

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2025

O **CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLO SUL – CIM PoLo Sul**, no uso legal de suas atribuições estatutárias, de acordo com as disposições constantes na Lei Federal nº 11.107/05, Lei Federal nº 14.133/2021 e alterações, Lei Federal nº 8080/90, e demais legislações pertinentes, torna público que se acha aberto nesta Unidade, procedimento de **CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAREM DE FORMA COMPLEMENTAR, OS SERVIÇOS NA ÁREA DE SAÚDE, CONSUBSTANCIADOS NA COLETA, REALIZAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE EXAMES DE ANÁLISES CLÍNICAS**, processo administrativo nº 0536/2025, nos termos das condições estabelecidas neste Edital. Cidades – TCE- ES **ID: 2025.501C2600006.17.0001.**

O RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO PARA O CREDENCIAMENTO TERÁ INÍCIO A PARTIR DO DIA 01/04/2025.

A documentação deverá ser entregue na sede do Consórcio Público da Região Polo Sul – CIM Polo Sul, situada no seguinte endereço: Rua Maria Josefina de Resende, nº 625, Bairro Café Moca, Mimoso do Sul/ES, CEP: 29.400-000, HORÁRIO: de segunda a sexta-feira, das 08h00min às 16h00min.

Os interessados em participar deste **CHAMAMENTO PÚBLICO** deverão entregar a documentação a partir da data descrita no parágrafo anterior.

1. DO OBJETO

1.1. O presente edital visa ao credenciamento de pessoas jurídicas para a prestação de serviços de saúde aos entes Consorciado conforme descrito no item 1.4, nas especialidades indicadas neste Edital, conforme consta no anexo III que integra este instrumento.

1.2. A abertura e análise dos envelopes da documentação das interessadas, recebidos pelo CIM POLO SUL, serão realizadas pelos membros da Comissão Licitação - Agentes de Contratação todas as quintas- feira, no caso de feriado, será considerado dia subsequente ao feriado, com início dos trabalhos sempre no horário das 09h até às 16h.

1.3. Só serão analisadas as documentações entregues na Sede do CIM Polo Sul, até o dia anterior a cada data pré-estabelecida neste item.

1.4. Municípios que integram este consórcio;

1. MUNICÍPIO DE ALEGRE/ES;
2. MUNICÍPIO DE ALFREDO CHAVES/ES;
3. MUNICÍPIO DE APIACÁ/ES;
4. MUNICÍPIO DE ATÍLIO VIVACQUA/ES;
5. MUNICÍPIO DE BOM JESUS DO NORTE/ES;
6. MUNICÍPIO DE CACHOEIRO DO ITAPEMIRIM/ES;
7. MUNICÍPIO DE CASTELO/ES;
8. MUNICÍPIO DE DIVINO DE SÃO LOURENÇO/ES;
9. MUNICÍPIO DE DORES DO RIO PRETO/ES;
10. MUNICÍPIO DE GUAÇUÍ/ES;
11. MUNICÍPIO DE IBITIRAMA/ES;
12. MUNICÍPIO DE ICONHA/ES;
13. MUNICÍPIO DE IRUPI/ES;
14. MUNICÍPIO DE ITAPEMIRIM/ES;
15. MUNICÍPIO DE ITARANA/ES;
16. MUNICÍPIO DE IÚNA/ES;
17. MUNICÍPIO DE JERÔNIMO MONTEIRO/ES;
18. MUNICÍPIO DE MARATAÍZES/ES;
19. MUNICÍPIO DE MIMOSO DO SUL/ES;
20. MUNICÍPIO DE MUNIZ FREIRE/ES;
21. MUNICÍPIO DE MUQUI/ES;
22. MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY/ES;
23. MUNICÍPIO DE RIO NOVO DO SUL/ES;
24. MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO CALÇADO/ES;
25. MUNICÍPIO DE VARGEM ALTA/ES.
26. E DEMAIS MUNICÍPIOS QUE VENHAM DE CONSORCIAR.

2. DAS CONDIÇÕES DA PARTICIPAÇÃO

- a. Poderão participar deste edital as pessoas jurídicas que:
- b. Possuam unidades de atendimento regularmente licenciadas e localizadas em pelo menos um dos municípios consorciados ao CIM POLO SUL; e/ou em municípios distantes em até 100 km a partir de um dos municípios consorciados do Interior do Estado Espírito Santo.
- c. Ofereçam a prestação de serviços de saúde em algumas das especialidades descritas ao anexo III deste Edital;
- d. Preencham todos os requisitos deste Edital.

3. DA FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

- a. Os documentos necessários à habilitação poderão ser apresentados em original, ou por qualquer processo de cópia que poderá ser autenticada por cartório competente ou por empregado público deste Consórcio, mediante a comparação entre o original e a cópia, para atestar a autenticidade. (Lei 13.726/2018).
- b. Fica dispensada a autenticação a que se refere o § 1º do caput deste artigo quando o advogado da parte interessada declarar, sob sua responsabilidade pessoal, a autenticidade da cópia do documento. (Incluído pela Lei nº 13.874, de 2019).
- c. Os documentos que dependam de validade e que não contenham prazo especificado no próprio documento, em Lei ou neste Edital, deverão ser expedidos no máximo até 90 (noventa) dias antes da data da entrega da documentação ao consórcio.
- d. A empresa terá um prazo de 5 (cinco) dias úteis a partir da convocação para assinatura do Termo de Credenciamento.

4. DA ENTREGA DOS DOCUMENTOS

- a. Os interessados em participar do chamamento deverão apresentar a documentação em envelope fechado, no endereço indicado, como segue:

AO CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO SUDOESTE SERRANA - CIM PEDRA AZUL
REF. EDITALDE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2025 - PROC. Nº XXX/2025
NOME (RAZÃO SOCIAL): _____
CNPJ Nº: _____
ENDEREÇO: _____

5. DOS DOCUMENTOS PARA HABILITAÇÃO E CREDENCIAMENTO

Poderão se cadastrar os interessados que apresentarem os seguintes documentos:

- a) Anexos IV, V, VI, VII, VIII e IX deste Edital preenchidos corretamente e ASSINADOS pelo responsável da Empresa;
- b) registro Comercial, no caso de empresa individual; ou Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor e suas alterações, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores; ou Inscrição do Ato Constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício;
- c) prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ;
- d) comprovante de registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, bem como vínculo dos profissionais que atuam na empresa;
- e) certidão negativa de débitos (CND) ou certidão positiva com efeitos de negativa de débitos (CPEND) relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União;
- f) certidão negativa, ou certidão positiva com efeitos de negativa, junto à Fazenda Estadual da sede da credenciada;
- g) certidão negativa, ou certidão positiva com efeitos de negativa junto a Fazenda Municipal da sede da credenciada;
- h) certidão de regularidade para com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);

- i) certidão negativa de falência ou recuperação judicial expedida nos últimos 30 (trinta) dias, contados da publicação do edital, pelo distribuidor da comarca do interessado;
- j) prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa (CNDT), nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943;
- k) alvará de localização e funcionamento vigente, expedido pelo município sede da empresa credenciada, com ramo de atividade pertinente ao objeto deste edital;
- l) alvará sanitário vigente, expedido pela vigilância sanitária competente ou protocolo de renovação do mesmo encaminhado junto à unidade competente, desde que a renovação tenha sido requerida dentro da validade do alvará. Em caso de dispensa de Alvará da Vigilância Sanitária, deverá ser apresentada a respectiva declaração emitida pelo Município da Sede da empresa;
- m) As empresas que se enquadram no disposto da (Lei nº 13874/2019) ficam dispensadas da apresentação dos referidos documentos supra citados;
- n) documentos pessoais do representante legal e demais profissionais do prestador (RG, CPF/comprovante de residência);
- o) declaração que contenha o nome do responsável técnico e dos profissionais que realizarão os atendimentos, com respectiva comprovação da especialidade junto ao órgão competente com o número de registro profissional no Conselho Regional do Estado do Espírito Santo;

6. DO PROCEDIMENTO

- a. Este Edital estará vigente por período indeterminado, até disposição em sentido contrário a ser determinada pela autoridade competente.
- b. Este Edital poderá ser anulado, a qualquer tempo, em caso de vício de legalidade,

ou revogado, por motivos de conveniência e oportunidade da administração.

c. A revogação ou anulação deste Edital dependerá de prévia publicação, utilizando-se os mesmos meios empregados ao tempo de sua edição.

d. Na hipótese de anulação do edital de credenciamento, os instrumentos que dele resultaram ficarão sujeitos ao disposto nos art. 147 ao art. 150 da Lei nº 14.133, de 2021.

e. Enquanto estiver vigente o Edital, fica permitido o credenciamento, a qualquer tempo, de qualquer interessado, desde que preencha as condições ora exigidas.

f. Após a homologação deste credenciamento, todos os outros serão cancelados, haja vista a inclusão de novos serviços bem como a atualização dos valores da Tabela de exames devidamente aprovada por unanimidade na data de 31/01/2025.

g. Os interessados serão cadastrados por especialidade, segundo elementos constantes na documentação relacionada no presente instrumento.

h. A qualquer tempo poderá ser alterado, suspenso ou cancelado o cadastramento do interessado que deixar de satisfazer as exigências estabelecidas neste Edital ou descredenciado no caso de deixar de cumprir com as obrigações estabelecidas no termo de credenciamento constante do anexo II.

7. DOS CRITÉRIOS DE CREDENCIAMENTO

a. Os interessados que apresentarem toda a documentação exigida conforme estabelece este Edital serão cadastrados e poderão, posteriormente, serem convocados a assinarem o respectivo termo de credenciamento.

b. A empresa credenciada deverá disponibilizar todos os serviços ofertados pela mesma que constem da linha de cuidados da tabela de procedimentos do consórcio, sob pena de inabilitação ou de descredenciamento, caso venha a ser constatado que a empresa não aceitou credenciar todos os serviços que oferta no momento da seleção do presente edital, fazendo opção por aqueles que entendem que são mais bem remunerados.

