AUTÓGRAFO Nº 088/2023

Redação Final do Projeto de Lei Nº 089/2023 oriundo do Poder EXECUTIVO

Autoriza o Poder Executivo Municipal a firmar convênio com o Associação Beneficente Ouro Branco, para custear e manter serviços de Atenção Básica, urgência e emergência, projetos e programas pactuados com o Estado e a União em Saúde, realização de cirurgias, consultas médicas e exames de imagem de caráter eletivo, e dá outras providências.

**EDMILSON BUSATTO,** Prefeito Municipal de Bom Retiro do Sul, Estado do Rio Grande do Sul, em cumprimento ao disposto no art. 58 da Lei Orgânica do Município;

**FAÇO SABER** que o Poder Legislativo aprovou e eu sanciono e promulgo a seguinte Lei:

**Art. 1º** Fica o Poder Executivo Municipal autorizado a firmar Convênio com a Associação Beneficente Ouro Branco, inscrita no CNPJ sob nº89.781.173/0001-06, estabelecida na Rua Fernando Ferrari, nº 506, bairro Languiru, no município de Teutônia/RS, para atender os munícipes bom – retirenses e seus dependentes legais que comprovadamente residam no município de Bom Retiro do Sul, a ser prestado nas dependências do Hospital Ouro Branco.

**§ 1º** O objeto do convênio consiste em:

**I)** melhorar os serviços de prevenção à saúde, oferecidos aos munícipes bom- retirenses, nas áreas de clínica médica geral especializada, através de ações preventivas e curativas, realizadas por profissionais dos serviços de saúde, vinculados à entidade conveniada.

**II)** manter serviços de Atenção Básica, referenciados pela UBS, urgência e emergência, projetos e programas pactuados com o Estado e a União em Saúde, proporcionando o atendimento adequado e condigno à população do município de Bom Retiro do Sul.

**III)** realização de cirurgias, consultas médicas e exames de imagem de caráter eletivo.

**§ 2º -** O Convênio terá sua vigência pelo período de 12 (doze) meses, período compreendido entre julho de 2023 a julho de 2024,podendo ser renovado por iguais períodos, até o máximo previsto no art. 106 e 107, da Lei 14.133/21.

**§ 3°** - A título de pagamento o município passará a Conveniada o valor:

**I)** fixo mensal de R$ 21.754,00 (vinte e um mil, setecentos e cinquenta e quatro reais)**,** correspondendo ao serviço de Emergência 24 horas, Saúde da Mulher e Diagnóstico, limitado ao valor informado na tabela abaixo:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVIÇO | COBERTURA | VALOR MENSAL |
| Emergência 24 horas | Emergência 24 horas com médico clínico geral plantonista, avaliações de especialistas nas áreas de: pediatria, obstetrícia, anestesia e radiologia. | Valor Fixo Mensal R$ 3.454,00 |
| Saúde da Mulher | Incentivo a realização de partos normais, cesáreas, curetagem, laqueadura, partogama e MAP, no valor de R$ 3.500,00 por procedimento. | Valor Fixo Mensal R$ 17.500,00 |
| Diagnóstico | Incentivo a realização de exames de diagnóstico previstos nos Anexos III e IV solicitados pelo médico plantonista ou especialista da Emergência e/ou pelos médicos do Centro de Saúde Municipal.  | Valor Fixo Mensal R$ 800,00 |

**II)** a ser apurado conforme demanda e utilização de serviços, os quais serão pagos conforme disposto nos anexos I e II desta lei, limitado ao valor informado na tabela abaixo:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVIÇO | COBERTURA | VALOR MENSAL |
| Procedimentos Ambulatoriais | Procedimento ambulatorial, no valor de R$ 844,00 por procedimento, limitado a 2 procedimentos mês. | Até R$ 1.688,00 |

**§ 4°** Em caso de renovação, os valores serão reajustados pela variação do IPCA correspondente aos 12 (doze) meses, ou outro indexador que vier a substituí-lo.

**§ 3º** Os repasses somente serão efetuados após a apresentação, pela conveniada, das negativas e documentos necessários à efetivação do presente Convênio.

**§ 4º** Os auxílios serão repassados mediante depósito em conta corrente bancária da conveniada, especialmente aberta para tal fim.

