



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANT'ANA DO LIVRAMENTO  
**Secretaria Municipal de Administração**

PROJETO DE:

LEI Nº. .... 62 ..... DE .... 08 ..... DE ABRIL DE 2025.  
"Altera a Lei Municipal nº 7.967 de 31 de outubro de 2022".

**F.F, PREFEITA MUNICIPAL DE SANT'ANA DO LIVRAMENTO.**

**FAÇO** saber, em cumprimento ao disposto no art. 102, Inciso IV, da Lei Orgânica do Município, que a Câmara Municipal aprovou e Eu sanciono e promulgo a seguinte Lei:

**Art. 1º.** Fica alterada a tabela constante no art. 1º da Lei Municipal nº 7.967 de 31 de outubro 2022, que "Regulamenta os parâmetros remuneratórios dos procedimentos médicos, hospitalares e odontológicos da assistência à saúde no âmbito do Sistema de Previdência Municipal – SISPREM e dá outras providências", que passa a vigorar conforme segue:

|                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Consultas Médicas em consultório                                                                                        | R\$ 130,00 (cento e trinta reais).                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Consultas Psicologia, Nutricionais, Neuropedagogos, Psicopedagogo, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia.  | R\$ 75,00 (setenta e cinco reais). Deverá haver encaminhamento médico.                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Consulta oftalmologia, incluído exames tonometria, mapeamento de retina, ceratoscopia, motilidade ocular e gonioscopia. | R\$ 300,00 (trezentos reais).                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Honorários Médicos em Unidade de Tratamento Intensivo - UTI - atendimento permanente                                    | R\$ 370,00 (trezentos e setenta reais) 12h                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Honorários Anestesia                                                                                                    | Remuneração em sua nomenclatura e codificação pela TUSS, com precificação pela CBHPM /2016, portes 6B, 7C e 9B.                                                                                                                                                                                                         |
| Honorários Médicos em hospital e clínicas (Procedimentos)                                                               | Remuneração em sua nomenclatura e codificação pela TUSS, com precificação pela CBHPM /2016.                                                                                                                                                                                                                             |
| Serviços de Diagnóstico de Patologia                                                                                    | Remuneração em sua nomenclatura e codificação pela TUSS, com precificação pela CBHPM /2016 com deflator de 15% (quinze por cento), quando utilizado medicamento, o qual estará incluso no valor e deflator de 25% (vinte e cinco por cento) quando não utilizado medicamentos para realização do exame ou procedimento. |
| Serviços de Diagnóstico e Radiologia                                                                                    | Tabela IV, já incluso as despesas de materiais, medicamentos, contrastes e honorários médicos.                                                                                                                                                                                                                          |
| Sessões com procedimentos fisioterápicos e fonoaudiológicos.                                                            | Remuneração em sua nomenclatura e codificação pela TUSS, com precificação pela CBHPM /2016.                                                                                                                                                                                                                             |



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANT'ANA DO LIVRAMENTO  
**Secretaria Municipal de Administração**

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Serviços de Oncologia                         | Remuneração em sua nomenclatura e codificação pela TUSS, com precificação pela CBHPM /2016.                                                                                                                                                                                                  |
| Serviços de Hemodiálise                       | R\$ 416,30 (quatrocentos e dezesseis reais e trinta centavos) por sessão.                                                                                                                                                                                                                    |
| Taxas e Gasoterapia                           | As taxas de uso de salas, gasoterapia e demais serviços serão remunerados de acordo com a Tabela de Taxas (Anexo I)                                                                                                                                                                          |
| Materiais âmbito hospitalar                   | Remuneração pelo preço de Fabricante (PF) fixado no BRASINDICE.<br>Materiais não Brasíndice, remuneração pelo Preço Fabricante (PF) fixado no SIMPRO.<br>Materiais de alto custo, mediante autorização prévia, sendo remunerado pelo preço de custo, acrescido de 17% (dezessete por cento). |
| Materiais não Passíveis de Cobrança/Pagamento | Não serão passíveis de pagamento os materiais constantes no Anexo II, parte integrante desta Lei.                                                                                                                                                                                            |
| Próteses e órteses                            | Remuneração pelo valor mediano do painel de preços do Governo Federal                                                                                                                                                                                                                        |
| Materiais de preço unitário (autorização)     | Os materiais, com preço unitário acima de R\$ 1.500,00 (um mil e quinhentos reais), deverão ter autorização prévia para sua prescrição.                                                                                                                                                      |
| Medicamentos                                  | Medicamentos quimioterápicos: Preço de custo, devidamente comprovado, acrescido de 17 % (dezessete por cento)                                                                                                                                                                                |
| Medicamentos                                  | Medicamentos de Uso Restrito: Remuneração pelo Preço do Fabricante (PF) do BRASÍNDICE, vigente na data do atendimento do paciente, <u>sem acréscimos</u> , devendo ser adotada utilização de medicação genérica.                                                                             |
| Dietas enterais e parenterais                 | Mediante Nota Fiscal acrescido de 30% do valor                                                                                                                                                                                                                                               |
| Diária hospitalar (semi-privativo)            | R\$ 202,00 (duzentos e dois reais)                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Diária de UTI                                 | R\$ 335,00 (trezentos e trinta e cinco reais)                                                                                                                                                                                                                                                |

**Art. 2º.** Acrescenta Anexo IV e altera as tabelas constantes nos Anexos I, II e III da Lei Municipal nº 7.967/2022, parte integrante desta Lei.

**Art. 3º.** Fica alterado o artigo 150 da Lei 5.066/06, alterado pelo art. 4º da Lei 7.967/2022, passando a vigorar com a seguinte redação:

*“Art. 150. A assistência básica à saúde consistirá na cobertura de despesas decorrentes de atendimentos médico, hospitalares, odontológicos, neuropedagogas, psicopedagogas, terapias ocupacionais, fisioterapêuticas, fonoaudiológicas e psicológicas e compreenderá a prestação de serviços de natureza clínica, cirúrgica e laboratorial, hemodiálise, oncologia e despesas com acidente de trabalho, aos segurados do S/SPREM e a seus dependentes e beneficiários na forma*



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANT'ANA DO LIVRAMENTO  
**Secretaria Municipal de Administração**

*desta Lei.*”

**Art. 4º.** Fica autorizado o descarte das contas médicas e hospitalares com mais de cinco anos.

**Art. 5º.** Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.  
Sant'Ana do Livramento,                      de                      de 2025.

Prefeita Municipal

Registre-se e Publique-se:

Secretário Municipal de Administração





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANT'ANA DO LIVRAMENTO  
**Secretaria Municipal de Administração**

