

ESPECIALIDADES OFERECIDAS

ESPECIALIDADES OFERECIDAS

- ALERGOLOGIA
- ANGIOLOGIA
- CARDIOLOGIA
- CARDIOLOGIA PEDIATRICA
- CIR. BUCO MAXILO FACIAL
- CIR. CARDIACA
- CIR. CARDIOVASCULAR
- CIR. MÃO
- CIR. DE CABEÇA E PESCOÇO
- CIR. AP. DIGESTIVO
- CIR. DO APARELHO DIGESTIVO
- CIR. ENDOCRINOLOGICA
- CIR. GERAL
- CIR.ONCOLOGICA
- CIR. PEDIATRICA

- CIR. PLASTICA REPARADORA
- CIR. TORACICA
- CIR. VASCULAR
- CLINICA MEDICA
- DERMATOLOGIA
- ENDOCRINOLOGIA
- FISIATRIA
- GASTROENTEROLOGIA
- GINECOLOGIA/OBSTETRICIA
- HEMATOLOGIA
- HEPATOLOGIA
- HOMEOPATIA
- INFECTOLOGIA
- MATOSLOGIA
- NEFROLOGIA

- NEUROCIRURGIA
- NEUROLOGISTA
- OFTALMOLOGIA
- ONCOLOGIA
- ONCOLOGIA/PEDIATRICA
- ORTOPEdia/TRAUMATOLOGIA
- PEDIATRIA
- PNEUMOLOGIA
- PNEUMOLOGIA/INFANTIL
- PROCTOLOGIA
- PSIQUIATRIA
- REUMATOLOGIA
- UROLOGIA

TERAPIAS

- FISIOTERAPIA
- FONOAUDIOLOGIA
- LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA

- PSICOLOGIA
- QUIMIOTERAPIA
- RADIOTERAPIA

- RPG

SERVIÇOS DE DIAGNOSE

- ANÁLISES CLINICAS
- ANATOMIA PATOLOGICA
- ANGIOGRAFIA DIGITAL
- ARTROSCOPIA
- AUDIOMETRIA
- BRONCOSCOPIA
- CARDIOTOCOGRAFIA
- COLONOSCOPIA
- COLPOSCOPIA
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- DOPPLER
- DOPPLER COLORIDO

- ECOCARDIOGRAFIA
- ECODOPPLER
- ELETROCARDIOGRAFIA
- ELETROENCEFOLOGRAFIA
- ELETROMIOGRAFIA
- ELETRONEUROMIOGRAFIA
- ENDOSCOPIA DISGESTIVA
- ENDOSCOPIA PERORAL
- HISTEROSCOPIA
- LAPAROSCOPIA
- MAMOGRAFIA
- MAPA

- MEDICINA INTENSIVA
- MEDICINA NUCLEAR
- PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR
- RADIOLOGIA
- RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
- TESTE ERGOMETRICO
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
- ULTRASSONOGRAFIA
- VIDEO LAPAROSCOPIA GERAL
- VIDEOLAPAROSCOPIA GINECOLOGICA

HOSPITAL / MATERNIDADE

- ATENDIMENTO 24 H
- HOSPITAL GERAL

- HOSPITAL ESPECIALIZADO
- MATERNIDADE

- P.S GERAL
- P.S ESPECIALIZADO

CONDIÇÕES COMERCIAIS

TABELA DE HONORÁRIOS MÉDICOS

<input type="checkbox"/>	AMB – 90	<input type="checkbox"/>	DEFLATOR	<input type="checkbox"/>	%
<input type="checkbox"/>	AMB – 92				
<input type="checkbox"/>	LPM – 96				
<input type="checkbox"/>	LPM – 99				
<input type="checkbox"/>	CBHPM -	<input type="checkbox"/>	3º EDIÇÃO	<input type="checkbox"/>	4º EDIÇÃO
		<input type="checkbox"/>	5º EDIÇÃO	<input type="checkbox"/>	DUO DEFLATOR
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	PORTE DEFLATOR
<input type="checkbox"/>	PRÓPRIA	<input style="width: 100%;" type="text"/>			

COEFICIENTE

CONSULTA AMB	<input type="checkbox"/>	CH	<input type="text"/>	DEFLATOR	<input type="text"/>	%	<input type="checkbox"/>	RETORNO	<input type="text"/>	15 DIAS
CONSULTA P.S	<input type="checkbox"/>	CH	<input type="text"/>	DEFLATOR	<input type="text"/>	%			<input type="text"/>	30 DIAS
HON. MÉDICOS	<input type="checkbox"/>	CH	<input type="text"/>	DEFLATOR	<input type="text"/>	%				
DIAGNOSE	<input type="checkbox"/>	CH	<input type="text"/>	DEFLATOR	<input type="text"/>	%				
TERAPIA	<input type="checkbox"/>	CH	<input type="text"/>	DEFLATOR	<input type="text"/>	%				
HEMOTERAPIA	<input type="checkbox"/>	CH	<input type="text"/>	DEFLATOR	<input type="text"/>	%				

SESSÃO

<input type="checkbox"/>	FONO	R\$	<input type="text"/>	CÓDIGO	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	RPG	R\$	<input type="text"/>	CÓDIGO	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	PSICO	R\$	<input type="text"/>	CÓDIGO	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	ACUPUNTURA	R\$	<input type="text"/>	CÓDIGO	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	OUTROS	R\$	<input type="text"/>	CÓDIGO	<input type="text"/>

FILME RADIOLOGICO	R\$	<input type="text"/>	TABELA D&T	<input type="text"/>
-------------------	-----	----------------------	------------	----------------------

MEDICAMENTOS

<input type="checkbox"/>	BRASINDICE	DEFLATOR	<input type="text"/>	%
--------------------------	------------	----------	----------------------	---

MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO HOSPITALAR

<input type="checkbox"/>	BRASINDICE	DEFLATOR	<input type="text"/>	%
--------------------------	------------	----------	----------------------	---

MATERIAIS

<input type="checkbox"/>	SIMPRO	DEFLATOR	<input type="text"/>	%
--------------------------	--------	----------	----------------------	---

OPME

<input type="checkbox"/>	SIMPRO	DEFLATOR	<input type="text"/>	%
--------------------------	--------	----------	----------------------	---

ACEITA REPOSIÇÃO?	<input type="checkbox"/>	TAXA DE ESTERILIZAÇÃO	<input type="text"/>	%
-------------------	--------------------------	-----------------------	----------------------	---

PRESTADOR

 DATA ____/____/____

CADASTRO DE PRESTADORES

ALTERADO POR _____ DATA ____/____/____