**§ 5º** O repasse relativo ao fixo mensal, mediante depósito bancário, será realizado até o dia 5º dia útil do mês subsequente, referente ao período de prestação de serviço, objeto do presente Convênio, entre os dias 20 e 19 inclusive, desde que aprovada à prestação de contas pela Secretaria Municipal de Saúde, dos serviços prestados.

**§ 6º** É condição para que o pagamento seja realizado no prazo referido no parágrafo anterior, que a Conveniada apresente ao município, até o 5° dia após o fechamento da prestação dos serviços, a prestação de contas dos serviços prestados mediante a entrega do Relatório de Serviços e Nota Fiscal pela Conveniada ao Município, devidamente atestado pelo Gestor do Convênio.

**Art. 2º** São obrigações e responsabilidades da Conveniada:

1. Fornecer todos os equipamentos, materiais e pessoal disponíveis para a consecução dos atendimentos objeto do presente Convênio;
2. Apresentar documento que comprove a condição de filantropia da conveniada;
3. Todas as despesas com os profissionais médicos, de enfermagem, de administração, salarial, previdenciária e trabalhista, bem como, materiais e medicamentos utilizados pelos pacientes objeto dos procedimentos abrangidos pelo presente Convênio, são de responsabilidade da Conveniada.
4. A Conveniada deverá encaminhar a Secretaria Municipal de Saúde, até o quinto dia após o fechamento do período, a prestação de contas contendo o demonstrativo de todos os atendimentos realizados, no qual deverá constar número do cartão SUS.

**Art. 3º** As despesas decorrentes da aplicação desta Lei correrão por conta da dotação orçamentária do corrente exercício e exercício vindouro.

**07 ................................ Secretaria Municipal da Saúde**

**01 ................................ Fundo Municipal da Saúde**

**10.302.0021.2043........ Assistência Médica à População**

**3.3.3.90.39.00000000...Outros Serviços de Terceiros – P.J.**

**Conta........................... 7019**

**Art. 4º** Fica designado como Gestor do Convênio, o Secretário Municipal da Saúde Paulo Rodrigo Rodrigues.

**Art. 5º** As demais disposições serão estabelecidas no Termo de Convênio a ser firmado entre as partes.

**Art. 6º** Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação

Gabinete do Presidente Câmara Municipal de Bom Retiro do Sul, 19 de julho de 2023.

 João Batista Ferreira Marcelo Kerber

 Presidente Diretor

 Câmara Municipal de Câmara Municipal de

 Vereadores de Bom Retiro do Sul Vereadores de Bom Retiro do Sul

**Anexo I**

|  |  |
| --- | --- |
| **SERVIÇOS**  | **VALOR UNITÁRIO** |
| Consulta eletiva na central de Convênios | R$ 154,00 |

**Anexo II**

1. **PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS:** Complementação de R$ 844,00 (oitocentos e quarenta e quatro), por procedimento, nos pequenos procedimentos, a saber: incisão e drenagem de abscesso / hematoma, sutura de extensos ferimentos, exérese de lesão / tumor de pele, acesso venoso central, toracocentese, frenectomia, colocação de DIU.

**Anexo III**

**TABELAS DE VALORES - COMPLEMENTAÇÃO DE EXAMES**

**Incentivo**

|  |  |
| --- | --- |
| **ECOGRAFIAS** | **2023** |
| ABDOMEM SUPERIOR | R$ 159,00 |
| ABDOMEM TOTAL | R$ 223,00 |
| APARELHO URINÁRIO FEM. | R$ 159,00 |
| APARELHO URINÁRIO MASC. | R$ 159,00 |
| ABDOMEM INFERIOR FEM. | R$ 91,00 |
| ARTICULAÇÕES | R$ 159,00 |
| CARÓTIDAS | R$ 328,00 |
| ECOCARDIOGRAMA | R$ 263,00 |
| DOPPLER VENOSO / ARTERIAL | R$ 297,00 |
| OBSTÉTRICA | R$ 97,00 |
| OBSTÉTRICA COM DOPPLER | R$ 297,00 |
| OBSTÉTRICA MORFOLOGICA | R$ 300,00 |
| ESTRUTURAS SUPERFICIAIS | R$ 159,00 |
| ORGÃOS SUPERFICIAIS | R$ 159,00 |
| PÉLVICA GINECOLÓGICA | R$ 91,00 |
| TRANSVAGINAL | R$ 159,00 |
| PRÓSTATA ABDOMINAL | R$ 113,00 |
| PRÓSTATA TRANSRETAL | R$ 159,00 |
| OBSTÉTRICA TN | R$ 148,00 |
| BIÓPSIA TIREÓIDE SEM LAB. | R$ 265,00 |
| BIÓPSIA PRÓSTATA SEM LAB. | R$ 486,00 |

