



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE **MANDAGUARI**

Mandaguari-PR, 15 de dezembro de 2017.

GABINETE DO PREFEITO
Ofício nº. 382/2017.

Senhor Presidente,

É o presente para encaminhar o **Projeto de Lei nº. 186/2017**, que altera o Anexo I da Lei Municipal nº. 2.663/2016, de 17 de março de 2017.

Justificamos o presente Projeto conforme consta na mensagem anexa ao mesmo.

Isto posto, e considerando a urgência na adoção das medidas relativas à concretização do presente projeto, solicitamos sua apreciação, votação e aprovação em **regime de urgência, com dispensa de interstício**.

Agradecemos antecipadamente e, sem outro particular, renovamos protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Romualdo Batista
Prefeito Municipal

15 59/5/2017
12 2017

Excelentíssimo Senhor

Jocelino Tavares

DD. Presidente da Câmara Municipal Mandaguari – Paraná
Mandaguari – Paraná



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE
MANDAGUARI**

PROJETO DE LEI Nº. 186/2017

SÚMULA: Altera o Anexo I da Lei Municipal nº. 2.663/2016, de 17 de março de 2017.

A Câmara Municipal de Mandaguari, Estado do Paraná, aprovou e eu, ROMUALDO BATISTA, Prefeito Municipal, sanciono a seguinte,

LEI:

Art. 1º - O Anexo I da Lei Municipal nº 2.663/2016, de 17 de março de 2017, passa a vigorar na forma do anexo desta Lei.

Art. 2º - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Edifício da Prefeitura do Município de Mandaguari, aos quinze dias do mês de dezembro do ano de dois mil e dezessete (15.12.2017).


Romualdo Batista
Prefeito Municipal



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE **MANDAGUARI**

JUSTIFICATIVA

Tenho a honra de encaminhar o incluso Projeto de Lei nº. 186/2017, o qual tem por finalidade adequar a tabela de valores de serviços realizados junto à Rede de Proteção à Mãe Mandaguariense para atendimento às necessidades de alta complexidade e média com respaldo em alta complexidade da população Mandaguari.

A rede de cuidado do cidadão mandaguariense, instituída no ano de 2015 no Município de Mandaguari, tem o objetivo de assegurar melhorias na qualidade de assistência à saúde por meio de ações de prevenção, manutenção e reabilitação da assistência a saúde fornecida aos usuários.

Visando dar atendimento a tal demanda, garantindo assistência na área da saúde de forma integral para todos os níveis de atenção, desde baixa e média até média com respaldo em alta complexidade e alta complexidade a Secretaria Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde aprovaram tabela de valores correspondente a serviços hospitalares de cirurgias de média com respaldo em alta complexidade, alta complexidade, ultrassonografia, raios-x, tomografia computadorizada, ressonância magnética, consultas especializadas, exames de apoio diagnóstico especializados e materiais de procedimentos de acordo com os preços especializados e materiais de procedimentos aplicados na região metropolitana de Maringá.

Nesse sentido, foi incluído na Lei 2.449/2015, na forma de anexo, por meio da Lei nº 2.663/2016, tabela de valores aprovada pela Secretaria de Saúde e Conselho Municipal de Saúde, correspondente aos serviços de alta complexidade e média com respaldo em alta, possibilitando a adoção dos procedimentos necessários para a contratação de tais serviços e disponibilização dos mesmos para a população mandaguariense.

Ocorre que, no presente momento, há necessidade de atualização da tabela de valores mencionadas, eis que se tornou necessária adequação dos valores aos preços de mercado regional e inclusão de duas novas especialidades, sendo tal proposta de alteração aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde, conforme resolução anexa.

Ante ao exposto, encaminha-se o presente projeto para análise e deliberação desta Casa de Leis e posterior aprovação.

Mandaguari, 15 de dezembro de 2017.


ROMUALDO BATISTA
Prefeito Municipal

ANEXO I

TABELA DE VALORES DE SERVIÇOS HOSPITALARES NAS ESPECIALIDADES DE CIRURGIA DE MEDIA COM RESPALDO DE ALTA COMPLEXIDADE, E ALTA COMPLEXIDADE, ULTRASSONOGRRAFIA, RAIOS-X, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA, RESSONANCIA MAGNÉTICA, CONSULTAS ESPECIALIZADAS, EXAMES DE APOIO DIAGNÓSTICO ESPECIALIZADOS E MATERIAIS DE PROCEDIMENTOS, aprovada pelo CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE.

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS	VALOR POR PROCEDIMENTO	Valor Reajustado
CIRURGIA ADENO-AMIGDALECTOMIA – TURBINECTOMIA	1.375,00	1.257,39
CIRURGIA ADENO-AMIGDALECTOMIA C/ MASTOIDE	1.375,00	1.257,39
CIRURGIA ADENO-AMIGDALECTOMIA	1.000,00	1.257,39
CIRURGIA ADENOIDECTOMIA	800,00	1.371,00
CIRURGIA ADENO-MIRINGOTOMIA S/ TUBO	1.375,00	1.371,00
CIRURGIA DE AMIGDALECTOMIA	800,00	1.257,39
CIRURGIA DE FACECTOMIA (CATARATA)	3.000,00	3.000,00
CIRURGIA DE PTERIGIO	1.000,00	485,01
CIRURGIA PLASTICA DE REDUÇÃO DE MAMA	6.000,00	6.000,00
CIRURGIA DE RINOPLASTIA	2.500,00	2.500,00
CIRURGIA SEPTOCARTILAGINOSA	1.200,00	1.257,39
CIRURGIA SEPTO-ADENOIDECTOMIA	1.375,00	1.371,00
CIRURGIA SEPTO-TURBINECTOMIA	1.375,00	1.371,00
CIRURGIA COLECISTECTOMIA	2.800,00	6.046,25
COLPÓPERINEOPLASTIA	2.500,00	2.500,00
COLECISTECTOMIA VIDEO LAPAROSCOPIA	3.600,00	3.600,00
COLEDOCOTOMIA COM OU S/ COLECISTECTOMIA	2.500,00	2.500,00
FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	1.200,00	1.325,00
HEMORROIDECTOMIA	1.200,00	1.200,00
HERNIOPLASTIA	2.000,00	3.303,21
HISTERECTOMIA SUBTOTAL	2.500,00	2.500,00
HISTERECTOMIA TOTAL	2.500,00	2.500,00
MIOMECTOMIA	1.850,00	1.850,00

