



ESTADO DE GOIÁS
MUNICÍPIO DE NOVA VENEZA-SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Processo nº 202400010013734

Emenda Parlamentar Impositiva nº 653, do Deputado Estadual Lincoln Tejota.

Fundo Municipal de Saúde de Nova Veneza/GO

SEQ	CODIGO SUS	EXAMES BIOQUÍMICOS	QNT MÊS	VALOR SUS	VALOR MÊS	VALOR ANUAL	COMPLE
1	02.02.01.012-0	DOSAGEM DE ACIDO URICO	22	1,85	R\$ 40,70	R\$ 488,40	
2	02.02.01.018-0	DOSAGEM DE AMILASE	6	2,25	R\$ 13,50	R\$ 162,00	
3	02.02.01.020-1	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	6	2,01	R\$ 12,06	R\$ 144,72	
4	02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CÁLCIO	9	1,85	R\$ 16,65	R\$ 199,80	
5	02.02.01.022-8	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	1	3,51	R\$ 3,51	R\$ 42,12	
6	02.02.01.027-9	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	96	3,51	R\$336,96	R\$4.043,52	
7	02.02.01.028-7	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	48	3,51	R\$ 168,48	R\$ 2.021,76	
8	02.02.01.029-5	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	48	1,85	R\$ 88,80	R\$ 1.065,60	
9	02.02.01.026-0	DOSAGEM DE CLORETO (CLORO)	1	1,85	R\$ 1,85	R\$ 22,20	
10	02.02.01.031-7	DOSAGEM DE CREATININA	80	1,85	R\$ 148,00	R\$ 1.776,00	
11	02.02.01.042-2	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	6	2,01	R\$ 12,06	R\$ 144,72	
12	02.02.01.046-5	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	8	3,51	R\$ 28,08	R\$ 336,96	
13	02.02.01.047-3	DOSAGEM DE GLICOSE	60	1,85	R\$ 111,00	R\$ 1.332,00	
14	02.02.01.004-0	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	2	3,63	R\$ 7,26	R\$ 87,12	
15	02.02.01.007-4	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	3	10,00	R\$ 30,00	R\$ 360,00	
16	02.02.01.050-3	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	36	7,86	R\$ 282,96	R\$ 3.395,52	
17	02.02.01.043-0	DOSAGEM DE FOSFORO	2	1,85	R\$ 3,70	R\$ 44,40	
18	02.02.01.060-0	DOSAGEM DE POTASSIO	21	1,85	R\$ 38,85	R\$ 466,20	
19	02.02.01.063-5	DOSAGEM DE SÓDIO	21	1,85	R\$ 38,85	R\$ 466,20	
20	02.02.01.056-2	DOSAGEM DE MAGNÉSIO	3	2,01	R\$ 6,03	R\$ 72,36	

Carla Pereira
Secretaria Mun. de Saúde
Decreto nº 391/2023



ESTADO DE GOIÁS
MUNICÍPIO DE NOVA VENEZA-SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

21	02.02.01.055-4	DOSAGEM DE LIPASE	2	2,25	R\$ 4,50	R\$ 54,00	
22	02.02.01.064-3	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	50	2,01	R\$ 100,50	R\$ 1.206,00	
23	02.02.01.065-1	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	50	2,01	R\$ 100,50	R\$ 1.206,00	
24	02.02.01.065-1	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	48	3,51	R\$ 168,48	R\$ 2.021,76	
25	02.02.01.069-4	DOSAGEM DE UREA	61	1,85	R\$ 112,85	R\$ 1.354,20	
26	02.02.01.070-8	DOSAGEM DE VITAMINA B12	27	15,24	R\$ 411,48	R\$ 4.937,76	
27	02.02.01.011-2	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO (VITAMINA C)	8	2,01	R\$ 16,08	R\$ 192,96	100% Mediante Portaria Nº 1.606/01
28	02.02.01.002-3	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	1	2,01	R\$ 2,01	R\$ 24,12	
29	02.02.01.038-4	DOSAGEM DE FERRITINA	15	15,59	R\$ 233,85	R\$ 2.806,20	
30	02.02.01.039-2	DOSAGEM DE FERRO SERICO	6	3,51	R\$ 21,06	R\$ 252,72	
31	02.02.01.040-6	DOSAGEM DE FOLATO (ACIDO FOLICO)	3	15,65	R\$ 46,95	R\$ 563,40	
32	02.02.01.032-5	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE - CPK	8	3,68	R\$ 29,44	R\$ 353,28	
33	02.02.01.033-3	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRAÇÃO MB	8	4,12	R\$ 32,96	R\$ 395,52	
34	02.02.01.062-7	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	2	1,85	R\$ 3,70	R\$ 44,40	
35	02.02.01.066-0	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	2	4,12	R\$ 8,24	R\$ 98,88	