**Incentivo**

|  |  |
| --- | --- |
| **RAIO - X** | **2023** |
| RX ABD AGUDO | R$ 74,00 |
| RX ABD SIMPLES | R$ 49,00 |
| RX RINOFARINGE | R$ 49,00 |
| RX ANTEBRAÇO | R$ 43,00 |
| RX ART. ACROMIO CLAVICULAR | R$ 48,00 |
| RX ART. COXO-FEMURAL (CADA LADO) | R$ 52,00 |
| RX ART. TEMPORO MANDIBULAR BILAT. | R$ 50,00 |
| RX ART. TIBIO TÁRSICA (TORNOZELO) | R$ 42,00 |
| RX ARTROGRAFIA | R$ 198,00 |
| RX BACIA | R$ 46,00 |
| RX BRAÇO | R$ 50,00 |
| RX CALCANEO | R$ 42,00 |
| RX CAVUM | R$ 49,00 |
| RX CLAVICULA | R$ 50,00 |
| RX CLÍSTER OPACO (ENEMA) | R$ 243,00 |
| RX COLANGIOGRAFIA PÓS-OPERATÓRIA | R$ 187,00 |
| RX COLANGIOGRAFIA PRÉ-OPERATÓRIA | R$ 193,00 |
| RX COLUNA CERVICAL - 3 INCIDENCIAS | R$ 50,00 |
| RX COLUNA CERVICAL - 5 INCIDENCIAS | R$ 57,00 |
| RX COLUNA DORSAL | R$ 53,00 |
| RX COLUNA TÓRACO-LOMBAR | R$ 57,00 |
| RX COLUNA LOMBAR | R$ 58,00 |
| RX COLUNA LOMBAR COM OBLÍQUAS | R$ 64,00 |
| RX SACRO-CÓCCIX | R$ 54,00 |
| RX CVB | R$ 61,00 |
| RX COSTELAS | R$ 54,00 |
| RX COTOVELO | R$ 42,00 |
| RX COXA (FEMUR) | R$ 55,00 |
| RX CRANEO / SELA TURCICA | R$ 50,00 |
| RX ESCANOMETRIA | R$ 61,00 |
| RX ESOFAGO | R$ 90,00 |
| RX EED | R$ 193,00 |
| RX ESTERNO | R$ 53,00 |
| RX ESTÔMAGO E DUODENO | R$ 170,00 |
| RX HIPOFARINGE | R$ 30,00 |
| RX HISTEROSSALPINGOGRAFIA | R$ 195,00 |
| RX JOELHO COM PATELA (AP+LT+AXIAL) | R$ 48,00 |
| RX JOELHO | R$ 45,00 |
| RX LARINGE | R$ 72,00 |
| RX MÃO OU QUIRODACTILOS | R$ 42,00 |
| RX MÃOS E PUNHO P/ IDADE ÓSSEA | R$ 41,00 |
| RX OMBRO | R$ 53,00 |
| RX OSSOS DA FACE | R$ 55,00 |
| RX PÉ OU PODODÁCTILOS | R$ 43,00 |
| RX PERNA | R$ 47,00 |
| RX PUNHO | R$ 45,00 |
| RX SEIOS DA FACE | R$ 50,00 |
| RX TÓRAX | R$ 43,00 |
| RX TRANSITO | R$ 184,00 |
| RX URETROCISTOGRAFIA | R$ 220,00 |
| RX UROGRAFIA VENOSA | R$ 220,00 |
| MAMOGRAFIA DIGITAL | R$ 217,00 |
| MAMOGRAFIA | R$ 144,00 |
| DENSITOMETRIA 1 SEGMENTO | R$ 104,00 |
| DENSITOMETRIA 2 SEGMENTO | R$ 207,00 |
| INCIDENCIA ADICIONAL MEN INF | R$ 19,00 |
| INCIDENCIA ADICIONAL MEN SUP | R$ 19,00 |

