

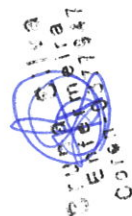
ORÇAMENTO DE EXAMES DE ALTA COMPLEXIDADE

Anexo I

Item	Código SUS	Procedimento	Qtd. Anual	Beneficência Portuguesa- Valor Unitário	Hospital de Matão- HCFM - Valor Unitário	Clínica de Imagem Matão - Valor Unitário	WL Serviços Radiológicos- Valor Unitário	Policlínica São Lucas- Valor Unitário	ABMED Convênio Médico- Valor Unitário	Média por Exame	Valor Total Média por Exame (12 meses)
01	0206010010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	60	300,00	450,00	-	630,00	-	-	460,00	27.600,00
02	0206020015	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR ARTICULACOES ESTERNO-CLAVICULAR, OMBRO, COTOVELO E PUNHO.	60	300,00	436,80	-	510,00	-	-	415,60	24.936,00
03	0206020023	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	60	300,00	377,00	-	510,00	-	-	395,67	23.740,20
04	0206030010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	600	300,00	767,00	-	630,00	-	-	565,67	339.402,00
05	0206030029	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR (CORRESPONDE ÀS ARTICULAÇÕES SACRO-ILIACA, COXO-FEMURAL, JOELHO, TORNOZELO E PÉ)	60	300,00	436,80	-	630,00	-	-	455,60	27.336,00
06	0206030037	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	600	300,00	767,00	-	630,00	-	-	565,67	339.402,00
07	0206010079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	500	300,00	377,00	-	490,00	-	-	389,00	194.500,00
8	0206010028	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	60	-	448,50	-	720,00	500,00	-	556,17	33.370,20
9	0206010036	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	60	-	448,50	-	750,00	500,00	-	566,17	33.970,20
10	0206010044	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	60	-	579,80	-	520,00	500,00	-	533,27	31.996,20
11	0206010052	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO C/ OU S/ CONTRASTE	60	-	377,00	-	520,00	500,00	-	465,67	27.940,20
12	0206020031	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX C/ OU S/ CONTRASTE	100	-	446,00	-	610,00	500,00	-	518,67	51.867,00
13	0207010030	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL	200	480,00	715,00	-	830,00	-	-	675,00	135.000,00
14	0207010048	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	400	480,00	715,00	-	830,00	-	-	675,00	270.000,00
15	0207010056	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	100	-	715,00	930,00	830,00	-	-	825,00	82.500,00
16	0207010064	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	300	480,00	715,00	-	830,00	-	-	675,00	202.500,00

00:031
20

Item	Código SUS	Procedimento	Qtd. Anual	Beneficência Portuguesa - Valor Unitário	Hospital de Matão - HCFM - Valor Unitário	Clínica de Imagem Matão - Valor Unitário	WL Serviços Radiológicos - Valor Unitário	Policlínica São Lucas - Valor Unitário	ABMED Convênio Médico - Valor Unitário	Média por Exame	Valor Total Média por Exame (12 meses)
17	0207020027	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL). CORRESPONDE AO ESTUDO DO OMBRO, BRAÇO, COTOVELO, ANTEBRAÇO, PUNHO E MÃO. CADA MEMBRO SUPERIOR.	100	-	715,00	930,00	830,00	-	-	825,00	82.500,00
18	0207030014	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	200	-	949,00	930,00	830,00	-	-	903,00	180.600,00
19	0207030022	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / Pelve / ABDOMEN INFERIOR	200	-	949,00	930,00	830,00	-	-	903,00	180.600,00
20	0207030030	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR UNILATERAL. (CORRESPONDE AO ESTUDO DA ARTICULAÇÃO COXOFEMURAL, COXA, JOELHO, PERNA, TORNOZELO E PÉ DE CADA MEMBRO INFERIOR).	250	-	715,00	930,00	830,00	-	-	825,00	206.250,00
21	0207030049	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA	50	-	949,00	930,00	1530,00	-	-	1.136,33	56.816,50
22	0205010040	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (somente para avaliação de fístula)	60	163,02	312,00	280,00	-	-	-	251,67	15.100,20
23	0211050105	POLISSONOGRAFIA	100	300,00	1000,00	-	-	-	680,00	660,00	66.000,00
24	0204060028	DENSITOMETRIA	200	-	198,69	305,00	290,00	-	-	264,56	52.912,00
Valor Total											2.686.838,70



 HOSPITAL DE MATÃO - HCFM

 COPIA

000032