 - 6	02.07.01.006-4	Ressonância Magnética de Crânio	R\$ 550,00	250
5 - 7	02.07.01.007-2	Ressonância Magnética de Sela Túrcica	R\$ 550,00	30
5 - 8	02.07.02.001-9	Ressonância Magnética de Coração / Aorta c/ Cine	R\$ 550,00	12
5 - 9	02.07.02.002-7	Ressonância Magnética de Membro Superior (Unilateral)	R\$ 550,00	120
5 - 10	02.07.02.003-5	Ressonância Magnética de Tórax	R\$ 550,00	15
5 - 11	02.07.03.001-4	Ressonância Magnética de Abdomen Superior	R\$ 550,00	90
5 - 12	02.07.03.002-2	Ressonância Magnética de Bacia / Pelve / Abdomen Inferior	R\$ 550,00	90
5 - 13	02.07.03.003-0	Ressonância Magnética de Membro Inferior (Unilateral)	R\$ 550,00	450
5 - 14	02.07.03.004-9	Ressonância Magnética de Vias Biliares / Colangiorressonância	R\$ 550,00	15
5 - 15	99.02.07.000-1	Angiorressonância (Inclui Pescoço, Abdome, Tórax e qualquer outro segmento)	R\$ 550,00	30
5 - 16	99.02.07.000-2	Angiorressonância de Aorta (Inclui Torácica, Abdominal e qualquer outro segmento)	R\$ 550,00	15
5 - 17	99.02.07.000-3	Artro Ressonância (Inclui a Punção Articular)	R\$ 500,00	15
5 - 18	99.02.07.000-4	Ressonância Magnética com Anestesia Geral	R\$ 1.180,00	15

Art. 6º - Revogadas as disposições em contrário este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação.

Prefeitura Municipal de São Sebastião do Paraíso, 30 de julho de 2021.

MARCELO DE MORAIS
Prefeito Municipal