Suzana Carla Pereira
Secretaria Mun. de Saúde
Decreto nº 391/2023



ESTADO DE GOIÁS
MUNICÍPIO DE NOVA VENEZA-SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SEQ	CODIGO SUS	EXAMES HEMATOLÓGICOS E HEMOSTASIA	QNT MÊS	VALOR SUS	VALOR MÊS	VALOR ANUAL	COMPLE
36	02.02.02.002-9	CONTAGEM DE PLAQUETAS	12	2,73	R\$ 32,76	R\$ 393,12	
37	02.02.02.003-7	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	3	2,73	R\$ 8,19	R\$ 98,28	
38	02.02.02.007-0	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	12	2,73	R\$ 32,76	R\$ 393,12	
39	02.02.02.009-6	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	12	2,73	R\$ 32,76	R\$ 393,12	
40	02.02.02.049-5	PROVA DE RETRACAO DO COÁGULO	12	2,73	R\$ 32,76	R\$ 393,12	
41	02.02.02.050-9	PROVA DO LACO	12	2,73	R\$ 32,76	R\$ 393,12	
42	criar código	D - DÍMERO	5	40,00	R\$ 200,00	R\$ 2.400,00	
43	02.02.02.036-3	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	1	2,73	R\$ 2,73	R\$ 32,76	
44	02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	97	4,11	R\$ 398,67	R\$ 4.784,04	
45	02.02.02.057-6	PESQUISA DE ANTICOAGULANTE LÚPICO	2	110	R\$ 220,00	R\$ 2.640,00	
46	02.02.02.014-2	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	4	2,73	R\$ 10,92	R\$ 131,04	
47	02.02.02.013-4	DETERMINAÇÃO DO TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP)	2	5,77	R\$ 11,54	R\$ 138,48	
48	02.02.02.029-0	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	2	4,6	R\$ 9,20	R\$ 110,40	100% Mediante Portaria Nº1.606/01
49	02.02.02.055-0	DOSAGEM DE PROTEINA C FUNCIONAL	1	75	R\$ 75,00	R\$ 900,00	
50	02.02.02.056-8	DOSAGEM DE PROTEINA S FUNCIONAL	1	125	R\$ 125,00	R\$ 1.500,00	
51	02.02.02.035-5	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	1	5,41	R\$ 5,41	R\$ 64,92	100% Mediante Portaria Nº1.606/01
SEQ	CODIGO SUS	EXAMES SOROLÓGICOS E IMUNOLÓGICOS	QNT MÊS	VALOR SUS	VALOR MÊS	VALOR ANUAL	COMPLE
52	02.02.03.020-2	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	31	2,83	R\$ 87,73	R\$ 1.052,76	
53	02.02.03.047-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTISTREPTOLISINA O (ASLO)	4	2,83	R\$ 11,32	R\$ 135,84	
54	02.02.02.015-0	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTAÇÃO (VHS)	4	2,73	R\$ 10,92	R\$ 131,04	
55	02.02.09.030-2	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	4	2,83	R\$ 11,32	R\$ 135,84	
56	02.02.03.117-9	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	4	2,83	R\$ 11,32	R\$ 135,84	



ESTADO DE GOIÁS
MUNICÍPIO DE NOVA VENEZA-SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

