



Estado da Bahia  
PREFEITURA MUNICIPAL DE MULUNGU DO MORRO  
CNPJ/MF Nº 16.445.876/0001-81  
Rua Eronides Souza Simões, 55 Centro Mulungu do Morro - BA  
CEP 44285-000 - Fone Fax: (74) 3643-1076 / 3230  
Email: [prefeitura.mulungudomorro@netmail.com](mailto:prefeitura.mulungudomorro@netmail.com)



---

RESOLUÇÃO Nº 001/2024 do CMS, 30 de Janeiro de 2024.

Apreciação do Relatório Anual de Gestão 2023 e Programação Anual de Saúde 2024

O plenário do CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE em sua Reunião Ordinária, realizada no dia 29 Janeiro de 2024, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, do dia 19 do mês de Setembro do ano de 1990, e pela Lei nº 8.142, do dia 28 do mês de Dezembro do ano de 1990. Após apreciação do Relatório Anual de Saúde 2022, e da Programação Anual de Saúde

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar Relatório Anual de Saúde (RAG ) 2023;

Art. 2º Aprovar Programação Anual de Saúde 2024.

  
Elenisse Oliveira de Souza  
Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Homologo a resolução nº 002/ 2021 do Conselho Municipal de Saúde de Mulungu do Morro, no uso de suas competências legais

  
Fábio Rocha de Souza  
Secretário Municipal de Saúde  
Decreto Nº 078/2023  
Fábio Rocha de Souza  
Secretária de Saúde



Estado da Bahia  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE MULUNGU DO MORRO**  
CNPJMF Nº 16.445.876/0001-81  
Rua Eronides Souza Santos, 55 Centro Mulungu do Morro - BA  
CEP: 44885 - 000 - Fone fax: (74) 3643-1075 / 1230  
Email: [prefeitura.mulungudomorro@hotmail.com](mailto:prefeitura.mulungudomorro@hotmail.com)



---

## RESOLUÇÃO Nº 002 DO CMS, 30 de Janeiro de 2024

Delibera favoravelmente, sobre valores de pagamentos de Serviços de Assistência na área de saúde, para atender os pacientes usuários do sistema de saúde pública do Município de Mulungu do Morro na Rede Básica, Hospitalar (Média e Alta Complexidade) e outros a Secretaria Municipal de Saúde de Mulungu do Morro.


O Plenário do Conselho Municipal de Saúde no uso de suas atribuições legais, e considerando o decidido em reunião plenária do Conselho Municipal de Saúde de no dia 29 de Janeiro de 2024.

RESOLVE

Art. 1º - Delibera favoravelmente, aprovando os valores referentes a pagamentos de Serviços de Assistência na área de saúde, para atender os pacientes usuários do sistema de saúde pública do Município de Mulungu do Morro, na Rede Básica, Hospitalar (Média e Alta Complexidade) e outros a Secretaria Municipal de Saúde de Mulungu do Morro, conforme planilhas para credenciamento:

  
\_\_\_\_\_  
Elenisse Oliveira de Souza  
Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Homologo a resolução nº 002/ 2024 do Conselho Municipal de Saúde de Mulungu do Morro, no uso de suas competências legais

  
\_\_\_\_\_  
Fábio Rocha de Souza  
Secretário Municipal de Saúde  
Decreto Nº 078/2023  
Fábio Rocha de Souza  
Secretária de Saúde

## Ata nº 106

Aos vinte e nove dias do mês de janeiro de dois mil e vinte e quatro, o Conselho Municipal de Saúde reuniu-se extraordinariamente no espaço colaborador, para pauta: apresentação do novo credenciamento do municipal e apresentação da programação anual de saúde. A Reunião se deu início às nove e quarenta da manhã de segunda-feira, a presidente Edineia iniciou a reunião com agradecimentos e logo após uma oração feita pela conceleira Marizete. Erika Barba começa a apresentar a programação anual de saúde, três slides para que todo o plano seja bem explicado para todos os conceleiros. Os conceleiros começam a apresentar alguns, digo algumas demandas e dúvidas. A apresentação do novo credenciamento será apresentada agora por Wilton Maia, a apresentação é feita por slides onde o mesmo explica cada ponto importante. Durante toda a apresentação os conceleiros estão bem participativos, trazendo as suas dúvidas, onde os mesmos estão sendo esclarecidos. As duas pautas que geraram dúvidas foi aprovadas pelos conceleiros, de modo assim ao fim da reunião foram sorteados novos Sortes, Glicia Dias Brito, Maria Aparecida Souza Braga, Fábio Rocha de Souza, Elenisse Oliveira Souza, Juleide Macedo de Almeida Gilnei Rosa da Conceição, João de Bonifácio Souza, Marluce Souza Alves