**ANEXO I – TAXAS E GASOTERAPIA**

|                                            |            |
|--------------------------------------------|------------|
| TAXA DE OXIMETRIA                          | R\$ 19,44  |
| APÓSITO GRANDE                             | R\$ 2,59   |
| AR COMPRIMIDO POR HORA                     | R\$ 6,20   |
| ASPIRAÇÃO A VÁCUO POR HORA                 | R\$ 6,20   |
| CARRO DE ANESTESIA COMPLETO POR HORA       | R\$ 18,72  |
| CURATIVO GINECOLOGICO                      | R\$ 8,54   |
| CURATIVO GRANDE                            | R\$ 33,42  |
| CURATIVO MÉDIO                             | R\$ 26,59  |
| CURATIVO OFTALMICO                         | R\$ 12,41  |
| CURATIVO PEQUENO                           | R\$ 16,54  |
| CURATIVO UMBILICAL                         | R\$ 8,26   |
| DIÁRIA DE BERÇÁRIO                         | R\$ 77,66  |
| DIÁRIA DE INCUBADORA                       | R\$ 93,18  |
| ELETROCAUTÉRIO                             | R\$ 19,44  |
| FOTOTERAPIA POR HORA                       | R\$ 5,14   |
| GAS CARBÔNICO POR USO                      | R\$ 11,65  |
| GASOMETRIA ARTERIAL                        | R\$ 109,37 |
| INCUBADORA POR DIA                         | R\$ 22,62  |
| INTENSIFICADOR DE IMAGEM                   | R\$ 144,56 |
| MONITORIZAÇÃO CARDIACA POR USO             | R\$ 38,03  |
| NEBULIZAÇÃO                                | R\$ 9,36   |
| NEBULIZAÇÃO CONTÍNUA                       | R\$ 50,48  |
| OXIGÊNIO POR HORA QUARTO                   | R\$ 10,85  |
| OXIGÊNIO POR HORA SALA                     | R\$ 14,81  |
| PROTOXITO POR HORA                         | R\$ 35,77  |
| S. ANTI-HTVL-I + HTVL-II                   | R\$ 46,08  |
| SERVICO DE HEMOTERAPIA                     | R\$ 374,81 |
| TAXA BLOCO CIRURGICO GRANDE (ATÉ 6 HORAS)  | R\$ 186,91 |
| TAXA BLOCO CIRURGICO MÉDIA (ATÉ 4 HORAS)   | R\$ 101,59 |
| TAXA BLOCO CIRURGICO PEQUENA (ATÉ 2 HORAS) | R\$ 93,02  |
| TAXA DE EXPEDIENTE                         | R\$ 27,17  |
| TAXA DE INSTRUMENTAÇÃO                     | R\$ 32,09  |
| TAXA DE PA                                 | R\$ 45,22  |
| TAXA PROC. AMBULATORIAL ANEST. LOCAL       | R\$ 26,64  |
| TAXA PROC. AMBULATORIAL ANEST. LOCAL       | R\$ 26,64  |
| TAXA SALA DE PARTO                         | R\$ 112,61 |
| TAXA SALA DE RECUPERAÇÃO 1ª HORA           | R\$ 85,42  |
| TAXA SALA DE RECUPERAÇÃO EXCEDENTE         | R\$ 47,18  |
| TAXA SALA DE RECUPERAÇÃO EXCEDENTE         | R\$ 47,18  |
| TAXA SALA ONCOLOGIA                        | R\$ 85,42  |
| TOCOCARDIOGRAFIA ANTEPARTO                 | R\$ 30,00  |
| TRAÇÃO ESQUELETICA POR DIA                 | R\$ 10,09  |
| TRICOTOMIA                                 | R\$ 17,47  |





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANT'ANA DO LIVRAMENTO  
**Secretaria Municipal de Administração**

**ANEXO II – PROCEDIMENTOS E EXAMES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO NÃO COBERTOS**

- a) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- b) Fralda e absorventes para paciente internado, exceto para UTI;
- c) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- d) Tratamento clínico de esterilidade, impotência sexual e inseminação artificial;
- e) Assistência domiciliar (home-care), visita médica domiciliar, fisioterapia e enfermagem em caráter particular;
- f) Tratamento de rejuvenescimento e emagrecimento com finalidade estética;
- g) Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, sem aprovação da ANVISA;
- h) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, bem como exames e medicamentos não conhecidos pelos órgãos governamentais competentes nem por sociedades médico- científicas brasileiras;
- i) Qualquer atendimento prestado por profissional médico de especialidade não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina;
- j) Fornecimento de óculos, lentes de contato e aparelhos para surdez;
- k) Exames de ecodoppler venoso e arterial dos membros inferiores e superiores;
- l) Fonoaudiologia, logopedia, psicologia de forma eletiva;
- m) Aplicação de órtese, assim entendidas as próteses externas, tais como pernas e braços mecânicos, entre outros;
- n) cirurgia refrativa;
- o) Fornecimento de material órtese e prótese que não constem no painel de preços do Governo Federal;
- p) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- q) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- r) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- s) Procedimentos e exames solicitados por médicos sem registro no Conselho Regional de Medicina;
- t) Procedimentos que não estejam enquadrados na Tabela CBHPM adotada pelo SISPREM;
- u) Serviços de remoção com a utilização de ambulância;



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANT'ANA DO LIVRAMENTO  
**Secretaria Municipal de Administração**

**ANEXO III – SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS**

| DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS            | VALOR                            |
|------------------------------------------------------|----------------------------------|
| ALVEOLOPLASTIA POR HEMI-ARCADA                       | R\$ 239,40                       |
| APICETOMIA                                           | R\$ 95,76                        |
| APLIC. DE FLÚOR POR HEMI-ARCADA                      | R\$ 19,15                        |
| APLIC. SELANTE POR ELEMENTO DENTÁRIO                 | R\$ 28,73                        |
| CAPEAMENTO PULPAR INDIRETO                           | R\$ 33,52                        |
| CIR. ENUCLEAÇÃO CISTOS OSTEOMAS                      | R\$ 239,40                       |
| CIRURGIA E DRENAGEM ABECESSOS                        | R\$ 119,70                       |
| CONSULTAS                                            | R\$ 43,90                        |
| RESTAURAÇÃO RESIVA FOTOPOLIMERIZÁVEL                 | R\$ 135,66                       |
| CORREÇÃO TORUS BRIDAS MULCULAR                       | R\$ 135,66                       |
| CURETAGEMSUB GENGIVAL P/ ELEMENTO DENTÁRIO           | R\$ 19,15                        |
| DESOBSTRUÇÃO CONDUTOS                                | R\$ 71,82                        |
| DIF. DE CIRURGIA REALIZADA EM HOSPITAL               | R\$ 702,24                       |
| DRENAGEM VIA CANAL                                   | R\$ 95,76                        |
| EXODONTIA DENTE INCLUSO IMPACTADO                    | R\$ 183,54                       |
| EXODONTIA                                            | R\$ 103,74                       |
| GENGIVECTOMIA POR HEMI-ARCADA                        | R\$ 19,15                        |
| PERÍCIA                                              | R\$ 47,88                        |
| PLACA DE MORDIDA MIORRELAXANTE                       | R\$ 391,02                       |
| POLIMENTO DE RESTAURAÇÃO                             | R\$ 19,15                        |
| PROCEDIMENTO CIRURGICO                               | R\$ 223,44                       |
| PROFILAXIA POR HEMI-ARCADA                           | R\$ 19,15                        |
| PULPOTOMIA                                           | R\$ 76,61                        |
| RADIOGRAFIA PERIAPICAL E INTERPROXIMAL               | R\$ 23,94                        |
| RASPAGEM SUB-GENGIVAL POR SEXTANTE                   | R\$ 63,84                        |
| REIMPLANTE DENTÁRIO                                  | R\$ 79,80                        |
| RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA                               | R\$ 23,94                        |
| TARTAROCTOMIA P/ HEMI-ARCADA                         | R\$ 19,15                        |
| TRATAMENTO EVODÔNTICO                                | R\$ 287,28                       |
| TRATAMENTO HEMORRAGIA E ALVEOLITE                    | R\$ 47,88                        |
| MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO                   | R\$ 120,00                       |
| CLAREAMENTO DENTÁRIO ARCADA SUPERIOR E INFERIOR      | R\$ 600,00                       |
| PRÓTESE DENTÁRIA (coparticipação de 90% ao paciente) | (limitado a R\$5.000,00 por ano) |





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANT'ANA DO LIVRAMENTO  
**Secretaria Municipal de Administração**

