

## PLANO DE TRABALHO

<b>1. DADOS CADASTRAIS:</b>			
Nome da Instituição: <b>Hospital Santo Antônio</b>		CNPJ: 97.577.928/0001-75	
Tipo de Organização da Sociedade Civil: Hospital Geral, associação civil, de fins filantrópicos		<input checked="" type="checkbox"/> Sem Fins Lucrativos	
		<input type="checkbox"/> Cooperativa	
		<input type="checkbox"/> Religiosa	
Endereço: Rua Tranquilo Basso, 270			
Bairro: Centro	Cidade: Tapejara	U.F: RS	CEP: 99950-000
E-mail: administracao@hsasaude.com.br		Telefone: (054) 3344-3700	
Nome do Dirigente Responsável: <b>Sirinei Panizzon</b>			CPF: <b>204.208.700-91</b>
Período do mandato: 06/05/2025 a 30/04/2027	Carteira de Identidade/Órgão Expedidor: 6005103831 – SSP/RS	Cargo: Presidente	
Endereço: Rua Júlio de Castilhos, 1436, Apto 1201, Tapejara, RS.			CEP: 99950-000

<b>2. PROPOSTA DE TRABALHO</b>			
Nome do Projeto:  Prestação de serviços Médico-hospitalares		Prazo de Execução:	
		Início: 01/02/2026	Término: 31/01/2027
<b>Público Alvo:</b> População do Município de Charrua do Estado do Rio Grande do Sul, cuja população é de aproximadamente 2.768 habitantes (Fonte: IBGE 2022).			
<b>Objeto da Parceria:</b> Prestar serviços médico-hospitalares de Urgência e Emergência, em regime de 24 (vinte e quatro) horas, especialidades médicas correlatas e serviços de ambulância dos tipos 'B' e 'D', para pacientes encaminhados pelo Município de Charrua e para procedimentos eletivos, mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde.			
<b>Descrição da realidade que será objeto da parceria:</b> O Município de Charrua presta serviço de atendimento básico de saúde 8 horas diárias a toda população. Após o horário normal de atendimento e aos finais de semana e feriados, a população que necessita de serviços especializados de saúde é conduzida pela Secretaria Municipal de Saúde ou procura espontaneamente os serviços no Pronto Atendimento do Hospital de referência, ou seja, o Hospital Santo Antônio, em Tapejara.			

**Justificativa da proposição:** O presente Projeto visa dar continuidade à parceria firmada para a prestação de serviços médicos de média complexidade no atendimento de Urgência e Emergência, Pronto Atendimento 24 (vinte e quatro) horas e Plantão Médico-Hospitalar, incluindo atendimentos em Saúde Mental, internações compulsórias e serviços de ambulância dos tipos “B” e “D”. Trata-se de serviço essencial e de relevante interesse público para a população do Município de Charrua.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1) GERAIS**

3.1.1) Assegurar à população do Município de Charrua acesso contínuo, resolutivo e ininterrupto aos serviços médico-hospitalares de Urgência e Emergência, com atendimento oportuno e estabilização clínica dos pacientes.

3.1.2) Disponibilizar exames laboratoriais e de imagem indispensáveis ao diagnóstico e à clínica dos atendimentos de Urgência e Emergência;

3.1.3) Prestar atendimento em Saúde Mental, inclusive internações compulsórias, nos termos da legislação vigente e mediante encaminhamento competente;

3.1.4) Executar consultas e cirurgias eletivas de média complexidade, conforme demanda e autorizada pelo Município.

#### **3.2) Específicos**

3.2.1) Manter em funcionamento o Pronto Atendimento e o Plantão Médico-Hospitalar de Urgência e Emergência em regime de 24 (vinte e quatro) horas diárias;

3.2.2) Realizar exames laboratoriais e de imagem no mesmo episódio de atendimento, sempre que clinicamente indicados;

3.2.3) Disponibilizar atendimento em Saúde Mental e internações compulsórias em regime de 24 (vinte e quatro) horas diárias, sete dias por semana, mediante determinação judicial ou encaminhamento formal do órgão competente;

3.2.4) Disponibilizar serviços de remoção por ambulâncias de suporte básico, Tipo “B”, e suporte avançado, Tipo “D”, em regime de 24 (vinte e quatro) horas diárias, sete dias por semana.

