



MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
- Gabinete do Prefeito -

OFÍCIO Nº 2208/2018

Em 15 de outubro de 2018.

Ao
Excelentíssimo Senhor
JÉFERSON YASHUDA FARMACÊUTICO
MD. Presidente da Câmara Municipal
Rua São Bento, 887
ARARAQUARA/SP

Senhor Presidente:

Com os nossos respeitosos cumprimentos, em resposta ao **Requerimento nº 1323/18**, de autoria da Vereadora **JULIANA DAMUS** e **ROGER MENDES**, encaminhamos a esse Legislativo a inclusa planilha fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde, contendo as informações solicitadas.

Colocando-nos à disposição para o que for necessário, apresentamos os protestos de nossa estima e consideração.

Atenciosamente,


EDINHO SILVA
Prefeito Municipal



PREFEITURA DO MUNICIPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



EXAMES		DEMANDA REP.	LOCAL(15)	VALOR UNIT	VALOR DA DEMANDA
1	ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR ----- 02.11.08.005-5	42	AME NGA3	R\$ - R\$ -	R\$ -
2	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL ----- 02.05.02.004-6	679	AME SANTA CASA FUNGOTA UMED	R\$ - R\$ 37,95 R\$ - R\$ -	R\$ 25.768,05
3	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (PAREDE ABDOMINAL) ----- 02.05.02.004-6	30	SANTA CASA FUNGOTA	R\$ 24,20 R\$ 24,20	R\$ 726,00
4	FISIOTERAPIA	268	UDEFA UNIARA UNIP ²	R\$ 4,67 R\$ 4,67 R\$ -	R\$ 1.251,56
5	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINARIO ----- 02.05.02.005-4	430	AME SANTA CASA FUNGOTA UMED	R\$ - R\$ 24,20 R\$ 24,20 R\$ -	R\$ 10.406,00
6	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO ----- 02.05.02.006-2	468	SANTA CASA FUNGOTA UMED	R\$ 24,20 R\$ 24,20 R\$ -	R\$ 11.325,60
7	VECTOELETRONISTAGMOGRAFIA ----- NÃO TEM NA TABELA	35	CLINICA DA FACE ¹	R\$ -	
8	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA GERAL	230	AME SANTA CASA	R\$ - R\$ 105,78	R\$ 24.329,40
9	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA ---- 02.09.01.003-7 -	1084	AME GASTROLIGHT ¹ SANTA CASA	R\$ - R\$ - R\$ 48,16	R\$ 52.205,44
10	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE ----- 02.05.02.012-7	30	AME SANTA CASA FUNGOTA	R\$ - R\$ 24,20 R\$ 24,20	R\$ 726,00
11	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE (COM DOPPLER) ----- 02.05.02.012-7	9	SANTA CASA FUNGOTA	R\$ 24,20 R\$ 24,20	R\$ 217,80
12	RESSONANCIA MAGNETICA GERAL	299	HCRP SANTA CASA	R\$ - R\$ 268,75	R\$ 80.356,25
13	ESTUDO URODINÂMICO	221	UROCLINICA	R\$ 350,00	R\$ 77.350,00
14	ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL ----- 02.05.02.009-7	420	FUNGOTA SANTA CASA FUNGOTA UMED	R\$ 24,20 R\$ 24,20 R\$ 24,20 R\$ -	R\$ 10.164,00
15	VIDEOLARINGOSCOPIA ----- 02.09.04.004-1	32	AME CLINICA DA FACE ¹ SANTA CASA	R\$ - R\$ - R\$ 45,50	R\$ 1.456,00
16	ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA) ----- 02.05.02.016-0	120	AME SANTA CASA FUNGOTA	R\$ - R\$ 24,20 R\$ 24,20	R\$ 2.904,00
17	DACRIOCISTOGRAFIA ----- 04.08.06.001-8	5	HOSPITAL CARLOS FERNANDO MALZONI (COMPRA DIRETA)	R\$ -	
18	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL ----- 02.05.02.018-6	662	FUNGOTA SANTA CASA FUNGOTA UMED	R\$ 24,20 R\$ 24,20 R\$ 24,20 R\$ -	R\$ 16.020,40
19	ELETROCARDIOGRAMA ----- 02.11.02.003-6	1700	AME UMED	R\$ - R\$ -	R\$ -
20	UROFLUXOMETRIA ----- 02.11.09.007-7	7	UROCLINICA		
21	UROGRAFIA VENOSA ----- 02.04.05.018-9	5	AME SANTA CASA	R\$ - R\$ 57,40	R\$ 287,00
22	ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGILIA C/ OU S/ FOTO-ESTIMULO ---- 02.11.05.002-4	319	AME UMED	R\$ - R\$ -	R\$ -
23	PHMETRIA ----- NÃO TEM NA TABELA	69	GASTROLIGHT ¹	R\$ -	
24	POLISSONOGRRAFIA ----- 02.11.05.010-5	249	CLINICA DO SONO ¹		
25	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA ----- 02.05.01.003-2	354	PROCORDIS SANTA CASA	R\$ 39,94 R\$ 39,94	R\$ 14.138,76
26	ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG) ----- 02.11.05.008-3	250	NEURO SANTÉ	R\$ 330,00	R\$ 82.500,00
27	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA) ----- 02.09.01.002-9	367	SANTA CASA	R\$ 112,66	R\$ 41.346,22



PREFEITURA DO MUNICIPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



EXAMES	DEMANDA REP.	LOCAL(IS)	VALOR UNIT	VALOR DA DEMANDA
28 CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJECOES) ----- 02.08.01.003-3	64	SANTA CASA	R\$ 383,07	R\$ 24.516,48
29 TESTE DE ESFORCO / TESTE ERGOMETRICO ----- 02.11.02.006-0	511	PROCORDIS	R\$ 135,00	R\$ 42.157,50
		SANTA CASA	R\$ 30,00	
30 RESSONANCIA MAGNETICA c/sedação	21	HOSPITAL SÃO PAULO (EM PROCESSO DE DISPENSA DE LICITAÇÃO)	R\$ 950,00	R\$ 19.950,00
31 HISTEROSSALPINGOGRAFIA	50	SEM PRESTADOR	R\$ -	R\$ -
32 MANOMETRIA	20	GASTROLIGHT ¹	R\$ -	R\$ -
TOTAL	9.050		R\$	540.102,46

Obs.:

- 1 Foi realizado acordo com o profissional médico, que troca alguns dias de atendimento por execução de exames
- 2 O prestador não tem vínculo com a Administração, porém recebe pacientes SUS para fins didáticos