**ANEXO IV**

| DESCRIÇÃO                                                        | Tabela PRÓPRIA<br>DO SISPREM |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| ARTRO RM (INCLUIR A PUNÇÃO ARTICULAR)                            | R\$ 800,00                   |
| ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL DE ABDOME SUPERIOR          | R\$ 800,00                   |
| ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL DE CRANIO                   | R\$ 800,00                   |
| ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL DE PELVE                    | R\$ 800,00                   |
| ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL DE PESCOCO                  | R\$ 800,00                   |
| ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL E VENOSA ABDOME SUPERIOR    | R\$ 800,00                   |
| ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL E VENOSA DE CRANIO          | R\$ 800,00                   |
| ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL E VENOSA DE MEMBRO INFERIOR | R\$ 800,00                   |
| ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL E VENOSA DE MEMBRO SUPERIOR | R\$ 800,00                   |
| ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL E VENOSA DE PELVE           | R\$ 800,00                   |
| ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL E VENOSA DE PESCOCO         | R\$ 800,00                   |
| ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL E VENOSA PULMONAR           | R\$ 800,00                   |
| ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL PULMONAR                    | R\$ 800,00                   |
| ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA DE AORTA ABDOMINAL                   | R\$ 800,00                   |
| ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA DE AORTA TORACICA                    | R\$ 800,00                   |
| ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA VENOSA DE ABDOME SUPERIOR            | R\$ 800,00                   |
| ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA VENOSA DE CRANIO                     | R\$ 800,00                   |
| ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA VENOSA DE PELVE                      | R\$ 800,00                   |
| ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA VENOSA DE PESCOCO                    | R\$ 800,00                   |
| ANGIO-RESSONANCIA MAGNETICA VENOSA PULMONAR                      | R\$ 800,00                   |
| ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE ABDOME SUPERIOR                      | R\$ 800,00                   |
| ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE PELVE                                | R\$ 800,00                   |
| ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE TORAX                                | R\$ 800,00                   |
| ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL PULMONAR                                | R\$ 800,00                   |
| ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL                               | R\$ 800,00                   |
| ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORACICA                                | R\$ 800,00                   |
| CINTILOGRAFIA COM ANALOGO DE SOMATOSTATINA                       | R\$ 800,00                   |
| CINTILOGRAFIA COM GALIO-67                                       | R\$ 800,00                   |
| CINTILOGRAFIA DA TIREOIDE E/OU CAPTACAO (IODO - 131)             | R\$ 800,00                   |
| CINTILOGRAFIA DA TIREOIDE E/OU CAPTACAO (IODO-123)               | R\$ 380,00                   |
| CINTILOGRAFIA DA TIREOIDE E/OU CAPTACAO (TECNECIO - 99M TC)      | R\$ 380,00                   |
| CINTILOGRAFIA DAS GLANDULAS SALIVARES COM OU SEM ESTIMULO        | R\$ 380,00                   |
| CINTILOGRAFIA DAS PARA TIREOIDES                                 | R\$ 380,00                   |
| CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO PARA PESQUISA DE METASTASES (PCI) | R\$ 380,00                   |
| CINTILOGRAFIA DE PERFUSAO CEREBRAL                               | R\$ 380,00                   |
| CINTILOGRAFIA DO FIGADO E DO BACO                                | R\$ 380,00                   |
| CINTILOGRAFIA DO FIGADO E VIAS BILIARES                          | R\$ 380,00                   |
| CINTILOGRAFIA DO MIOCARDIO PERFUSAO - ESTRESSE FISICO            | R\$ 380,00                   |





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANT'ANA DO LIVRAMENTO  
**Secretaria Municipal de Administração**

|                                                                                            |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| CINTILOGRAFIA DO MIOCARDIO PERFUSAO - REPOUSO                                              | R\$ 380,00   |
| CINTILOGRAFIA DO SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL (MEDULA OSSEA)                                | R\$ 380,00   |
| CINTILOGRAFIA FLUXO SANGUINEO HEPATICO (QUALITATIVO E QUANTITATIVO)                        | R\$ 380,00   |
| CINTILOGRAFIA FLUXO SANGUINEO OSSEO                                                        | R\$ 380,00   |
| CINTILOGRAFIA OSSEA (CORPO TOTAL)                                                          | R\$ 380,00   |
| CINTILOGRAFIA PARA DETECCAO DE HEMORRAGIA DIGESTORIA ATIVA                                 | R\$ 380,00   |
| CINTILOGRAFIA PARA DETECCAO DE HEMORRAGIA DIGESTORIA NAO ATIVA                             | R\$ 380,00   |
| CINTILOGRAFIA PARA DETERMINACAO DO TEMPO DE ESVAZIAMENTO GASTRICO                          | R\$ 380,00   |
| CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO                                            | R\$ 380,00   |
| CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE DIVERTICULO DE MECKEL                                       | R\$ 380,00   |
| CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO                                    | R\$ 380,00   |
| CINTILOGRAFIA PULMONAR (PERFUSAO)                                                          | R\$ 380,00   |
| CINTILOGRAFIA RENAL DINAMICA                                                               | R\$ 380,00   |
| CINTILOGRAFIA RENAL DINAMICA COM DIURETICO                                                 | R\$ 380,00   |
| CINTILOGRAFIA RENAL ESTATICA (QUANTITATIVA OU QUALITATIVA)                                 | R\$ 380,00   |
| CINTILOGRAFIA TESTICULAR (ESCROTAL)                                                        | R\$ 380,00   |
| CINTILOGRAFIA TRATAMENTO DE CANCER DA TIREOIDE                                             | R\$ 380,00   |
| CINTILOGRAFIA TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO-BOCIO NODULAR TOXICO                          | R\$ 380,00   |
| CISTERNOCINTILOGRAFIA                                                                      | R\$ 380,00   |
| CISTERNOCINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE FISTULA LIQUORICA                                   | R\$ 380,00   |
| CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA                                                                  | R\$ 380,00   |
| CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA                                                                | R\$ 380,00   |
| COLONOSCOPIA E ENDOSCOPIA DIGESTIVA (SEM ANESTESISTA)                                      | R\$ 1.100,00 |
| COLONOSCOPIA (SEM ANESTESISTA)                                                             | R\$ 700,00   |
| COLONOSCOPIA COM POLIPECTOMIA E BIÓPSIA (SEM ANESTESISTA)                                  | R\$ 900,00   |
| DENSITOMETRIA OSSEA - CORPO INTEIRO (AVALIACAO DE MASSA OSSEA OU DE COMPOSICAO CORPORAL)   | R\$ 150,00   |
| DENSITOMETRIA OSSEA - ROTINA: COLUNA E FEMUR (OU DOIS SEGMENTOS)                           | R\$ 150,00   |
| DENSITOMETRIA OSSEA (UM SEGMENTO)                                                          | R\$ 150,00   |
| DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR - UNILATERAL                                  | R\$ 380,00   |
| DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR - UNILATERAL                                  | R\$ 380,00   |
| DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ARTERIAS RENAIIS                                               | R\$ 230,00   |
| DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ILIACAS                                                        | R\$ 230,00   |
| DOPPLER COLORIDO DE ARTERIAS VISCERAIS (MESENTERICAS SUPERIOR E INFERIOR E TRONCO CELIACO) | R\$ 230,00   |
| DOPPLER COLORIDO DE HEMANGIOMA                                                             | R\$ 230,00   |
| DOPPLER COLORIDO DE ORGAO OU ESTRUTURA ISOLADA                                             | R\$ 230,00   |
| DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS ARTERIAIS BILATERAL (CAROTIDAS E VERTEBRAIS)           | R\$ 230,00   |
| DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS VENOSOS BILATERAL (SUBCLAVIAS E JUGULARES)             | R\$ 230,00   |
| DOPPLER COLORIDO DE VEIA CAVA SUPERIOR OU INFERIOR                                         | R\$ 230,00   |
| DOPPLER COLORIDO TRANSFONTANELA                                                            | R\$ 230,00   |
| DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO INFERIOR - UNILATERAL                                    | R\$ 230,00   |
| DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR - UNILATERAL                                    | R\$ 230,00   |





