



Próteses Dentárias

Item	Código do Procedimento SUS conforme SIGTAP	Tipo de Serviço	Local será Prestado o serviço	Qtde Mensa	Qtde Total	Valor SUS Unitário	Valor a ser Aprovado pelo CMS	Valor Mensal	Valor Total
1	07.01.07.009-9	Prótese Parcial Mandibular Removível	Clínica/Hospital Credenciada	20	240	R\$150,00	R\$200,00	R\$4.000,00	R\$48.000,00
2	07.01.07.010-2	Prótese Parcial Maxilar Removível	Clínica/Hospital Credenciada	20	180	R\$150,00	R\$200,00	R\$4.000,00	R\$36.000,00
3	07.01.07.012-9	Prótese Total Mandibular	Clínica/Hospital Credenciada	25	180	R\$150,00	R\$200,00	R\$5.000,00	R\$36.000,00
4	07.01.07.013-7	Prótese Total Maxilar	Clínica/Hospital Credenciada	25	180	R\$150,00	R\$200,00	R\$5.000,00	R\$36.000,00
VALOR ESTIMADO								R\$ 18.000,00	R\$156.000,00