**DECRETO Nº 24/2016**

**“DETERMINA O SISTEMA DE CREDENCIAMENTO DE MÉDICOS E LABORATÓRIOS PARA REALIZAÇÃO DE CONSULTAS EXAMES, E DÁ OUTRAS PROVIDENCIAS”.**

Ademil Antonio da Rosa, Prefeito Municipal de Brunópolis, Estado de Santa Catarina, no uso de suas atribuições legais, conferidas pelo artigo 100, inciso VIII, da Lei Orgânica do Município de Brunópolis; e

CONSIDERANDO as decisões do Conselho Municipal de Saúde de Brunópolis;

**RESOLVE:**

**Art.1º** - Fica autorizado o sistema de credenciamento de médicos especialistas, para realização de consultas nas áreas descritas no Anexo I do presente Decreto.

**Art. 2º** - Fica autorizado o sistema de credenciamento para contratação de exames descritos no Anexo II do presente Decreto.

**Art. 3º** - O valor máximo a ser pago pelas consultas e pelos exames está indicado nos Anexos I e II do presente Decreto.

**Art. 4º** - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, sendo revogadas as disposições em contrário.

Brunópolis, 28 de março de 2016.

**Ademil Antonio da Rosa**

**Prefeito Municipal**

**José Thieres Alves Ribeiro**

**Secretário de Administração, Planejamento e Fazenda**

*Publicado o presente decreto no Diário Oficial dos Municípios*

**DECRETO Nº 21/2016**

**ANEXO I**

**CREDENCIAMENTO DE MÉDICOS**

**RELAÇAO DE ESPECIALIDADES E PREÇO POR CONSULTA REALIZADA**.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ESPECIALIDADE** | **VALOR CONSULTA R$** | **CONSULTAS MENSAIS** |
| ANESTESIOLOGISTA |  170,00 | ILIMITADO |
| OFTALMOLOGISTA | 170,00 | ILIMITADO |
| PSIQUIATRA | 350,00 | ILIMITADO |
| ENDOCRINOLOGISTA | 140,00 | ILIMITADO |
| UROLOGISTA | 170,00 | ILIMITADO |
| REUMATOLOGISTA | 250,00 | ILIMITADO |
| NEUROLOGISTA | 220,00 | ILIMITADO |
| NEFROLOGISTA | 150,00 | ILIMITADO |
| OTORRINOLARINGOLOGISTA | 100,00 | ILIMITADO |
| ORTOPEDISTA  | 230,00 | ILIMITADO |
| GASTROENTEROLOGISTA | 250,00 | ILIMITADO |
| ANGIOLOGISTA | 170,00 | ILIMITADO |
| PNEUMOLOGISTA | 170,00 | ILIMITADO |
| CARDIOLOGISTA  | 230,00 | ILIMITADO |
| DERMATOLOGISTA | 150,00 | ILIMITADO |
| ÓTICA( PACOTE) | 200,00 | ILIMITADO |
|  |  |  |

