

RESOLUÇÃO Nº 003/2024, 14 de Março de 2024.

A Presidência do Conselho Municipal de Saúde do Município de Medianeira, Estado do Paraná, no uso de suas atribuições legais conferidas pela Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, e pela Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990,

RESOLVE:

Aprovar as alterações realizadas na Tabela de Preços Públicos SUS 2024 do Município de Medianeira, apresentada a plenária do Conselho Municipal de Saúde em 13/03/2024, a qual entrará em vigor para competência Março/2024.

| | INCLUSÃO | |
|----------------|---|--------|
| | | |
| | ULTRASSONOGRAFIA | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | |
| 02.05.01.002-4 | ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS | 145,00 |
| 02.05.01.005-9 | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR | 47,00 |
| 02.05.02.001-1 | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL | 50,00 |
| 02.05.02.002-0 | ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO | 47,00 |
| 02.05.02.003-8 | ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO | 47,00 |
| 02.05.02.006-2 | ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL | 50,00 |
| 02.05.02.007-0 | ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL | 47,00 |
| 02.05.02.009-7 | ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE | 50,00 |
| 02.05.02.011-9 | ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA | 47,00 |
| 02.05.02.012-7 | ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO | 82,00 |
| 02.05.02.013-5 | ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA) | 48,00 |
| 02.05.02.015-1 | ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL | 47,00 |

| | | |
|----------------|---|-------|
| 00.00.00.000-0 | ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA MORFOLOGICA COM DOPPLER OU SEM DOPPLER | 82,00 |
| 00.00.00.000-0 | ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA COM TRANSLUCENCIA NUCAL | 82,00 |

| | | |
|----------------|--|--------|
| | CIRURGIA GERAL/CIRUGIAS APARELHO DIGESTIVO/CIRURGIA DO APARELHO GENITURINÁRIO | |
| 04.01.02.010-0 | EXTIRPAÇÃO E SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO - Lipoma | 182,49 |
| 04.07.03.001-8 | ANASTOMOSE BILEO-DIGESTIVA | 405,48 |
| 04.09.07.028-9 | TRATAMENTO CIRURGICO DE VAGINA SEPTADA / ATRESICA | 550,02 |

| | | |
|----------------|---|--------|
| | BUCOMAXILOFACIAL | |
| 04.04.02.038-0 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOMIELITE DE OSSOS DA FACE | 600,27 |
| 04.04.02.042-9 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DO SOALHO DA ÓRBITA | 420,15 |
| 04.04.02.047-0 | RECONSTRUÇÃO DO SULCO GENGIVO-LABIAL | 524,97 |
| 04.04.02.048-8 | OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLO-DENTÁRIAS | 90,00 |
| 04.04.02.049-6 | OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA UNILATERAL DO CÔNDILO MANDIBULAR | 430,89 |
| 04.04.02.050-0 | OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA | 549,78 |
| 04.04.02.051-8 | OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA DA MAXILA | 559,98 |
| 04.04.02.052-6 | OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR | 512,28 |
| 04.04.02.053-4 | OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DO COMPLEXO NASO-ÓRBITO-ETMOIDAL | 660,18 |
| 04.04.02.054-2 | REDUÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA DOS OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ | 269,4 |
| 04.04.02.055-0 | OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA SIMPLES DE MANDÍBULA | 407,01 |
| 04.04.02.056-9 | ARTROPLASTIA DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR (RECIDIVANTE OU NÃO) | 436,35 |
| 04.04.02.057-7 | REDUÇÃO DE FRATURA ALVEOLO-DENTÁRIA SEM OSTEOSSÍNTESE | 181,23 |

| | | |
|----------------|--|--------|
| 04.04.02.058-5 | REDUÇÃO DE FRATURA DA MAXILA - LE FORT I SEM OSTEOSSÍNTESE. | 440,19 |
| 04.04.02.059-3 | REDUÇÃO DE FRATURA DA MAXILA - LE FORT II, SEM OSTEOSSÍNTESE | 545,76 |
| 04.04.02.060-7 | REDUÇÃO DE FRATURA DA MANDÍBULA SEM OSTEOSSINTESE | 439,98 |
| 04.04.02.061-5 | REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR | 36,00 |
| 04.04.02.062-3 | RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA / DENTÁRIA | 72,36 |
| 04.04.02.065-8 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOMA, ODONTOMA /OUTRAS LESÕES ESPECIFICADAS | 423,36 |
| 04.04.02.066-6 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO OSSO ZIGOMÁTICO SEM OSTEOSSÍNTESE | 512,28 |
| 04.04.02.070-4 | OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA DO OSSO ZIGOMÁTICO | 512,28 |
| 04.04.02.072-0 | OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA BILATERAL DO CÔNDILO MANDIBULAR | 560,16 |
| 04.04.02.073-9 | RECONSTRUÇÃO PARCIAL DE MANDÍBULA / MAXILA | 525,03 |
| 04.04.02.078-0 | RECONSTRUÇÃO TOTAL DE MANDÍBULA/MAXILA | 525,03 |
| 04.04.03.032-7 | OSTEOPLASTIA FRONTO - ORBITAL | 672,18 |
| 04.14.02.041-3 | TRATAMENTO ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS | 625,26 |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA DE BUCOMAXILOFACIAL | 70,00 |

| | AUMENTO DE VALOR | VALOR |
|----------------|---|--------------|
| 04.07.04.009-9 | HERNIOPLASTINA INGUINAL (BILATERAL) | 1028,93 |
| 04.07.01.029-7 | TRATAMENTO CIRURGICO DE REFLUXO GASTROESOFAGICO | 1026,88 |

Documento assinado digitalmente



ANTONIO CARLOS PEREIRA
 Data: 19/03/2024 13:54:13-0300
 Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Antonio Carlos Pereira
 Presidente do Conselho Municipal de Saúde