### **4. METODOLOGIA:**

A execução das atividades ocorrerá mediante a disponibilização contínua de serviços médico-hospitalares de Urgência e Emergência, em regime de 24 (vinte e quatro) horas diárias, incluindo atendimento presencial no Pronto Atendimento do Hospital Santo Antônio, bem como a realização de remoções por meio de ambulâncias dos Tipos “B” e “D”, conforme demanda devidamente referenciada pela Secretaria Municipal de Saúde ou espontânea do Município de Charrua.

## 5. METAS E RESULTADOS ESPERADOS:

5.1 - Garantir atendimento de Urgência e Emergência 24 (vinte e quatro) horas diárias, durante toda a vigência da parceria e prestação de serviços de forma eletiva conforme a necessidade, devidamente autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde do Município.

5.2 – Resultados esperados:

Recuperação da saúde e encaminhamentos dos casos que a complexidade exija centros especializados de atendimento. Atendimento oportuno, estabilização clínica dos pacientes e encaminhamento aos serviços de referência quando necessário.

5.3 – Parâmetros para aferição do cumprimento das metas:

Relatórios mensais circunstanciados, contendo quantitativo de atendimentos, procedimentos realizados e remoções efetuadas.

5.4 - Descrição das ações

Meta	Ações
1	Disponibilizar equipe profissional para realização de procedimentos de média complexidade, no ato do atendimento de Urgência e Emergência.
	Disponibilizar Pronto Atendimento e Plantão Médico-Hospitalar de Urgência e Emergência 24 (vinte e quatro) horas diárias.
2	Realizar exames laboratoriais e de imagem que contribuam para o diagnóstico no atendimento no Pronto Atendimento e Plantão Médico Hospitalar de Urgência e Emergência.
3	Realizar cirurgias eletivas (de média complexidade nas especialidades de: ortopedia, ginecologia, cirurgia geral, otorrinolaringologia e urologia).
4	Realizar consultas médicas eletivas no Ambulatório de Especialidades e consultas pré-operatórias. (especialidades conforme disponibilizadas no ambulatórios de Especialidades Médicas).
5	Realizar atendimento em Saúde Mental e internações compulsórias.
6	Disponibilizar equipe profissional para realização das transferências de acordo com a necessidade.

## 6. DA REMUNERAÇÃO E VALORES

Pela prestação de serviços médico-hospitalar nas áreas de Anestesiologia, Cirurgia Geral, Clínica Geral, Ginecologia/Obstetrícia, Pediatria e Traumatologia, a CONTRATADA fará jus à remuneração mensal ajustada neste instrumento. Os serviços abrangem, ainda, a realização de exames laboratoriais e de imagem necessários ao auxílio na execução dos atendimentos e à definição do quadro clínico do paciente no momento do atendimento de Urgência e Emergência, bem como todos os demais custos inerentes ao atendimento médico-hospitalar. Pela execução dos serviços ora contratados, a CONTRATANTE pagará à CONTRATADA o valor fixo de R\$

**24.909,08 (vinte e quatro mil, novecentos e nove reais e oito centavos)** o qual será reajustado anualmente pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), ou por outro índice oficial que venha a substituí-lo.

Realização de exames laboratoriais, **no valor médio mensal estimado em R\$ 8.500,00** (oito mil e quinhentos reais); exames de imagem – ultrassonografias – **no valor médio mensal estimado em R\$ 2.800,00** (dois mil e oitocentos reais); endoscopias e colonoscopias, **no valor médio estimado em R\$ 3.000,00** (três mil reais) mensais; e exames de raio-X, no valor médio mensal **estimado em R\$ 2.500,00** (dois mil e quinhentos reais), conforme valores discriminados nos Anexos I e II.