8. DA REGULARIDADE DA DOCUMENTAÇÃO

a. Toda a documentação apresentada pelo interessado ao CIM Polo Sul quando de

sua habilitação ao Edital de Chamamento Público nº 001/2025 poderá, a qualquer momento, ser solicitada pelo CIM Polo Sul para fins de averiguação de sua regularidade, além da obrigação de sempre manter atualizado um telefone para contato e um endereço eletrônico.

9. DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

- a. Os serviços deverão ser prestados no estabelecimento do interessado, ou nas instalações cedidas por qualquer um dos entes consorciados, a fim de aproximar a prestação dos serviços de saúde da população dos municípios consorciados.
- b. Ao CIM Polo Sul reserva-se o direito de fiscalizar permanentemente, por meio de cada um dos municípios consorciados, a prestação dos serviços, podendo descredenciá-lo e rescindir o termo de credenciamento, em caso de má prestação de serviços verificada em processo administrativo específico, com garantia do contraditório e da ampla defesa.
- c. O agendamento dos serviços será realizado de acordo com a demanda dos municípios consorciados ao CIM Polo Sul.
- d. Os serviços ora credenciados serão prestados em favor da população dos municípios consorciados ao CIM Polo Sul, conforme necessidades, disponibilidades financeiras e autorização de cada um dos entes consorciados.
- e. Os serviços prestados pelo interessado deverão ser previamente autorizados e encaminhados pelo município responsável, por meio do sistema informatizado disponibilizado pelo CIM Polo Sul a cada um dos entes consorciados. Caso haja necessidade de complementação nos serviços inicialmente autorizados, tal complementação também precisará ser previamente autorizada, sob pena de ser inviabilizado o respectivo pagamento.
- f. Para a prestação dos serviços o estabelecimento de saúde deverá possuir microcomputador, leitor biométrico para coleta de digital do paciente e acesso à rede mundial de computadores. O leitor biométrico não inabilita, mas é item obrigatório para a prestação/execução dos serviços.

10. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA O CASO DE INADIMPLEMENTO DOS SERVIÇOS

10.1 Pela inexecução total ou parcial do objeto deste Edital, conforme o caso, o CIM Polo Sul poderá aplicar ao credenciado as seguintes penalidades, sem prejuízo de outras medidas legais aplicáveis à espécie, garantida a prévia e a ampla defesa:

- I - advertência;
- II - multa de até dez por cento (10%) do valor do último faturamento mensal, salvo se a irregularidade decorrer de caso fortuito ou força maior, devidamente comprovado pelo credenciado e acatado pelo CIM Polo Sul;
- III - suspensão temporária de participar de licitação ou credenciar com o CIM Polo Sul ou com qualquer de seus municípios consorciados por até dois (02) anos; e
- IV - declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade.

10.2. As sanções previstas no item 10.1, incisos III e IV, poderão também ser aplicadas às pessoas jurídicas que, dentre outras condutas:

- a) injustificadamente retardarem a execução do objeto do termo de credenciamento;
- b) injustificadamente não mantiverem as condições estabelecidas no Edital ou no termo de credenciamento;
- c) fizerem declaração falsa ao CIM Polo Sul ou a qualquer de seus entes consorciados;
- d) falharem ou fraudarem a execução do termo de credenciamento;
- e) praticarem atos ilícitos visando a frustrar os objetivos deste Edital e/ou do termo de credenciamento;
- f) demonstrarem não possuir idoneidade para contratar com a Administração em virtude de atos ilícitos praticados.
- g) O valor da multa poderá ser descontado dos pagamentos devidos pelo CIM Polo Sul ao credenciado em razão dos serviços já prestados aos municípios consorciados em conformidade com as condições fixadas no termo de credenciamento.

11. DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO DOS TERMOS DE CREDENCIAMENTO

- a. O prazo dos termos de credenciamento oriundos deste Edital será de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da sua assinatura, podendo ser prorrogado a critério do CIM Polo Sul, mediante a celebração de Termo de Aditamento, pelo prazo de até 10 (dez) anos.
- b. Para a prorrogação do termo de credenciamento deverão ser encaminhados ao CIM POLO SUL os documentos atualizados constantes das letras "e" a "n" do Item 5 deste edital, referentes ao credenciado e ao local da prestação dos serviços.

12. DAS ALTERAÇÕES

- a. Quaisquer das alterações dos termos de credenciamento serão objetos de Termo de Aditamento, na forma da legislação vigente, excetuando-se as alterações decorrentes dos itens 13 e 15 deste Edital.
- b. Em caso de solicitação de inclusão de profissional em contrato vigente, deverão ser apresentados os documentos relacionados abaixo:
 - a) Requerimento de Credenciamento (Anexo VIII do edital) assinado pelo responsável legal da empresa;
 - b) Relação atualizada do corpo clínico com informações de especialidade e registro no referido conselho, assinado pelo representante legal da empresa;
 - c) Cópia dos documentos do profissional a ser incluído em conformidade com item 6 "O" do referido edital;
- c. Em caso de solicitação de inclusão/exclusão de procedimento e ou serviços em contrato vigente, deverá ser apresentado o requerimento de Credenciamento (Anexo XI do edital) assinado pelo responsável legal da empresa observado o item 3.4 do edital;
- d. Caso a empresa queira a exclusão de procedimento, deverá encaminhar um pedido e descredenciamento do procedimento ou serviço.

13. DO VALOR DE DESEMBOLSO DOS SERVIÇOS

- a. Para os serviços a serem credenciados através deste Edital, os valores a serem pagos pelo CIM POLO SUL constarão ao anexo III que integra este instrumento, os quais serão automaticamente reajustados na mesma proporção e data da revisão de valores da TABELA DE VALORES E EXAMES LABORATORIAIS – TVEL, do CIM POLO SUL.

- b. Fica vedado o reajuste anual do termo de credenciamento, salvo as situações de revisão de valores da própria tabela.

14. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

- a. Os recursos para cobrir as despesas do objeto deste credenciamento correrão a conta da dotação orçamentária do consórcio para o exercício financeiro de 2025, a saber:

01 – CIM POLO SUL – CONSÓRCIO PÚBLICO POLO SUL
01 – CIM POLO SUL – CONSÓRCIO PÚBLICO POLO SUL
2.001 – PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MEDICOS, APOIO E DIAGNOSTICOS CONTRATADOS
Elemento Despesa: 3.3.90.39.00.00 – OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA
Sub-Elemento Despesa: 3.3.90.39.50.00 – Serviços Médico-Hospitalares, Odontológicos e Laboratoriais
Fonte de Recurso: 1880.0000 – RECURSOS PRÓPRIOS

15. DOS VALORES DOS PROCEDIMENTOS

- a. Os valores dos serviços objeto do termo de credenciamento constarão ao anexo III, conforme TABELA DE VALORES E EXAMES LABORATORIAIS – TVEL, do CIM POLO SUL e passarão a ser parte integrante do presente termo de credenciamento, dos quais alguns serviços poderão sofrer alterações de valores ao longo da vigência do termo de credenciamento na forma prevista neste edital. Quando alterada, a nova tabela passará a integrar o processo através de simples apostilamento.

16. DOS RECURSOS

- a. O interessado poderá impugnar o Edital no prazo de até 72(setenta e duas horas) contadas a partir do primeiro dia subsequente à sua publicação, com apresentação das razões, devidamente fundamentadas, digitada em 02(duas) vias, devendo ser protocolados na sede do CIM POLO SUL situada no seguinte endereço: Rua Maria Josefina de Resende, nº 625, Bairro Café Moca, Mimoso do Sul/ES – Cep: 29.400-000, HORÁRIO: de segunda a sexta-feira, das 08h00min às 17h00min, endereçado ao Agente de Contratação do CIM POLO SUL.

- b. O PROPONENTE interessado poderá recorrer do resultado (habilitação/inabilitação) no prazo de até 72 (setenta e duas horas) contadas a partir do primeiro dia subsequente à sua publicação, com apresentação das razões, devidamente fundamentadas, digitada em 02(duas) vias, devendo ser protocolados na sede do CIM POLO SUL situada no seguinte endereço: Rua Maria Josefina de Resende, nº 625, Bairro Café Moca, Mimoso do Sul/ES – Cep: 29.400-000, HORÁRIO: de segunda a sexta-feira, das 08h00min às 16h00min, endereçado ao Agente de Contratação do CIM POLO SUL.
- c. A impugnação e/ou recurso interposto serão apreciados pelos Agentes de Contratação e equipe de apoio no prazo de 03(três) dias úteis do protocolo.

17. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

- a. Ao Presidente do Consórcio Público da Região Polo Sul - CIM Polo Sul, fica assegurado o direito de revogar ou anular o presente Edital em razão de interesse público, sem que caiba aos interessados quaisquer direitos a reclamação ou indenização.
- b. informações podem ser solicitadas por e-mail licitacao@cimpolosul.es.gov.br e no site: www.cimpolosul.es.gov.br .
- c. Os casos omissos serão resolvidos à luz da Lei Federal nº 14.133/2021, Lei Federal 11.107/2005, Lei Federal nº 8.080/1990 e demais disposições estabelecidas no presente Edital.
- d. Caso o Consórcio Público da Região Polo Sul- CIM POLO SUL não se utilize da prerrogativa de rescindir o termo de credenciamento, ao seu exclusivo critério, poderá suspender a sua execução e/ou sustar o pagamento das faturas, até que o Credenciado cumpra integralmente a condição da cláusula infringida, sem prejuízo da incidência das sanções previstas neste edital, na Lei Federal nº 14.133/2021 e alterações posteriores.
- e. O licitante reconhece os direitos do Consórcio Público da Região Polo Sul - CIM Polo Sul nos casos de rescisão previstas na Lei Federal nº 14.133/2021 e alterações posteriores.
- f. Fazem parte integrante deste Edital;

Anexo I	TERMO DE REFERÊNCIA
Anexo II	TERMO DE CREDENCIAMENTO
Anexo III	TABELA DOS SERVIÇOS E VALORES (T.V.E.L.) CIM POLO SUL
Anexo IV	DADOS COMPLEMENTARES DA EMPRESA (LABORATÓRIO)
Anexo V	TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA
Anexo VI	MODELO DE DECLARAÇÃO UNIFICADA
Anexo VII	MODELO DE DECLARAÇÃO DE OPÇÃO PELO SIMPLES NACIONAL
Anexo VIII	TERMO DE CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS
Anexo IX	INCLUSÃO OU EXCLUSÃO DE SERVIÇOS

18. DO FORO

a. É eleito o Foro da Comarca de Mimoso do Sul/ES para dirimir os litígios que decorrerem da execução deste Termo de Contrato que não possam ser compostos pela conciliação, conforme art. 92, §1º da Lei nº 14.133/2021.