**DECRETO 21/2016**

 **ANEXO II**

**CREDENCIAMENTO PARA EXAMES**

**RELAÇAO DOS EXAMES E PREÇO POR EXAME REALIZADO.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TIPO DO EXAME** | **VALOR** | **QUANTIDADE** **MENSAL** |
| AUDIOMETRIA TONAL ADULTO / INFANTIL | 90,00 | ILIMITADO |
| AUDIOMETRIA COMPORTAMENTAL | 85,00 | ILIMITADO |
| IMITANCIOMETRIA | 90,00 | ILIMITADO |
| FONOTERAPIA | 75,00 | ILIMITADO |
| TESTE DA ORELINHA | 70,00 | ILIMITADO |
| ESPIROMETRIA | 100,00 | ILIMITADO |
| DESITOMETRIA OSSEA  | 150,00 | ILIMITADO |
| ENDOSCOPIA | 240,00 | ILIMITADO |
| PROTESE DENTÁRIA | 225,00 | ILIMITADO |
| USG CERVICAL | 100,00 | ILIMITADO |
| USG DE VIAS BILIARES | 100,00 | ILIMITADO |
| USG APARELHO URINARIO FEMININO  | 120,00 | ILIMITADO |
| USG APARELHO URINARIO MASCULINO | 120 ,00 | ILIMITADO |
| USG DOPLLER VENOSO ( CADA MEMBRO) | 270,00 | ILIMITADO  |
| USG DOPLLER ARTERIAL  | 270,00 | ILIMITADO |
| USG OBST MORFOLÓGICO | 240,00 | ILIMITADO |
| USG MORFOLÓGICO COM DOPPLER  | 550,00 | ILIMITADO |
| USG MORFOLÓGICO C/ MEDIDA COLO DO UTERO | 420,00 | ILIMITADO |
| USG ABDOMEN SUPERIOR + PELVE | 170,00 | ILIMITADO |
| USG DE ABDOMEN TOTAL C/ DOPPLER | 410,00 | ILIMITADO |
| USG DOPPLER DE CAROTIDAS + VERTEBRAIS | 160,00 | ILIMITADO |
| USG OBSTETRICO /TRANLUCENCIA NUCAL | 150,00 | ILIMITADO |
| USG MORFOLOGICO GEMELAR | 190,00 | ILIMITADO |
| USG OBST TRANSV | 140,00 | ILIMITADO |
| USG OBSTETRICO COM DOPLER  | 250,00 | ILIMITADO |
| USG OBSTETRICO TRANSVERSAL | 140,00 | ILIMITADO |
| USG OBSTETRICO | 130,00 | ILIMITADO |
| USG OBSTETRICO GEMELAR | 190,00 | ILIMITADO |
| USG OBSTETRICA COM PERFIL BIO | 170,00 | ILIMITADO |
| USG DE ARTICULAÇOES  | 100,00 | ILIMITADO |
| USG DE ABDOMEN TOTAL | 160,00 | ILIMITADO |
| USG DE ABDOMEN SUPERIOR | 100,00 | ILIMITADO |
| USG DE ABDOMEN INFERIOR | 100,00 | ILIMITADO |
| USG DE CARÓTIDAS | 270,00 | ILIMITADO |
| USG DAS MAMAS | 120,00 | ILIMITADO |
| USG DA TIREOIDE | 120,00 | ILIMITADO |
| USG DA TIREOIDE COM DOPPLER | 250,00 | ILIMITADO |
| USG DE RINS E VIAS URINÁRIAS | 100,00 | ILIMITADO |
| USG DE PRÓSTATA | 100,00 | ILIMITADO |
| USG DE BOLSA ESCROTAL | 100,00 | ILIMITADO |
| USG BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER | 250,00 | ILIMITADO |
| USG TRANSVAGINAL | 100,00 | ILIMITADO |
| UGG PAREDE ABDOMINAL | 150,00 | ILIMITADO |
| USG DE OMBROS | 120,00 | ILIMITADO |
| USG DE OMBRO | 180,00 | ILIMITADO |
