



**Estado do Rio Grande do Sul
MUNICÍPIO DE PAULO BENTO
PODER EXECUTIVO**

REDAÇÃO FINAL DO PROJETO DE LEI MUNICIPAL Nº 002/2024

O Presidente do Poder Legislativo envia ao Poder Executivo, a referida redação final aprovada em plenário, pela unanimidade dos Senhores Vereadores presentes na Sessão Plenária Extraordinária do dia 23/01/2024, conforme segue:

Ver. Daltro Moacir Utteich

Presidente do Poder Legislativo

**Autoriza o Poder Executivo a
firmar/ratificar convênio com a
Fundação Hospitalar Santa Terezinha
de Erechim - FHSTE.**

GABRIEL JEVINSKI, Prefeito Municipal de Paulo Bento, Estado do Rio Grande do Sul, no uso de suas atribuições legais, faço saber, em cumprimento ao disposto na Lei Orgânica em vigor no Município, que a Câmara Municipal de Vereadores aprovou e eu sanciono e promulgo a seguinte Lei:

Art. 1º - Fica o Poder Executivo autorizado a firmar/ratificar Convênio com a Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim – FHSTE, conforme Minuta que faz parte integrante da presente Lei para todos os efeitos legais **(doc. 01)**.

Art. 2º As despesas decorrentes da presente Lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias.

Art. 3º Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação com efeitos a contar de 01 de janeiro de 2024.

Gabinete do Prefeito Municipal de Paulo Bento, RS, aos oito dias do mês de janeiro de dois mil e vinte e quatro.

GABRIEL JEVINSKI
Prefeito Municipal



**Estado do Rio Grande do Sul
MUNICÍPIO DE PAULO BENTO
PODER EXECUTIVO**

Registre-se e Publique-se
Data Supra.

Daniel Marin

Coordenador Geral Da Secretaria de administração
Planejamento, Meio Ambiente e Saneamento

MENSAGEM DE ENCAMINHAMENTO

Excelentíssimo Senhor Presidente,

Nobres Senhores Vereadores,

Objetiva o presente Projeto de Lei possibilitar ao Município autorizado a firmar convênio com a Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim – FHSTE, conforme minuta em anexo.

Salientamos que o referido Convênio será firmado e tem por objeto o Cofinanciamento na disponibilização de Serviços Hospitalares e Ambulatoriais pelo Hospital, à população do Município de Paulo Bento/RS, de acordo com a capacidade técnica-operacional do referido Hospital.

Destacamos que o Convênio anterior vigorava até 31/12/2023, estando hoje o Município sem instrumento convenial vigente.

Através da AMAU, fora deliberado pela celebração de novo Convênio com vigência até 29/02/2024, até que se discuta à nível regional, o percentual de reajuste dos valores atualmente pactuados.

Diante do exposto, solicita-se a análise do presente, esperando que o mesmo seja acolhido pelos Nobres Senhores Vereadores.

Atenciosamente,

GABRIEL JEVINSKI
Prefeito Municipal



**Estado do Rio Grande do Sul
MUNICÍPIO DE PAULO BENTO
PODER EXECUTIVO**

MINUTA DE CONVÊNIO Nº /2024

**CONVÊNIO DE MÚTUA COLABORAÇÃO
COM REPASSE DE RECURSOS
FINANCEIROS A TÍTULO DE
COFINANCIAMENTO REFERENTE A
SERVIÇOS HOSPITALARES E
AMBULATORIAIS A SEREM PRESTADOS
PELA FUNDAÇÃO HOSPITALAR SANTA
TEREZINHA DE ERECHIM AO MUNICÍPIO
DE _____/RS**

MUNICÍPIO DE PAULO BENTO, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob o nº 04.215.168/0001-75, com sede administrativa na Rua/Avenida Irmãs Consolata, 189, Paulo Bento, RS, neste ato representado por seu Prefeito Municipal Senhor **GABRIEL JEVINSKI**, doravante denominado de **MUNICÍPIO**, devidamente autorizado pela Lei Municipal nº _____, e

FUNDAÇÃO HOSPITALAR SANTA TEREZINHA DE ERECHIM - FHSTE, fundação pública de direito privado municipal, inscrita no CNPJ sob o nº 89.421.259/0001-10, com sede administrativa na cidade de Erechim, RS, à Rua Itália, 919, neste ato representado por seu Diretor Executivo Jackson Luis Arpini, doravante denominado de **HOSPITAL**, resolvem celebrar o presente Convênio, mediante as cláusulas e condições seguintes:

O presente Convênio regula-se por suas cláusulas e preceitos de direito público, aplicando-se supletivamente as disposições constantes do artigo 184, da Lei Federal nº 14.133/2021 e alterações posteriores, no que couber; pela legislação municipal autorizativa; pelos princípios da teoria geral dos contratos e as disposições de direito privado.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente Convênio tem por objeto o Cofinanciamento na disponibilização de Serviços Hospitalares e Ambulatoriais pelo Hospital, à população do Município de Paulo Bento, de acordo com a capacidade técnica-operacional do estabelecimento/Hospital.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS ATRIBUIÇÕES DOS PARTICIPES

2.1 - Caberá ao Município de Paulo Bento:

a) **A título, cofinanciamento, para cada internação (AIH), o Município de _____ cofinanciará ao hospital, a importância de R\$ 911,00 (novecentos e onze reais).;**



**Estado do Rio Grande do Sul
MUNICÍPIO DE PAULO BENTO
PODER EXECUTIVO**

b) A título de cofinanciamento, o Município pagará a importância de R\$ 87,40 (oitenta e sete reais e quarenta centavos) por atendimento em Pronto Socorro;

O Pronto Socorro da Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim considerando-se exclusivamente as situações de urgência e emergência é referência para todos os municípios da região, neste sentido sempre que necessário o encaminhamento dos pacientes ao Pronto Socorro da Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim, há que se ter o entendimento dos seguintes conceitos, conforme preconizado pelo Conselho Federal de Medicina:

- Define-se por urgência a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.
- Define-se por emergência a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de morte ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

c) A título de cofinanciamento, para consultas eletivas da Central de Especialidades agendadas nas especialidades disponibilizadas pelo Hospital, o Município cofinanciará ao Hospital a importância de R\$ 151,54 (cento e cinquenta e um reais e cinquenta e quatro centavos) por cada consulta; Tendo em vista a disponibilidade do profissional médico e “reserva de agenda no consultório” caberá ao município o cofinanciamento inclusive de consultas que tenham sido agendas sem o comparecimento do paciente e desde que não tenha ocorrido a substituição do paciente para o mesmo dia e horário agendados, substituição esta que deverá atender ao prazo previsto pelo setor de Regulação/ GERCON da Coordenadoria Regional de Saúde. No tocante às consultas eletivas não há rol taxativo acerca das especialidades atendidas pelo Hospital, podendo ser agregadas ou suprimidas especialidades conforme oferta de empresas/profissionais médicos. Não haverá cofinanciamento para consultas nas especialidades em que a Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim possui credenciamento junto ao Ministério da Saúde como Alta Complexidade, atualmente, nas especialidades de Traumato-Ortopedia, Oncologia e Nefrologia.

d) Quanto ao cofinanciamento por cirurgia eletiva da Central de Especialidades, o município cofinanciará ao Hospital o valor de 3,1 (três vírgula uma) tabelas do Sistema Único de Saúde por procedimento cirúrgico, realizado por especialidade não credenciada pelo Hospital como “Alta Complexidade”, considerando-se exclusivamente os honorários profissionais elencados na referida tabela e limitado ao valor de R\$1.650,00 (um mil, seiscentos e cinquenta reais).

e) O Município cofinanciará ao Hospital os valores unitários definidos na tabela do anexo I e anexo II, referente a exames e procedimentos ambulatoriais realizados a pacientes eletivos, através da Central de Especialidades.

f) O cofinanciamento dos valores proporcional ao número de atendimentos (número de atendimentos do mês multiplicados pelos valores constantes nas alíneas “a”, “b”, “c”, “d” e “e”, da cláusula 2.1.) será efetuado em até cinco dias ininterruptos após a emissão/apresentação da nota fiscal pelo Hospital. A nota fiscal será enviada pelo



**Estado do Rio Grande do Sul
MUNICÍPIO DE PAULO BENTO
PODER EXECUTIVO**

Hospital por meio eletrônico ao Município em e-mail disponibilizado pelos municípios. O pagamento dos valores referentes ao cofinanciamento dos serviços prestados pelo Hospital deverá ser efetuado pelo Município diretamente ou através da rede bancária.

g) O Hospital emitirá a nota fiscal para cobrança dos atendimentos, sendo de exclusiva responsabilidade do Município o empenho prévio da despesa.

h) Os valores elencados nas alíneas “a”, “b”, “c”, “d” e “e” serão aplicados cumulativamente desde que os serviços efetivamente tenham sido prestados aos pacientes, observada a descrição da alínea “c”.