Estado da Bahia  
PREFEITURA MUNICIPAL DE MULUNGU DO MORRO  
CNPJ/MF Nº 16.445.878/0001-81  
Rua Eronides Souza Santos, 55 Centro Mulungu do Morro - BA  
CEP: 44885 - 000 - Fone fax: (74) 3643-1076 / 1230  
Email: [prefeitura.mulungu@brasil.com](mailto:prefeitura.mulungu@brasil.com)



## PARECER DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

**Delibera favoravelmente. Sobre valores de pagamentos de Serviços de Assistência na área de saúde para atender os pacientes usuários do sistema de saúde pública do Município de Mulungu do Morro na rede Básica, Hospitalar ( Média e Alta Complexidade) e outros a Secretaria Municipal de Saúde de Mulungu do Morro Ba.**

P

Mulungu do Morro, em 31 de Janeiro de 2024

**Presidente do Conselho Municipal de Saúde:**

Chenisse Oliveira Souza

**Demais Membros do Conselho Municipal de Saúde:**

Fátima Rocha de Souza

Glicia Dias Brito

Josma Aparecida dos Santos

Israel dos Santos Souza

Eva Rosa de Oliveira

Gildete Rosa da Conceição

Maria Aparecida Souza Braga

Zuleide Macedo de Almeida



Estado da Bahia

PREFEITURA MUNICIPAL DE MULUNGU DO MORRO

CNPJ/MF Nº 16.445.876/0001-81

Rua Eronides Souza Santos, 55 centro Mulungu do Morro – BA

CEP: 44885 - 000 - Fone fax: (74) 3643-1076 / 1230

Email: [prefeitura.mulungudomorro@hotmail.com](mailto:prefeitura.mulungudomorro@hotmail.com)



## ANEXO I - PLANILHA DE ESPECIFICAÇÃO, QUANTITATIVO E VALOR DOS SERVIÇOS

### I - ATENDIMENTO AMBULATORIAL

| ITEM                      | ESPECIALIDADE        | QTDE. MÊS | VALOR POR ATENDIMENTO | VALOR TOTAL          |
|---------------------------|----------------------|-----------|-----------------------|----------------------|
| 01                        | MÉDICO GINECOLOGISTA | 44        | R\$ 125,00            | R\$ 5.500,00         |
| 02                        | MÉDICO CARDIOLOGISTA | 65        | R\$ 110,00            | R\$ 7.150,00         |
| 03                        | MÉDICO ORTOPEDISTA   | 75        | R\$ 80,00             | R\$ 6.000,00         |
| 04                        | MÉDICO PEDIATRA      | 30        | R\$ 100,00            | R\$ 3.000,00         |
| 05                        | MÉDICO PSIQUIATRA    | 100       | R\$ 80,00             | R\$ 8.000,00         |
| 06                        | GASTROENTEROLOGISTA  | 05        | R\$ 250,00            | R\$ 1.250,00         |
| 07                        | ENDOCRINOLOGISTA     | 40        | R\$ 200,00            | R\$ 8.000,00         |
| 08                        | NEUROLOGISTA         | 40        | R\$ 130,00            | R\$ 5.200,00         |
| 09                        | NEUROPEDIATRA        | 15        | R\$ 450,00            | R\$ 6.750,00         |
| 10                        | UROLOGISTA           | 10        | R\$ 250,00            | R\$ 2.500,00         |
| 11                        | DERMATOLOGISTA       | 15        | R\$ 120,00            | R\$ 1.800,00         |
| <b>VALOR TOTAL MENSAL</b> |                      |           |                       | <b>R\$ 55.150,00</b> |