TIMPANOPLASTIA		
MIRINGOPLASTIA	1.200,00	1.200,00
TRATAMENTO CIRURGICO DE HIDROCELE	1.800,00	1.800,00
TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES	2.500,00	2.500,00
TURBINECTOMIA	1.000,00	1.000,00
CISTECTOMIA PARCIAL	3.500,00	3.500,00
NEFRECTOMIA	3.500,00	3.500,00
NEFRECTOMIA POR VIDEO	4.500,00	4.500,00
NEFROLITOPERCUTANEA	5.000,00	5.000,00
NEFROLITOTOMIA	3.500,00	3.500,00
ORQUIDOPEXIA	2.200,00	2.200,00
ORQUIECTOMIA	2.000,00	2.000,00
PIELOLITOTOMIA	3.000,00	3.000,00
PIELOPLASTIA	3.200,00	3.200,00
POSTECTOMIA	1.300,00	1.300,00
PROSTATECTOMIA RADICAL	6.000,00	6.000,00
PEYRONIE	2.500,00	2.500,00
RTU DE BEXIGA	3.000,00	3.000,00
RTU DE PROSTATA	4.000,00	4.000,00
SLING	3.000,00	3.000,00
URETROTOMIA INTERNA	2.500,00	2.500,00
URETERORRENO	3.500,00	3.500,00
VARICOCELE	2.000,00	2.000,00
VARICOCELE POR VIDEO*	2.500,00	2.500,00
VASECTOMIA	1.300,00	1.300,00
LITOTRIPSIA*	1.600,00	1.600,00
COLOCAÇÃO ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J*	500,00	500,00
CIRURGIA DE APENDICECTOMIA*	2.200,00	2.200,00
CIRURGIA DE CISTO PILONIDAL*	1.500,00	1.500,00
COLANGIOPANCREATOGRIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA- CPER*	4.000,00	4.000,00
FRENECTOMIA	1.000,00	1.000,00
POLIPECTOMIA	1.000,00	1.000,00
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO COM ANESTESIA GERAL	1.000,00	1.000,00
SEPTOPLASTIA- TURBINECTOMIA CONVENCIONAL	1.500,00	1.500,00
SEPTOPLASTIA- TURBINECTOMIA POR VIDEO	1.500,00	1.500,00
SEPTOPLASTIA- AMIGDALECTOMIA	1.375,00	1.375,00
SEPTOPLASTIA- ADENOIDECTOMIA- TIMPANOPLASTIA	2.500,00	2.500,00
SINUSECTOMIA ENDOSCÓPICA*	1.900,00	1.900,00
TIMPANOPLASTIA*	1.900,00	1.900,00

TIMPANOPLASTIA- MASTOIDECTOMIA*	2.600,00	2.600,00
TIMPANOTOMIA PACA TUBO DE VENTILAÇÃO*	1.200,00	1.200,00
CIRURGIA QUADRIL – PROTESE TOTAL CIMENTADA	2.465,00	2.465,00
CIRURGIA QUADRIL – PROTESE BIPOLAR	2.008,00	2.008,00
REVISÃO DE PROTESE – QUADRIL	2.259,00	1.688,77
CIRURGIA QUADRIL – OSTEOTOMIA	2.008,00	2.008,00
CIRURGIA JOELHO – LIGAMENTO CRUZADO	3.012,00	3.012,00
CIRURGIA JOELHO – MENISCO	2.465,00	2.465,00
CIRURGIA JOELHO – OSTEOTOMIA	3.012,00	3.012,00
CIRURGIA JOELHO – PROTESE	3.765,00	3.765,00
CIRURGIA PÉ – JOANETE	2.008,00	2.008,00
CIRURGIA PÉ – DEDO EM GARRA	2.008,00	2.008,00
CIRURGIA PÉ – NEOROMA MORTON	2.008,00	2.008,00
CIRURGIA PÉ – NEORÓLISE	2.008,00	2.008,00
CIRURGIA PÉ – ARTROSE	2.008,00	2.008,00
CIRURGIA PÉ – LESÃO LIGAMENTAR (CONSTRUÇÃO)	2.008,00	2.008,00
CIRURGIA PÉ – FRATURAS	2.008,00	2.008,00
CIRURGIA PÉ – TENOPLASTIA	2.008,00	2.008,00
CIRURGIA PÉ – RETIRADA DE PLACAS E PARAFUSOS	2.008,00	2.008,00
CIRURGIA MÃO – DEDO EM GATILHO	2.008,00	2.008,00
CIRURGIA NEURÓCISE COTOVELO	2.465,00	2.465,00
TÚNEL DO CARPO	2.008,00	2.008,00
DUPUYTREN	2.465,00	2.465,00
PSEUDOARTROSE ESCAFOIDE	2.008,00	2.008,00
OSTEOTOMIAS	2.465,00	2.465,00
DEDO EM BOTOEIRA	2.465,00	2.465,00
LESÃO LIGAMENTAR	2.465,00	2.465,00
LESÃO CRÔNICA TENDÃO (ATÉ 3 TENDÕES)	2.465,00	2.465,00
OMBRO – MANGUITO	2.465,00	2.465,00
OMBRO – IMPACTO	2.008,00	2.008,00
OMBRO – INSTABILIDADE	3.012,00	3.012,00
OMBRO – LESÃO TENSÃO	2.008,00	2.008,00
OMBRO – OSTEOTOMIA ÚMERO	2.008,00	2.008,00
OMBRO – PRÓTESE	3.012,00	3.012,00
COLUNA – CERVICAL	6.275,00	6.275,00
COLUNA – LOMBAR	6.275,00	6.275,00
COLUNA – TUMOR ÓSSEO RESSECÇÃO TUMOR ÓCEO	2.008,00	2.008,00

COLUNA - ESCOLISE	10.040,00	10.040,00
-------------------	-----------	-----------

* Observação os procedimentos a ser realizados em usuários de médio e alto risco que necessitem de intervenção cirúrgica com apoio de UTI já devem estar inclusos.