2.2. Caberá ao Hospital:

a) Disponibilizar sua estrutura física e de pessoal necessárias à prestação dos serviços;

b) Disponibilizar plantões médico-hospitalares, em caráter presencial e em regime de sobreaviso, 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana conforme necessidade para atender o contratualizado com a Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul;

c) Realizar os atendimentos médico hospitalares de que os pacientes encaminhados pelo Município necessitem, dentre os quais os de média e alta complexidade nas especialidades que a Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim possui credenciamento ou venha a se credenciar junto à Secretaria Estadual de Saúde ou junto ao Ministério da Saúde;

d) Arcar com todas as despesas correlatas e necessárias para a boa prestação de serviços, próprios ou contratados junto a terceiros, não se responsabilizando por aqueles não ofertados pelo SUS e/ou não disponíveis no Hospital;

e) Realizar todos os atendimentos das demandas referenciadas nas áreas de urgência e emergência (pronto socorro), e de média e alta complexidade, observando as diretrizes de fortalecimento da rede de serviços hospitalares;

f) Assumir inteira responsabilidade pelas obrigações decorrentes do presente instrumento relativas a encargos sociais, trabalhistas e fiscais;

g) Oferecer via Central de Especialidades consultas, procedimentos cirúrgicos em nível hospitalar e exames e procedimentos em nível ambulatorial conforme credenciamento de especialidades interessadas;

CLÁUSULA TERCEIRA - DOS RECURSOS FINANCEIROS

3.1. As despesas decorrentes do presente Convênio correrão, inicialmente, por conta da seguinte dotação orçamentária:

CLÁUSULA QUARTA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS



**Estado do Rio Grande do Sul
MUNICÍPIO DE PAULO BENTO
PODER EXECUTIVO**

4.1. O Hospital mensalmente emitirá o documento fiscal acompanhado de relação completa dos pacientes atendidos e informações pertinentes em cada uma das situações constantes da cláusula segunda do presente Convênio.

CLÁUSULA QUINTA - DA VIGÊNCIA

5.1. O presente Convênio terá vigência de **1º de janeiro de 2024 até 29 de fevereiro de 2024**.

5.2. Durante a vigência estipulada no subitem 5.1, será analisada entre Municípios e Hospital a nova Minuta Termo de Convênio, a ser firmado entre as partes.

CLÁUSULA SEXTA - DA RESCISÃO

6.1. O Convênio poderá ser rescindido:

- a)** Unilateralmente, quando o interesse público o exigir;
- b)** Amigavelmente, por acordo entre as partes, desde que haja conveniência para a Administração;
- c)** Judicialmente nos termos da legislação.

6.2. A ocorrência de qualquer um dos motivos elencados no artigo 137 da Lei Federal 14.133/2021.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO PROCEDIMENTO DE ENCAMINHAMENTO DOS PACIENTES

7.1. O Município, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde, efetuará a triagem e encaminhamento dos pacientes que necessitarem de consultas eletivas para atendimento junto ao Hospital, com a efetiva regulação dos serviços pela 11ª CRS.

7.2. A emissão de AIHs para os procedimentos cirúrgicos eletivos deverá obrigatoriamente ser solicitada pelo Município diretamente à 11ª Coordenadoria Regional de Saúde.

CLÁUSULA OITAVA - DAS DEMAIS DISPOSIÇÕES

8.1. O Hospital, em caso de necessidade de suspensão dos serviços, deverá comunicar o Município informando a causa da interrupção;

8.2. Uma vez o paciente encontrando-se em atendimento junto ao Hospital, eventuais deslocamentos deste para transferência a outras unidades de saúde localizadas fora da cidade de Erechim caberão ao Município;

8.3. A inadimplência do Município autoriza a imediata suspensão da prestação dos serviços conveniados, sem prejuízo da denúncia do Convênio e o ressarcimento dos danos causados ao Hospital. A prestação dos serviços será suspensa temporariamente pelo Hospital, após comunicação escrita, caso verificar-se atraso no pagamento do-cofinanciamento, pagamento do cofinanciamento incompleto ou



**Estado do Rio Grande do Sul
MUNICÍPIO DE PAULO BENTO
PODER EXECUTIVO**

ausência de apresentação de AIH para paciente internado, sendo imediatamente restabelecido assim que o Município sanar os motivos da suspensão.