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANT'ANA DO LIVRAMENTO  
**Secretaria Municipal de Administração**

|                                                                                                   |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO INFERIOR - BILATERAL                                            | R\$ 300,00 |
| DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR - BILATERAL                                            | R\$ 300,00 |
| ECG CONVENCIONAL DE ATÉ 12 DERIVACOES                                                             | R\$ 40,00  |
| ECODOPPLERCARDIOGRAMA FETAL COM MAPEAMENTO DE FLUXO EM CORES - POR FETO                           | R\$ 200,00 |
| ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSTORACICO                                                               | R\$ 170,00 |
| ECO ABDOMEN TOTAL                                                                                 | R\$ 170,00 |
| ECO APARELHO URINARIO                                                                             | R\$ 145,00 |
| ECO DE ARTICULAÇÕES                                                                               | R\$ 140,00 |
| ECO OBSTÉTRICA                                                                                    | R\$ 250,00 |
| ECO OBSTÉTRICA COM TRANSLUCENCIA NUCAL                                                            | R\$ 200,00 |
| ECO OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA                                                                        | R\$ 250,00 |
| ECO PÉLVICA TRANSVAGINAL                                                                          | R\$ 140,00 |
| ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (SEM ANESTESISTA)                                                       | R\$ 600,00 |
| ENDOSCOPIA COM POLIPECTOMIA E BIÓPSIA (SEM ANESTESIA)                                             | R\$ 800,00 |
| HIDRO-RESSONANCIA MAGNETICA (COLANGIO-RM OU URO-RM OU MIELO-RM OU SIALO-RM OU CISTOGRAFIA POR RM) | R\$ 700,00 |
| HOLTER DE 24 HORAS - 2 OU MAIS CANAIS - ANALOGICO                                                 | R\$ 150,00 |
| LINFOCINTILOGRAFIA                                                                                | R\$ 380,00 |
| MAMOGRAFIA DIGITAL BILATERAL                                                                      | R\$ 162,00 |
| RAIO X - ABDOME AGUDO                                                                             | R\$ 100,00 |
| RAIO X - ABDOME SIMPLES                                                                           | R\$ 100,00 |
| RAIO X - ADENOIDES OU CAVUM                                                                       | R\$ 70,00  |
| RAIO X - ANTEBRACO                                                                                | R\$ 70,00  |
| RAIO X - ARCOS ZIGOMATICOS OU MALAR OU APOFISES ESTILOIDES                                        | R\$ 70,00  |
| RAIO X - ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR                                                            | R\$ 70,00  |
| RAIO X - ARTICULACAO COXOFEMORAL (QUADRIL)                                                        | R\$ 70,00  |
| RAIO X - ARTICULACAO ESCAPULOUMERAL (OMBRO)                                                       | R\$ 70,00  |
| RAIO X - ARTICULACAO ESTERNOCLAVICULAR                                                            | R\$ 70,00  |
| RAIO X - ARTICULACAO TEMPOROMANDIBULAR - BILATERAL                                                | R\$ 70,00  |
| RAIO X - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)                                                     | R\$ 70,00  |
| RAIO X - ARTICULACOES SACROILIACAS                                                                | R\$ 70,00  |
| RAIO X - BACIA                                                                                    | R\$ 70,00  |
| RAIO X - BRACO                                                                                    | R\$ 70,00  |
| RAIO X - CALCANEIO                                                                                | R\$ 70,00  |
| RAIO X - CLAVICULA                                                                                | R\$ 70,00  |
| RAIO X - COLUNA CERVICAL - 3 INCIDENCIAS                                                          | R\$ 70,00  |
| RAIO X - COLUNA CERVICAL - 5 INCIDENCIAS                                                          | R\$ 70,00  |
| RAIO X - COLUNA DORSAL - 2 INCIDENCIAS                                                            | R\$ 70,00  |
| RAIO X - COLUNA DORSAL - 4 INCIDENCIAS                                                            | R\$ 70,00  |
| RAIO X - COLUNA LOMBO-SACRA - 3 INCIDENCIAS                                                       | R\$ 70,00  |
| RAIO X - COLUNA LOMBO-SACRA - 5 INCIDENCIAS                                                       | R\$ 70,00  |



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANT'ANA DO LIVRAMENTO  
**Secretaria Municipal de Administração**

|                                                                                                      |              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| RAIO X - CORACAO E VASOS DA BASE                                                                     | R\$ 70,00    |
| RAIO X - COSTELAS - POR HEMITORAX                                                                    | R\$ 70,00    |
| RAIO X - COTOVELO                                                                                    | R\$ 70,00    |
| RAIO X - COXA                                                                                        | R\$ 70,00    |
| RAIO X - CRANIO - 2 INCIDENCIAS                                                                      | R\$ 70,00    |
| RAIO X - CRANIO - 3 INCIDENCIAS                                                                      | R\$ 70,00    |
| RAIO X - CRANIO - 4 INCIDENCIAS                                                                      | R\$ 70,00    |
| RAIO X - JOELHO                                                                                      | R\$ 70,00    |
| RAIO X - MAO OU QUIRODACTILO                                                                         | R\$ 70,00    |
| RAIO X - MAOS E PUNHOS PARA IDADE OSSEA                                                              | R\$ 70,00    |
| RAIO X - MAXILAR INFERIOR                                                                            | R\$ 70,00    |
| RAIO X - OMOPLATA OU ESCAPULA                                                                        | R\$ 70,00    |
| RAIO X - ORBITAS - BILATERAL                                                                         | R\$ 70,00    |
| RAIO X - OSSOS DA FACE                                                                               | R\$ 70,00    |
| RAIO X - PATELA                                                                                      | R\$ 70,00    |
| RAIO X - PE OU PODODACTILO                                                                           | R\$ 70,00    |
| RAIO X - PERNA                                                                                       | R\$ 70,00    |
| RAIO X - PUNHO                                                                                       | R\$ 70,00    |
| RAIO X - SACRO-COCCIX                                                                                | R\$ 70,00    |
| RAIO X - SEIOS DA FACE                                                                               | R\$ 70,00    |
| RAIO X - SEIOS DA FACE: FN-M.N-LAT - HIRTZ                                                           | R\$ 70,00    |
| RAIO X - SELA TURCICA                                                                                | R\$ 70,00    |
| RAIO X - TORAX - 1 INCIDENCIA                                                                        | R\$ 70,00    |
| RAIO X - TORAX - 2 INCIDENCIAS                                                                       | R\$ 70,00    |
| RAIO X - TORAX - 3 INCIDENCIAS                                                                       | R\$ 70,00    |
| RAIO X - TORAX - 4 INCIDENCIAS                                                                       | R\$ 70,00    |
| RESSONANCIA MAGNETICA - ABDOME SUPERIOR (FIGADO, PANCREAS, BACO, RINS, SUPRA-RENAIS, RETROPERITONIO) | R\$ 1.146,00 |
| RESSONANCIA MAGNETICA - ABDOME TOTAL                                                                 | R\$ 1.146,00 |
| RESSONANCIA MAGNETICA - ARTICULACAO TEMPOROMANDIBULAR (BILATERAL)                                    | R\$ 700,00   |
| RESSONANCIA MAGNETICA - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)                                                  | R\$ 700,00   |
| RESSONANCIA MAGNETICA - BACIA (ARTICULACOES SACROILIACAS)                                            | R\$ 700,00   |
| RESSONANCIA MAGNETICA - BASE DO CRANIO                                                               | R\$ 700,00   |
| RESSONANCIA MAGNETICA - COLUNA CERVICAL OU DORSAL OU LOMBAR                                          | R\$ 700,00   |
| RESSONANCIA MAGNETICA - COXA (UNILATERAL)                                                            | R\$ 700,00   |
| RESSONANCIA MAGNETICA - CRÂNIO (ENCEFALO)                                                            | R\$ 700,00   |
| RESSONÂNCIA MAGNÉTICA – CRÂNIO (ENCEFALO) COM ANESTESIA (NÃO INCLUSO HONORÁRIOS MÉDICOS ANESTESISTA) | R\$ 1.400,00 |
| RESSONANCIA MAGNETICA - FACE (INCLUI SEIOS DA FACE)                                                  | R\$ 700,00   |
| RESSONANCIA MAGNETICA - FLUXO LIQUORICO (COMO COMPLEMENTAR)                                          | R\$ 700,00   |
| RESSONANCIA MAGNETICA - MAMA (BILATERAL)                                                             | R\$ 700,00   |
| RESSONANCIA MAGNETICA - MAO (NAO INCLUI PUNHO)                                                       | R\$ 700,00   |
| RESSONANCIA MAGNETICA - MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL (NAO INCLUI MAO E                                 | R\$ 700,00   |