57	02.02.03.120-9	DOSAGEM DE TROPONINA	4	9	R\$ 36,00	R\$ 432,00	
58	02.02.03.097-0	PESQUISA DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBS	5	18,55	R\$ 92,75	R\$ 1.113,00	
59	02.02.03.063-6	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRU	5	18,55	R\$ 92,75	R\$ 1.113,00	
60	02.02.03.098-9	PESQUISA DE ANTÍGENO E DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	5	18,55	R\$ 92,75	R\$ 1.113,00	
61	02.02.03.089-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VÍRUS	5	18,55	R\$ 92,75	R\$ 1.113,00	
62	02.02.03.067-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV	5	18,55	R\$ 92,75	R\$ 1.113,00	
63	02.02.03.080-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE A (HAV-I	3	18,55	R\$ 55,65	R\$ 667,80	
64	02.02.03.091-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE A (HAV-I	3	18,55	R\$ 55,65	R\$ 667,80	
65	02.02.03.081-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS DA RUBÉOLA	3	17,16	R\$ 51,48	R\$ 617,76	
66	02.02.03.092-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA RUBÉOLA	3	17,16	R\$ 51,48	R\$ 617,76	
67	02.02.03.030-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV1+HIV2 (ELISA)	5	10	R\$ 50,00	R\$ 600,00	
68	02.02.03.031-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV1+HTLV2	5	18,55	R\$ 92,75	R\$ 1.113,00	
69	02.02.03.121-7	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	2	13,35	R\$ 26,70	R\$ 320,40	
70	02.02.03.096-2	PESQUISA DE ANTÍGENO CARCINOEMBRIÓNARIO (CEA)	2	13,35	R\$ 26,70	R\$ 320,40	
71	02.02.03.009-1	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEÍNA	2	15,06	R\$ 30,12	R\$ 361,44	100% Mediante Portaria Nº1.606/01
72	02.02.03.011-3	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	2	13,55	R\$ 27,10	R\$ 325,20	100% Mediante Portaria Nº1.606/01
73	02.02.03.012-1	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	2	17,16	R\$ 34,32	R\$ 411,84	
74	02.02.03.013-0	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	2	17,16	R\$ 34,32	R\$ 411,84	
75	02.02.03.015-6	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	2	17,16	R\$ 34,32	R\$ 411,84	
76	02.02.03.016-4	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	2	9,25	R\$ 18,50	R\$ 222,00	100% Mediante Portaria Nº1.606/01
77	02.02.03.017-2	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG)	2	17,16	R\$ 34,32	R\$ 411,84	



ESTADO DE GOIÁS
MUNICÍPIO DE NOVA VENEZA-SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

78	02.02.03.018-0	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	2	17,16	R\$ 34,32	R\$ 411,84	
79	02.02.03.022-9	IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS	2	17,16	R\$ 34,32	R\$ 411,84	100% Mediante Portaria Nº 1.606/01
80	02.02.03.025-3	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	2	10	R\$ 20,00	R\$ 240,00	100% Mediante Portaria Nº 1.606/01
81	02.02.03.026-1	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	2	10	R\$ 20,00	R\$ 240,00	100% Mediante Portaria Nº 1.606/01
82	02.02.03.027-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	2	8,67	R\$ 17,34	R\$ 208,08	100% Mediante Portaria Nº 1.606/01
83	02.02.03.032-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	2	17,16	R\$ 34,32	R\$ 411,84	100% Mediante Portaria Nº 1.606/01
84	02.02.03.035-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	2	18,55	R\$ 37,10	R\$ 445,20	100% Mediante Portaria Nº 1.606/01
85	02.02.03.036-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	2	18,55	R\$ 37,10	R\$ 445,20	100% Mediante Portaria Nº 1.606/01
86	02.02.03.062-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	2	17,16	R\$ 34,32	R\$ 411,84	100% Mediante Portaria Nº 1.606/01
87	02.02.03.034-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	2	17,16	R\$ 34,32	R\$ 411,84	100% Mediante Portaria Nº 1.606/01
88	02.02.03.084-9	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	2	17,16	R\$ 34,32	R\$ 411,84	100% Mediante Portaria Nº 1.606/01
89	02.02.03.095-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	2	17,16	R\$ 34,32	R\$ 411,84	100% Mediante Portaria Nº 1.606/01
SEQ	CODIGO SUS	EXAMES COPROLÓGICOS	QNT MÊS	VALOR SUS	VALOR MÊS	VALOR ANUAL	COMPLE
90	02.02.04.003-8	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	2	3,04	R\$ 6,08	R\$ 72,96	100% Mediante Portaria Nº 1.606/01
91	02.02.04.012-7	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	14	1,65	R\$ 23,10	R\$ 277,20	
92	02.02.04.014-3	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	3	1,65	R\$ 4,95	R\$ 59,40	100% Mediante Portaria Nº 1.606/01
SEQ	CODIGO SUS	EXAMES DE UROANÁLISE	QNT MÊS	VALOR SUS	VALOR MÊS	VALOR ANUAL	COMPLE
93	02.02.06.033-0	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	64	3,7	R\$ 236,80	R\$ 2.841,60	
94	02.02.05.011-4	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	2	2,04	R\$ 4,08	R\$ 48,96	100% Mediante Portaria Nº 1.606/01
95	02.02.05.002-5	CLEARANCE DE CREATININA	2	3,51	R\$ 7,02	R\$ 84,24	100% Mediante Portaria Nº 1.606/01