PROCEDIMENTOS ULTRASSONOGRRAFIA - COM LAUDO	VALOR POR PROCEDIMENTO	Valor Reajustado
GLOBO OCULAR BILATERAL	80,00	80,00
GLOBO OCULAR C/ DOPLER COLOR-BILATERAL	150,00	150,00
GLÂNDULAS SALIVARES (TODAS)	50,00	50,00
TORÁCICO EXTRACARDÍACO	55,00	55,00
US MAMAS	80,00	80,00
ABDOMEN TOTAL (INCLUI PELVE)	65,00	65,00
ABDOMEN SUPERIOR (FÍGADO, VIAS BILIARES, PÂNCREAS, BAÇO)	65,00	65,00
RETROPERITÔNIO (GRANDES OU ADRENAIS)	115,00	115,00
APARELHO URINÁRIO FEMININO (RINS, URETERES, BEXIGA)	65,00	58,38
APARELHO URINÁRIO MASCULINO (RINS, URETERES, BEXIGA)	65,00	58,38
ABDOMEN INF. MASC.(BEXIGA, PRÓSTATA E VESICULAS SEMINAIS)	65,00	58,38
ABDOMEN INF.FEM (BEXIGA, ÚTERO, OVÁRIOS E ANEXOS)	65,00	58,38
ORGÃOS SUPERFICIAIS (TIREOIDE OU ESCROTO OU PENIS OU CRANIO)	60,00	58,38
ESTRUTURAS SUPERFICIAIS(CERVICAL, AXILA S, MUSCULO OU TENDÃO)	60,00	47,76
ARTICULAR (POR ARTICULAÇÃO)	36,00	58,38
PELVICA TRANSVAGINAL	65,00	58,38
PELVICA P/ CONTROLE DE OVULAÇÃO	65,00	65,00
HISTEROSSONOGRRAFIA	65,00	65,00
PRÓSTATA TRANSRETAL (INCLUI ABDOMEN INFERIOR)	120,00	120,00
DOPLER COLOR TRANSCRANIANO	160,00	160,00
DOPPLER COLOR DE VASOS CERVICAIS ARTERIAIS	120,00	120,00

BILATERAL (CAROTIDAS E VERTEBRAIS)		
DOPPLER COLOR DE VASOS CERVICAIS VENOSOS BILAT (SUBCLAVIAS E JUGULARES)	150,00	150,00
DOPPLER COLOR DE ORGAOS OU ESTRUTURA ISOLADA	150,00	150,00
DOPPLER COLOR DE AORTA E ARTÉRIAS RENAIIS	150,00	150,00
DOPPLER COLOR DE AORTA E ILIACAS	150,00	150,00
DOPPLER COLOR DE ART VISCERAIS(MESENT SUP E INF E TRONCO CELIACO	150,00	150,00
DOPPLER COLOR DE VEIA CAVA SUPERIOR OU INFERIOR	150,00	150,00
DOPPLER COLOR PENIANO C/ FARMACO- INDUÇÃO	230,00	230,00
DOPPLER COLOR ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR	150,00	150,00
DOPPLER COLOR VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR	150,00	150,00
DOPPLER COLOR ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR	150,00	150,00
DOPPLER COLOR VENOSO DE MEMBRO INFERIOR	150,00	150,00
OBSTÉTRICA-BIOFISICO FETAL	130,00	130,00
PROCEDIMENTOS RAIO-X – COM LAUDO	VALOR POR PROCEDIMENTO	Valor Reajustado
CRANIO PA E LATERAL 2INC.	22,00	22,00
CRANIO PA LAT OB BRETONN 3INC	22,00	22,00
CRANIO PA LAT OB BRETONN HIRTZ 4INC	22,00	22,00
MASTOIDES ROCHEDOS BILATERAIS	22,00	22,00
ORBITAS PA OBL HIRTZ 4INC	22,00	22,00
SEIOS DA FACE F.N.M.N 3INC	22,00	14,18
SELA TURCA PA LAT BRETONN 3INC	22,00	14,18
OSSOS DA FACE M.N LAT HIRTZ 4INC	22,00	14,18
ART. TÊMPORO MANDIBULAR BILATERAL 4P	22,00	14,18
ADENOIDES LATERAIS 1INC	22,00	14,18
COL CERVICAL AP/P OU FLEXÃO 3INC	22,00	14,18
COL CERVICAL AP/P OBLIQUAS 5INC	22,00	14,18
COL DORSAL AP LATERAL 2INC	22,00	14,18
COL DORSO-LOMBAR T8-L3	22,00	14,18