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANT'ANA DO LIVRAMENTO  
**Secretaria Municipal de Administração**

|                                                                                                                                                               |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| ARTICULACOES)                                                                                                                                                 |            |
| RESSONANCIA MAGNETICA - ORBITA BILATERAL                                                                                                                      | R\$ 700,00 |
| RESSONANCIA MAGNETICA - OSSOS TEMPORAIS BILATERAL                                                                                                             | R\$ 700,00 |
| RESSONANCIA MAGNETICA - PE (ANTEPE) - NAO INCLUI TORNOZELO                                                                                                    | R\$ 700,00 |
| RESSONANCIA MAGNETICA - PELVE (NAO INCLUI ARTICULACOES COXOFEMORAIS)                                                                                          | R\$ 700,00 |
| RESSONANCIA MAGNETICA - PERNA (UNILATERAL)                                                                                                                    | R\$ 700,00 |
| RESSONANCIA MAGNETICA - PESCOCO (NASOFARINGE, OROFARINGE, LARINGE, TRAQUEIA, TIREOIDE, PARATIREOIDE)                                                          | R\$ 700,00 |
| RESSONANCIA MAGNETICA - PLEXO BRAQUIAL (DESFILADEIRO TORACICO) OU LOMBOSSACRAL (NAO INCLUI COLUNA CERVICAL OU LOMBAR)                                         | R\$ 700,00 |
| RESSONANCIA MAGNETICA - SELA TURCICA (HIPOFISE)                                                                                                               | R\$ 700,00 |
| RESSONANCIA MAGNETICA - TORAX (MEDIASTINO, PULMAO, PAREDE TORACICA)                                                                                           | R\$ 700,00 |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - ABDOME SUPERIOR                                                                                                                  | R\$ 500,00 |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - ABDOME SUPERIOR COM CONTRASTE                                                                                                    | R\$ 500,00 |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - ABDOME TOTAL (AB SUPERIOR, PELVE E RETROPERITONIO) COM CONTRASTE                                                                 | R\$ 500,00 |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR, PELVE E RETROPERITONIO)                                                                           | R\$ 500,00 |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - ARTICULACAO (ESTERNOCLAVICULAR OU OMBRO OU COTOVELO OU PUNHO OU JOELHO OU PE) COM CONTRASTE                                      | R\$ 500,00 |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - ARTICULACAO (ESTERNOCLAVICULAR OU OMBRO OU COTOVELO OU PUNHO OU SACROILIACAS OU COXOFEMORAL OU JOELHO OU TORNOZELO) - UNILATERAL | R\$ 500,00 |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - ARTICULACOES TEMPOROMANDIBULARES                                                                                                 | R\$ 500,00 |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - ARTICULACOES TEMPOROMANDIBULARES COM CONTRASTE                                                                                   | R\$ 500,00 |
| TOMO ANGIO DE AORTA ABDOMINAL                                                                                                                                 | R\$ 600,00 |
| TOMO ANGIO DE AORTA TORACICA                                                                                                                                  | R\$ 600,00 |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - COLUNA CERVICAL OU DORSAL OU LOMBAR (ATE 3 SEGMENTOS) COM CONTRASTE                                                              | R\$ 500,00 |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - COLUNA CERVICAL OU DORSAL OU LOMBO-SACRA (ATE 3 SEGMENTOS)                                                                       | R\$ 500,00 |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - CRANIO OU SELA TURCICA OU ORBITAS                                                                                                | R\$ 500,00 |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - CRANIO OU SELA TURSICA OU ORBITAS COM CONTRASTE                                                                                  | R\$ 500,00 |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - FACE OU SEIOS DA FACE                                                                                                            | R\$ 500,00 |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - FACE OU SEIOS DA FACE COM CONTRASTE                                                                                              | R\$ 500,00 |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - MASTOIDES OU ORELHAS                                                                                                             | R\$ 500,00 |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - MASTOIDES OU ORELHAS COM CONTRASTE                                                                                               | R\$ 500,00 |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - PELVE OU BACIA                                                                                                                   | R\$ 500,00 |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - PELVE OU BACIA COM CONTRASTE                                                                                                     | R\$ 500,00 |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - PESCOCO (PARTES MOLES, LARINGE, TIREOIDE E FARINGE) COM CONTRASTE                                                                | R\$ 500,00 |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - PESCOCO (PARTES MOLES, LARINGE, TIREOIDE, FARINGE E GLANDULAS SALIVARES)                                                         | R\$ 500,00 |



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANT'ANA DO LIVRAMENTO  
**Secretaria Municipal de Administração**

|                                                                                                                       |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - SEGMENTO APENDICULAR (BRACO OU ANTEBRACO OU MAO OU COXA OU PERNA OU PE) - UNILATERAL     | R\$ 500,00           |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - SEGMENTOS APENDICULARES (BRACO OU ANTEBRACO OU MAO OU COXA OU PERNA OU PE) COM CONTRASTE | R\$ 500,00           |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - TORAX COM CONTRASTE                                                                      | R\$ 500,00           |
| ULTRASSONOGRAFIA - ABDOME INFERIOR FEMININO (BEXIGA, UTERO, OVARIO E ANEXOS)                                          | R\$ 150,00           |
| ULTRASSONOGRAFIA - ABDOME INFERIOR MASCULINO (BEXIGA, PROSTATA E VESICULAS SEMINAIS)                                  | R\$ 150,00           |
| ULTRASSONOGRAFIA - ABDOME SUPERIOR (FIGADO, VIAS BILIARES, VESICULA, PANCREAS E BACO)                                 | R\$ 150,00           |
| ULTRASSONOGRAFIA - ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR, RINS, BEXIGA, AORTA, VEIA CAVA INFERIOR E ADRENAIS)                 | R\$ 150,00           |
| ULTRASSONOGRAFIA - APARELHO URINARIO (RINS, URETERES E BEXIGA)                                                        | R\$ 150,00           |
| ULTRASSONOGRAFIA - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)                                                                        | R\$ 150,00           |
| ULTRASSONOGRAFIA - ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL OU AXILAS OU MUSCULO OU TENDAO)                                  | R\$ 150,00           |
| ULTRASSONOGRAFIA - GLANDULAS SALIVARES (TODAS)                                                                        | R\$ 150,00           |
| ULTRASSONOGRAFIA - MAMAS                                                                                              | R\$ 150,00           |
| ULTRASSONOGRAFIA - OBSTETRICA                                                                                         | R\$ 150,00           |
| ULTRASSONOGRAFIA - OBSTETRICA COM DOPPLER COLORIDO                                                                    | R\$ 150,00           |
| ULTRASSONOGRAFIA - OBSTETRICA COM TRANSLUCENCIA NUCAL                                                                 | R\$ 150,00           |
| ULTRASSONOGRAFIA - ORGAOS SUPERFICIAIS (TIREOIDE OU ESCROTO OU PENIS OU CRANIO)                                       | R\$ 150,00           |
| ULTRASSONOGRAFIA - PROSTATA TRANSRETAL (NAO INCLUI ABDOME INFERIOR MASCULINO)                                         | R\$ 150,00           |
| ULTRASSONOGRAFIA - PROSTATA (VIA ABDOMINAL)                                                                           | R\$ 150,00           |
| ULTRASSONOGRAFIA - RETROPERITONIO (GRANDES VASOS OU ADRENAIS)                                                         | R\$ 150,00           |
| ULTRASSONOGRAFIA - TORACICO EXTRACARDIACO                                                                             | R\$ 150,00           |
| ULTRASSONOGRAFIA - TRANSVAGINAL PARA CONTROLE DE OVULACAO (3 OU MAIS EXAMES)                                          | R\$ 150,00           |
| ULTRASSONOGRAFIA - TRANSVAGINAL (UTERO, OVARIO, ANEXOS E VAGINA)                                                      | R\$ 150,00           |
| WISC ESCALA WECHSLER DE INTELIGÊNCIA PARA CRIANÇAS                                                                    | R\$ 100,00 (sessão). |





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANT'ANA DO LIVRAMENTO  
**Secretaria Municipal de Administração**

**JUSTIFICATIVA**

Estamos encaminhando, para apreciação desse Egrégio Legislativo Municipal, o projeto de lei que: *“Altera a Lei Municipal nº 7.967 de 31 de outubro de 2022”*.