Contempla, ainda, a realização de cirurgias, bem como consultas médicas pré-operatórias e avaliações anestésicas, cujos valores encontram-se previstos na tabela de referência, com **estimativa mensal de R\$ 9.000,00** (nove mil reais), conforme disposto no Anexo III deste Plano de Trabalho.

Não estão inclusos nos procedimentos os seguintes itens: órteses, próteses, materiais especiais, hemoterapias, nutrições enterais e parenterais, bem como peças anatômicas, os quais não compõem o valor do pacote. Tais insumos estão previstos neste Plano de Trabalho quando houver necessidade de utilização; contudo, não é possível a pré-fixação de valores, uma vez que estes podem sofrer variações conforme os fornecedores.

Consultas eletivas nas especialidades disponíveis Centro de Especialidades Médicas do Hospital Santo Antônio no valor de **R\$ 259,00** cada, totalizando **o valor mensal estimado em R\$ 1.036,00** (mil reais e trinta e seis centavos).

Para atendimentos em Saúde Mental e internações compulsórias de pacientes encaminhados pelo Município, será devido o valor de R\$ 500,00 (quinhentos reais) pela primeira consulta. Havendo internação compulsória, devidamente autorizada pelo Município ou por determinação judicial, será devido o valor de R\$ 700,00 (setecentos reais) por diária, pelo período necessário ao tratamento, conforme avaliação clínica.

Para a prestação de serviços de **ambulância de suporte básico, Tipo “B”**, com condutor, enfermeiro, todos da equipe devidamente habilitados conforme a portaria nº 2048/02 do Ministério da Saúde, sendo o serviço ofertado sete dias por semana em 24 (vinte e quatro) horas diárias no **valor fixo de R\$ 1.000,00** (um mil reais), **por remoções de até 200 km de distância**, do Hospital Santo Antônio. Quando houver necessidade de remoções acima da quilometragem referida, ou seja, acima de 200 km, será cobrado o valor de **R\$ 6,00** (seis reais) **por km excedente**.

Para a prestação de serviços de **ambulância de suporte avançado, Tipo "D"**, com condutor, enfermeiro e médico, todos da equipe devidamente habilitados conforme a portaria nº 2048/02 do Ministério da Saúde, sendo o serviço ofertado sete dias por semana em 24 (vinte e quatro) horas diárias no **valor fixo de R\$ 2.000,00** (dois mil reais), **por remoções de até 200 km de distância**, do Hospital Santo Antônio. Quando houver necessidade de remoções acima da quilometragem referida, ou seja, acima de 200 km, será cobrado o valor de **R\$ 11,36** (onze reais e trinta e seis centavos) **por km excedente**. Estimado o quantitativo de 1 remoção por mês sendo o valor de **R\$ 2.000,00** (dois mil reais).

#### 7. DO VALOR GLOBAL ESTIMADO

Objeto a execução de prestação de serviço médico-hospitalar: Para Pronto Atendimento e plantão médico hospitalar de Urgência e Emergência 24 (vinte e quatro) horas diárias, no <b>valor fixo de 24.909,08 (vinte e quatro mil, novecentos e nove reais e oito centavos)</b> .  Os demais serviços serão realizados conforme demanda previamente definida e autorizada pelo Município, sem valor fixo mensal, observados os valores estimados supracitados estabelecidos neste Plano de Trabalho e seus anexos.	<b>R\$ 53.745,08</b> <b>(cinquenta e três mil, setecentos e quarenta e cinco reais e oito centavos).</b>
<b>TOTAL GLOBAL ESTIMADO</b>	<b>R\$ 644.940,96</b>

#### 8. PRESTAÇÃO DE CONTAS

##### MODO E PERIODICIDADE DAS PRESTAÇÕES DE CONTAS

- Entrega da prestação de contas será mensalmente, até o 5º dia útil do mês subsequente.

##### PRAZO DE ANÁLISE DA PRESTAÇÃO DE CONTAS PELA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

-15 dias úteis (quinze) dias, contados da data de seu recebimento ou do cumprimento de diligência determinada, prorrogável justificadamente por igual período.