COLUNA LOMBO-SACRA 3INC	22,00	14,18
COLUNA LOMBO-SACRA C/ OBLIQUAS 5INC	22,00	14,18
COLUNA TOTAL 35 x 91 FILME GRANDE	22,00	14,18
SACRO-COCCIX 4INC	22,00	14,18
COL. PARA ESCOLIOSE PA/LATERAL 2INC	22,00	14,18
COLUNA TOTAL P/ ESCOLIOSE 2INC FILME PEQUENO CONVENCIONAL	22,00	14,18
ESTERNO 3INC	22,00	14,18
ARTICULAÇÃO ESTERNOCLAVICULAR 3INC	22,00	14,18
COSTELAS POR HEMITORAX 2INC	22,00	14,18
CLAVICULA 2INC	22,00	14,18
OMOPLATA OU OMBRO FUNCIONAL 3INC	22,00	14,18
ARTICULAÇÃO ACROMIO- CLAVICULAR 2INC	22,00	14,18
ARTICULAÇÃO ESCAPULO- UMERAL 2INC	22,00	14,18
BRAÇO 2 INC	22,00	14,18
COTOVELO 2INC	22,00	14,18
ANTEBRAÇO 2INC	22,00	14,18
PUNHO PA.LAT OBLIQUAS 4INC	22,00	14,18
MÃO OU QUIRODACTILOS 2INC	22,00	14,18
MÃOS E PUNHOS PARA IDADE OSSEA 2INC	22,00	14,18
BACIA 1INC	22,00	14,18
ARTICULAÇÕES SACRO-ILIACAS 3INC	22,00	14,18
ARTICULAÇÕES COXO- FEMURAL 2INC	22,00	14,18
COXA 2INC	22,00	14,18
JOELHO AP LATERAL 2INC	22,00	14,18
JOELHO OU ROTULA AP LAT AXIAL 3INC	22,00	14,18
PERNA 2INC	22,00	14,18
ART.TIBIO-TARSICA (TORNOZELO) 2INC	22,00	14,18
PE OU PODODACTILOS 2INC	22,00	14,18
CALCÂNEO 2INC	22,00	14,18
ESCANOMETRIA DIGITAL	22,00	14,18
PANORAMICA MONBRO INFERIORES 1INC	22,00	14,18
TORAX PA	22,00	14,18
TORAX PA E LATERAL	22,00	14,18
TÓRAX 3 INCIDÊNCIAS	22,00	14,18
TORAX PA LAT OBLIQUAS 4INC	22,00	14,18

MEDIASTINO	22,00	14,18
LARINGE	22,00	14,18
ESÔFAGO c/ medicamento	200,00	200,00
ESTÔMAGO E DUODENO c/medicamentos	200,00	200,00
ESÔFAGO, HIATO ESTÔMAGO E DUODENO c/ medicamentos	200,00	200,00
TRÂNSITO E MORFOLOGIA DO DELGADO c/ medicamentos	200,00	200,00
CLISTER OPACO (DUPLO CONTRASTE) c/medicamentos	200,00	200,00
UROGRAFIA EXCRETORA C/B PRÉ E POS c/ medicamentos	200,00	200,00
URETROCISTOGRAFIA c/ medicamentos ADULTO	200,00	200,00
URETROCISTOGRAFIA c/ medicamentos CRIANÇA ATÉ 12 ANOS	200,00	200,00
ABDOMEN SIMPLES 1INC	22,00	14,18
ABDOMEN AGUDO 4INC	22,00	14,18
MAMOGRAFIA BILATERAL	90,00	90,00
MAMOGRAFIA BILATERAL DIGITAL	90,00	90,00
MARCAÇÃO PRÉ CIRURGICA POR ORIENTAÇÃO, POR NODULO,	270,00	270,00
PUNÇÃO OU BIOPSIA POR AGULHA FINA	145,00	145,00
DUCTOGRAFIA (POR MAMA) C/ MEDICAMENTO	150,00	150,00
SIALOGRAFIA (POR GLÂNDULA) C/ MEDICAMENTO	150,00	150,00
HISTEROSSALPINGOGRAFIA C/MEDICAMENTO	330,00	330,00
FISTULOGRAFIA C/ MEDICAMENTO	150,00	150,00
DACRIOCISTOGRAFIA C/ MEDICAMENTO	150,00	150,00
PROCEDIMENTOS TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - COM LAUDO	VALOR POR PROCEDIMENTO	Valor Reajustado
CRÂNIO OU SELA TÚRSICA OU ÓRBITAS	220,00	102,31
CRÂNIO OU SELA TÚRSICA OU ÓRBITAS C/ CONTRASTE	245,00	102,31
MASTÓIDES OU OUVIDOS	220,00	102,31
MASTÓIDES OU OUVIDOS C/ CONTRASTE	245,00	102,31
FACE OU SEIOS DA FACE	220,00	143,23
FACE OU SEIOS DA FACE C/	245,00	143,23

CONTRASTE		
ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES	220,00	143,23
ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES C/ CONTRASTE	245,00	143,23
PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE, TIEÓIDES E FARINGE)	220,00	143,23
PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE, TIEÓIDES E FARINGE) C/ CONTRASTE	250,00	143,23
TÓRAX C/ CONTRASTE	300,00	143,23
TÓRAX	250,00	143,23
ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR, PELVE E RETROPERITÔNIO) C/ CONTRASTE	300,00	143,23
ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR, PELVE E RETROPERITÔNIO)	400,00	400,00
ABDOME SUPERIOR C/ CONTRASTE	320,00	143,23
ABDOME SUPERIOR	150,00	143,23
PELVE OU BACIA C/ CONTRASTE	150,00	143,23
PELVE OU BACIA	150,00	143,23
COLUNA CERVICAL OU DORSAL (ATÉ 3 SEGMENTOS) C/ CONTRASTE	100,00	143,23
COLUNA CERVICAL OU DORSAL (ATÉ 3 SEGMENTOS)	100,00	143,23
COLUNA LOMBAR L3-S1	100,00	143,23
COLUNA LOMBAR L1-S1	100,00	143,23
SEGMENTOS APENDICULARES OU ANTEBRAÇO OU MÃO OU COXA OU PERNA OU PÉ)	100,00	143,23
ANGIOTOMOGRAFIA DE CRÂNIO	300,00	300,00
PROCEDIMENTOS RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COM CONTRASTE – COM LAUDO	VALOR POR PROCEDIMENTO	Valor Reajustado
CRÂNIO	300,00	268,68
ABDOMEN TOTAL	550,00	268,68
ARTICULAÇÃO	280,00	268,68
ANGIORES. ARTERIAL OU VENOSA	530,00	530,00
PESCOÇO	530,00	530,00
URORESSONÂNCIA	280,00	280,00
PELVE/BACIA/COXA	280,00	268,68
COLUNAS	280,00	268,68
ÓRBITA	280,00	280,00
OUVIDO	280,00	280,00