Justifica-se o presente pedido pela necessidade de adequação da Lei Municipal nº 7.967 de 2022, a fim de promover reajuste aos procedimentos médicos e odontológicos, bem como inclusão de procedimentos médicos não contemplados na legislação anterior, especialmente quanto a terapia ocupacional e WISC Escala Wechsler de Inteligência para Crianças para pessoas portadoras de Transtorno do Espectro Autista.

Pelo exposto e, principalmente pela relevância do tema, é que estamos encaminhando o presente projeto de lei para apreciação desse Legislativo, esperando aprovação por parte dos ilustres Vereadores.

Sant'Ana do Livramento, 04 de abril de 2025.

**EVANDRO GUTEBIER MACHADO**  
Prefeito Municipal em exercício



**ESTIMATIVA DE IMPACTO ORÇAMENTÁRIO E FINANCEIRO PARA DESPESAS OBRIGATÓRIAS DE CARÁTER CONTINUADO - SISPREM**

Impacto nº:

001/2025

1-Fundamentação Legal: Lei Complementar nº 101, art. 17 e 21, I, "a"

2-Descrição detalhada do aumento de despesa:

Reajuste dos honorários e procedimentos médicos, nutricionais, odontológicos, fonoaudiológicos, psicológicos e psicopedagógicos.

3-FONTE DE RECURSOS: 0799 - Outras Vinculações Legais

4-CRÉDITO ORÇAMENTÁRIO:

4.1 - Classificação estrutura programática da(s) despesa(s):

72.004.10.301.0021.0000.8008.3.3.9.0.36.00.00

.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - Pessoa Física

5-DECLARAÇÕES:

5.1-O aumento de despesa consta do planejamento da LDO de forma específica, nos termos da CF, art. 169, § 1º da CF (Artigo 27 da Lei 7.787 de 18 de Novembro de 2021), nos termos da LC nº 101, art. 21, I, "a"

5.2- O aumento da despesa não afetará as metas fiscais de resultado primário e nominal, pois já foram previstas no orçamento para o exercício, nos termos da LC nº 101, art. 17, § 2º.

5.3-O aumento de despesa não representa vinculação ou equiparação de quaisquer espécies remuneratórias para o efeito de remuneração de pessoal do serviço público, nos termos da LC nº 101, art. 21, I, "a" e CF, art. 37, XIII.

5.4-O aumento de despesa não compromete o limite aplicado às despesas com pessoal inativo, nos termos da LC nº 101, art. 21, Inciso I, "b".

5.5- A despesa não representa aumento vedado nos últimos 180 dias do mandato do Chefe do Poder, nos termos da LC nº 101, art. 21, II.

5.6- O aumento da despesa não prevê parcelas adicionais a serem implementadas apenas em períodos posteriores ao final do mandato do titular do Poder, nos termos da LC nº 101, art. 21, III.

| 6-PROJEÇÃO DE IMPACTO DE AUMENTO DE DESPESA EM REAIS |                 |                  |                  |
|------------------------------------------------------|-----------------|------------------|------------------|
| 6.1 Consultas                                        | Exercício atual | 1º Subsequente   | 2º subsequente   |
|                                                      | R\$ 491.790,65  | R\$ 655.720,87   | R\$ 655.720,87   |
| 6.2 Dentistas e Fisioterapeutas                      | Exercício atual | 1º Subsequente   | 2º subsequente   |
|                                                      | R\$ 97.644,72   | R\$ 130.192,95   | R\$ 130.192,95   |
| 6.3 Procedimentos                                    | Exercício atual | 1º Subsequente   | 2º subsequente   |
|                                                      | R\$ 91.914,71   | R\$ 122.552,94   | R\$ 122.552,94   |
| 6.4 Encargos Sociais INSS                            | Exercício atual | 1º Subsequente   | 2º subsequente   |
|                                                      | R\$ 149.897,02  | R\$ 199.862,69   | R\$ 199.862,69   |
| 6.5 Aumento total da despesa em Reais                | Exercício atual | 1º Subsequente   | 2º subsequente   |
|                                                      | R\$ 831.247,10  | R\$ 1.108.329,45 | R\$ 1.108.329,45 |

7- Conclusões:

O impacto demonstra capacidade de aumento da despesa.

8 - Metodologia:

Foram utilizados os valores referentes a média aritmética dos exercícios de 2023 e 2024, acrescidos dos percentuais dos reajustes postulados no projeto de lei, considerando que a utilização dos novos parâmetros de precificação dos honorários e procedimentos médicos foi estabelecida em novembro de 2022, através da Lei Municipal n.º 7.967/2022, impossibilitando, assim, que abranjer outros exercícios para o cálculo da média.

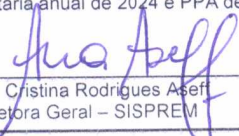
Santana do Livramento, 31 de março de 2025



Deise Rejane Machado Mendes Peres

Contadora

Na qualidade de ordenador da despesa, declaro conforme os termos dos artigos 16 e 17 da Lei Complementar 101/2000 - Lei de Responsabilidade Fiscal, que a Autarquia dispõe de dotações orçamentárias, bem como disponibilidade financeira necessárias à satisfação das despesas na Lei Orçamentária anual de 2024 e PPA de 2022/2025.



Ana Cristina Rodrigues Azeiteiro

Diretora Geral - SISPREM





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANT'ANA DO LIVRAMENTO  
Secretaria Municipal de Administração

**LEI Nº. 7.967, DE 31 DE OUTUBRO DE 2022.**

*Regulamenta os parâmetros remuneratórios dos procedimentos médicos, hospitalares e odontológicos da assistência à saúde no âmbito do Sistema de Previdência Municipal – SISPREM e dá outras providências.*

**ANA LUIZA MOURA TAROUCO, PREFEITA MUNICIPAL DE SANT'ANA DO LIVRAMENTO.**

FAÇO saber, em cumprimento ao disposto no art. 102, Inciso IV, da Lei Orgânica do Município, que a Câmara Municipal aprovou e Eu sanciono e promulgo a seguinte Lei:

**Art. 1º** - Fica estabelecida a seguinte tabela de parâmetros remuneratórios para a prestação de serviços no âmbito da assistência médica do SISPREM:

|                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Consultas Médicas                                                                  | R\$ 100,00 (cem reais).                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Consultas Psicologia, Nutricionais, Neuropedagogas, Fisioterapia e Fonoaudiologia. | R\$ 58,00 (cinquenta e oito reais). Deverá haver encaminhamento médico.                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Honorários Médicos (Procedimentos)                                                 | Remuneração em sua nomenclatura e codificação pela TUSS, com precificação pela CBHPM /2016 com <u>deflator de 15%</u> (quinze por cento).                                                                                                                                                                                             |
| Serviços de Diagnóstico e Radiologia                                               | Remuneração em sua nomenclatura e codificação pela TUSS, com precificação pela CBHPM /2016 com <u>deflator de 15%</u> (quinze por cento), quando utilizado medicamento, o qual estará incluso no valor e <u>deflator de 25%</u> (vinte e cinco por cento) quando não utilizado medicamentos para realização do exame ou procedimento. |
| M² Filme Radiológico                                                               | R\$ 31,59 (trinta e um reais e cinquenta e nove centavos), reajustado conforme Resolução do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnósticos por Imagem.                                                                                                                                                                               |
| Serviços de Oncologia e Hemodiálise                                                | Remuneração em sua nomenclatura e codificação pela TUSS, com precificação pela CBHPM /2010, com <u>deflator de 40%</u> (quarenta por cento), o qual estará incluso no valor e <u>deflator de 30%</u> (trinta por cento).                                                                                                              |
| Taxas e Gasoterapia                                                                | As taxas de uso de salas, gasoterapia e demais serviços serão remunerados de acordo com a Tabela de Taxas (Anexo I)                                                                                                                                                                                                                   |
| Materiais                                                                          | Remuneração pelo Preço Fabricante (PF) fixado no BRASÍNDICE, com deflator de 30%.<br>Materiais não Brasíndice, remuneração pelo Preço Fabricante (PF) fixado no SIMPRO.<br>Materiais de alto custo, mediante autorização prévia, sendo remunerado pelo preço de custo, acrescido de 17% (dezessete por cento).                        |
| Materiais não Passíveis de Cobrança/Pagamento                                      | Não serão passíveis de pagamento os materiais constantes no Anexo II, <u>parte integrante desde Edital.</u>                                                                                                                                                                                                                           |
| Materiais de preço unitário (autorização)                                          | Os materiais, com preço unitário acima de R\$ 1.500,00 (um mil e quinhentos reais), deverão ter autorização prévia para                                                                                                                                                                                                               |