CLÁUSULA NONA - DO FORO

9.1. Fica eleito o Foro da Comarca de Erechim - RS para dirimir qualquer litígio oriundo do presente Convênio.

E, por estarem acordes as partes firmam o presente Convênio em 02 (duas) vias de igual teor e forma (na presença das testemunhas abaixo subscritas).

Erechim, RS, 01 de janeiro de 2024.

XXXXXXXXXX

Prefeito Municipal

Xxx (Município)

Jackson Luis Arpini

Diretor Executivo

FHSTE

Testemunhas:



**Estado do Rio Grande do Sul
MUNICÍPIO DE PAULO BENTO
PODER EXECUTIVO**

ANEXO I

**CONVÊNIO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
HOSPITALARES E AMBULATORIAIS A
SEREM PRESTADOS PELA FUNDAÇÃO
HOSPITALAR SANTA TEREZINHA DE
ERECHM AO MUNICÍPIO DE
_____/RS**

**RELAÇÃO DE PROCEDIMENTOS E EXAMES AMBULATORIAIS A SEREM
REALIZADOS A PACIENTES ELETIVOS ATRAVÉS DA CENTRAL DE
ESPECIALIDADES**

| ESPECIALIDADE | EXAME/PROCEDIMENTO | VALOR UNITÁRIO |
|--------------------------------|--|-----------------------|
| Gastroenterologia | Videoendoscopia Diagnóstica | R\$ 245,61 |
| | Videocolonosopia Diagnóstica | R\$ 573,09 |
| | Videoretossigmoidoscopia | R\$ 245,61 |
| | Terapeutico (somado ao diagnóstico) - Polipectomia | R\$ 264,00 |
| Cardiologia | Eletrocardiograma transtorácico com Doppler | R\$ 214,50 |
| | Monitoramento Holter 24 horas | R\$ 156,86 |
| | Teste ergométrico | R\$ 157,41 |
| Imagem | Raios X | R\$ - |
| | Tomografia | R\$ - |
| Análises Clínicas | Exames laboratoriais (contemplados tabela SUS) | R\$ - |
| Ginecologia | Cauterização elétrica de colo uterino e condilomas | R\$ 394,15 |
| | Biópsia de colo uterino, vulva e endométrio | R\$ 275,00 |
| | Punção de mama | R\$ 393,80 |
| | Criocauterização | R\$ 275,00 |
| Buco-Maxilo- Facial | Biópsia de glândula salivar | R\$ 495,00 |
| | Biópsia de osso da face | R\$ 495,00 |
| | Biópsia de tecidos moles da boca | R\$ 374,00 |
| | Tratamento de nevralgia da face | R\$ 462,00 |
| | Frenectomia em recém-nascido (PIC teste da lingüinha) | R\$ 308,00 |
| | Frenectomia | R\$ 418,00 |
| | Retirada de meios de fixação maxilo-mandibular | R\$ 220,00 |
| | Correção de bridas musculares | R\$ 418,00 |
| | Correção de irregularidades de rebordo alveolar | R\$ 418,00 |
| | Remoção de dente retido | R\$ 308,00 |
| | Ulotomia/Ulectomia | R\$ 198,00 |
| | Tratamento clínico e leserterápico de disfunção temporo mandibular e de ATM | R\$ 418,00 |