PROCEDIMENTOS RESSONÂNCIA MAGNÉTICA SEM CONTRASTE – COM LAUDO	VALOR POR PROCEDIMENTO	Valor Reajustado
ARTICULAÇÃO	280,00	268,68
COLANGIORESSONÂNCIA	950,00	950,00
ATM	550,00	550,00
URORESSONÂNCIA	580,00	580,00
COLUNAS	280,00	280,00
PROCEDIMENTOS CONSULTAS – COM LAUDO	VALOR POR PROCEDIMENTO	Valor Reajustado
ALERGOLOGIA	120,00	120,00
ANGIOLOGIA	120,00	120,00
AVALIAÇÃO PRÉ – ANESTESICA	40,00	40,00
CARDIOLOGIA	80,00	34,02
CARDIOLOGIA COM ELETROCARDIOGRAMA	120,00	55,00
CIRURGIA GERAL	80,00	80,00
DERMATOLOGIA	80,00	100,00
ENDOCRINOLOGIA	80,00	73,00
GASTROENTEROLOGIA	80,00	34,02
HEPATOLOGIA	120,00	34,02
GERIATRIA	80,00	100,00
GINECOLOGIA	40,00	54,00
INFECTOLOGIA	120,00	100,00
IMUNOLOGISTA	120,00	100,00
MASTOLOGIA	120,00	100,00
NEFROLOGIA	120,00	34,02
NEUROCIRURGIA	120,00	120,00
NEUROLOGIA PEDIATRICA	120,00	90,00
NEUROLOGIA PEDIATRICA COM ELETROENCEFALOGRAMA	160,00	90,00
NEUROLOGIA	100,00	90,00
NEONATOLOGIA	100,00	100,00
OFTALMOLOGIA	60,00	100,00
ONCOLOGIA	120,00	-
ORTOPEDISTA INFANTIL	60,00	34,02
ORTOPEDISTA ADULTO	40,00	34,02
OBSTETRICIA	40,00	54,00
PEDIATRIA	40,00	34,02
PNEUMOLOGIA	100,00	100,00
PROCTOLOGIA	100,00	34,02
PSIQUIATRIA INFANTIL	80,00	80,00
PSIQUIATRIA ADULTO	80,00	80,00
PSIQUIATRIA PARA AVALIAÇÃO DE PERICIA	270,00	270,00
REUMATOLOGIA	120,00	100,00
UROLOGIA	80,00	100,00
OTORRINOLARINGOLOGISTA	-	100,00
COLOPROCTOLOGISTA	-	100,00

PROCEDIMENTOS EXAMES – COM LAUDO	VALOR POR PROCEDIMENTO	Valor Reajustado
HOLTER 24 HORAS	160,00	160,00
ELETRONEUROMIOGRAFIA	180,00	180,00
ELETROENCEFALOGRAMA SIMPLES	103,00	103,00
ELETROENCEFALOGRAMA C/ MAPEAMENTO	128,00	128,00
ENDOSCOPIA DIGESTIVA	160,00	113,00
COLONOSCOPIA	280,00	276,70
RETOSSIGMOIDOSCOPIA	128,00	81,85
MANOMETRIA ESOFAGICA	165,00	165,00
MANOMETRIA OMO-RETAL	185,00	185,00
PH METRIA	315,00	315,00
BIO FEEDBACK	74,00	74,00
BIOPSIA/CITOLOGIA DE EDA/COLONO	22,00	22,00
TESTE DE UREASE	15,00	15,00
ELETR CARDIOGRAMA-ECG	28,00	28,00
TESTE ERGOMETRICO	160,00	160,00
MAPEAMENTO DA RETINA	103,00	55,00
PESQUISA PARES CRANIANOS	78,00	78,00
IMPEDANCIOMETRIA	65,00	65,00
AUDIOMETRIA	78,00	78,00
VIDEOLARINGOSCOPIA	128,00	128,00
VIDEO ESTROBOSCOPIA	128,00	128,00
REMOÇÃO DE CERUME	53,00	53,00
BERA	300,00	300,00
PAC	300,00	300,00
PROVA VENTILATÓRIA/ESPIROMETRIA	105,00	105,00
PAAF – PUNÇÃO ASPIRATIVA	215,00	215,00
BRONCOSCOPIA	375,00	375,00
ENDOSCOPIA DIGESTIVA COM TESTE DE UREASE	215,00	215,00
COLONOSCOPIA	385,00	340,20
Asnmb DENSITOMETRIA ÓSSEA DUO ENERGETICA (CORPO INTEIRO)	180,00	55,00
DENSITOMETRIA ÓSSEA (PROTESE DE FEMUR)	180,00	180,00
DENSITOMETRIA ÓSSEA COL. LOMBAR E FEMUR 2 SEG.	180,00	180,00
DENSITOMETRIA ÓSSEA COL. LOMBAR E FEMUR 1/3	180,00	180,00
DENSITOMETRIA ÓSSEA DUO ENERG. 1 SEGMENTO	180,00	180,00
TRATAMENTO DE METÁSTASES COM SAMARIO	1.378,00	1.378,00
TRATAMENTO DE HIPERTIREÓIDISMO – BÓCIO	497,00	497,00