### II - PLANILHA DE EXAMES ESPECIALIZADOS

| ITEM | ESPECIALIDADE                | QTDE. MÊS | VALOR POR ATENDIMENTO | VALOR TOTAL  |
|------|------------------------------|-----------|-----------------------|--------------|
| 1    | ECG                          | 100       | R\$ 60,00             | R\$ 6.000,00 |
| 2    | USG ABDOME SUPERIOR          | 15        | R\$ 80,00             | R\$ 1.200,00 |
| 3    | USG ABDOME TOTAL             | 30        | R\$ 80,00             | R\$ 2.400,00 |
| 4    | USG MAMA                     | 25        | R\$ 80,00             | R\$ 2.000,00 |
| 5    | USG OBSTÉTRICA               | 25        | R\$ 80,00             | R\$ 2.000,00 |
| 6    | USG PRÓSTATA                 | 25        | R\$ 80,00             | R\$ 2.000,00 |
| 7    | USG TIREÓIDE                 | 20        | R\$ 80,00             | R\$ 1.600,00 |
| 8    | USG TRANSVAGINAL             | 25        | R\$ 80,00             | R\$ 2.000,00 |
| 9    | USG VIAS URINÁRIAS           | 25        | R\$ 80,00             | R\$ 2.000,00 |
| 10   | USG carótida com doppler     | 5         | R\$ 80,00             | R\$ 400,00   |
| 11   | HEMOGRAMA COMPLETO           | 350       | R\$ 6,00              | R\$ 2.100,00 |
| 12   | LEUCOGRAMA                   | 15        | R\$ 6,00              | R\$ 90,00    |
| 13   | HEMOGLOBINA                  | 80        | R\$ 6,00              | R\$ 480,00   |
| 14   | HEMATÓCRITO                  | 30        | R\$ 6,00              | R\$ 180,00   |
| 15   | ERITOGRAMA                   | 30        | R\$ 6,00              | R\$ 180,00   |
| 16   | V.D.R.L                      | 90        | R\$ 6,00              | R\$ 540,00   |
| 17   | V.S.H. (ERITROSSEDIMENTAÇÃO) | 80        | R\$ 6,00              | R\$ 480,00   |
| 18   | T.S E T.C                    | 80        | R\$ 6,00              | R\$ 480,00   |
| 19   | CLASSIFICAÇÃO ABO/RH         | 50        | R\$ 6,00              | R\$ 300,00   |



Estado da Bahia

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MULUNGU DO MORRO**

CNPJ/MF Nº 16.445.876/0001-81

Rua Eronides Souza Santos, 55 centro Mulungu do Morro – BA

CEP: 44885 - 000 - Fone fax: (74) 3643-1076 / 1230

Email: [prefeitura.mulungudomorro@hotmail.com](mailto:prefeitura.mulungudomorro@hotmail.com)