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANT'ANA DO LIVRAMENTO  
Secretaria Municipal de Administração

|              |                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|              | sua prescrição.                                                                                                                                                                                                               |
| Medicamentos | <b>Medicamentos de Uso Restrito:</b> Remuneração pelo Preço do Fabricante (PF) do BRASÍNDICE, vigente na data do atendimento do paciente, <u>sem acréscimos</u> , devendo ser adotada utilização de medicação genérica.       |
| Medicamentos | <b>Medicamentos não Restritos:</b> Remuneração pelo Preço Máximo ao Consumidor (PMC) do BRASÍNDICE, vigente na data do atendimento do paciente, <u>sem acréscimos</u> , devendo ser adotada utilização de medicação genérica. |
| Medicamentos | <b>Medicamentos Quimioterápicos:</b> Preço de custo, devidamente comprovado, acrescido de 17% (dezesete por cento).                                                                                                           |

**Art. 2º** - O valor dos procedimentos odontológicos e fisioterápicos são estabelecidos em tabela específica (Anexo III), a qual segue em anexo, sendo parte integrante desta Lei.

**Art. 3º** - O valor das diárias hospitalares será de R\$ 145,00 (cento e quarenta e cinco reais) para quartos semi-privativos e de R\$ 260,00 (duzentos e sessenta reais) para Unidade de Tratamento Intensivo – UTI.

**Art. 4º** - Ficam alterados os artigos 150, 151 e 154 da Lei 5.066/06, passando a vigorar com a seguinte redação:

*“Art. 150. A assistência básica à saúde consistirá na cobertura de despesas decorrentes de atendimentos médico, hospitalares, odontológicos, neuropedagogas, fisioterapêuticas, fonoaudiológicas e psicológicas e compreenderá a prestação de serviços de natureza clínica, cirúrgica e laboratorial, hemodiálise, oncologia e despesas com acidente de trabalho, aos segurados do SISPREM e a seus dependentes e beneficiários na forma desta Lei.*

*Art. 151. A assistência à saúde de que trata o artigo anterior será prestada por profissionais, hospitais, ambulatorios, laboratórios, institutos radiológicos, clínicas de hemodiálise e oncologia e similares através de chamamento público de credenciamento e terão seus preços estabelecidos de acordo com a tabela CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos), com possíveis deflações ou acréscimos, estabelecidas em Lei.*

*§ 1º Quando se tratar de serviços prestados por profissionais e estabelecimentos hospitalares, ambulatorios, institutos radiológicos e similares, localizados dentro ou fora deste Município que não mantenham convênio com este Sistema, a despesa poderá ser ressarcida ao segurado, até o limite estabelecido para este serviço na tabela CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos), com possíveis deflações ou acréscimos, estabelecidas em Lei, após análise pericial do Chefe da Unidade Técnica da Autarquia.*

*§ 2º Revogado  
(...)*

*Art. 154. As despesas com assistência à saúde, previstas no artigo anterior, serão de responsabilidade do segurado, no que equivalente a 15% para internação hospitalar, 30% para consultas e exames e 30% para serviços de*





**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANT'ANA DO LIVRAMENTO**  
**Secretaria Municipal de Administração**

*fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, neuropedagogia e nutricionismo, e poderão ser financiadas pelo Sistema, para posterior reembolso em parcelas mensais.”*

**Art. 5º** - Fica revogado o parágrafo segundo do artigo 151 da Lei Municipal 5.066 de 2006 e a Lei Municipal nº 6.692 de 2014 com suas alterações posteriores.

**Art. 6º** - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.  
Sant'Ana do Livramento, 31 de outubro de 2022.

**ANA LUIZA MOURA TAROUCO**  
Prefeita Municipal

Registre-se e Publique-se:

**MATHEUS BORGES MEDINA**  
Secretário de Administração



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTANA DO LIVRAMENTO  
Secretaria Municipal de Administração

ANEXO I  
TAXAS E GASOTERAPIA

| DESCRIÇÃO                                  | VALOR  |
|--------------------------------------------|--------|
| TAXA DE OXIMETRIA                          | 16,20  |
| APÓSITO GRANDE                             | 2,16   |
| AR COMPRIMIDO POR HORA                     | 5,17   |
| ASPIRAÇÃO A VÁCUO POR HORA                 | 5,17   |
| CARRO DE ANESTESIA COMPLETO POR HORA       | 15,60  |
| CURATIVO GINECOLÓGICO                      | 7,12   |
| CURATIVO GRANDE                            | 27,85  |
| CURATIVO MÉDIO                             | 22,16  |
| CURATIVO OFTÁLMICO                         | 10,34  |
| CURATIVO PEQUENO                           | 13,78  |
| CURATIVO UMBILICAL                         | 3,55   |
| DIÁRIA DE BERÇÁRIO                         | 64,72  |
| DIÁRIA DE INCUBADORA                       | 77,65  |
| ELETCARDIOGRAMA                            | 21,60  |
| ELETCAUTÉRIO                               | 16,20  |
| FISIOTERAPIA MOTORA                        | 34,56  |
| FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA                  | 17,28  |
| FOTOTERAPIA POR HORA                       | 1,78   |
| GAS CARBÔNICO POR USO                      | 9,71   |
| GASOMETRIA ARTERIAL                        | 91,14  |
| INCUBADORA POR DIA                         | 10,52  |
| INTENSIFICADOR DE IMAGEM                   | 120,47 |
| MONITORIZAÇÃO CARDÍACA POR USO             | 31,69  |
| NEBULIZAÇÃO                                | 7,80   |
| NEBULIZAÇÃO CONTÍNUA                       | 42,07  |
| OXIGÊNIO POR HORA QUARTO                   | 9,04   |
| OXIGÊNIO POR HORA SALA                     | 12,34  |
| PROTOXITO POR HORA                         | 29,81  |
| S. ANTI-HTVL-I + HTVL-II                   | 38,40  |
| SERVIÇO DE HEMOTERAPIA                     | 312,34 |
| TAXA BLOCO CIRÚRGICO GRANDE (ATÉ 6 HORAS)  | 155,76 |
| TAXA BLOCO CIRÚRGICO MÉDIA (ATÉ 4 HORAS)   | 84,66  |
| TAXA BLOCO CIRÚRGICO PEQUENA (ATÉ 2 HORAS) | 77,52  |
| TAXA DE EXPEDIENTE                         | 22,64  |
| TAXA DE INSTRUMENTAÇÃO                     | 26,74  |
| TAXA DE PA                                 | 37,68  |
| TAXA PROC. AMBULATORIAL ANEST. LOCAL       | 22,20  |
| TAXA PROC. AMBULATORIAL ANEST. LOCAL       | 22,20  |
| TAXA SALA DE PARTO                         | 93,84  |
| TAXA SALA DE RECUPERAÇÃO 1ª HORA           | 71,18  |





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ANA DO LIVRAMENTO  
**Secretaria Municipal de Administração**

|                                    |       |
|------------------------------------|-------|
| TAXA SALA DE RECUPERAÇÃO EXCEDENTE | 39,32 |
| TAXA SALA ONCOLOGIA                | 71,18 |
| TOCO CARDIOGRAFIA ANTEPARTO        | 19,31 |
| TRAÇÃO ESQUELÉTICA POR DIA         | 8,41  |
| TRICOTOMIA                         | 14,56 |



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTANA DO LIVRAMENTO  
Secretaria Municipal de Administração

ANEXO II

PROCEDIMENTOS E EXAMES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO NÃO  
COBERTOS