Mimoso do Sul (ES), 28 de março de 2025.

Vanessa Marques Ribeiro

Agente de Contratação

Portaria 53-P de 19/08/2024

ANEXO I

TERMO DE REFERÊNCIA

PROCESSO Nº 0536/2025

INFORMAÇÕES DO SETOR SOLICITANTE

CONSORCIO PÚBLICO REGIÃO POLO SUL - CIM POLO SUL

CNPJ: 02.722.566/0001-52

Gerente da Unidade de Atendimento Especializado Polo Caparaó – Saúde Fácil

CNPJ: 02.722.566/0002-33

1. ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR – ETP

1.1. Foi elaborado Estudo Técnico Preliminar?

(X) Sim. Documento.

() Não

2. DO OBJETO

2.1. O presente Termo de Referência tem por objeto, **CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAREM DE FORMA COMPLEMENTAR, OS SERVIÇOS NA ÁREA DE SAÚDE, CONSUBSTANCIADOS NA COLETA, REALIZAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE EXAMES DE ANÁLISES CLÍNICAS**, observados os requisitos, valores e especificações descritos neste instrumento.

3. DAS ESPECIFICAÇÕES DETALHADAS DO OBJETO E QUANTIDADES.

3.1. Deverão ser rigorosamente atendidas, as especificações constantes da tabela abaixo e observadas os esclarecimentos nela descrita:

CIM POLO SUL

Nº	EXAMES LABORATORIAIS / PROCEDIMENTOS	VALOR UNITÁRIO	QUANTIDADE MUNICÍPIOS	VALOR TOTAL
1	ACIDO FÓLICO	R\$ 13,00	3400	R\$ 44.200,00
2	ACIDEZ TITULÁVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)	R\$ 3,04	50	R\$ 152,00
3	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89	50	R\$ 94,50
4	ADENOGRAMA	R\$ 5,79	50	R\$ 289,50
5	ALÉRGICO ESPECIFICO	R\$ 20,00	50	R\$ 1.000,00
6	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$ 3,70	41000	R\$ 151.700,00
7	ANTIBIOGRAMA	R\$ 4,98	8300	R\$ 41.334,00

8	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R\$ 13,33	1250	R\$ 16.662,50
9	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R\$ 13,33	50	R\$ 666,50
10	ANTI GLIADINA IGA	R\$ 30,40	50	R\$ 1.520,00
11	ANTI-BETA 2 GLICOPROTEINA IgG/IgM	R\$ 125,00	50	R\$ 6.250,00
12	ANTI Ccp	R\$ 50,00	50	R\$ 2.500,00
13	ANTI COAGULANTE LUPICO	R\$ 110,00	50	R\$ 5.500,00
14	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	R\$ 4,20	50	R\$ 210,00
15	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	R\$ 4,20	50	R\$ 210,00
16	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$ 4,20	300	R\$ 1.260,00
17	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$ 2,80	50	R\$ 140,00
18	BNP	R\$ 120,00	50	R\$ 6.000,00
19	C-ANCA	R\$ 55,00	50	R\$ 2.750,00
20	CA-15	R\$ 19,00	50	R\$ 950,00
21	CA-19	R\$ 19,00	50	R\$ 950,00
22	CALCIURIA 24HS	R\$ 8,37	50	R\$ 418,50
23	CALPROCTINA FECAL	R\$ 125,00	50	R\$ 6.250,00
24	CAPROTEINA	R\$ 120,00	50	R\$ 6.000,00
25	CAPROCULTURA	R\$ 31,00	50	R\$ 1.550,00
26	CHAGAS IGG	R\$ 15,00	50	R\$ 750,00
27	CHAGAS IGM	R\$ 15,00	50	R\$ 750,00
28	CHIKUNGUNHA	R\$ 210,00	50	R\$ 10.500,00
29	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	R\$ 4,33	50	R\$ 216,50
30	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	R\$ 4,33	50	R\$ 216,50
31	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	R\$ 6,48	50	R\$ 324,00
32	CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 3,51	1300	R\$ 4.563,00
33	CLEARANCE DE FOSFATO	R\$ 3,51	50	R\$ 175,50
34	CLEARANCE DE UREIA	R\$ 3,51	170	R\$ 596,70
35	CLEARANCE OSMOLAR	R\$ 3,51	50	R\$ 175,50
36	COAGULOGRAMA	R\$ 13,50	1700	R\$ 22.950,00
37	CONTAGEM DE ADDIS	R\$ 2,04	50	R\$ 102,00
38	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	R\$ 15,00	50	R\$ 750,00
39	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	R\$ 15,00	50	R\$ 750,00
40	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	R\$ 15,00	50	R\$ 750,00
41	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 2,73	17000	R\$ 46.410,00
42	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$ 2,73	1000	R\$ 2.730,00
43	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89	50	R\$ 94,50

44	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89	50	R\$ 94,50
45	CULTURA FEZES + TSA	R\$ 16,00	360	R\$ 5.760,00
46	CULTURA FUNGOS + TSA	R\$ 70,00	250	R\$ 17.500,00
47	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 5,62	20	R\$ 112,40
48	CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO)	R\$ 5,62	50	R\$ 281,00
49	CULTURA P/ HERPESVIRUS	R\$ 4,33	50	R\$ 216,50
50	CULTURA PARA BAAR	R\$ 5,63	50	R\$ 281,50
51	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R\$ 10,25	900	R\$ 9.225,00
52	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$ 4,19	70	R\$ 293,30
53	DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R\$ 65,00	50	R\$ 3.250,00
54	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	R\$ 96,00	50	R\$ 4.800,00
55	DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 8,80	50	R\$ 440,00
56	DETECCÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE	R\$ 66,00	50	R\$ 3.300,00
57	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS(CONFIRMATORIO)	R\$ 66,00	50	R\$ 3.300,00
58	DETECCÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA	R\$ 66,00	50	R\$ 3.300,00
59	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)	R\$ 66,00	50	R\$ 3.300,00
60	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	R\$ 10,65	50	R\$ 532,50
61	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R\$ 6,00	200	R\$ 1.200,00
62	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 180,00	50	R\$ 9.000,00
63	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS(C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 160,00	50	R\$ 8.000,00
64	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 160,00	50	R\$ 8.000,00
65	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	R\$ 9,25	50	R\$ 462,50
66	DETERMINAÇÃO DE CREMATÓCRITO NOLEITE HUMANO ORDENHADO	R\$ 1,53	20	R\$ 30,60
67	DETERMINACAO DE CROMATOGRRAFIA DE AMINOACIDOS	R\$ 15,65	20	R\$ 313,00
68	DETERMINACAO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR	R\$ 2,73	50	R\$ 136,50
69	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 3,63	1000	R\$ 3.630,00
70	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (5DOSAGENS)	R\$ 6,55	20	R\$ 131,00
71	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4DOSAGENS)	R\$ 3,68	50	R\$ 184,00
72	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5	R\$ 10,00	350	R\$ 3.500,00

	DOSAGENS)			
73	DETERMINAÇÃO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	R\$ 2,73	20	R\$ 54,60
74	DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 2,83	1300	R\$ 3.679,00
75	DETERMINAÇÃO DE FOSFOLÍPIDIOS RELAÇÃO LECITINA - ESFINGOMIELINA NOLIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,56	50	R\$ 328,00
76	DETERMINAÇÃO DE ÍNDICE DE TIROXINA LIVRE	R\$ 12,54	50	R\$ 627,00
77	DETERMINAÇÃO DE OSMOLALIDADE	R\$ 3,70		R\$ 0,00
78	DETERMINAÇÃO DE OSMOLARIDADE	R\$ 3,51		R\$ 0,00
79	DETERMINAÇÃO DE RETENÇÃO DE T3	R\$ 12,54	100	R\$ 1.254,00
80	DETERMINAÇÃO DE SULFO-HEMOGLOBINA	R\$ 2,73		R\$ 0,00
81	DETERMINAÇÃO DE T3 REVERSO	R\$ 14,69	50	R\$ 734,50
82	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	R\$ 2,73	1500	R\$ 4.095,00
83	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	R\$ 2,73	50	R\$ 136,50
84	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	R\$ 9,00	500	R\$ 4.500,00
85	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO - DUKE	R\$ 2,73	500	R\$ 1.365,00
86	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	R\$ 5,79	50	R\$ 289,50
87	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA	R\$ 2,85	200	R\$ 570,00
88	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTPATIVADA)	R\$ 5,77	3000	R\$ 17.310,00
89	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 2,73	3500	R\$ 9.555,00
90	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO (VHS)	R\$ 2,73	2500	R\$ 6.825,00
91	DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37	1800	R\$ 2.466,00
92	DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA	R\$ 9,25	3100	R\$ 28.675,00
93	DIMERO D	R\$ 40,00	20	R\$ 800,00
94	DOSAGEM DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SANGUE EM PAPEL DE FILTRO	R\$ 5,50	20	R\$ 110,00
95	DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO	R\$ 17,16	50	R\$ 858,00
96	DOSAGEM DE 17-HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO	R\$ 8,00	50	R\$ 400,00
97	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXI PROGESTERONA	R\$ 10,20	100	R\$ 1.020,00
98	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	R\$ 6,72	50	R\$ 336,00
99	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	R\$ 6,72	50	R\$ 336,00
100	DOSAGEM DE 25-HIDROXIVITAMINA D	R\$ 15,24	27000	R\$ 411.480,00
101	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	R\$ 3,51	50	R\$ 175,50
102	DOSAGEM DE ACETONA	R\$ 1,85	20	R\$ 37,00
103	DOSAGEM DE ÁCIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACÉTICO (SEROTONINA)	R\$ 6,72	50	R\$ 336,00