|                           |                                    |     |            |                     |
|---------------------------|------------------------------------|-----|------------|---------------------|
| 20                        | TESTE DE GRAVIDEZ                  | 50  | R\$ 6,00   | R\$ 300,00          |
| 21                        | CONTAGEM DE PLAQUETAS              | 120 | R\$ 6,00   | R\$ 720,00          |
| 22                        | REAÇÃO DO FORMOL-GEL               | 10  | R\$ 6,00   | R\$ 60,00           |
| 23                        | PROT. C. REATIVA                   | 80  | R\$ 6,00   | R\$ 480,00          |
| 24                        | SUMÁRIO DE URINA                   | 250 | R\$ 6,00   | R\$ 1.500,00        |
| 25                        | PARASITOLÓGICO DE FEZES            | 200 | R\$ 6,00   | R\$ 1.200,00        |
| 26                        | BILIRRUBINAS                       | 20  | R\$ 6,00   | R\$ 120,00          |
| 27                        | TRIGLICERIDEMIA                    | 250 | R\$ 6,00   | R\$ 1.500,00        |
| 28                        | COLESTEROL TOTAL                   | 250 | R\$ 6,00   | R\$ 1.500,00        |
| 29                        | GLICEMIA                           | 280 | R\$ 6,00   | R\$ 1.680,00        |
| 30                        | CRETININEMIA                       | 100 | R\$ 6,00   | R\$ 600,00          |
| 31                        | CHAGAS                             | 30  | R\$ 6,00   | R\$ 180,00          |
| 32                        | UREMIA                             | 100 | R\$ 6,00   | R\$ 600,00          |
| 33                        | A.S.L.O                            | 60  | R\$ 6,00   | R\$ 360,00          |
| 34                        | LÁTEX A. R.                        | 60  | R\$ 6,00   | R\$ 360,00          |
| 35                        | ÁCIDO ÚRICO                        | 60  | R\$ 6,00   | R\$ 360,00          |
| 36                        | HIV I E II                         | 10  | R\$ 6,00   | R\$ 60,00           |
| 37                        | GPP                                | 50  | R\$ 6,00   | R\$ 300,00          |
| 38                        | BACILOSCOPIA I, II E III           | 50  | R\$ 6,00   | R\$ 300,00          |
| 43                        | PARASITOLONGO DE FEZES I, II E III | 50  | R\$ 6,00   | R\$ 300,00          |
| 44                        | RAIO X                             | 120 | R\$ 70,00  | R\$ 8.400,00        |
| 45                        | ENDOSCOPIA                         | 10  | R\$ 200,00 | R\$ 2.000,00        |
| 46                        | ECOCARDIOGRAMA                     | 15  | R\$ 130,00 | R\$ 1.950,00        |
| 47                        | 46 HEMOGLOBINA GLICADA             | 400 | R\$ 20,00  | R\$ 8.000,00        |
| 48                        | T3                                 | 02  | R\$ 15,00  | R\$ 30,00           |
| 49                        | T4                                 | 02  | R\$ 15,00  | R\$ 30,00           |
| 50                        | TSH                                | 03  | R\$ 15,00  | R\$ 45,00           |
| <b>VALOR TOTAL MENSAL</b> |                                    |     |            | <b>RS 59.365,00</b> |

### III - PLANTÕES

| ITEM                      | ESPECIALIDADE           | CARGA HORÁRIA | QTD. MÊS | VALOR UNITÁRIO | VALOR MENSAL          |
|---------------------------|-------------------------|---------------|----------|----------------|-----------------------|
| 01                        | MÉDICO CIRURGIÃO        | 12h           | 13       | R\$ 1.050,00   | R\$ 13.650,00         |
| 02                        | MÉDICO ANESTESIOLOGISTA | 12h           | 13       | R\$ 500,00     | R\$ 6.500,00          |
| 03                        | MÉDICO CLÍNICO GERAL    | 24h           | 35       | R\$ 2.400,00   | R\$ 84.000,00         |
| 04                        | MÉDICO CLÍNICO GERAL    | 12h           | 15       | R\$ 1.200,00   | R\$ 18.000,00         |
| 05                        | MEDICO DIRETOR CLINICO  | 04h           | 05       | R\$ 900,00     | R\$ 4.500,00          |
| <b>VALOR TOTAL MENSAL</b> |                         |               |          |                | <b>R\$ 126.650,00</b> |



Estado da Bahia

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MULUNGU DO MORRO**

CNPJ/MF Nº 16.445.876/0001-81

Rua Eronides Souza Santos, 55 centro Mulungu do Morro – BA

CEP: 44885 - 000 - Fone fax: (74) 3643-1076 / 1230

Email: [prefeitura.mulungudomorro@hotmail.com](mailto:prefeitura.mulungudomorro@hotmail.com)