Estado do Rio Grande do Sul
MUNICÍPIO DE PAULO BENTO
PODER EXECUTIVO

| | | | |
|--|---|---|--------|
| | Tratamento odontológico em paciente oncológico com laser terapia | R\$ | 110,00 |
| Vascular | Ecodoppler colorido de 3 ou mais vasos arterial de membros inferiores unilateral | R\$ | 110,32 |
| | Ecodoppler colorido de 3 ou mais vasos arterial de membros inferiores bilateral | R\$ | 220,64 |
| | Ecodoppler colorido de 3 ou mais vasos arterial de membros superiores unilateral | R\$ | 110,32 |
| | Ecodoppler colorido de 3 ou mais vasos arterial de membros superiores bilateral | R\$ | 220,64 |
| | Ecodoppler colorido de 3 ou mais vasos venoso de membros inferiores (superficial e profundo) unilateral | R\$ | 110,32 |
| | Ecodoppler colorido de 3 ou mais vasos venoso de membros inferiores (superficial e profundo) bilateral | R\$ | 220,64 |
| | Ecodoppler colorido de 3 ou mais vasos venoso de membros superiores (superficial e profundo) unilateral | R\$ | 110,32 |
| | Ecodoppler colorido de 3 ou mais vasos venoso de membros superiores (superficial e profundo) bilateral | R\$ | 220,64 |
| | Ecodoppler colorido de carótidas e vertebrais | R\$ | 110,32 |
| | Ecodoppler colorido de artérias esplâncnicas (viscerais) | R\$ | 110,32 |
| | Ecodoppler colorido de artérias renais | R\$ | 110,32 |
| | Ecodoppler colorido aorta e ilíacas | R\$ | 110,32 |
| | Ecodoppler colorido venoso cava e ilíacas | R\$ | 110,32 |
| | Ultrassonografias | Ultrassonografia aparelho urinário feminino | R\$ |
| Ultrassonografia doppler obstétrica | | R\$ | 173,80 |
| Ultrassonografia de órgãos e estruturas | | R\$ | 79,20 |
| Ultrassonografia músculo-esquelético/articulações | | R\$ | 79,20 |
| Ultrassonografia obstétrica | | R\$ | 79,20 |
| Ultrassonografia endovaginal/pélvica | | R\$ | 79,20 |
| Ultrassonografia de mama | | R\$ | 79,20 |
| Ultrassonografia abdomen inferior feminino | | R\$ | 85,80 |
| Ultrassonografia abdomen inferior masculino | | R\$ | 91,30 |
| Ultrassonografia abdomen superior | | R\$ | 103,40 |
| Ultrassonografia abdomen total | | R\$ | 143,00 |
| Ultrassonografia aparelho urinário masculino | | R\$ | 104,28 |
| Ultrassonografia obstétrica com perfil biofísico fetal | | R\$ | 200,20 |
| Ultrassonografia obstétrica com TN | | R\$ | 161,70 |
| Ultrassonografia obstétrica com amniocentese | | R\$ | 104,28 |
| Ultrassonografia morfológico obstétrico | | R\$ | 302,50 |
| Ultrassonografia de próstata | | R\$ | 91,30 |
| Ultrassonografia de tireóide | R\$ | 79,20 | |
| Ultrassonografia hipocôndrio direito | R\$ | 103,40 | |
| Ressonância Magnética | Ressonância Magnética Crânio | R\$ | 462,00 |
| | Ressonância Magnética Coluna Cervical | R\$ | 462,00 |



Estado do Rio Grande do Sul
MUNICÍPIO DE PAULO BENTO
PODER EXECUTIVO

| | | | |
|----------------------------|---|-----|----------|
| | Ressonância Magnética Coluna Torácica | R\$ | 462,00 |
| | Ressonância Magnética Coluna Lombo Sacra | R\$ | 462,00 |
| | Ressonância Magnética Pescoço | R\$ | 462,00 |
| | Ressonância Magnética Plexo Braquial | R\$ | 462,00 |
| | Ressonância Magnética Tórax | R\$ | 462,00 |
| | Ressonância Magnética Abdomen Superior | R\$ | 462,00 |
| | Ressonância Magnética Bacia/Pelve | R\$ | 462,00 |
| | Ressonância Magnética ATM (bilateral) | R\$ | 462,00 |
| | Ressonância Magnética Ombro (unilateral) | R\$ | 462,00 |
| | Ressonância Magnética Cotovelo/Punho (unilateral) | R\$ | 462,00 |
| | Ressonância Magnética Joelho (unilateral) | R\$ | 462,00 |
| | Ressonância Magnética Tornozelo/Pé (unilateral) | R\$ | 462,00 |
| | Ressonância Magnética Espectroscopia | R\$ | 924,00 |
| | Ressonância Magnética Dinâmica | R\$ | 924,00 |
| | Ressonância de Órbitas | R\$ | 623,70 |
| | Artrografia por RM | R\$ | 924,00 |
| | Angio-Ressonância cerebral venosa arterial | R\$ | 924,00 |
| | Colangio-Ressonância | R\$ | 924,00 |
| | Angio-Ressonância cerebral venosa | R\$ | 924,00 |
| | Angio-Ressonância Abdominal | R\$ | 924,00 |
| | Ressonância de Abdômen superior com Primovist | R\$ | 1.155,00 |
| Densitometria Óssea | Densitometria Óssea | R\$ | 96,05 |



Estado do Rio Grande do Sul
MUNICÍPIO DE PAULO BENTO
PODER EXECUTIVO

CONVÊNIO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES E AMBULATORIAIS A SEREM PRESTADOS PELA FUNDAÇÃO HOSPITALAR SANTA TEREZINHA DE ERECHM AO MUNICÍPIO DE -----/RS