Av. Vereador José Francisco da Silva nº 72, Centro, Nova Veneza, Goiás, CEP 75.470-000
Telefone. (62) 3356-1120

Silvia Carla Pereira
Secretaria Mun. de Saúde
Decreto nº 391/2023



ESTADO DE GOIÁS
MUNICÍPIO DE NOVA VENEZA-SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

96	02.02.05.009-2	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	2	8,12	R\$ 16,24	R\$ 194,88	100% Mediante Portaria Nº1.606/01
SEQ	CODIGO SUS	EXAMES HORMONAIS	QNT MÊS	VALOR SUS	VALOR MÊS	VALOR ANUAL	COMPLE
97	02.02.03.010-5	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	5	16,42	R\$ 82,10	R\$ 985,20	
98	02.02.06.016-0	DOSAGEM DE ESTRADIOL	5	10,15	R\$ 50,75	R\$ 609,00	
99	02.02.06.021-7	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	15	7,85	R\$ 117,75	R\$ 1.413,00	
100	02.02.06.023-3	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	6	7,89	R\$ 47,34	R\$ 568,08	
101	02.02.06.024-1	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	6	8,97	R\$ 53,82	R\$ 645,84	
102	02.02.06.025-0	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	45	8,96	R\$ 403,20	R\$ 4.838,40	
103	02.02.06.029-2	DOSAGEM DE PROGESTERONA	6	10,22	R\$ 61,32	R\$ 735,84	
104	02.02.06.038-1	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	40	11,6	R\$ 464,00	R\$ 5.568,00	
105	02.02.06.039-0	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	3	8,71	R\$ 26,13	R\$ 313,56	
106	02.02.06.030-6	DOSAGEM DE PROLACTINA	3	10,15	R\$ 30,45	R\$ 365,40	
107	02.02.06.027-6	DOSAGEM DE PARATORMONIO	2	43,13	R\$ 86,26	R\$ 1.035,12	
108	02.02.06.026-8	DOSAGEM DE INSULINA	2	10,17	R\$ 20,34	R\$ 244,08	
109	02.02.06.018-7	DOSAGEM DE ESTRONA	2	11,12	R\$ 22,24	R\$ 266,88	
110	02.02.06.017-9	DOSAGEM DE ESTRIOL	1	11,55	R\$ 11,55	R\$ 138,60	
111	02.02.06.014-4	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	1	11,25	R\$ 11,25	R\$ 135,00	100% Mediante Portaria Nº1.606/01
112	02.02.06.033-0	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	1	13,11	R\$ 13,11	R\$ 157,32	
113	02.02.06.032-2	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	1	15,35	R\$ 15,35	R\$ 184,20	100% Mediante Portaria Nº1.606/01
114	02.02.06.034-9	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	5	10,43	R\$ 52,15	R\$ 625,80	
115	02.02.06.035-7	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	5	13,11	R\$ 65,55	R\$ 786,60	
116	02.02.06.036-5	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	2	15,35	R\$ 30,70	R\$ 368,40	100% Mediante Portaria Nº1.606/01
117	02.02.06.008-0	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	1	14,12	R\$ 14,12	R\$ 169,44	100% Mediante Portaria Nº1.606/01
SEQ	CODIGO SUS	EXAMES TOXICOLÓGICOS OU DE MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA	QNT MÊS	VALOR SUS	VALOR MÊS	VALOR ANUAL	COMPLE



ESTADO DE GOIÁS
MUNICÍPIO DE NOVA VENEZA-SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