**IV - AMBULATORIAL MENSAL - PROGRAMA DA SAÚDE DA FAMÍLIA**

| ITEM                      | ESPECIALIDADE                                 | QTD. MÊS | MODALIDADE     | CARGA HORÁRIA SEMANAL | VALOR UNITÁRIO   | VALOR MENSAL              |
|---------------------------|---|----------|----------------|-----------------------|------------------|---------------------------|
| 01                        | FISIOTERAPÊUTA<br>Equipe<br>multiprofissional | 01       | Ambulatorial   | 20h                   | R\$ 2.400,00     | R\$<br>2.400,00           |
| 02                        | PSICOLOGO Equipe<br>multiprofissional         | 01       | Ambulatorial   | 20h                   | R\$ 2.400,00     | R\$<br>2.400,00           |
| 03                        | NUTRICIONISTA<br>Equipe<br>multiprofissional  | 01       | Ambulatorial   | 20h                   | R\$ 2.400,00     | R\$<br>2.400,00           |
| 04                        | EDUCADOR FÍSICO                               | 02       | Ambulatorial   | 30h                   | R\$ 2.400,00     | R\$<br>4.800,00           |
| 05                        | ASSISTENTE SOCIAL                             | 01       | Ambulatorial   | 30h                   | R\$ 2.400,00     | R\$<br>2.400,00           |
| 06                        | MEDICO UNIDADE<br>SAUDE DA FAMILIA            | 06       | Ambulatorial   | 40h                   | R\$<br>14.000,00 | R\$<br>84.000,00          |
| 07                        | MÉDICO<br>VETERINÁRIO                         | 01       | Ambulatorial   | 30h                   | R\$ 1.800,00     | R\$<br>1.800,00           |
| 08                        | ODONTÓLOGO                                    | 05       | Ambulatorial   | 40h                   | R\$ 3.350,00     | R\$<br>16.750,00          |
| 09                        | ENF. APOIADOR DA<br>A. BÁSICA.                | 01       | Administrativo | 20h                   | R\$ 2.000,00     | R\$<br>2.000,00           |
| <b>VALOR TOTAL MENSAL</b> |   |          |                |                       |                  | <b>R\$<br/>118.900,00</b> |

**V - AMBULATORIAL MENSAL**

| ITEM | ESPECIALIDADE                                 | QTD. MÊS | MODALIDADE   | CARGA HORÁRIA SEMANAL | VALOR UNITÁRIO | VALOR MENSAL |
|------|---|----------|--------------|-----------------------|----------------|--------------|
| 01   | FISIOTERAPÊUTA                                | 03       | Ambulatorial | 20h                   | R\$ 2.100,00   | R\$ 6.300,00 |
| 02   | NUTRICIONISTA<br>CENTRO DE<br>ESPECIALIDADES. | 01       | Ambulatorial | 30H                   | R\$ 2.500,00   | R\$ 2.500,00 |
| 03   | FONOAUDIOLOGO                                 | 02       | Ambulatorial | 20h                   | R\$ 2.000,00   | R\$ 4.000,00 |
| 04   | FONOAUDIOLOGO                                 | 01       | Ambulatorial | 30h                   | R\$3.000,00    | R\$3.000,00  |
| 05   | SERVIÇOS DE<br>FATURAMENTO DE<br>AIH E TFD    | 01       | Ambulatorial | 06h                   | R\$ 1.800,00   | R\$ 1.800,00 |
| 06   | MEDICO<br>AUTORIZADOR DE<br>AIH E TFD         | 01       | Ambulatorial | 02h                   | R\$ 1.500,00   | R\$ 1.500,00 |
| 07   | PSICOLOGO(A)<br>CENTRO DE<br>ESPECIALIDADES   | 01       | Ambulatorial | 30h                   | R\$ 3.300,00   | R\$ 3.300,00 |



Estado da Bahia

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MULUNGU DO MORRO**

CNPJ/MF Nº 16.445.876/0001-81

Rua Eronides Souza Santos, 55 centro Mulungu do Morro – BA

CEP: 44885 - 000 - Fone fax: (74) 3643-1076 / 1230

Email: [prefeitura.mulungudomorro@hotmail.com](mailto:prefeitura.mulungudomorro@hotmail.com)



|                           |  |    |    |              |     |              |                          |
|---------------------------|--|----|----|--------------|-----|--------------|--------------------------|
| 08                        | PSICOLOGO(A)<br>CENTRO DE ESPECIALIDADES | DE | 02 | Ambulatorial | 20h | R\$ 2.200,00 | R\$ 4.400,00             |
| <b>VALOR TOTAL MENSAL</b> |  |    |    |              |     |              | <b>R\$<br/>26.800,00</b> |