| USG PELVICA | 100,00 | ILIMITADO |
| USG TRANSLUCENCIA NUCAL GEMELAR | 250,00 | ILIMITADO |
| USG DE PRÓSTATA ABDOMINAL | 110,00 | ILIMITADO |
| USG ESTRUTURAS SUPERFICIAIS | 150,00 | ILIMITADO |
| DOPPLER DE CARÓTIDAS VERTEBRAIS | 330,00 | ILIMITADO |
| DOPPLER VENOSO VENOSO CADA MEMBRO | 270,00 | ILIMITADO |
| DOPPLER ARTERIAL | 270,00 | ILIMITADO |
| ECOCARDIO COM DOPPLER(CRIANÇA) | 410,00 | ILIMITADO |
| USG DE PELVE COM DOPPLER | 250,00 | ILIMITADO |
| TRANSVAGINAL P/ CONTROLE DE OVULAÇAO ( EXAMES) | 410,00 | ILIMITADO |
| TRANSVAGINAL C/ DOPPLER | 250,00 | ILIMITADO |
| MAMOGRAFIA | 120,00 | ILIMITADO |
| ELETRONEUROGRAFIA ( CADA MEMBRO) | 300,00 | ILIMITADO |
| TOMOGRAFIA ABDOMEN SUPERIOR  | 200,00 | ILIMITADO |
| TOMOGRAFIA ABDOMEN INFERIOR  | 200,00 | ILIMITADO |
| TOMOGRAFIA DE PESCOÇO | 200,00 | ILIMITADO |
| TOMOGRAFIA DE PELVE | 200,00 | ILIMITADO |
| TOMOGRAFIA DE CRÂNIO | 200,00 | ILIMITADO |
| TOMOGRAFAI DE OBITAS( PESQUISA DE TUMOR) | 250,00 | ILIMITADO |
| TOMOGRAFIA LOMBAR | 200,00 | ILIMITADO |
| TOMOGRAFIA SEIOS DA FACE | 200,00 | ILIMITADO |
| TOMOGRAFIA SEIOS DA FACE+MASTOIDE+ ORBITAS | 350,00 | ILIMITADO |
| TOMOGRAFIA CERVICAL | 200,00 | ILIMITADO |
| TOMOGRAFIA DORSAL | 200,00 | ILIMITADO |
| TOMOGRAFIA ABDOMEN TOTAL | 350,00 | ILIMITADO |
| TOMOGRAFIA DE TORAX | 230,00 | ILIMITADO |
| TOMOGRAFIA DE ARTICULAÇAO | 200,00 | ILIMITADO |
| TOMOGRAFIA DE COLUNA LOMBO SACRA | 200,00 | ILIMITADO |
| UROTOMOGRAFIA | 350,00 | ILIMITADO |
| ELETROENCEFALOGRAMA | 150,00 | ILIMITADO |
| RX CONTRASTADO | 70,00 | ILIMITADO |
| ANGIOTOMOGRAFIA ABDOMEN SUPERIOR | 550,00 | ILIMITADO |
| ANGIOTOMOGRAFIA DE PELVE | 550,00 | ILIMITADO |
| ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL | 650,00 | ILIMITADO |
| ANGIOTOMOGRAFIA AORTA ABDOMINAL | 650,00 | ILIMITADO |
| ANGIOTOMOGRAFIA AORTA TORACICA | 550,00 | ILIMITADO |
| ANGIOTOMOGRAFIA AORTA TOTAL | 650,00 | ILIMITADO |
| ANGIOTOMOGRAFIA DE MEMBROS INFERIORES | 650,00 | ILIMITADO |
| ANGIOTOMOGRAFIA DE TORAX | 550,00 | ILIMITADO |
| DACRIOCISTOGRAFIA | 450,00 | ILIMITADO |
| DENTAL MANDIBULA | 380,00 | ILIMITADO |
| DENTAL MAXILA | 380,00 | ILIMITADO |
| DENTAL SLICE | 600,00 | ILIMITADO |
| BIOPSIA(PROSTATA /FIGADO/MAMAS) | 400,00 | ILIMITADO |
| RM CRANIO  | 268,75 + 90 (CONTRASTE) | ILIMITADO |
| RM SEIOS DA FACE | 268,75 + 90 (CONTRASTE) | ILIMITADO |
| RM ORBITAS | 268,75 + 90 (CONTRASTE) | ILIMITADO |