NODULAR TÓXICO (GRAVES)		
TRATAMENTO DE HIPERTIREÓIDISMO – BÓCIO NODULAR TÓXICO (PLUMMER)	613,00	613,00
SEDAÇÃO OU ANESTESIA PARA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	360,00	453,60
CINTILOGRAFIA DO MIOCARDIO NECROSE (INFARTO AGUDO)	211,00	211,00
CINTILOGRAFIA DO MIOCARDIO PERFUSÃO – REPOUSO E STRESS	992,00	992,00
CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DAS CAMARAS CARDIACAS – ESFORÇO	271,00	271,00
CINTILOGRAFIA DO MIOCARDIO NECROSE (INFARTO AGUDO)	211,00	211,00
CINTILOGRAFIA DO MIOCARDIO PERFUSÃO – REPOUSO E STRESS	992,00	992,00
CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DAS CAMARAS CARDIACAS – ESFORÇO	271,00	271,00
CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DAS CAMARAS CARDIACAS - REPOUSO	230,00	230,00
FLUXO SANGUÍNEO DAS EXTREMIDADES	230,00	230,00
DACRIOCINTILOGRAFIA	94,00	94,00
CINTILOGRAFIA DAS GLANDULAS SALIVARES COM OU SEM ESTIMULO	115,00	115,00
CINTILOGRAFIA DO FIGADO E DO BAÇO	186,00	186,00
CINTILOGRAFIA DO FIGADO E VIAS BILIARES	169,00	169,00
CINTILOGRAFIA PARA DETECÇÃO DE HEMORRAGIA DEGESTÓRIA ATIVA	199,00	199,00
CINTILOGRAFIA PARA DETECÇÃO DE HEMORRAGIA DEGESTÓRIA NÃO ATIVA	391,00	391,00
CINTILOGRAFIA PARA DETERMINAÇÃO DO TEMPO DE ESVAZIAMENTO GÁSTRICO	183,00	183,00
CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRANSITO ESOFÁGICO (LÍQUIDOS)	172,00	172,00
CINTILOGRAFIA PARA ESTUDOS DE TRANSITO ESOFÁGICO (SEMÍ- SÓLIDOS)	172,00	172,00
CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA	146,00	146,00

DIVERTICULO MECKEL		
CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO	172,00	172,00
CINTILOGRAFIA DA TIROIDE E/OU CAPTAÇÃO (IODO 131)	110,00	110,00
CINTILOGRAFIA DA TIROIDE E/OU CAPTAÇÃO (TECNÉCIO 99 M TC)	100,00	100,00
CINTILOGRAFIA DAS PARATIROIDES	410,00	410,00
CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO PARA PESQUISA DE METASTASES (PCI)	426,00	426,00
CINTILOGRAFIA RENAL DINAMICO	210,00	210,00
CINTILOGRAFIA RENAL DINAMICO COM DIURETICO	230,00	230,00
CINTILOGRAFIA DE RENOGRAMA	185,00	185,00
CINTILOGRAFIA RENAL ESTÁTICA (QUANTITATIVA OU QUALITATIVA)	160,00	160,00
CINTILOGRAFIA TESTICULAR (ESCROTAL)	140,00	140,00
CINTILOGRAFIA DIRETA	185,00	185,00
CINTILOGRAFIA INDERETA	190,00	190,00
CINTILOGRAFIA DAS ARTICULAÇÕES E/OU EXTREMIDADES	241,00	241,00
CINTILOGRAFIA ÓSSEA (CORPO TOTAL) – SUSPEITA DE CANCER OU EM TRATAMENTO	241,00	241,00
CINTILOGRAFIA ÓSSEA COM FLUXO SANGUINEO – DORES/QUEDA OU TORSÕES	475,00	475,00
FLUXO SANGUINEO ÓSSEO	301,00	301,00
CINTILOGRAFIA PERFUSÃO CEREBRAL	605,00	605,00
CISTERNOCINTILOGRAFIA	289,00	289,00
CINTILOGRAFIA COM GALI 67	1.249,00	1.249,00
CINTILOGRAFIA COM MIBG (METAIODOBENZILGUANIDINA)	1.000,00	1.000,00
CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	400,00	400,00
LINFOCINTILOGRAFIA	200,00	200,00
QUANTIFICAÇÃO DA CAPTAÇÃO PULMONAR COM GÁLIO 67	632,00	632,00
CINTILOGRAFIA PARA DETECÇÃO DE ASPIRAÇÃO PULMONAR	180,00	180,00
CINTILOGRAFIA PULMONAR	180,00	180,00

(INALAÇÃO)		
CINTILOGRAFIA PULMONAR (PERFUSÃO)	182,00	182,00
MATERIAIS DE PROCEDIMENTOS	VALOR POR PROCEDIMENTO	Valor Reajustado
DISPOSITIVO INTERSOMATICO – CAGE LOMBAR EM PEEK	1.356,35	1.356,35
DISPOSITIVO INTERSOMATICO – CAG CERVICAL EM PEEK	1.356,35	1.356,35
FIXADOR PARA FÊMUR	1.050,00	1.050,00
FIXADOR PARA TÍBIA	980,00	980,00
FIXADOR EXTERNOS	950,00	950,00
HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE TIBIA	978,92	978,92
HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE FEMUR	1.010,56	1.010,56
HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA TROCANTER	936,56	936,56
HASTE LONGITUDINAL EM TITANO PARA ASSOCIAÇÃO AO PARAFUSO	461,36	461,36
HASTE FLEXIVÉIS DE FEMUR	450,00	450,00
KIT ARTROSCOPIA	250,00	250,00
LAMINA DE SHAVER PARTES MOLES	350,00	350,00
LAMINA DE SHAVER PARTES OSSEAS	350,00	350,00
PARAFUSO CANULADO 3,0	116,02	116,02
PARAFUSO CANULADO 4,5	102,92	102,92
PARAFUSO CANULADO 7,0	90,29	90,29
PARAFUSO CANULADO HERBERT	154,38	154,38
PARAFUSO CORTICAL 3,5 mm	15,34	15,34
PARAFUSO CORTICAL 4,5 mm	18,06	18,06
PARAFUSO DE INTERFERENCIA DE TITÂNIO	486,29	486,29
PARAFUSO ESPONJOSO 4,0	27,71	27,71
PARAFUSO POLIAXIAL PEDICULAR DE TITANO	410,24	410,24
PARAFUSOS ASSOC. A PLACAS CERVICAIS EM TITANO	175,78	175,78
PLACA 1/3 CANA TUBULAR (inclui parafuso)	146,64	146,64
PLACA CERVICAL ASSOC. A PARAF. INTRA SOMÁTICOS/TITANO	2.419,72	2.419,72
PLACA DCP 3,5 mm (inclui parafuso)	183,81	183,81
PLACA DCP 4,5 mm ESTREITA (inclui parafusos)	235,88	235,88
PLACA DCP 4,5 mm LARGA (inclui parafusos)	296,00	296,00