**VI - CONSULTAS / EXAMES REALIZADOS FORA DO MUNICIPIO**

| ITEM | DESCRIÇÃO  | QTD.<br>MÊS | VALOR UNITÁRIO | VALOR<br>MENSAL |
|------|--|-------------|----------------|-----------------|
| 1    | AUDIOMETRIA  | 2           | R\$ 120,00     | R\$ 240,00      |
| 2    | ACUIDADE AUDITIVA                                  | 2           | R\$ 100,00     | R\$ 200,00      |
| 3    | ACUIDADE VISUAL                                    | 2           | R\$ 150,00     | R\$ 300,00      |
| 4    | BERA (PEATE)                                       | 2           | R\$ 280,00     | R\$ 560,00      |
| 5    | BERA COM PESQUISA LIMIAR                           | 2           | R\$ 300,00     | R\$ 600,00      |
| 6    | CONSULTA COM ANGIOLOGISTA                          | 2           | R\$ 280,00     | R\$ 560,00      |
| 7    | CONSULTA NEUROPEDIATRA                             | 2           | R\$ 450,00     | R\$ 900,00      |
| 8    | CONSULTA OTORRINOLARINGOLOGIA                      | 2           | R\$ 230,00     | R\$ 460,00      |
| 9    | CONSULTA PROCTOLOGISTA                             | 2           | R\$ 290,00     | R\$ 580,00      |
| 10   | CONSULTA BUCOMAXILOFACIAL                          | 2           | R\$ 180,00     | R\$ 360,00      |
| 11   | CONSULTA DERMATOLOGISTA                            | 2           | R\$ 150,00     | R\$ 300,00      |
| 12   | CONSULTA CARDIOLOGISTA                             | 2           | R\$ 200,00     | R\$ 400,00      |
| 13   | CONSULTA COM OFTALMOLOGISTA                        | 2           | R\$ 180,00     | R\$ 360,00      |
| 14   | CONSULTA COM CIRURGIÃO E<br>ESPECIALISTA EM RETINA | 2           | R\$ 360,00     | R\$ 720,00      |
| 15   | EXAME COLPOSCOPIA                                  | 2           | R\$ 150,00     | R\$ 300,00      |
| 16   | EXAME ECOCARDIOGRAMA                               | 3           | R\$ 220,00     | R\$ 660,00      |
| 17   | TESTE DA ORELHA                                    | 10          | R\$ 140,00     | R\$ 1.400,00    |
| 18   | TESTE DA LINGUINHA                                 | 10          | R\$ 130,00     | R\$ 1.300,00    |
| 19   | TESTE DE ESFOÇO/TESTE ERGOMETRICO                  | 2           | R\$ 165,00     | R\$ 330,00      |
| 20   | ULTRA-SONOGRAFOA COM DOPPLER<br>(DIVERSAS)         | 2           | R\$ 200,00     | R\$ 400,00      |
| 21   | USG DOPPLER COLORIDA DE FLUXO<br>OBSTETRICO        | 2           | R\$ 210,00     | R\$ 420,00      |
| 22   | USG DE ABDÔMEM TOTAL                               | 2           | R\$ 130,00     | R\$ 260,00      |
| 23   | USG DAS VIAS URINARIAS                             | 2           | R\$ 100,00     | R\$ 200,00      |
| 24   | USG MORFOLOGICA 1º, 2º, 3º TRIMETRE<br>SEM         | 2           | R\$ 200,00     | R\$ 400,00      |
| 25   | USG PROTATA TRANSRETAL                             | 2           | R\$ 100,00     | R\$ 200,00      |
| 26   | USG DE PROSTATA (ABDOMEN)                          | 2           | R\$ 160,00     | R\$ 320,00      |
| 27   | USG OBSTETRICA COM DOPPLER                         | 2           | R\$ 250,00     | R\$ 500,00      |