##### ALTERAÇÃO DO MEIO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

- Quando houver a necessidade de mudança nos meios de prestação de contas ou diligência, o HOSPITAL SANTO ANTÔNIO deverá ser comunicado para se habituar ao modelo proposto, por meio de ofício.

#### 9. FORMA DE PAGAMENTO

O Pagamento deverá ser realizado no dia 10 de cada mês subsequente ao vencido em conta específica aberta pela instituição para uso do recebimento, mediante apresentação da prestação de contas.

## 10. VIGÊNCIA

A presente parceria vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, com início em 01 de fevereiro de 2026, podendo ser prorrogada, mediante acordo mútuo entre as partes, até o limite máximo de 60 (sessenta) meses, nos termos do Termo de Colaboração firmado.

## 11. DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal do HOSPITAL SANTO ANTÔNIO, associação civil, de fins filantrópicos, declaro, para fins de comprovação junto ao Município, para os efeitos e sob as penas da Lei, que inexistente qualquer débito ou situação de inadimplência com a Administração Pública Municipal ou qualquer entidade da Administração Pública, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas no orçamento do Município para aplicação na forma prevista por este Plano de Trabalho.

Nestes termos, requer deferimento.

Tapejara, RS, 02 de janeiro de 2026.

Guilherme Tybusch  
Superintendente  
CRA - 041819

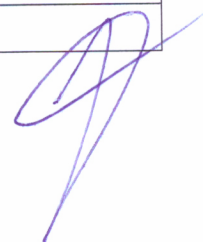
HOSPITAL SANTO ANTÔNIO

Guilherme Tybusch  
CPF 001.343.280-00

<b>ANEXO I</b>	
<b>EXAMES CENTRO DE DIAGNÓSTICO</b>	
<b>ANÁLISES CLÍNICAS</b>	
Hemoglobina Glicada/glicosilada/A1C	R\$13,75
ABO Tipagem Sanguínea	R\$2,40
ALB Albumina	R\$3,50
Amilase	R\$3,93
ANBU Antibiograma (Urina)	R\$8,71
AUS Acido Urico	R\$3,23
BIL Bilirrubinas Total e Frações	R\$3,51
C Colesterol	R\$3,23
C-PLA Plaquetas (Coagulograma)	R\$4,77
C-TAP Tempo de Protrombina (Coagulograma)	R\$4,77
C-TCO Tempo de coagulação (Coagulograma)	R\$4,77
CA Calcio	R\$3,23
CG CURVA GLICÊMICA – CG	R\$7,49
CK CK – Total	R\$6,43
COG Coagulograma	R\$46,64
CRE Creatinina	R\$3,23
DFRA D Fraco (DU)	R\$2,40
EPF1 Parasitológico	R\$2,88
EQU EQU - Qualitativo de Urina	R\$6,48
FAL Fosfatase Alcalina- FAL	R\$3,51
FE Ferro Sérico	R\$6,14
FOS Fósforo soro	R\$3,23
FR Fator Reumatóide – Latex	R\$4,94

G Glicose	R\$3,23
GGT Gama GT – GGT	R\$6,14
GSA Grupo Sanguíneo	R\$2,40
H Hemograma	R\$7,19
HCG HCG – Mulher	R\$7,18
HDL Colesterol HDL	R\$6,14
HIV Anti-HIV	R\$31,48
INSU Insulina	R\$25,42
K Potássio	R\$3,23
KPTT K-TTP (Coagulograma)	R\$4,77
KTTP K-TTP (Tempo de Tromboplastina parcial ativado )	R\$10,09
LDL Colesterol LDL	R\$6,14
LF Pesquisa de Leucócitos fecais	R\$2,88
MALBA Microalbuminúria (Urina amostra)	R\$20,30
MG Magnésio – Soro	R\$3,51
NA Sódio	R\$3,23
PCR Proteína "C" Reativa	R\$4,94
PLA Plaquetas	R\$4,77
PSA PSA Total	R\$28,72
PSATL PSA Total e Livre	R\$34,98
RET Reticulócitos	R\$4,77
RH Fator Rh	R\$2,40
T Triglicerídios	R\$6,14
T3 T3 Tri-Iodotironina	R\$14,37
T4 T4 Tiroxina	R\$20,29
T4L T4 Livre	R\$20,29
TEL Testosterona Livre	R\$18,36
TET Testosterona Total	R\$17,20
TF Transferrina	R\$6,14
TGO TGO (AST)	R\$3,51
TGP TGP (ALT)	R\$3,51
TP Tempo de Protrombina	R\$4,77
TSH TSH Ultra Sensível	R\$15,67
U URÉIA	R\$3,23
UCT Urocultura	R\$9,83
VDL VDRL	R\$4,77