104	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R\$ 2,01	200	R\$ 402,00
105	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	R\$ 2,06	20	R\$ 41,20
106	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	R\$ 2,23	50	R\$ 111,50
107	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	R\$ 3,68	20	R\$ 73,60
108	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	R\$ 2,04	50	R\$ 102,00
109	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$ 1,85	18000	R\$ 33.300,00
110	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R\$ 15,65	50	R\$ 782,50
111	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	R\$ 9,00	50	R\$ 450,00
112	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$ 14,12	50	R\$ 706,00
113	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	R\$ 3,51	50	R\$ 175,50
114	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	R\$ 2,01	50	R\$ 100,50
115	DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$ 3,68	50	R\$ 184,00
116	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$ 11,89	50	R\$ 594,50
117	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	R\$ 3,68	50	R\$ 184,00
118	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R\$ 3,68	50	R\$ 184,00
119	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	R\$ 3,68	50	R\$ 184,00
120	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$ 15,06	200	R\$ 3.012,00
121	DOSAGEM DE ALUMINIO	R\$ 27,50	200	R\$ 5.500,00
122	DOSAGEM DE ANTICORPO ANTILÚPICO	R\$ 40,00	150	R\$ 6.000,00
123	DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 2,25	700	R\$ 1.575,00
124	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	R\$ 10,00	50	R\$ 500,00
125	DOSAGEM DE AMONIA	R\$ 3,51	50	R\$ 175,50
126	DOSAGEM DE AMP CICLICO	R\$ 12,01	50	R\$ 600,50
127	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$ 11,53	50	R\$ 576,50
128	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	R\$ 10,00	50	R\$ 500,00
129	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R\$ 4,11	100	R\$ 411,00
130	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTEHUMANO IGA	R\$ 18,55	100	R\$ 1.855,00
131	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	R\$ 10,00	20	R\$ 200,00
132	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 16,42	4100	R\$ 67.322,00
133	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$ 6,48	150	R\$ 972,00
134	DOSAGEM DE BARBITURATOS	R\$ 13,13	50	R\$ 656,50
135	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	R\$ 13,48	50	R\$ 674,00
136	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$ 13,55	50	R\$ 677,50
137	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 2,01	4000	R\$ 8.040,00
138	DOSAGEM DE CADMIO	R\$ 6,55	50	R\$ 327,50
139	DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 1,85	4050	R\$ 7.492,50

140	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$ 3,51	1000	R\$ 3.510,00
141	DOSAGEM DE CALCITONINA	R\$ 14,38	50	R\$ 719,00
142	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$ 17,53	50	R\$ 876,50
143	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	R\$ 4,11	50	R\$ 205,50
144	DOSAGEM DE CAROTENO	R\$ 2,01	50	R\$ 100,50
145	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	R\$ 3,68	50	R\$ 184,00
146	DOSAGEM DE CHUMBO	R\$ 8,83	50	R\$ 441,50
147	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R\$ 58,61	50	R\$ 2.930,50
148	DOSAGEM DE CITRATO	R\$ 2,01	50	R\$ 100,50
149	DOSAGEM DE CLORETO	R\$ 1,85	200	R\$ 370,00
150	DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR	R\$ 150,00	20	R\$ 3.000,00
151	DOSAGEM DE COBRE	R\$ 3,51	100	R\$ 351,00
152	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 3,51	50000	R\$ 175.500,00
153	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 3,51	42000	R\$ 147.420,00
154	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 1,85	4400	R\$ 8.140,00
155	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R\$ 3,68	50	R\$ 184,00
156	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 17,16	300	R\$ 5.148,00
157	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$ 17,16	300	R\$ 5.148,00
158	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 9,86	600	R\$ 5.916,00
159	DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 1,85	40000	R\$ 74.000,00
160	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 1,89	50	R\$ 94,50
161	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 3,68	2000	R\$ 7.360,00
162	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$ 4,12	200	R\$ 824,00
163	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	R\$ 2,83	50	R\$ 141,50
164	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 11,25	130	R\$ 1.462,50
165	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	R\$ 3,51	50	R\$ 175,50
166	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	R\$ 3,51	50	R\$ 175,50
167	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R\$ 3,68	500	R\$ 1.840,00
168	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	R\$ 3,68	50	R\$ 184,00
169	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R\$ 8,97	50	R\$ 448,50
170	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 11,71	130	R\$ 1.522,30
171	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	R\$ 1,65		R\$ 0,00
172	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 10,15	1350	R\$ 13.702,50
173	DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$ 11,55	120	R\$ 1.386,00
174	DOSAGEM DE ESTRONA	R\$ 11,12	150	R\$ 1.668,00
175	DOSAGEM DE ETOSUXIMIDA	R\$ 15,65	20	R\$ 313,00
176	DOSAGEM DE FATOR II	R\$ 5,31	50	R\$ 265,50

177	DOSAGEM DE FATOR IX	R\$ 7,61	50	R\$ 380,50
178	DOSAGEM DE FATOR V	R\$ 4,73	50	R\$ 236,50
179	DOSAGEM DE FATOR VII	R\$ 8,09	50	R\$ 404,50
180	DOSAGEM DE FATOR VIII	R\$ 6,63	50	R\$ 331,50
181	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	R\$ 15,00	50	R\$ 750,00
182	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	R\$ 18,91	50	R\$ 945,50
183	DOSAGEM DE FATOR X	R\$ 6,66	50	R\$ 333,00
184	DOSAGEM DE FATOR XI	R\$ 9,11	50	R\$ 455,50
185	DOSAGEM DE FATOR XII	R\$ 10,51	50	R\$ 525,50
186	DOSAGEM DE FATOR XIII	R\$ 6,66	50	R\$ 333,00
187	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 5,50	20	R\$ 110,00
188	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	R\$ 12,10	50	R\$ 605,00
189	DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DEHEMOGLOBINA	R\$ 20,90	50	R\$ 1.045,00
190	DOSAGEM DE FENITOINA	R\$ 35,22	50	R\$ 1.761,00
191	DOSAGEM DE FENOL	R\$ 2,05	20	R\$ 41,00
192	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 15,59	20000	R\$ 311.800,00
193	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$ 3,51	10000	R\$ 35.100,00
194	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R\$ 4,60	100	R\$ 460,00
195	DOSAGEM DE FOLATO	R\$ 15,65	2000	R\$ 31.300,00
196	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	R\$ 3,51	20	R\$ 70,20
197	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA	R\$ 2,01	20	R\$ 40,20
198	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	R\$ 2,01	50	R\$ 100,50
199	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,01	5000	R\$ 10.050,00
200	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	R\$ 2,01	50	R\$ 100,50
201	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 1,85	700	R\$ 1.295,00
202	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	R\$ 2,01	50	R\$ 100,50
203	DOSAGEM DE FRUTOSE	R\$ 2,01	50	R\$ 100,50
204	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	R\$ 2,01	20	R\$ 40,20
205	DOSAGEM DE GALACTOSE	R\$ 3,51	50	R\$ 175,50
206	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,51	10500	R\$ 36.855,00
207	DOSAGEM DE GASTRINA	R\$ 14,15	50	R\$ 707,50
208	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 1,85	60000	R\$ 111.000,00
209	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89	50	R\$ 94,50
210	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	R\$ 3,68	50	R\$ 184,00
211	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	R\$ 15,35	50	R\$ 767,50

212	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 18,00	1100	R\$ 19.800,00
213	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	R\$ 3,04	50	R\$ 152,00
214	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	R\$ 3,68	50	R\$ 184,00
215	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 1,53	100	R\$ 153,00
216	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	R\$ 2,73	20	R\$ 54,60
217	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	R\$ 2,73	50	R\$ 136,50
218	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 7,86	25000	R\$ 196.500,00
219	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	R\$ 2,73	50	R\$ 136,50
220	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	R\$ 3,68	20	R\$ 73,60
221	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$ 10,21	50	R\$ 510,50
222	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 7,89	1850	R\$ 14.596,50
223	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 8,97	1350	R\$ 12.109,50
224	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 8,96	31000	R\$ 277.760,00
225	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$ 17,16	100	R\$ 1.716,00
226	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 9,25	900	R\$ 8.325,00
227	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 17,16	50	R\$ 858,00
228	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	R\$ 9,25	20	R\$ 185,00
229	DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 10,17	1100	R\$ 11.187,00
230	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	R\$ 3,51	50	R\$ 175,50
231	DOSAGEM DE LACTATO	R\$ 3,68	50	R\$ 184,00
232	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	R\$ 3,51	20	R\$ 70,20
233	DOSAGEM DE LIPASE	R\$ 2,25	700	R\$ 1.575,00
234	DOSAGEM DE LITIO	R\$ 2,25	210	R\$ 472,50
235	DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 2,01	3000	R\$ 6.030,00
236	DOSAGEM DE MERCURIO	R\$ 2,04	50	R\$ 102,00
237	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	R\$ 10,00	20	R\$ 200,00
238	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	R\$ 4,11	50	R\$ 205,50
239	DOSAGEM DE METOTREXATO	R\$ 10,00	20	R\$ 200,00
240	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8,12	1500	R\$ 12.180,00
241	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	R\$ 2,01	200	R\$ 402,00
242	DOSAGEM DE HOMOCISTEINA NO SANGUE	R\$ 50,00	600	R\$ 30.000,00
243	DOSAGEM DE OXALATO	R\$ 3,68	50	R\$ 184,00
244	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 43,13	280	R\$ 12.076,40
245	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 15,35	100	R\$ 1.535,00
246	DOSAGEM DE PIRUVATO	R\$ 3,68	20	R\$ 73,60
247	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	R\$ 4,11	50	R\$ 205,50