PLACA DCS	687,73	687,73
PLACA DE CALCANEIO	320,00	320,00
PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5mm (inclui parafusos)	299,90	299,90
PLACA DHS	764,34	764,34
PLACA EM L PARA TIBIA 4,5 mm (inclui parafusos)	288,71	288,71
PLACA EM T 3,5 mm (inclui parafusos)	275,48	275,48
PLACA MINI MICRO (inclui parafusos)	361,81	361,81
PLACA TREVO 4,5 mm (inclui parafusos)	288,71	288,71
PLACA BLOQUEADA PARA ÚMERO (inclui parafusos)	1.800,00	1.800,00
PONTEIRA DE SHAVER (ablation)	400,00	400,00
PROTESE DE QUADRIL NÃO CIMENTADA	5.132,00	5.132,00
PROTESE DE QUIADRIL HIBRIDA	2.920,24	2.920,24
PROTESE PARCIAL DE QUADRIL BIPOLAR	1.990,74	1.990,74
PROTESE TOTAL CIMENTADA DE JOELHO	3.872,14	3.872,14
PROTESE TOTAL DE QUADRIL CIMENTADA	2.879,00	2.879,00
SISTEMA CROSS LINK	781,26	781,26
SISTEMA DE GANCHO SULCADO	610,00	610,00
PLACA BLOQUEADA DE TIBIA DISTAL	1.300,00	1.300,00
PLACA BLOQUEADA DE RÁDIO DISTAL VOLFIX	1.800,00	1.800,00
FIXADOR TIPO ILZAROV	2.820,00	2.820,00



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MANDAGUARI

Secretaria Municipal de Saúde
E-mail: planejamento@mandaguari.pr.gov.br

Mandaguari, 13 de Dezembro de 2017.

CI 0102/2017

De Josias Gonçalves	Para: Procuradoria Jurídica
Secretário de Saúde	Euclides Alves da Rocha Loures Neto

Assunto: projeto de Lei

Referente: Inclusão de Anexo a Lei 2.449/2015

Senhor Procurador,

Sirvo-Me de este para solicitar seus valiosos préstimos no sentido fazer e encaminhar um projeto de Lei à Câmara Municipal, em regime de urgência urgentíssima, a fim de incluir uma nova tabela em substituição ao anexo I.

Esta substituição se faz necessária, haja vista que houve alterações de valores (alguns a maior e outros a menor) devido a necessidade de adequação aos valores regionais. Também se fez necessário a inclusão de duas novas especialidades a mesma.

Segue (em anexo) a resolução do conselho municipal de saúde que aprovou a nova tabela e a Nova Tabela que deverá a substituir o anexo I incluído pela lei 2.663/2016.

Sendo o que tínhamos para o momento, Desde já agradeço pela atenção e pronto atendimento e, no ensejo, reentero meus votos de estimas e considerações.

Atenciosamente,


Josias Gonçalves
Secretário de Saúde

Recibido: 15/12/17

LEI Nº. 2.449/2015

SÚMULA: Institui no Município a **Rede do Cuidado ao Cidadão Mandaguariense**, e dá outras providências.

A Câmara Municipal de Mandaguari, Estado do Paraná, no uso de suas atribuições legais, aprovou e eu, ROMUALDO BATISTA, Prefeito Municipal de Mandaguari, Estado do Paraná, sanciono a seguinte

L E I :

Art. 1º - Fica instituída no Município, de forma obrigatória, na forma estabelecida nesta lei, a **Rede do Cuidado ao Cidadão Mandaguariense**.

Art. 2º - A Rede do Cuidado ao Cidadão Mandaguariense, objetiva assegurar a melhoria da qualidade da assistência à saúde as diversas faixas etárias, através da implantação de ações que visem à promoção, a prevenção, a manutenção e a reabilitação da assistência à saúde dos usuários, mediante a articulação, integração e monitoramento dos serviços de saúde ambulatoriais, cirúrgicos e hospitalar municipal que serão ofertados a população do Município de Mandaguari, estado do Paraná.

Art. 3º - A Rede do Cuidado ao Cidadão Mandaguariense será estruturada observando-se as seguintes diretrizes:

I – assegurar o atendimento de qualidade a todos usuários do SUS, a partir dos serviços clínicos e cirúrgicos hospitalares;

II – garantir aos usuários do Sistema Único de Saúde residentes no Município serviços de saúde hospitalares de atendimentos de consultas, serviços e procedimentos ambulatorial e cirúrgicos, internamentos clínicos e cirúrgicos, serviços de auxílio à diagnóstico e terapia - SADT e serviços de Pronto Atendimento de Urgência e Emergência 24 horas, conforme a especialidade;

III – proporcionar atendimento prioritário a crianças, idosos e pessoas com necessidades especiais do Município de Mandaguari;

IV – conceder aos usuários com idade igual ou inferior a 12(doze) anos e igual ou maior a 60(sessenta) anos, além das pessoas com necessidades especiais, o direito a acompanhante no caso de internações clínicas e cirúrgicas.