<b>ANEXO II</b>	
<b>EXAMES CENTRO DE DIAGNÓSTICO</b>	
<b>ULTRASSONOGRAFIA</b>	
US ABDÔMEN TOTAL	R\$113,70
US VIAS BILIARES OU ABDÔMEN SUPERIOR	R\$94,25
US MÚSCULOS E TENDÕES	R\$79,86
US TRANSVAGINAL	R\$67,76
US OBSTÉTRICO	R\$67,76
US MAMAS	R\$77,44
US PÉLVICA	R\$84,70
US PAREDE ABDOMINAL	R\$79,86
US VIAS URINÁRIAS	R\$79,86
US PRÓSTATA VIA ABDOMINAL	R\$79,86
US PRÓSTATA TRANSRETAL	R\$79,86
US COTOVELO	R\$79,86
US OMBRO-JOELHO	R\$79,86
US TORNOZELO	R\$79,86
US BOLSA ESCROTAL	R\$67,76
US TIREÓIDE	R\$94,25
US REGIÃO CERVICAL	R\$79,86
<b>RAIO-X</b>	
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	R\$ 40,31
RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)	R\$ 61,08
RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 42,75
RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	R\$ 85,51



RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 61,08
RADIOGRAFIA DE PERNA	R\$ 42,75
RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	R\$ 42,75
RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 42,75
RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	R\$ 76,96
RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)	R\$ 80,62
RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	R\$ 54,97
RADIOGRAFIA DE MAO	R\$ 39,09
RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	R\$ 58,3
RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	R\$ 42,75
RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R\$ 80,62
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)	R\$ 42,75
RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO	R\$ 37,31
RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	R\$ 61,08
RADIOGRAFIA DE COXA	R\$ 42,75
RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	R\$ 42,75
RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	R\$ 44,31
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA	R\$ 56,19
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)	R\$ 56,19
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 46,42
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA	R\$ 56,19
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	R\$ 44,31
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	R\$ 53,64
RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	R\$ 61,08
RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	R\$ 40,81
RADIOGRAFIA DE CALCANEO	R\$ 61,08
RADIOGRAFIA DE BRACO	R\$ 42,75
RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$ 42,75
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	R\$ 61,08
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	R\$ 61,08
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	R\$ 80,62
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	R\$ 42,75
RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	R\$ 40,31

RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	R\$ 24,43
RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	R\$ 42,75
RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	R\$ 76,96
<b>COLONOSCOPIAS E ENDOSCOPIAS</b>	
ENDOSCOPIA	R\$ 290,00
COLONOSCOPIA	R\$ 400,00
TESTE DE UREASE	R\$ 100,00

**ANEXO III  
CIRURGIAS**

<b>ORTOPEDIA</b>		
PROCEDIMENTO	Valor procedimento	Diária
MANGUITO ROTADOR LIGAMENTO (aberta)	R\$ 7.635,00	1
JOANETE	R\$ 6.035,00	1
TUNEL DO CARPO, NEUROMA, CISTOS, TENORRAFIA, AMPUTAÇÕES PEQUENAS, DEDO GATILHO/MARTELLO	R\$ 5.435,00	1
VIDEOARTROSCOPIA JOELHO/LCA	R\$ 7.900,00	1
VIDEOARTROSCOPIA JOELHO/MENISCO	R\$ 6.500,00	1
VIDEOARTROSCOPIA DE OMBRO	R\$ 8.700,00	1
PROTESE DE JOELHO	R\$ 13.300,00	3
FRATURA TROCANTÉRICA	R\$ 11.400,00	3
FRATURA MMII (PÉ/TORNOZELO)	R\$ 6.530,00	1
FRATURA MMII (FÊMUR)	R\$ 10.930,00	2
FRATURA MMII (TÍBIA)	R\$ 8.730,00	1
FRATURA MMSS (CLAVÍCULA)	R\$ 7.930,00	1
FRATURA MMSS (ANTEBRAÇO)	R\$ 7.730,00	1
FRATURA MMSS (PUNHO/MÃO)	R\$ 6.730,00	1
CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA	R\$ 175,00	-
CONSULTA ANESTESISTA	R\$ 100,00	-

