



RESOLUÇÃO Nº 021, DE 08 DE NOVEMBRO DE 2023

O Plenário do Conselho Municipal de Saúde de Lagoa Santa, no uso de suas atribuições e competências regimentais conferidas pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, e pela Lei Municipal 3.155, de 02 de maio de 2011, pela Resolução CNS nº 453/2012 em Plenária Ordinária, realizada no dia 08 de Novembro de 2023, às 14h00min e,

CONSIDERANDO O item. XII da Quarta Diretriz da Resolução CNS Nº 453/2012, que estabelece:

“O pleno do Conselho deverá manifestar-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos. as resoluções serão obrigatoriamente homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo, em um prazo de 30 (trinta) dias, dando-se lhes publicidade oficial. decorrido o prazo mencionado e não sendo homologada a resolução, nem enviada pelo gestor ao conselho de saúde justificativa com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na reunião seguinte, as entidades que integram o conselho de saúde podem buscar a validação das resoluções, recorrendo à justiça e ao ministério público, quando necessário.”

O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LAGOA SANTAMG, COM BASE EM SUA COMPETÊNCIA REGIMENTAL E ATRIBUIÇÕES CONFERIDAS, RESOLVE:

Art. 1º- Aprovar a Tabela SUS Municipal de serviço de exames complementares de imagens para Diagnóstico por Radiologia (Radiografia Panorâmica, Radiografia Periapical, Radiografia Interproximal, Radiografia Oclusal e Teleradiografia com Traçados e sem Traços) e Tomografia para atender a demanda dos atendimentos odontológicos do Município de Lagoa Santa.

Art. 2º-A tabela encontra-se anexa a esta Resolução.

Art. 3º- Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Lagoa Santa, 08 de Novembro de 2023.



JOEL ANTONIO DE SÁ

PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE – LS-MG



ANEXO 1

VALORES DOS EXAMES COMPLEMENTARES DE IMAGEM PARA DIAGNÓSTICO EM ODONTOLOGIA

ITEM	EXAME	VALOR UNITÁRIO (R\$)
1	Radiografia Panorâmica	R\$ 60,00
2	Radiografia Periapical	R\$ 20,00
3	Teleradiografia Com Traçados e Sem Traços	R\$ 40,00
4	Radiografia Interproximal (Bite Wing)	R\$ 20,00
5	Radiografia Oclusal	R\$ 35,00
6	Tomografia Computadorizada de Face/Seios da Face/ Articulações Temporo-Mandibulares	R\$ 260,00