| RM HIPÓFISE | 268,75 + 90 (CONTRASTE) | ILIMITADO |
| RM FOSSA POSTERIOR | 268,75 + 90 (CONTRASTE) | ILIMITADO |
| RM PESCOÇO | 268,75 + 90 (CONTRASTE) | ILIMITADO |
| RM GLANDULAS SALIVARES | 268,75 + 90 (CONTRASTE) | ILIMITADO |
| RM PARTES MOLES | 268,75 + 90 (CONTRASTE) | ILIMITADO |
| RM COLUNA CERVICAL OPERADA | 268,75 + 90 (CONTRASTE) | ILIMITADO |
| RM COLUNA LOMBAR OPERADA | 268,75 + 90 (CONTRASTE) | ILIMITADO |
| RM COLUNA SACROCOCCIGENA OPERADA | 268,75 + 90 (CONTRASTE) | ILIMITADO |
| RM ABDOMEN SUPERIOR | 268,75 + 90 (CONTRASTE) | ILIMITADO |
| RM ABDOMEN TOTAL  | 2 X 268,75 + 90 (CONTRASTE) | ILIMITADO |
| RM ABDOMEN INFERIOR | 268,75 + 90 (CONTRASTE) | ILIMITADO |
| RM PELVE FEMININA OU UTERO E ANEXOS | 268,75 + 90 (CONTRASTE) | ILIMITADO |
| PELVE MASCULINA | 268,75 + 90 (CONTRASTE) | ILIMITADO |
| RM PROSTATA | 268,75 + 90 (CONTRASTE) | ILIMITADO |
| COLANGIORESSONANCIA  | 2 X 268,75 + 90 (CONTRASTE) | ILIMITADO |
| URORESSONANCIA  | 2 X 268,75 + 90 (CONTRASTE) | ILIMITADO |
| ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE CRANIO | 268,75 + 90 (CONTRASTE) | ILIMITADO |
| ANGIORESSONANCIA VENOSA DE CRANIO | 268,75 + 90 (CONTRASTE) | ILIMITADO |
| ANGIORESSONANCIA ARTERIAL CERVICAL  | 268,75  | ILIMITADO |
| ANGIORESSONANCIA VENOSA CERVICAL  | 268,75 + 90 (CONTRASTE) | ILIMITADO |
| RM OMBRO INILATERL | 268,75 | ILIMITADO |
| RM PLEXO BRAQUIAL UNILATERAL | 268,75 | ILIMITADO |
| RM COTOVELO UNILATERAL | 268,75 | ILIMITADO |
| RM ANTEBRAÇO UNILATERAL | 268,75 | ILIMITADO |
| RM PUNHO UNILATERAL | 268,75 | ILIMITADO |
| RM MAO UNILATERAL | 268,75 | ILIMITADO |
| RM DEDO DE MÃO UNILATERAL | 268,75 | ILIMITADO |
| RM BACIA | 268,75 | ILIMITADO |
| RM QUADRIL UNILATERAL | 268,75 | ILIMITADO |
| RM SACROILIACAS BILATERAIS | 268,75 | ILIMITADO |
| RM SINFISE PUBICA | 268,75 | ILIMITADO |
| RM COXA OU FEMUR UNILATERAL | 268,75 | ILIMITADO |
| RM JOELHO UNILATERAL | 268,75 | ILIMITADO |
| RM PERNA UNILATERAL | 268,75 | ILIMITADO |
| RM TORNOZELO UNILATERAL | 268,75 | ILIMITADO |
| RM PÉ UNILATERAL | 268,75 | ILIMITADO |
| RM RETROPÉ UNILATERAL | 268,75 | ILIMITADO |
| RM ANTEPÉ UNILATERAL | 268,75 | ILIMITADO |
| RM DEDO DO PÉ UNILATERAL | 268,75 | ILIMITADO |
| RM COLUNA LOMBAR | 268,75 | ILIMITADO |
| RM COLUNA CERVICAL | 268,75 | ILIMITADO |
| RM COLUNA DORSAL | 268,75 | ILIMITADO |
| RN DE COL SACRAL OU SACROCOCCIGENA OU SACROCÓCIX | 268,75 | ILIMITADO |