



Praça João Paulo II, 33 - Fone/Fax: (54) 3527.1141
CEP 99.835-000 - ÁUREA - RS

PROJETO DE LEI Nº 045/2023, DE 13 DE JUNHO DE 2023.

AUTORIZA O PODER EXECUTIVO A FIRMAR CONVÊNIO COM A FUNDAÇÃO HOSPITALAR SANTA TEREZINHA DE ERECHIM - FHSTE E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

ANTONIO JORGE SLUSSAREK, Prefeito Municipal de Áurea, 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 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 - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Gabinete do Prefeito Municipal de Áurea, RS, aos treze dias do mês de Junho de dois mil e vinte e três.


ANTONIO JORGE SLUSSAREK
Prefeito Municipal



Praça João Paulo II, 33 - Fone/Fax: (54) 3527.1141
CEP 99.835-000 - ÁUREA - RS

PROJETO DE LEI Nº 045/2023

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 Áurea/RS, de acordo com a capacidade técnica-operacional do referido Hospital.

Diante do exposto, solicitamos a análise do presente pleito pelos Nobres Vereadores, esperando que o mesmo tenha acolhida junto à esta Casa Legislativa.

Atenciosamente,


ANTONIO JORGE SLUSSAREK
Prefeito Municipal

MINUTA DE CONVÊNIO Nº 002/2023

**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
ÁUREA/RS**

MUNICÍPIO DE ÁUREA/RS, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob o nº 92.453.802/0001-75, com sede administrativa na Rua/Avenida Praça João Paulo II, nº 33, RS, neste ato representado por seu Prefeito Municipal Senhor Antonio Jorge Slussarek, 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 ÁUREA/RS, de acordo com a capacidade técnica-operacional do estabelecimento/Hospital.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS ATRIBUIÇÕES DOS PARTICIPES

2.1 - Caberá ao Município de ÁUREA/RS:

- a) A título, cofinanciamento, para cada internação (AIH), o Município de ÁUREA/RS cofinanciará ao hospital, a importância de R\$ 911,00 (novecentos e onze reais).;
- 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 agendadas 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 Traumatologia-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 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: **06.01.10.302.0107.2025.33.90.39.50**

CLÁUSULA QUARTA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

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 junho de 2023 até 31 de dezembro de 2023.

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. O Convênio poderá ainda ser rescindido, a qualquer tempo, por qualquer das partes, mediante comunicado por escrito de uma para outra com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, cabendo ao Município somente o cofinanciamento dos atendimentos até então efetuados.

6.3. 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



Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim

Hospital, após comunicação escrita, caso verificar-se atraso no pagamento do cofinanciamento, pagamento do cofinanciamento incompleto ou 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 junho de 2023.

Antônio Jorge Slussarek
Prefeito Municipal
ÁUREA - RS

Jackson Luis Arpini
Diretor Executivo
FHSTE

Testemunhas:

ANEXO I

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

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

ESPECIALIDADE	EXAME/PROCEDIMENTO	VALOR UNITÁRIO
Gastroenterologia	Videoesndoscopia 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
	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
	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

ANEXO II

CONVÊNIO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES E AMBULATORIAIS A SEREM PRESTADOS PELA FUNDAÇÃO HOSPITALAR SANTA TEREZINHA DE ERECHIM AO MUNICÍPIO DE ÁUREA/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. <i>Será acrescido ainda o valor de coparticipação da AIH e do respectivo procedimento cirúrgico eletivo conforme disposto no convênio;</i>
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	Videotoscopia	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;
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;
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;