Art. 4º - Cabe à Secretaria Municipal de Saúde:

I – instituir e estruturar a Central da Rede do Cuidado ao Cidadão Mandaguariense;

II – implantar o fluxo regulatório da Rede do Cuidado ao Cidadão Mandaguariense, estabelecendo referências para a assistência ambulatorial e hospitalar dos usuários das diversas faixas etárias;

III – apoiar o Município no credenciamento de serviços de saúde, para atendimento dos usuários dos SUS, com o objetivo de garantir a realização dos serviços de saúde hospitalar para os seguintes procedimentos:

- a) clínico;
- b) ambulatorial;
- c) cirurgia geral;
- d) cirurgia ortopédica;

IV – monitorar e acompanhar o desempenho da assistência ofertada pela rede própria e credenciada, e os resultados alcançados no Município;

V – estabelecer cooperação técnica com instituições universitárias e sociedades de especialidades médicas para promover à qualidade da assistência a saúde dos usuários do Município;

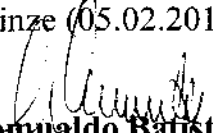
Art. 5º - O Poder Executivo Municipal deverá divulgar amplamente o programa da Rede do Cuidado ao Cidadão Mandaguariense por meio de avisos e cartazes na Rede Pública de Saúde e também por meio de divulgação na imprensa – rádio e jornal, utilizando para tanto dotação orçamentária para esse fim constante da Lei Orçamentária em vigor, suplementada se necessário.

Art. 6º - As despesas decorrentes da aplicação desta lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 7º - O Executivo regulamentará esta lei no prazo de 60 (sessenta) dias contados da sua publicação.

Art. 8º - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Edifício da Prefeitura do Município de Mandaguari, aos cinco dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e quinze (05.02.2015).


Romualdo Batista
Prefeito Municipal

LEI Nº. 2.663/2016

Súmula: Inclui Anexo I na Lei Municipal 2.449/2015 de 05 de fevereiro de 2015.

A Câmara Municipal de Mandaguari, Estado do Paraná, no uso de suas atribuições legais, aprovou e, eu, Romualdo Batista, Prefeito do Município de Mandaguari, sanciono e promulgo a seguinte

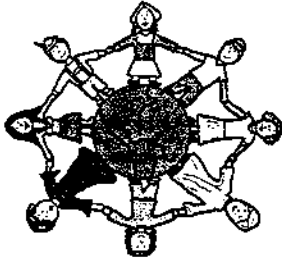
LEI:

Art. 1º - Fica incluso na Lei Municipal 2.449/2015, de 05 de fevereiro de 2015, o Anexo I da presente Lei.

Art. 2º - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Edifício da Prefeitura do Município de Mandaguari, aos dezessete dias do mês de março do ano de dois mil e dezesseis (17.03.2016).


Romualdo Batista
Prefeito Municipal



**Conselho Municipal de Saúde de
Mandaguari**
cmsmandaguari16@gmail.com
Rua: Pe. Antônio Lock - 382
CEP- 86975-000
Fone/Fax 044-3233 3035

**GESTÃO
2016/2019**

RESOLUÇÃO Nº 23/2017 de 12 de Dezembro de 2017 do Conselho Municipal de Saúde do Município de Mandaguari.

Dispõem sobre as conclusões acerca da **Alteração da Lei Municipal 2.663/2016, Referente à Tabela de Valores de Serviços Hospitalares nas Especialidades de Cirurgia de Média com Respaldo de Alta Complexidade e Alta Complexidade, Ultrassonografia, Raio-X, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Consultas Especializadas, Exames de Apoio Diagnóstico Especializados e Materiais de Procedimentos e Inclusão das especialidades Otorrinolaringologista e Coloproctologista.**

Do Órgão Executor da **Saúde do Município de MANDAGUARI-PR**, e prescreve as providências que enumera.

O Pleno do Conselho Municipal de Saúde Gestão 2016/2019 de MANDAGUARI, no uso das prerrogativas conferidas pela Lei Federal nº 8.080 de 19/09/90, Lei Federal nº 8.142 de 28/12/90 e pela Lei Municipal nº 2.187 de 11/09/13;

Considerando o art. 77, § 3º do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias à Constituição Federal, com redação dada pela Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000;

Considerando o inciso IV do art. 4º da Lei Federal nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, o qual determina que para receber os Recursos do Fundo Nacional de Saúde, os municípios deverão elaborar o Relatório de Gestão;

Considerando o § 4º do art. 33, da Lei Federal nº 8.080, de 19/09/90, Lei Orgânica da Saúde;

Considerando a Portaria do Ministério da Saúde, nº 53 de 16 de Janeiro de 2013;

Considerando a Portaria do Ministério de Saúde nº 2.135 de 25 de setembro de 2013, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e demais normas correlacionadas ao Pacto de Gestão SUS;

Rua: Padre Antônio Lock- 382 Fone/Fax: (44) 3233 3035
Email: cmsmandaguari16@gmail.com



**Conselho Municipal de Saúde de
Mandaguari**

cmsmandaguari16@gmail.com

Rua: Pe. Antônio Lock - 382

CEP- 86975-000

Fone/Fax 044-3233 3035

GESTÃO

2016/2019

Resolve:

Art. 1º APROVADA A ALTERAÇÃO DA LEI MUNICIPAL 2.663/2016

**Art. 2º - ESTA RESOLUÇÃO SERÁ VALIDADA NA DATA DE SUA
PUBLICAÇÃO.**

Mandaguari, 12 de Dezembro de 2017.

Mizaél da Cunha
Presidente do Conselho Municipal Saúde

Romualdo Batista
Prefeito Municipal de Mandaguari

*Homologo a resolução nº23/2017, nos termos do § 2º art.1º da Lei Federal nº
8.142 de 28/12/90.*

Rua: Padre Antônio Lock- 382 Fone/Fax: (44) 3233 3035

Email: cmsmandaguari16@gmail.com



CÂMARA MUNICIPAL DE MANDAGUARI
ESTADO DO PARANÁ

REMESSA

Nesta data 15/12/2017
Remeto este à Presidência para
os devidos fins.

À COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO,
LEGISLAÇÃO E REDAÇÃO

Em 19/02/2018

Presidente

Recebido em ____/____/____

Responsável

À COMISSÃO DE FINANÇAS E ORÇAMENTO

Em 19/02/2018

Presidente

Recebido em ____/____/____

Responsável

À COMISSÃO DE POLÍTICAS MUNICIPAIS

Em 19/02/2018

Presidente

Recebido em ____/____/____

Responsável