**Incentivo**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TOMOGRAGIAS** | **S/C** | **C/IOPA** |
| TC ABDOMEM SUPERIOR | R$ 401,00 | R$ 790,00 |
| TC ABDOMEM TOTAL | R$ 488,00 | R$ 929,00 |
| TC PELVE OU BACIA | R$ 401,00 | R$ 651,00 |
| TC COL CERVICAL, DORSAL, LOMBAR | R$ 401,00 | R$ 697,00 |
| TC SEGMENTO ADICIONAL COLUNAS | R$ 67,00 | R$ 67,00 |
| TC CRANEO, ÓRBITAS OU SELA TURSICA | R$ 401,00 | R$ 651,00 |
| TC FACE, SEIOS DA FACE OU ARTICULAÇÕES | R$ 401,00 | R$ 697,00 |
| TC MASTÓIDES OU OUVIDOS | R$ 401,00 | R$ 697,00 |
| TC PESCOÇO | R$ 401,00 | R$ 651,00 |
| TC TÓRAX | R$ 465,00 | R$ 697,00 |
| TC SEGMENTOS APENDICULARES | R$ 401,00 | R$ 651,00 |
| TC UROTOMO ABDOMEM TOTAL | R$ 488,00 | R$ 929,00 |
| ANGIO TOMOGRAFIA ARTERIAL DE ABDOMEN SUPERIOR |  | R$ 1.195,00 |
| ANGIO TOMOGRAFIA ARTERIAL DE ABDOMEN TOTAL |  | R$ 1.195,00 |
| ANGIO TOMOGRAFIA ARTERIAL DE CRANIO |  | R$ 1.195,00 |
| ANGIO TOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR |  | R$ 1.195,00 |
| ANGIO TOMOGRAFIA ARTERIAL DE PELVE |  | R$ 1.195,00 |
| ANGIO TOMOGRAFIA ARTERIAL DE PESCOCO |  | R$ 1.195,00 |
| ANGIO TOMOGRAFIA ARTERIAL DE TORAX |  | R$ 1.195,00 |
| ANGIO TOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL |  | R$ 1.195,00 |
| ANGIO TOMOGRAFIA DE AORTA TORACICA |  | R$ 1.195,00 |
| ANGIO TOMOGRAFIA VENOSA DE ABDOMEN SUPERIOR |  | R$ 1.195,00 |
| ANGIO TOMOGRAFIA VENOSA DE CRANIO |  | R$ 1.195,00 |
| ANGIO TOMOGRAFIA VENOSA DE MEMBRO INFERIOR |  | R$ 1.195,00 |
| ANGIO TOMOGRAFIA VENOSA DE ABDOMEN SUPERIOR |  | R$ 1.195,00 |
| ANGIO TOMOGRAFIA VENOSA DE PELVE |  | R$ 1.195,00 |
| ANGIO TOMOGRAFIA VENOSA DE PESCOCO |  | R$ 1.195,00 |
| ANGIO TOMOGRAFIA VENOSA DE TORAX |  | R$ 1.195,00 |
| ANGIO TOMOGRAFIA VENOSA DE VEIA ILIACAS E CAVA |  | R$ 1.195,00 |