248	DOSAGEM DE PORFIRINAS	R\$ 3,51	20	R\$ 70,20
249	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 1,85	17000	R\$ 31.450,00
250	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 10,22	700	R\$ 7.154,00
251	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$ 10,15	1050	R\$ 10.657,50
252	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 2,83	3000	R\$ 8.490,00
253	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 2,04	1750	R\$ 3.570,00
254	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89	50	R\$ 94,50
255	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$ 1,40	100	R\$ 140,00
256	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 1,85	1300	R\$ 2.405,00
257	DOSAGEM DE QUINIDINA	R\$ 10,00	20	R\$ 200,00
258	DOSAGEM DE RENINA	R\$ 13,19	50	R\$ 659,50
259	DOSAGEM DE SALICILATOS	R\$ 2,01	20	R\$ 40,20
260	DOSAGEM DE SODIO	R\$ 1,85	16000	R\$ 29.600,00
261	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$ 15,35	50	R\$ 767,50
262	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R\$ 13,11	150	R\$ 1.966,50
263	DOSAGEM DE SULFATOS	R\$ 3,51	20	R\$ 70,20
264	DOSAGEM DE TEOFILINA	R\$ 15,65	50	R\$ 782,50
265	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 10,43	1650	R\$ 17.209,50
266	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 13,11	900	R\$ 11.799,00
267	DOSAGEM DE TIOCIANATO	R\$ 3,68	20	R\$ 73,60
268	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$ 15,35	150	R\$ 2.302,50
269	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 8,76	2000	R\$ 17.520,00
270	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 11,60	22520	R\$ 261.232,00
271	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 2,01	25000	R\$ 50.250,00
272	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 2,01	25000	R\$ 50.250,00
273	DOSAGEM DE TRACOLIMUS	R\$ 170,00	50	R\$ 8.500,00
274	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,12	2000	R\$ 8.240,00
275	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 3,51	43000	R\$ 150.930,00
276	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 8,71	1400	R\$ 12.194,00
277	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA	R\$ 5,50	20	R\$ 110,00
278	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	R\$ 3,51	50	R\$ 175,50
279	DOSAGEM DE TROPONINA	R\$ 9,00	50	R\$ 450,00
280	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 13,20	1050	R\$ 13.860,00
281	DOSAGEM DE UREIA	R\$ 1,85	35000	R\$ 64.750,00
282	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 15,24	26000	R\$ 396.240,00

283	DOSAGEM DE ZINCO	R\$ 15,65	1400	R\$ 21.910,00
284	DOSAGEM DOANTÍGENOCA 125	R\$ 13,35	120	R\$ 1.602,00
285	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	R\$ 3,04	20	R\$ 60,80
286	DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DESORO	R\$ 137,00	50	R\$ 6.850,00
287	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 5,41	1000	R\$ 5.410,00
288	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$ 3,68	50	R\$ 184,00
289	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 4,42	500	R\$ 2.210,00
290	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	R\$ 5,23	20	R\$ 104,60
291	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R\$ 2,73	50	R\$ 136,50
292	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,56	20	R\$ 131,20
293	ESPLENOGRAMA	R\$ 5,79	20	R\$ 115,80
294	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	R\$ 1,89	20	R\$ 37,80
295	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$ 2,80	50	R\$ 140,00
296	EXAME PARASITOLÓGICO (MIF)	R\$ 6,00	50	R\$ 300,00
297	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	R\$ 3,70	50	R\$ 185,00
298	FALCIZAÇÃO (TESTE AFOIÇAMENTO)	R\$ 4,50	20	R\$ 90,00
299	FATOR V DE LEIDEN	R\$ 123,00	200	R\$ 24.600,00
300	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	R\$ 10,65	50	R\$ 532,50
301	FIBRINOGENO	R\$ 20,00	50	R\$ 1.000,00
302	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE)	R\$ 22,00	50	R\$ 1.100,00
303	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 298,48	50	R\$ 14.924,00
304	HEMATOCRITO	R\$ 1,53	50	R\$ 76,50
305	HEMOCULTURA	R\$ 11,49	50	R\$ 574,50
306	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11	60000	R\$ 246.600,00
307	HERPES IGG	R\$ 40,00	70	R\$ 2.800,00
308	HERPES IGM	R\$ 40,00	70	R\$ 2.800,00
309	HOMOCISTEINA	R\$ 2,04	50	R\$ 102,00
310	INDICE DE SATURAÇÃO DE TRANSFERRINA	R\$ 5,00	50	R\$ 250,00
311	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	R\$ 5,63	50	R\$ 281,50
312	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	R\$ 10,65	50	R\$ 532,50
313	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	R\$ 1,65	50	R\$ 82,50
314	IDENTIFICAÇÃO DE GLICÍDIOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADADELGADA)	R\$ 3,70	50	R\$ 185,00
315	IMUNOELETOFORESE DE PROTEINAS	R\$ 17,16	50	R\$ 858,00

316	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$ 80,00	50	R\$ 4.000,00
317	LISTERIOSE	R\$ 17,80	50	R\$ 890,00
318	LEUCOGRAMA	R\$ 2,73	50	R\$ 136,50
319	MICOLOGICO DIRETO DE LESÃO	R\$ 21,00	70	R\$ 1.470,00
320	MIELOGRAMA	R\$ 5,79	50	R\$ 289,50
321	MUTAÇÃO DE GENE MTHFRT A1298C	R\$ 128,00	50	R\$ 6.400,00
322	MUTAÇÃO DE GENE MTHFR C677T	R\$ 171,00	50	R\$ 8.550,00
323	MUTAÇÃO DE GENE PROTROMBINA	R\$ 115,00	50	R\$ 5.750,00
324	P-ANCA	R\$ 55,00	50	R\$ 2.750,00
325	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	R\$ 4,33	50	R\$ 216,50
326	PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	R\$ 3,70	50	R\$ 185,00
327	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	R\$ 2,04	50	R\$ 102,00
328	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	R\$ 3,70	50	R\$ 185,00
329	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10,00	150	R\$ 1.500,00
330	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10,00	150	R\$ 1.500,00
331	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	R\$ 9,25	50	R\$ 462,50
332	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	R\$ 10,00	50	R\$ 500,00
333	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	R\$ 9,25	50	R\$ 462,50
334	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	R\$ 3,70	50	R\$ 185,00
335	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	R\$ 5,83	50	R\$ 291,50
336	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R\$ 10,00	50	R\$ 500,00
337	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEZ SUPRARENAL	R\$ 17,16	50	R\$ 858,00
338	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 8,67	200	R\$ 1.734,00
339	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	R\$ 9,25	20	R\$ 185,00
340	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	R\$ 10,00	50	R\$ 500,00
341	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	R\$ 9,70	50	R\$ 485,00
342	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R\$ 9,70	50	R\$ 485,00
343	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$ 2,83	350	R\$ 990,50
344	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	R\$ 10,00	50	R\$ 500,00
345	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	R\$ 10,00	50	R\$ 500,00
346	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$ 17,16	20	R\$ 343,20
347	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$ 85,00	50	R\$ 4.250,00
348	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 10,00	5500	R\$ 55.000,00

349	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 22,00	50	R\$ 1.100,00
350	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	R\$ 10,00	50	R\$ 500,00
351	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	R\$ 17,16	50	R\$ 858,00
352	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	R\$ 4,10	50	R\$ 205,00
353	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	R\$ 5,50	20	R\$ 110,00
354	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$ 17,16	850	R\$ 14.586,00
355	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	R\$ 17,16	50	R\$ 858,00
356	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	R\$ 17,16	50	R\$ 858,00
357	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	R\$ 17,16	50	R\$ 858,00
358	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO (FAN)	R\$ 17,16	1400	R\$ 24.024,00
359	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	R\$ 17,16	50	R\$ 858,00
360	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	R\$ 10,00	20	R\$ 200,00
361	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R\$ 17,16	50	R\$ 858,00
362	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R\$ 5,74	50	R\$ 287,00
363	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$ 17,16	70	R\$ 1.201,20
364	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$ 18,55	200	R\$ 3.710,00
365	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$ 18,55	170	R\$ 3.153,50
366	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$ 17,16	230	R\$ 3.946,80
367	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 18,55	1700	R\$ 31.535,00
368	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$ 18,55	120	R\$ 2.226,00
369	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	R\$ 7,78	50	R\$ 389,00
370	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	R\$ 9,71	50	R\$ 485,50
371	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 18,55	2800	R\$ 51.940,00
372	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	R\$ 18,55	50	R\$ 927,50
373	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	R\$ 9,25	50	R\$ 462,50
374	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	R\$ 4,10	50	R\$ 205,00
375	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO	R\$ 18,55	50	R\$ 927,50
376	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	R\$ 17,16	50	R\$ 858,00
377	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 2,83	50	R\$ 141,50
378	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,00	720	R\$ 7.920,00
379	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	R\$ 9,25	50	R\$ 462,50

380	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 16,97	3300	R\$ 56.001,00
381	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25	50	R\$ 462,50
382	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBREAMARELA)	R\$ 30,00	4000	R\$ 120.000,00
383	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55	120	R\$ 2.226,00
384	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16	1250	R\$ 21.450,00
385	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 17,16	50	R\$ 858,00
386	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 17,16	150	R\$ 2.574,00
387	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 17,16	50	R\$ 858,00
388	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DAHEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	R\$ 18,55	700	R\$ 12.985,00
389	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,61	800	R\$ 9.288,00
390	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	R\$ 10,00	50	R\$ 500,00
391	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,55	3500	R\$ 64.925,00
392	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25	50	R\$ 462,50
393	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DAHEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 18,55	350	R\$ 6.492,50
394	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBREAMARELA)	R\$ 20,00	4000	R\$ 80.000,00
395	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55	100	R\$ 1.855,00
396	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16	1300	R\$ 22.308,00
397	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 17,16	50	R\$ 858,00
398	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 17,16	150	R\$ 2.574,00
399	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 17,16	50	R\$ 858,00
400	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO	R\$ 5,79	50	R\$ 289,50
401	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 370C	R\$ 5,79	50	R\$ 289,50
402	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO	R\$ 5,79	50	R\$ 289,50
403	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$ 13,35	300	R\$ 4.005,00
404	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA	R\$ 18,55	5200	R\$ 96.460,00