Procedimentos cirúrgicos especializados e exames eletivos.

| Especialidade | Procedimento | Coparticipação dos municípios |
|-----------------------|--|--|
| Cirurgia Ginecológica | Uso de tela de sling em procedimentos de incontinência urinária ou prolapso genital (quando há indicação médica) OBS: material não coberto na tabela do SUS; | R\$ 500,00 (quinhentos reais) Obs: Este preço refere-se apenas à tela de sling. Será acrescido ainda o valor de coparticipação da AIH e do respectivo procedimento cirúrgico eletivo conforme disposto no convênio; |
| Otorrinolaringologia | Limpeza de ouvido/remoção de cerume | R\$ 30,00 (trinta reais). O procedimento será realizado junto à consulta eletiva mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde; |
| Otorrinolaringologia | Cauterização nasal da epistaxe | R\$ 100,00 (cem reais). O procedimento será realizado junto à consulta eletiva mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde; |
| Otorrinolaringologia | Biópsia de tumor de boca/orofaringe/nasal | R\$ 110,00 (cento e dez reais) a ser realizado junto à consulta eletiva mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde; |
| Otorrinolaringologia | Curativo otológico | R\$ 80,00 (oitenta reais) a ser realizado junto à consulta eletiva mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde; |
| Otorrinolaringologia | Remoção de corpo estranho nasal | R\$ 80,00 (oitenta reais) a ser realizado junto à consulta eletiva mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde; |
| Otorrinolaringologia | Remoção de corpo estranho de ouvido | R\$ 80,00 (oitenta reais) a ser realizado junto à consulta eletiva mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde; |
| Otorrinolaringologia | Videoscopia | R\$ 100,00 (cem reais) a ser realizado junto à consulta eletiva mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde; |
| Dermatologia | Biópsia de Pele e Partes Moles | R\$475,00 (quatrocentos e setenta e cinco reais) a ser realizado junto ao ambulatório da FHSTE, mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde; |



Estado do Rio Grande do Sul
MUNICÍPIO DE PAULO BENTO
PODER EXECUTIVO

| | | |
|--------------|--|---|
| Dermatologia | Fulguração/cauterização química de lesões cutâneas | R\$275,00 (duzentos e setenta e cinco reais) a ser realizado junto ao ambulatório da FHSTE, mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde; |
| Dermatologia | Eletrocauterização de lesão cutânea | R\$437,50 (quatrocentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos) a ser realizado junto ao ambulatório da FHSTE, mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde; |
| Dermatologia | Retirada de lesão por shaving - 1 lesão | R\$350,00 (trezentos e cinquenta reais) a ser realizado junto ao ambulatório da FHSTE, mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde; |
| Dermatologia | Retirada de lesão por shaving - 2 lesões | R\$475,00 (quatrocentos e setenta e cinco reais) a ser realizado junto ao ambulatório da FHSTE, mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde; |
| Dermatologia | Retirada de lesão por shaving - mais que 3 lesões | R\$600,00 (seiscentos reais) a ser realizado junto ao ambulatório da FHSTE, mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde; |
| Dermatologia | Incisão e drenagem de abscesso | R\$250,00 (duzentos e cinquenta reais) a ser realizado junto ao ambulatório da FHSTE, mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde; |
| Dermatologia | Infiltração intralesional de corticoesteróide para tratamento de quelóides | R\$375,00 (trezentos e setenta e cinco reais) a ser realizado junto ao ambulatório da FHSTE, mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde; |
| Dermatologia | Exerese de tumor de pele e anexos/cisto/lipoma Pequeno | R\$562,50 (quinhentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos) a ser realizado junto ao ambulatório da FHSTE, mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde; |
| Dermatologia | Exerese de tumor de pele e anexos/cisto/lipoma Médio | R\$687,50 (seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos) a ser realizado junto ao ambulatório da FHSTE, mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde; |
| Dermatologia | Exerese de tumor de pele e anexos/cisto/lipoma Grande | R\$812,50 (oitocentos e doze reais e cinquenta centavos) a ser realizado junto ao ambulatório da FHSTE, mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde; |



Estado do Rio Grande do Sul
MUNICÍPIO DE PAULO BENTO
PODER EXECUTIVO

| | | |
|--------------|--------------------|---|
| Dermatologia | Esfoliação química | R\$350,00 (trezentos e cinquenta reais) a ser realizado junto ao ambulatório da FHSTE, mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde; |
|--------------|--------------------|---|