**GINECOLOGIA**

PROCEDIMENTO	Valor procedimento	Diárias
CONIZAÇÃO	R\$ 4.671,50	1

CISTOCELE	R\$	4.200,00	1
SALPINGECTOMIA	R\$	4.600,00	1
CURETAGEM PÓS ABORTO	R\$	2.800,00	1
CURETAGEM SEMIÓTICA	R\$	2.600,00	1
HISTERECTOMIA POR VIDEO	R\$	7.500,00	1
HISTERECTOMIA VAGINAL	R\$	7.900,00	2
HISTERECTOMIA ABDOMINAL	R\$	7.500,00	2
OOFORECTOMIA	R\$	5.700,00	2
CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA	R\$	175,00	-
CONSULTA ANESTESISTA	R\$	100,00	-

**CIRURGIA GERAL**

PROCEDIMENTO	Valor procedimento	Diárias
HERNIORRAFIA UMBILICAL (aberta)	R\$ 3.800,00	1
HERNIORRAFIA INGUINAL (aberta)	R\$ 6.500,00	1
HEMORROIDECTOMIA	R\$ 4.800,00	1
COLECISTECTOMIA	R\$ 6.900,00	1
COLECISTECTOMIA (vídeo)	R\$ 6.400,00	1
RETIRADA DE CISTO	R\$ 1.850,00	AMB
RETIRADA DE GRANULOMA	R\$ 1.850,00	AMB
RETIRADA DE LIPOMA	R\$ 1.850,00	AMB
RETIRADA DE CISTO SEBACEO	R\$ 1.850,00	AMB
CISTO PILONIDAL	R\$ 4.700,00	1
EXERESE DE LESÃO DE PELE	R\$ 1.400,00	AMB
CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA	R\$ 175,00	-
CONSULTA ANESTESISTA	R\$ 100,00	-

**OTORRINOLARINGOLOGIA**

PROCEDIMENTO	Valor procedimento	Diárias
AMIGDALECTOMIA	R\$ 6.200,00	1
SEPTOPLASTIA	R\$ 8.215,00	1
ADENOIDECTOMIA	R\$ 6.100,00	1
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	R\$ 3.600,00	AMB
OTOSCLEROSE	R\$ 3.000,00	1
TIMPANOPLASTIA	R\$ 2.600,00	1
CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA	R\$ 175,00	-
CONSULTA ANESTESISTA	R\$ 100,00	-

**UROLOGIA**

PROCEDIMENTO	Valor procedimento	Diária
POSTECTOMIA	R\$ 4.165,00	1
PLÁSTICA DO FREIO BALANOPREPUCIAL	R\$ 2.380,00	1
VARICOCELE	R\$ 5.820,00	1
VASECTOMIA	R\$ 2.900,00	AMB
HIDROCELE	R\$ 5.000,00	1
EXÉRESE DE CISTO ESCROTAL	R\$ 4.800,00	1
ELETROCOAGULAÇÃO DE VERRUGAS	R\$ 750,00	AMB
ORQUIECTOMIA RADICAL	R\$ 6.200,00	1
ORQUIECTOMIA BILATERAL	R\$ 6.200,00	1

*Não estão inclusos nos procedimentos: orteses, próteses, materiais especiais, hemoterapias, nutrições enterais/parenterais e peças anatômicas. (Estes deverão ser fornecidos e pagos a parte de acordo com a autorização prévia do município).*