	HEPATITE B (HBSAG)			
405	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R\$ 18,55	150	R\$ 2.782,50
406	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	R\$ 25,00	50	R\$ 1.250,00
407	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	R\$ 2,80	50	R\$ 140,00
408	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	R\$ 2,04	50	R\$ 102,00
409	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	R\$ 2,40	50	R\$ 120,00
410	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$ 1,89	50	R\$ 94,50
411	PESQUISA DE CELULAS LE	R\$ 4,11	50	R\$ 205,50
412	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	R\$ 1,89	50	R\$ 94,50
413	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	R\$ 2,04	50	R\$ 102,00
414	PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)	R\$ 60,00	50	R\$ 3.000,00
415	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	R\$ 2,04	50	R\$ 102,00
416	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	R\$ 2,73	50	R\$ 136,50
417	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	R\$ 2,83	50	R\$ 141,50
418	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	R\$ 1,89	50	R\$ 94,50
419	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	R\$ 1,65	50	R\$ 82,50
420	PESQUISA DE EOSINOFILOS	R\$ 1,65	50	R\$ 82,50
421	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	R\$ 3,70	50	R\$ 185,00
422	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)	R\$ 4,80	50	R\$ 240,00
423	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$ 4,33	50	R\$ 216,50
424	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$ 4,10	200	R\$ 820,00
425	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37	2500	R\$ 3.425,00
426	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	R\$ 2,04	20	R\$ 40,80
427	PESQUISA DE FILARIA	R\$ 2,73	50	R\$ 136,50
428	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	R\$ 2,04	50	R\$ 102,00
429	PESQUISA DE FUNGOS	R\$ 4,19	20	R\$ 83,80
430	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	R\$ 3,36	20	R\$ 67,20
432	PESQUISA DE GORDURA FECAL	R\$ 1,65	50	R\$ 82,50
432	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	R\$ 2,80	50	R\$ 140,00
433	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$ 4,33	50	R\$ 216,50
434	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R\$ 2,73	50	R\$ 136,50
435	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA	R\$ 10,00	50	R\$ 500,00
436	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	R\$ 2,04	50	R\$ 102,00
437	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-	R\$ 9,25	300	R\$ 2.775,00

	ESPECIFICA			
438	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	R\$ 2,04	20	R\$ 40,80
439	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	R\$ 1,65	3600	R\$ 5.940,00
440	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	R\$ 2,80	20	R\$ 56,00
441	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R\$ 1,65	50	R\$ 82,50
442	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	R\$ 1,65	50	R\$ 82,50
443	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	R\$ 12,15	50	R\$ 607,50
444	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	R\$ 3,70	20	R\$ 74,00
445	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO MUCOSA)	R\$ 1,65	50	R\$ 82,50
446	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 1,65	14500	R\$ 23.925,00
447	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	R\$ 2,04	20	R\$ 40,80
448	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	R\$ 4,44	50	R\$ 222,00
449	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89	20	R\$ 37,80
450	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	R\$ 10,25	70	R\$ 717,50
451	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 7,00	4450	R\$ 31.150,00
452	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	R\$ 1,65	50	R\$ 82,50
453	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	R\$ 2,04	20	R\$ 40,80
454	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	R\$ 5,04	50	R\$ 252,00
455	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	R\$ 2,73	20	R\$ 54,60
456	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	R\$ 1,65	50	R\$ 82,50
457	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	R\$ 1,65	50	R\$ 82,50
458	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R\$ 10,00	20	R\$ 200,00
459	PESQUISA DE REFLUXO	R\$ 65,00	20	R\$ 1.300,00
460	PROVA CONFIRMATÓRIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES	R\$ 5,62	50	R\$ 281,00
461	PROVA DA D-XILOSE	R\$ 3,68	20	R\$ 73,60
462	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R\$ 4,11	50	R\$ 205,50
463	PROVA DE DILUICAO (URINA)	R\$ 2,04	20	R\$ 40,80
464	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	R\$ 9,70	50	R\$ 485,00
465	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R\$ 2,73	1000	R\$ 2.730,00
466	PROVA DO LACO	R\$ 2,73	1000	R\$ 2.730,00
467	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUSPNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	R\$ 1,89	50	R\$ 94,50
468	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R\$ 1,89	200	R\$ 378,00
469	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	R\$ 1,77	50	R\$ 88,50

470	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	R\$ 1,77	20	R\$ 35,40
471	PROTEINA C FUNCIONAL	R\$ 75,00	20	R\$ 1.500,00
472	PROTEINAS S	R\$ 115,00	100	R\$ 11.500,00
473	PROTEINA S LIVRE	R\$ 161,63	20	R\$ 3.232,60
474	PSA LIVRE/TOTAL	R\$ 20,00	5500	R\$ 110.000,00
475	PTH - PARATORMONIO	R\$ 30,00	400	R\$ 12.000,00
476	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	R\$ 18,00	50	R\$ 900,00
477	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 168,48	50	R\$ 8.424,00
478	QUANTIFICAÇÃO/AMPLIFICAÇÃO DO HER-2	R\$ 120,00	20	R\$ 2.400,00
479	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	R\$ 2,73	20	R\$ 54,60
480	REACAO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 4,10	50	R\$ 205,00
481	REACAO DE MONTENEGRO ID	R\$ 2,83	20	R\$ 56,60
482	REACAO DE PANDY	R\$ 1,89	20	R\$ 37,80
483	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89	20	R\$ 37,80
484	SOROLOGIA PARA DENGUE	R\$ 40,00	20	R\$ 800,00
485	RT-PCR PARA CITOMEGALOVIRUS	R\$ 326,00	20	R\$ 6.520,00
486	SHBG	R\$ 15,00	200	R\$ 3.000,00
487	T3 LIVRE	R\$ 15,00	350	R\$ 5.250,00
488	TESTE ALÉRGICO	R\$ 17,00	20	R\$ 340,00
489	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	R\$ 12,00	50	R\$ 600,00
490	TESTE DE CLEMENTS	R\$ 1,89	20	R\$ 37,80
491	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	R\$ 12,01	50	R\$ 600,50
492	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	R\$ 12,01	20	R\$ 240,20
493	TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APOS GONADORRELINA	R\$ 12,01	50	R\$ 600,50
494	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	R\$ 12,01	20	R\$ 240,20
495	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL P/60 EM 4 AMOSTRAS	R\$ 4,69	20	R\$ 93,80
496	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	R\$ 2,73	20	R\$ 54,60
497	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	R\$ 4,69	20	R\$ 93,80
498	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	R\$ 12,01	50	R\$ 600,50
499	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	R\$ 12,01	50	R\$ 600,50
500	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	R\$ 6,55	300	R\$ 1.965,00
501	TESTE DE VDRL P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 2,83	3700	R\$ 10.471,00
502	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$ 2,73	100	R\$ 273,00

503	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 20,00	150	R\$ 3.000,00
504	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 18,00	150	R\$ 2.700,00
505	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$ 2,73	500	R\$ 1.365,00
506	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	R\$ 8,43	20	R\$ 168,60
507	TESTE RT – PCR	R\$ 250,00	80	R\$ 20.000,00
508	TESTE DE SUOR	R\$ 20,00	20	R\$ 400,00
509	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	R\$ 5,79	20	R\$ 115,80
510	TIG (IMUNOLÓGICO GRAVIDEZ)	R\$ 7,50	100	R\$ 750,00
511	TOTG	R\$ 25,70	20	R\$ 514,00
512	TOTL	R\$ 33,37	20	R\$ 667,40
513	TOXICOLÓGICO	R\$ 100,00	300	R\$ 30.000,00
514	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	R\$ 2,83	3000	R\$ 8.490,00
515	VITAMINA A	R\$ 54,00	300	R\$ 16.200,00
516	VITAMINA B	R\$ 89,00	300	R\$ 26.700,00
517	VITAMINA C	R\$ 50,00	300	R\$ 15.000,00
518	VITAMINA E	R\$ 57,00	300	R\$ 17.100,00
519	VITAMINA K	R\$ 180,00	300	R\$ 54.000,00
520	ZICA	R\$ 216,00	300	R\$ 64.800,00

Nº	Z.1 - EXAMES CITOLOGIA E PATOLOGIA	VALOR UNITÁRIO	QUANTIDADE MUNICÍPIOS	VALOR TOTAL
01	EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA	R\$ 13,72	300	R\$ 4.116,00
02	IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS	R\$ 500,00	300	R\$ 150.000,00
03	EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL)	R\$ 20,96	300	R\$ 6.288,00
04	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM LAMINA DE PAAF ATÉ 5 LAMINAS	R\$ 40,00	300	R\$ 12.000,00

VALOR ESTIMADO (sete milhões cento e cinquenta e seis mil oitocentos e sessenta e nove reais e setenta e cinco centavos)	R\$ 5.725.495,80 + 25% = 7.156.869,75
---	--

A quantidade informada foi estimada com base nos dados extraídos do sistema de agendamento de gestão em saúde, utilizado por todos os municípios, foi feito mais um acréscimo de 25% levando em consideração que o consórcio conta atualmente com 25 entes consorciado, e com a possibilidade da inclusão de mais alguns municípios.

4. TIPO DE CONTRATAÇÃO

4.1. Fornecimento de bens/materiais:

- () Fornecimento em parcela única.
(X) Fornecimento sob demanda.

4.2. Modalidade sugerida e Modo de Disputa:

- () Dispensa de licitação, Art. 75, I.
() Dispensa de licitação, Art. 75, II.
() Registro de Preço.
(x) Credenciamento - Inexigibilidade de licitação, Art. 74.

5. JUSTIFICATIVA

5.1. CONSIDERANDO, a imprescindível necessidade da contratação acima referenciada, com o objetivo de estar suprindo a demanda dos Entes Consorciados, com a disponibilidade de Laboratórios Credenciados, que são essenciais para o atendimento à população, dentro do que preconiza os princípios do SUS;

5.2. CONSIDERANDO, reunião ordinária da Câmara Setorial da Saúde, ocorrida em 31/01/2025, sendo deliberado e aprovado pelos Secretários Municipais de Saúde dos municípios consorciados a realização do Chamamento Público para credenciamento de prestadores de serviços, para atenderem, de forma complementar, às demandas dos municípios com base nos valores da tabela própria do CIM POLO SUL, a qual foi ratificada em reunião;

5.3. CONSIDERANDO, os termos do art. 24 da Lei Orgânica do SUS (Lei nº. 8.080/90) de que quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada, de forma complementar, observando as normas de direito público;

5.4. CONSIDERANDO, que a opção dos gestores pela edição de uma tabela própria de valores a ser praticada no âmbito regional para a remuneração dos serviços em apreço impede a existência de concorrência, já que não há que se falar em disputa de preços;

5.7. CONSIDERANDO, que a figura do Credenciamento, precedido de Chamamento Público, é compreendido pela doutrina e jurisprudência, remansosamente, como hipótese de inexigibilidade de licitação (v.g.: TCU - Acórdão 1215/2013 Plenário: "*É possível a utilização do credenciamento para a prestação de serviços privados de saúde no âmbito do SUS ante as suas peculiaridades, que envolvem, entre outras, preço pré-fixado e nível de demanda superior à oferta.*").

