



**ESTADO DE GOIÁS**  
**Prefeitura Municipal de São Simão**  
**Secretaria Municipal de Saúde**

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 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\$ 220,00	R\$ 4.400,00	R\$ 52.800,00
2	07.01.07.010-2	Prótese Parcial Maxilar Removível	Clínica/Hospital Credenciada	20	180	R\$150,00	R\$ 220,00	R\$ 4.400,00	R\$ 39.600,00
3	07.01.07.012-9	Prótese Total Mandibular	Clínica/Hospital Credenciada	25	180	R\$150,00	R\$ 220,00	R\$ 5.500,00	R\$ 39.600,00
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
<b>VALORES</b>								<b>R\$ 19.300,00</b>	<b>R\$ 168.000,00</b>

\* Valores aprovados – Resolução 003/2020.