**Anexo IV**

**TABELAS DE VALORES - CENTRAL DE CONVÊNIOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **ECOGRAFIAS** | **2023** |
| ABDOMEM SUPERIOR | R$ 170,00 |
| ABDOMEM TOTAL | R$ 237,00 |
| APARELHO URINÁRIO FEM. | R$ 170,00 |
| APARELHO URINÁRIO MASC. | R$ 170,00 |
| ABDOMEM INFERIOR FEM. | R$ 97,00 |
| ARTICULAÇÕES | R$ 170,00 |
| CARÓTIDAS | R$ 354,00 |
| ECOCARDIOGRAMA | R$ 281,00 |
| DOPPLER VENOSO / ARTERIAL | R$ 316,00 |
| OBSTÉTRICA | R$ 104,00 |
| OBSTÉTRICA COM DOPPLER | R$ 316,00 |
| OBSTÉTRICA MORFOLOGICA  | R$ 320,00 |
| ESTRUTURAS SUPERFICIAIS | R$ 170,00 |
| ORGÃOS SUPERFICIAIS | R$ 170,00 |
| PÉLVICA GINECOLÓGICA | R$ 97,00 |
| TRANSVAGINAL | R$ 170,00 |
| PRÓSTATA ABDOMINAL | R$ 121,00 |
| PRÓSTATA TRANSRETAL | R$ 170,00 |
| OBSTÉTRICA TN | R$ 157,00 |
| BIÓPSIA TIREÓIDE SEM LAB. | R$ 283,00 |
| BIÓPSIA PRÓSTATA SEM LAB. | R$ 518,00 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TOMOGRAGIAS** | **S/C** | **C/IOPA** |
| TC ABDOMEM SUPERIOR | R$ 429,00 | R$ 846,00 |
| TC ABDOMEM TOTAL | R$ 523,00 | R$ 996,00 |
| TC PELVE OU BACIA | R$ 429,00 | R$ 697,00 |
| TC COL CERVICAL, DORSAL, LOMBAR | R$ 429,00 | R$ 747,00 |
| TC SEGMENTO ADICIONAL COLUNAS | R$ 72,00 | R$ 72,00 |
| TC CRANEO, ÓRBITAS OU SELA TURSICA | R$ 429,00 | R$ 697,00 |
| TC FACE, SEIOS DA FACE OU ARTICULAÇÕES | R$ 429,00 | R$ 747,00 |
| TC MASTÓIDES OU OUVIDOS | R$ 429,00 | R$ 747,00 |
| TC PESCOÇO | R$ 429,00 | R$ 697,00 |
| TC TÓRAX | R$ 498,00 | R$ 747,00 |
| TC SEGMENTOS APENDICULARES | R$ 429,00 | R$ 697,00 |
| TC UROTOMO ABDOMEM TOTAL | R$ 523,00 | R$ 997,00 |
| ANGIO TOMOGRAFIA ARTERIAL DE ABDOMEN SUPERIOR | -  | R$ 1.281,00 |
| ANGIO TOMOGRAFIA ARTERIAL DE ABDOMEN TOTAL |  -  | R$ 1.281,00 |
| ANGIO TOMOGRAFIA ARTERIAL DE CRANIO | -  | R$ 1.281,00 |
| ANGIO TOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR | -  | R$ 1.281,00 |
| ANGIO TOMOGRAFIA ARTERIAL DE PELVE |  -  | R$ 1.281,00 |
| ANGIO TOMOGRAFIA ARTERIAL DE PESCOCO | -  | R$ 1.281,00 |
| ANGIO TOMOGRAFIA ARTERIAL DE TORAX | -  | R$ 1.281,00 |
| ANGIO TOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL |  -  | R$ 1.281,00 |
| ANGIO TOMOGRAFIA DE AORTA TORACICA | -  | R$ 1.281,00 |
| ANGIO TOMOGRAFIA VENOSA DE ABDOMEN SUPERIOR | -  | R$ 1.281,00 |
| ANGIO TOMOGRAFIA VENOSA DE CRANIO |  -  | R$ 1.281,00 |
| ANGIO TOMOGRAFIA VENOSA DE MEMBRO INFERIOR | -  | R$ 1.281,00 |
| ANGIO TOMOGRAFIA VENOSA DE ABDOMEN SUPERIOR | -  | R$ 1.281,00 |
| ANGIO TOMOGRAFIA VENOSA DE PELVE |  -  | R$ 1.281,00 |
| ANGIO TOMOGRAFIA VENOSA DE PESCOCO | -  | R$ 1.281,00 |
| ANGIO TOMOGRAFIA VENOSA DE TORAX | -  | R$ 1.281,00 |
| ANGIO TOMOGRAFIA VENOSA DE VEIA ILIACAS E CAVA | -  | R$ 1.281,00 |