5.8. ANTE O EXPOSTO, justificamos a contratação do objeto do presente termo, em razão da necessidade dos credenciamentos, para assim dar prosseguimento às atividades, uma vez que existe a necessidade do atendimento aos Entes Consorciados, para que possamos oferecer mais

serviços com qualidade aos usuários.

6. DOS VALORES DOS EXAMES LABORATORIAIS.

6.1. Poderão participar deste Credenciamento, os Laboratórios que atenderem aos serviços e valores definidos no item 3.1.

6.2. As empresas deverão atender todo o disposto no Termo de Referência, sob pena de desclassificação do credenciamento.

7. RAZÃO DO CREDENCIAMENTO

7.1. O presente credenciamento trata de um processo de prestação de serviços à população, nas especificações contidas no item 3.1 do presente Termo de Referência, que surgiu por demandas dos Entes Consorciados, deliberado em Ata nº 01/2025 da Reunião Extraordinária da Assembleia Geral do Consórcio Público da Região Sul – CIM POLO SUL, datado de 31 de janeiro de 2025.

7.2. Diante da deliberação em assembleia, frisando em: (i) melhoria da qualidade dos serviços de saúde; (ii) acesso facilitado aos exames; (iii) especialização e atualização tecnológica; (iv) foco na atividade-fim das unidades de saúde.

8. CRITÉRIOS DE SUSTENTABILIDADE

8.1. Os Laboratórios credenciados, devem adotar as medidas ambientais básicas, relativas à sua prestação de serviço, assumidas no ato de sua constituição e empregar materiais e equipamentos que atendam à critérios de sustentabilidade, tais como, segurança, durabilidade e eficiência, de modo a gerar menos resíduos, menor desperdício e menor impacto ambiental.

8.2. Considerando que os materiais a serem descartados pela contratada podem oferecer risco ao meio ambiente e não devem ser destinados ao lixo comum, na grande maioria das vezes, a empresa contratada deverá prover meios adequados de descarte seletivo, em observância à política de responsabilidade socioambiental do órgão e as demais legislações pertinentes ao assunto.

8.3. No que couber, visando a atender ao disposto na legislação aplicável, a CONTRATADA deverá priorizar, para o fornecimento do objeto, a utilização de bens que sejam no todo ou em parte compostos por materiais recicláveis, atóxicos e biodegradáveis;

8.4. Os bens não deverão conter substâncias perigosas em concentração acima da recomendada na diretiva RoHS (Restriction of Certain Hazardous Substances), tais como, mercúrio (Hg), chumbo (Pb), cromo hexavalente (Cr(VI)), cádmio (Cd), bifenil-polibromados (PBBs), éteres difenil-polibromados (PBDEs).

8.5 Desde a sua concepção até a fase final de produção e reciclagem dos produtos, devem ser observados os requisitos ambientais, fazendo com que sejam devidamente reconhecidos e certificados pelo Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial - INMETRO como produtos sustentáveis ou de menor impacto ambiental em relação aos seus

similares, nos termos da IN nº. 01, de 19 de janeiro de 2010, da Secretaria Nacional de Logística e Tecnologia da Informação.

9. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO:

9.1. A descrição da solução do CREDENCIAMENTO será a **Contratação de Empresa Especializada na prestação de serviço de exames laboratoriais de análises clínicas**, com o objetivo de atender as demandas relacionadas ao item 3.1.

10. EXECUÇÃO E CRITÉRIOS DE ACEITAÇÃO DO OBJETO

10.1. A execução dos exames se iniciará após a assinatura e publicação do termo de credenciamento, expedido pela CIM POLO SUL, na forma que segue:

a) Terá o LABORATÓRIO credenciado, o prazo máximo de **2 (dois) dias úteis** para dar início as suas atividades, contados a partir do mencionado no item 10.1.

10.2. Descrição na execução do objeto contratado:

10.2.1. Apresentação dos seguintes itens iniciais:

- a. Informar a execução dos serviços prestados, através do Sistema de Gestão do consórcio que será disponibilizado para todos os prestadores;
- b. A Requisição (chequinho), emitida pelo município solicitante autorizando o atendimento do paciente encaminhado, deverá ser encaminhada para este Consórcio juntamente com a nota fiscal;
- c. A Requisição (chequinho) emitida pelo município solicitante, só será aceita e paga pelo Consórcio, se a execução dos serviços estiver dentro do prazo de validade, devidamente assinada e carimbada pelo Gestor da Secretaria de Saúde (ou pessoa delegada por ele), pelo responsável pela sua emissão e pelo paciente;
- d. A nota fiscal deverá ser preenchida corretamente, sem rasuras e deverá ser de igual valor ao faturamento apresentado pelo Sistema de Gestão do Consórcio do período a ser pago.

11. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

11.1. A Contratada obriga-se a:

- a.** Utilizar na execução dos serviços credenciados, pessoal habilitado, e sob a sua supervisão direta;
- b.** Providenciar a imediata correção das deficiências apresentadas pelo CIM Polo Sul e entes Consorciado, quando do atendimento e prestação dos serviços;
- c.** Responsabilizar-se diretamente por todas as despesas diretas e indiretas relativas aos serviços prestados, tais como: salário, encargos sociais, fiscais, trabalhistas, previdenciários, indenizações e quaisquer outros que forem devidas aos seus empregados no desempenho do serviço descrito na cláusula primeira, isentando o CIM Polo Sul de qualquer vínculo empregatício com os mesmos;

- d. Responsabilizar-se por danos e/ou prejuízos pessoais, morais e ou materiais verificados nos atendimentos e nas prestações dos serviços aos usuários do CIM Polo Sul, sejam eles causados pela CREDENCIADA por meio de seus empregados ou terceiros;
- e. Atualizar seus dados cadastrais junto ao CIM Polo Sul, comprometendo-se a comunicar por escrito, eventuais mudanças de número de telefone/fax, endereço, e-mail e horário de atendimento, em até 30 (trinta) dias após a alteração dos mesmos;
- f. Responsabilizar-se por toda e qualquer informação fornecida ao CIM Polo Sul, em razão dos serviços prestados aos seus usuários, respondendo, deste modo, pela inobservância de normas legais, bem como pela inexatidão das referidas informações;
- g. Disponibilizar para o CIM Polo Sul os dados assistenciais dos atendimentos prestados, observadas as questões éticas e o sigilo profissional, na forma prevista na legislação do SUS.
- h. Para a prestação dos serviços o estabelecimento de saúde deverá possuir microcomputador, leitor biométrico para coleta de digital do paciente e acesso à rede mundial de computadores.

12. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

12.1. A Contratante obriga-se a:

- a. Avaliar, por intermédio dos municípios consorciados, a qualidade do atendimento e dos serviços prestados;
- b. Designar responsável para acompanhamento e fiscalização do presente termo;
- c. Efetuar os pagamentos nas condições pactuadas.

13. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA.

13.1. Os recursos para cobrir as despesas do objeto deste credenciamento correrão a conta da dotação orçamentária do consórcio para o exercício financeiro de 2025, a saber:

CIM POLO SUL

01 – CIM POLO SUL – CONSÓRCIO PÚBLICO POLO SUL
01 – CIM POLO SUL – CONSÓRCIO PÚBLICO POLO SUL
2.001 – PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, APOIO E DIAGNÓSTICOS CONTRATADOS
Elemento Despesa: 3.3.90.39.00.00 – OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA
Sub-Elemento Despesa: 3.3.90.39.50.00 – Serviços Médico-Hospitalares, Odontológicos e Laboratoriais
Fonte de Recurso: 1880.0000 – RECURSOS PRÓPRIOS

14. DA SUBCONTRATAÇÃO

14.1. Não será admitida a subcontratação do objeto.

15. DO ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO.

15.1. Nos termos dos artigos 117 e 140 da Lei nº 14.133/2021, o CIM POLO SUL designará um fiscal, para acompanhar, fiscalizar e atestar a conformidade do objeto e da alocação dos recursos necessários, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do Termo de Credenciamento;

15.2. Os serviços prestados serão acompanhados e fiscalizados em conjunto pela Secretaria Municipal de Saúde de cada município consorciado e pelo CIM Polo Sul, os quais poderão solicitar relatórios, informações e esclarecimentos sempre que julgar necessário a solução de denúncias, dúvidas ou divergências.

15.6. Serão indicados para fiscalizar esta aquisição/contratação os seguintes colaboradores públicos:

CIM POLO SUL

FISCAL: Jane Helena Barbosa Duarte

CARGO/FUNÇÃO: Assistente Administrativo.

FISCAL SUPLENTE: Natália Gomes de Souza

CARGO/FUNÇÃO: Gerente Administrativo

16. DA GARANTIA CONTRATUAL

16.1. - Não será exigida garantia contratual.