- a) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- b) Fralda e absorventes para paciente internado, exceto para UTI;
- c) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- d) Tratamento clínico de esterilidade, impotência sexual e inseminação artificial;
- e) Assistência domiciliar (home-care), visita médica domiciliar, fisioterapia e enfermagem em caráter particular;
- f) Tratamento de rejuvenescimento e emagrecimento com finalidade estética;
- g) Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, sem aprovação da ANVISA;
- h) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, bem como exames e medicamentos não conhecidos pelos órgãos governamentais competentes nem por sociedades médico-científicas brasileiras;
- i) Qualquer atendimento prestado por profissional médico de especialidade não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina;
- j) Fornecimento de óculos, lentes de contato e aparelhos para surdez;
- k) Exames de ecodoppler venoso e arterial dos membros inferiores e superiores;
- l) Fonoaudiologia, logopedia, psicologia de forma eletiva;
- m) Aplicação de órtese, assim entendidas as próteses externas, tais como pernas e braços mecânicos, entre outros;
- n) cirurgia refrativa;
- o) Fornecimento de material órtese e prótese importada, exceto nos casos onde não exista similar material nacional;
- p) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- q) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- r) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- s) Procedimentos e exames solicitados por médicos sem registro no Conselho Regional de Medicina;
- t) Procedimentos que não estejam enquadrados na Tabela CBHPM adotada pelo SISPREM;
- u) Serviços de remoção com a utilização de ambulância;
- v) Próteses, aparelhos ortodônticos e ortopédicos funcionais dos maxilares, implantes dentários, enxertos ósseos, clareamento dentário, tratamentos com laser, tratamento de doença periodontal crônico e seus respectivos exames complementares;





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANT'ANA DO LIVRAMENTO  
Secretaria Municipal de Administração

ANEXO III

SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS E FISIOTERÁPICOS

| DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS | VALOR (R\$) |
|-------------------------------------------|-------------|
| ALVEOLOTOMIA POR HEMI-ARCADA              | 199,50      |
| APICETOMIA                                | 79,80       |
| APLIC. DE FLÚOR POR HEMI-ARCADA           | 15,96       |
| APLIC. SELANTE POR HEMI-ARCADA            | 23,94       |
| CAPEAMENTO PULPAR DIRETO                  | 19,95       |
| CAPEAMENTO PULPAR INDIRETO                | 27,93       |
| CIR. ENUCLEAÇÃO CUSTOS OSTEOMAS           | 199,50      |
| CIRURGIA SISO                             | 126,35      |
| CIRURGIA E DRENAGEM ABECESSOS             | 99,75       |
| CONSULTAS DE URGÊNCIAS                    | 47,22       |
| CONSULTAS                                 | 36,58       |
| COROA DE RESINA FOTO                      | 113,05      |
| CONSULTAS SEM COMPARECIMENTO              | 39,90       |
| CORREÇÃO TORUS BRIDAS MULCLAR             | 113,05      |
| CURRETAGEMSUB GENGIVAL P/ ELEMENTO        | 15,96       |
| DESOBSTRUÇÃO CONDUTOS                     | 59,85       |
| DIF. DE CIRURGIA REALIZADA EM HOSPITAL    | 585,20      |
| DRENAGEM VIA CANAL                        | 79,80       |
| EIXO DENTE INCLUSO IMPACTADO              | 152,95      |
| EXTRAÇÃO COM RETALHO                      | 86,45       |
| EXTRAÇÃO DENTE DECIDUO                    | 39,90       |
| EXTRAÇÃO DENTE PERMANENTE                 | 39,90       |
| GENGIVECTOMIA P/ HEMI-ARCADA CONS. PART.  | 79,80       |
| GENGIVECTOMIA POR HEMI-ARCADA             | 15,96       |
| PERICIA                                   | 39,90       |
| PLACA DE MORDIDA MIORRELAXANTE            | 325,85      |
| POLIMENTO DE RESTAURAÇÃO                  | 15,96       |
| PROCEDIMENTO CIRURGICO                    | 186,20      |
| PROFILAXIA POR HEMI-ARCADA                | 15,96       |
| PULPOTOMIA                                | 63,84       |
| RADIOGRAFIA                               | 19,95       |
| RASPAGEM SUB-GENGIVAL POR SESSÃO          | 53,20       |
| REIMPLANTE DENTÁRIO                       | 66,50       |
| REST. AMALGAMA OURESINA 03                | 46,55       |
| REST. AMALGAMA OURESINA 01                | 37,24       |
| REST. AMALGAMA OURESINA 02                | 39,90       |
| RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA                    | 19,95       |





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ANA DO LIVRAMENTO  
Secretaria Municipal de Administração

|                                         |        |
|-----------------------------------------|--------|
| TARTAROCTOMIA P/ HEMI-ARCADA            | 15,96  |
| TRAT. DE CANAL DENTE DECIDIO            | 59,85  |
| TRAT. DE CANAL CONSULTA PART. (MOLARES) | 239,40 |
| TRATAMENTO HEMORRAGIA E ALVEOLITE       | 39,90  |

| DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS FISIOTERÁPICOS                                                | VALOR |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| HEMIPLEGIA E HEMIPARESIA                                                                  | 23,20 |
| PARAPLEGIA E PARAPERESIA                                                                  | 34,80 |
| PARKINSON                                                                                 | 23,20 |
| QUADRILEGIA E QUADRI-PARESIA                                                              | 34,80 |
| RETARDO DO DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR (TRATAMENTO GLOBAL)                                 | 29,00 |
| DISTÚRBIOS CIRCULATÓRIOS ARTÉRIO-VENOSOS E LINFÁTICOS                                     | 16,24 |
| DOENÇAS PULMONARES ATENDIDAS EM AMBULATÓRIO                                               | 18,56 |
| ALTERAÇÕES DE ORDEM REUMÁTICAS AFETANDO UM MEMBRO                                         | 16,24 |
| ALTERAÇÕES DE ORDEM REUMÁTICAS AFETANDO MAIS DE UM MEMBRO                                 | 29,00 |
| ALTERAÇÕES DEGENERATIVAS OU INFLAMATÓRIAS AFETANDO UM SEGMENTO                            | 16,24 |
| ALTERAÇÕES DEGENERATIVAS OU INFLAMATÓRIAS AFETANDO MAIS DE UM                             | 29,00 |
| CONTUSÕES                                                                                 | 16,24 |
| ENTORSES                                                                                  | 16,24 |
| RECUPERAÇÃO FUNCIONAL PÓS-OPERATÓRIA                                                      | 23,20 |
| SEQUELA DE TRAUMATISMO NOS TENDÕES                                                        | 29,00 |
| TRATAMENTO FISIÁTRICO DE PATOLOGIA ORTOPÉDICA QUE AFETA UM MEMBRO                         | 16,24 |
| TRATAMENTO FISIÁTRICO DE PATOLOGIA ORTOPÉDICA QUE AFETA MAIS DE UM MEMBRO                 | 29,00 |
| LESÃO NERVOSA PERIFÉRICA AFETANDO MAIS DE UM NERVO COM ALTERAÇÕES SENSITIVAS E/OU MOTORAS | 18,56 |
| LESÃO NERVOSA PERIFÉRICA AFETANDO UM NERVO COM ALTERAÇÕES SENSITIVAS E/OU MOTORAS         | 14,50 |
| ASSISTÊNCIA FISIÁTRICA RESPIRATÓRIA EM DOENTE CLÍNICO INTERNADO                           | 17,40 |
| ASSISTÊNCIA FISIÁTRICA RESPIRATÓRIA EM PACIENTE INTERNADO COM VENTILAÇÃO                  | 18,50 |
| DESVIOS POSTURAIS DA COLUNA VERTEBRAL                                                     | 23,20 |
| DISFUNÇÃO VESICO-URETRAL                                                                  | 24,36 |
| ACUPUNTURA                                                                                | 40,00 |

CÂMARA MUNICIPAL S. DO LIVRAMENTO/RS

PROTÓCOLO Nº 1412

EM 28.1.04 1.25

RECEBIDO EM  
07/04/2005  
AS 11:54

*[Signature]*

EM PORTAL OFICINA  
REGISTRAR  
EM 08/04/2005

*[Signature]*