118	02.02.07.005-0	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	2	15,65	R\$ 31,30	R\$ 375,60	100% Mediante Portaria Nº 1.606/01
119	02.02.07.015-8	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	2	17,53	R\$ 35,06	R\$ 420,72	100% Mediante Portaria Nº 1.606/01
120	02.02.07.019-0	DOSAGEM DE COBRE	2	3,51	R\$ 7,02	R\$ 84,24	100% Mediante Portaria Nº 1.606/01
121	02.02.07.022-0	DOSAGEM DE FENITOINA	2	35,22	R\$ 70,44	R\$ 845,28	
122	02.02.07.025-5	DOSAGEM DE LITIO	2	2,25	R\$ 4,50	R\$ 54,00	100% Mediante Portaria Nº 1.606/01
123	02.02.07.035-2	DOSAGEM DE ZINCO	2	15,65	R\$ 31,30	R\$ 375,60	100% Mediante Portaria Nº 1.606/01
SEQ	CODIGO SUS	EXAMES MICROBIOLÓGICOS	QNT MÊS	VALOR SUS	VALOR MÊS	VALOR ANUAL	COMPLE
124	02.02.08.001-3	ANTIBIOGRAMA	20	4,98	R\$ 99,60	R\$ 1.195,20	
125	02.02.08.008-0	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	20	5,62	R\$ 112,40	R\$ 1.348,80	
126	02.02.08.011-0	CULTURA PARA BAAR	1	5,63	R\$ 5,63	R\$ 67,56	
127	02.02.08.013-7	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	1	4,19	R\$ 4,19	R\$ 50,28	
128	02.02.08.014-5	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	1	2,8	R\$ 2,80	R\$ 33,60	
129	02.02.08.003-0	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	1	13,33	R\$ 13,33	R\$ 159,96	
130	02.02.08.007-2	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	1	2,8	R\$ 2,80	R\$ 33,60	
131	02.02.08.004-8	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	1	4,2	R\$ 4,20	R\$ 50,40	
132	02.02.08.005-6	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	1	4,2	R\$ 4,20	R\$ 50,40	
133	02.02.08.015-3	HEMOCULTURA AERÓBIOS	1	11,49	R\$ 11,49	R\$ 137,88	100% Mediante Portaria Nº 1.606/01
134	02.02.08.015-3	HEMOCULTURA ANAERÓBIOS	1	11,49	R\$ 11,49	R\$ 137,88	100% Mediante Portaria Nº 1.606/01
SEQ	CODIGO SUS	EXAMES IMUNOHEMATOLÓGICOS	QNT MÊS	VALOR SUS	VALOR MÊS	VALOR ANUAL	COMPLE
135	02.02.12.002-3	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	5	1,37	R\$ 6,85	R\$ 82,20	
136	02.02.12.008-2	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	5	1,37	R\$ 6,85	R\$ 82,20	
137	02.02.12.009-0	COOMBS INDIRETO	2	2,73	R\$ 5,46	R\$ 65,52	
138	02.02.02.054-1	COOMBS DIRETO	2	2,73	R\$ 5,46	R\$ 65,52	
SEQ	CODIGO SUS	EXAMES DE ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLÓGICA	QNT MÊS	VALOR SUS	VALOR MÊS	VALOR ANUAL	COMPLE
139	02.03.02.003-0	BIOPSIAS GERAIS EXCETO COLO UTERINO E MAMA	2	40,78	R\$ 81,56	R\$ 978,72	100% Mediante Portaria Nº 1.606/01

Av. Vereador José Francisco da Silva nº 72, Centro, Nova Veneza, Goiás, CEP 75.470-000
Telefone: (62) 3356-1120

Carla Pereira
Secretaria Mun de Saúde
Decreto nº 391/2023



ESTADO DE GOIÁS
MUNICÍPIO DE NOVA VENEZA-SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

140	02.03.02.006-5	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - BIOPSIA	2	45,83	R\$ 91,66	R\$ 1.099,92	100% Mediante Portaria Nº 1.606/01
141	02.03.02.008-1	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - BIOPSIA	1	40,78	R\$ 40,78	R\$ 489,36	100% Mediante Portaria Nº 1.606/01
142	02.03.01.001-9	EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA - PAPANICOLAU	10	13,72	R\$ 137,20	R\$ 1.646,40	100% Mediante Portaria Nº 1.606/01

R\$
99.847,32


Suzana Carla Pereira
Secretária Mun. de Saúde
Decreto nº 391/2023

Suzana Carla Pereira
Secretário Municipal de Saúde de Nova Veneza