|  |  |
| --- | --- |
| **RAIO-X / CENTRAL** |  |
| ARTROGRAFIA OU PNEUMOARTROGRAFIA | R$ 211,00 |
| HISTEROSSALPINGOGRAFIA | R$ 208,00 |
| RX - ABDOME AGUDO | R$ 79,00 |
| RX - ABDOME SIMPLES | R$ 53,00 |
| RX - ADENOIDES OU CAVUM | R$ 52,00 |
| RX - ANTEBRAÇO | R$ 46,00 |
| RX - ARTICULAÇÃO ACRÔMIOCLAVICULAR | R$ 52,00 |
| RX - ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL (QUADRIL) | R$ 55,00 |
| RX - ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR - BILATERAL | R$ 54,00 |
| RX - ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) | R$ 44,00 |
| RX - BACIA | R$ 49,00 |
| RX - BRAÇO | R$ 54,00 |
| RX - CALCÂNEO | R$ 44,00 |
| RX - CLAVÍCULA | R$ 54,00 |
| RX - CLISTER OU ENEMA OPACO (DUPLO CONTRASTE) | R$ 259,00 |
| RX - COLANGIOGRAFIA INTRA-OPERATORIA | R$ 206,00 |
| RX - COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA (PELO DRENO) | R$ 200,00 |
| RX - COLUNA CERVICAL - 3 INCIDENCIAS | R$ 54,00 |
| RX - COLUNA CERVICAL - 5 INCIDENCIAS | R$ 60,00 |
| RX - COLUNA DORSAL - 2 INCIDENCIAS | R$ 57,00 |
| RX - COLUNA LOMBOSSACRA - 3 INCIDENCIAS | R$ 62,00 |
| RX - COLUNA LOMBOSSACRA - 5 INCIDENCIAS | R$ 69,00 |
| RX - COLUNA TÓRACO - LOMBAR | R$ 61,00 |
| RX - CORAÇÃO E VASOS DA BASE | R$ 66,00 |
| RX - COSTELAS - POR HEMITORAX | R$ 58,00 |
| RX - COTOVELO | R$ 45,00 |
| RX - COXA | R$ 59,00 |
| RX - CRÂNIO - 2 INCIDENCIAS/ SELA TURCICA | R$ 54,00 |
| RX - ESCANOMETRIA | R$ 66,00 |
| RX - ESÔFAGO | R$ 96,00 |
| RX - ESOFAGO - HIATO - ESTOMAGO E DUODENO | R$ 206,00 |
| RX - ESTERNO | R$ 56,00 |
| RX - ESTÔMAGO E DUODENO | R$ 181,00 |
| RX - HIPOFARINGE | R$ 32,00 |
| RX - INCIDÊNCIA ADICIONAL DE MEMBRO INFERIOR | R$ 20,00 |
| RX - INCIDÊNCIA ADICIONAL DE MEMBRO SUPERIOR | R$ 20,00 |
| RX - JOELHO | R$ 48,00 |
| RX - JOELHO OU PATELA(AP+LT+AXIAL) | R$ 51,00 |
| RX - LARINGE | R$ 77,00 |
| RX - MÃO OU QUIRODÁCTILO | R$ 45,00 |
| RX - MÃOS E PUNHOS PARA IDADE ÓSSEA | R$ 44,00 |
| RX - OMOPLATA OU ESCAPULA | R$ 57,00 |
| RX - OSSOS DA FACE | R$ 59,00 |
| RX - PÉ OU PODODACTILO | R$ 46,00 |
| RX - PERNA | R$ 50,00 |
| RX - PUNHO | R$ 48,00 |
| RX - SACRO-CÓCCIX | R$ 58,00 |
| RX - SEIOS DA FACE | R$ 54,00 |
| RX - TÓRAX - 2 INCIDENCIAS | R$ 46,00 |
| RX - TRANSITO E MORFOLOGIA DO DELGADO | R$ 196,00 |
| RX - URETROCISTOGRAFIA DE ADULTO | R$ 235,00 |
| RX - URETROCISTOGRAFIA DE CRIANÇA (ATE 12 ANOS) | R$ 235,00 |
| RX - UROGRAFIA VENOSA COM BEXIGA PRE E POS-MICCIONAL | R$ 235,00 |