Estado da Bahia

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MULUNGU DO MORRO**

CNPJ/MF Nº 16.445.876/0001-81

Rua Eronides Souza Santos, 55 centro Mulungu do Morro – BA

CEP: 44885 - 000 - Fone fax: (74) 3643-1076 / 1230

Email: [prefeitura.mulungudomorro@hotmail.com](mailto:prefeitura.mulungudomorro@hotmail.com)



|    |  |   |              |              |
|----|--|---|--------------|--------------|
| 28 | USG OBSTETRICA                                   | 2 | R\$ 160,00   | R\$ 320,00   |
| 29 | USG TRANSVAGINAL                                 | 2 | R\$ 160,00   | R\$ 320,00   |
| 30 | MONITORAMEENTO PELO SISTEMA HOLTER DIGITAL 24 HS | 8 | R\$ 100,00   | R\$ 800,00   |
| 31 | MONITORAMEENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS         | 2 | R\$ 170,00   | R\$ 340,00   |
| 32 | RETOSIGMOIDOSCOPIA                               | 2 | R\$ 345,00   | R\$ 690,00   |
| 33 | CONTRASTE PARA RM                                | 2 | R\$ 200,00   | R\$ 400,00   |
| 34 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO ABDOMEM TOTAL           | 2 | R\$ 1.000,00 | R\$ 2.000,00 |
| 35 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO CRANIO                  | 2 | R\$ 550,00   | R\$ 1.100,00 |
| 36 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICQA DA COLUNA LOMBAR          | 2 | R\$ 550,00   | R\$ 1.100,00 |
| 37 | RESSONÂNCIA MAGNETICA DA COLUNA CERVICAL         | 2 | R\$ 550,00   | R\$ 1.100,00 |
| 38 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA TORÁCICA         | 2 | R\$ 550,00   | R\$ 1.100,00 |
| 39 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO                  | 2 | R\$ 550,00   | R\$ 1.100,00 |
| 40 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA PELVE                   | 2 | R\$ 550,00   | R\$ 1.100,00 |
| 41 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO ABDOME SUPERIOR         | 2 | R\$ 550,00   | R\$ 1.100,00 |
| 42 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TORAX                   | 2 | R\$ 550,00   | R\$ 1.100,00 |
| 43 | CONTRASTE PARA TC                                | 2 | R\$ 180,00   | R\$ 360,00   |
| 44 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX              | 2 | R\$ 250,00   | R\$ 500,00   |
| 45 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRACICA           | 2 | R\$ 250,00   | R\$ 500,00   |
| 46 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO             | 2 | R\$ 250,00   | R\$ 500,00   |
| 47 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO            | 2 | R\$ 250,00   | R\$ 500,00   |
| 48 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COLUNA LOMBAR         | 2 | R\$ 250,00   | R\$ 500,00   |
| 49 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COLUNA CERVICAL       | 2 | R\$ 250,00   | R\$ 500,00   |
| 50 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COLUNA DORSAL         | 2 | R\$ 250,00   | R\$ 500,00   |
| 51 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO             | 2 | R\$ 250,00   | R\$ 500,00   |
| 52 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DENTAL                | 2 | R\$ 300,00   | R\$ 600,00   |



Estado da Bahia

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MULUNGU DO MORRO**

CNPJ/MF N° 16.445.876/0001-81

Rua Eronides Souza Santos, 55 centro Mulungu do Morro – BA

CEP: 44885 - 000 - Fone fax: (74) 3643-1076 / 1230

Email: [prefeitura.mulungudomorro@hotmail.com](mailto:prefeitura.mulungudomorro@hotmail.com)



|                           |  |   |               |                      |
|---------------------------|--|---|---------------|----------------------|
| 53                        | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA PELVE        | 2 | R\$ 250,00    | R\$ 500,00           |
| 54                        | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO AB SUPERIOR  | 2 | R\$ 250,00    | R\$ 500,00           |
| 55                        | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOME TOTAL | 2 | R\$ 400,00    | R\$ 800,00           |
| 57                        | PARTO CEZARIANO                            | 2 | R\$ 3.0000,00 | R\$ 6.000,00         |
| <b>VALOR TOTAL MENSAL</b> |  |   |               | <b>R\$ 39.660,00</b> |

Valor mensal estimado: R\$ 426.525,00,00 (QUATROCENTOS E VINTE E SEIS, QUINETOS E VINTE E CINCO REAIS).

Mulungu do Morro - BA, 31 de janeiro de 2024.

Fábio Rocha de Souza  
Secretário Municipal de Saúde  
Decreto n° 078/2023