17. DO PAGAMENTO E CONDIÇÕES

17.1. Fechamento do ciclo mensal:

a. O interessado apresentará mensalmente ao CIM POLO SUL, até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente, a documentação elencada no item **10.2.1.**, relativa aos serviços efetivamente prestados nos 30 (trinta) dias anteriores a emissão da nota fiscal, do primeiro até o último dia do mês. Após a validação dos documentos, realizada pelo CIM POLO SUL, o interessado receberá até o 5º (quinto) dia subsequente a sua entrega;

b. Se a documentação descrita no inciso no item **10.2.1.**, não for entregue anexo a nota fiscal, o pagamento não será realizado, até que a documentação seja providenciada. Caso havendo incorreções ou irregularidades no faturamento apresentado, o pagamento somente será efetuado após a correção da mesma;

c. O pagamento está condicionado à validade e regularidade das Certidões Negativas de Débito Trabalhista, Federal, Estadual e Municipal e do Certificado de Regularidade do FGTS;

d. Caso o interessado se cadastre ao SIMPLES NACIONAL, durante a vigência de seu termo de credenciamento, deverá informar por escrito e com antecedência ao CIM POLO SUL.

e. No caso do pagamento ocorrer mediante crédito em conta corrente bancária de titularidade da CREDENCIADA, o comprovante de depósito terá a validade como recibo de quitação para todos os efeitos.

f. Fica vedada a emissão de duplicatas e/ou boletos bancários de cobrança dos serviços

prestados com prazo/data de vencimento das mesmas e inclusão de quaisquer multas e ou penalidades.

18. DA VIGÊNCIA.

18.1. O presente instrumento vigorará pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, a contar da data da sua assinatura, podendo ser prorrogado por prazos iguais e sucessivos por manifestação expressa do CIM Polo Sul na forma do artigo 105 da Lei nº 14.133, de 2021. (na forma dos artigos 106 e 107 da Lei nº 14.133, de 2021.

18.2. Para a prorrogação do termo de credenciamento deverão ser encaminhados ao CIM POLO SUL os documentos atualizados constantes no Edital, referentes ao credenciado e ao local da prestação dos serviços.

19. DA AMOSTRA.

19.1. Não se aplica.

20. DO REAJUSTE

20.1. A CREDENCIADA se compromete à prestação dos serviços constantes do Anexo Único deste instrumento, nos valores definidos na tabela do CIM Polo Sul, sendo vedada a cobrança extra de valores a qualquer título, conforme vedação constante da legislação do SUS.

20.2. Os preços dos serviços poderão ser alterados sempre na mesma data e na mesma proporção em que ocorrer modificação da TABELA DE VALORES E EXAMES LABORATORIAIS – TVEL, do CIM Polo Sul.

21. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

21.1. Pela inexecução total ou parcial do objeto deste Edital, conforme o caso, o CIM Polo Sul poderá aplicar ao credenciado as seguintes penalidades, sem prejuízo de outras medidas legais aplicáveis à espécie, garantida a prévia e a ampla defesa:

i. advertência;

ii. multa de até dez por cento (10%) do valor do último faturamento mensal, salvo se a irregularidade decorrer de caso fortuito ou força maior, devidamente comprovado pelo credenciado e acatado pelo CIM Polo Sul;

iii. suspensão temporária de participar de licitação ou credenciar com o CIM Polo Sul ou com qualquer de seus municípios consorciados por até dois (02) anos; e

iv. declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade.

21.2. As sanções previstas no item 25.1, incisos III e IV, poderão também ser aplicadas às pessoas jurídicas que, dentre outras condutas:

a. injustificadamente retardarem a execução do objeto do termo de credenciamento;

- b. injustificadamente não mantiverem as condições estabelecidas no Edital ou no termo de credenciamento;
- c. fizerem declaração falsa ao CIM Polo Sul ou a qualquer de seus entes consorciados;
- d. falharem ou fraudarem a execução do termo de credenciamento;
- e. praticarem atos ilícitos visando a frustrar os objetivos deste Edital e/ou do termo de credenciamento;
- f. demonstrarem não possuir idoneidade para contratar com a Administração em virtude de atos ilícitos praticados.

21.3. O valor da multa poderá ser descontado dos pagamentos devidos pelo CIM Polo Sul ao credenciado em razão dos serviços já prestados aos municípios consorciados em conformidade com as condições fixadas no termo de credenciamento.

22. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR

22.1. REGULARIDADE FISCAL

- a. Ato constitutivo Estatuto ou Contrato Social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedade comercial, no caso de sociedade por ações acompanhado de documento de eleição dos seus administradores ou Registro comercial no caso de empresa individual, juntamente com os documentos pessoais do representante legal e demais profissionais do prestador de serviço;
- b. Prova de regularidade com a Fazenda Federal (Prova de Regularidade de Tributos Federais e Dívida Ativa da União - Certidão Conjunta PGFN e RFB);
- c. Prova de regularidade (certidão) com o FGTS (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço);
- d. Prova de regularidade (certidão) com a Fazenda Estadual - Estado Sede da Empresa Contratada;
- e. Prova de regularidade (certidão) com a Fazenda Municipal da Sede da Contratada;
- f. Prova de regularidade com a Justiça do Trabalho através da Certidão Negativa de Débitos;
- g. Trabalhistas (CNDT), em atendimento à Lei nº 12.440/2011;
- h. Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica CNPJ.

23. QUALIFICAÇÃO ECÔNOMICO-FINANCEIRA

a. CERTIDÃO NEGATIVA DE FALÊNCIA, expedida pelos Cartórios Distribuidores competentes da sede da pessoa jurídica, emitida há, no máximo, 60 (sessenta) dias, quando outro prazo de validade não estiver expresso no documento.

Caso a Contratada apresente Certidão Positiva, poderá celebrar contrato, desde que o juízo em que tramita o procedimento da recuperação judicial certifique que a empresa está apta econômica e financeiramente a suportar o cumprimento de um futuro contrato com a administração pública, levando em consideração o objeto a ser contratado, em atendimento ao PARECER/CONSULTA TC Nº 008/2015 – PLENÁRIO – PROCESSO – TC-3519/2013 do Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo.

24. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

- a. Comprovante de registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, bem como vínculo dos profissionais que atuam na empresa;
- b. Registro do laboratório (empresa) junto ao **CRF/ES** e comprovante de regularidade para o exercício 2024, conforme Lei nº 3.820 de 11 de novembro de 1960, que cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Farmácia.
- c. Cópia da carteira profissional do responsável técnico **CRF/ES** (bioquímicos) e/ou cópia da carteira profissional Biomedicina CFBM e comprovante de regularidade junto ao conselho no exercício 2024, regulamentada pelo Decreto nº 88.439, de 28 de junho de 1983.
- d. Alvará de localização e funcionamento vigente, expedido pelo município sede da empresa credenciada, com ramo de atividade pertinente ao objeto deste edital;
- e. Alvará sanitário vigente, expedido pela vigilância sanitária competente ou protocolo de renovação do mesmo encaminhado junto à unidade competente, desde que a renovação tenha sido requerida dentro da validade do alvará. Em caso de dispensa de Alvará da Vigilância Sanitária, deverá ser apresentada a respectiva declaração emitida pelo Município da Sede da empresa;
- f. Declaração que contenha o nome do responsável técnico e dos profissionais que realizarão os atendimentos, com respectiva comprovação da especialidade junto ao órgão competente com o número de registro profissional no Conselho Regional do Estado do Espírito Santo.

25. JUSTIFICATIVA PARA O PARCELAMENTO OU NÃO DA SOLUÇÃO

25.1. Não se aplica. Fato este, por ser procedimento de CREDENCIAMENTO, os Laboratórios irão definir as especialidades dos exames contidos no item 3.1.

26. ESTIMATIVAS DO VALOR DA CONTRATAÇÃO

26.1. O custo estimado total do credenciamento é de R\$ **R\$ 7.156.869,75** (sete milhões cento e cinquenta e seis mil oitocentos e sessenta e nove reais e setenta e cinco centavos) conforme demonstrado no item 3.1.

27. DA LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS (LGPD).

27.1. Com exceção do que dispõe o art. 4º da Lei Federal nº 13709/18, que trata da proteção dos dados pessoais, a CONTRANTE se obriga a dar ciência prévia à CONTRATADA quando fizer uso dos dados privados, sempre zelando pelos princípios da minimização da coleta, necessidade de exposição específica da finalidade, sem prejuízo da mera correção dos dados;

27.2. Fica vedado o tratamento de dados pessoais sensíveis por parte da CONTRANTE com objetivo de obter vantagem econômica de qualquer espécie, com exceção daquelas hipóteses previstas no parágrafo 4º do art.11 da Lei Federal nº13.709/18;

27.3. Multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor total do CONTRATO, na hipótese de tratamento de dados pessoais sensíveis com o objetivo de obter vantagem econômica, ou outra irregularidade havida no cumprimento do CONTRATO, por culpa da CONTRATADA;

27.4. A CONTRATANTE se compromete a zelar pelo tratamento dos dados pessoais das titulares pessoas naturais vinculadas à CONTRATANTE, sem prejuízo de qualquer responsabilidade, admitindo-se o tratamento nas hipóteses de consentimento específico e destacado por termo de compromisso e ou nas hipóteses previstas nos incisos II a X do art. 7º da Lei Federal nº 13.709/18;

27.5. Multa de 10% (dez por cento) sobre o valor total do CONTRATO, na hipótese de descumprimento da obrigação de zelo no tratamento dos dados pessoais da pessoa natural vinculada à CONTRATANTE, ou em caso de tratamento de dados sem o consentimento específico e destacado por termo de compromisso, ou outra irregularidade havida no cumprimento do CONTRATO, por culpa da CONTRATADA.

28. DO COMBATE À CORRUPÇÃO.

28.1. Para a execução deste Contrato, nenhuma das partes poderá oferecer, dar ou se comprometer a dar, a quem quer que seja, ou aceitar ou se comprometer a aceitar, de quem quer que seja, tanto por conta própria, quanto por intermédio de outrem, qualquer pagamento, doação, compensação, vantagens financeiras ou benefícios de qualquer espécie, seja de forma direta ou indireta quanto ao objeto deste Contrato, ou de outra forma a ele não relacionada, o que deve ser observado, ainda, pelos prepostos e colaboradores.

29. DOS MUNICÍPIOS QUE INTEGRAM ESTE CONSÓRCIO:

1. **MUNICÍPIO DE ALEGRE/ES;**
2. **MUNICÍPIO DE ALFREDO CHAVES/ES;**
3. **MUNICÍPIO DE APIACÁ/ES;**
4. **MUNICÍPIO DE ATÍLIO VIVACQUA/ES;**
5. **MUNICÍPIO DE BOM JESUS DO NORTE/ES;**
6. **MUNICÍPIO DE CACHOEIRO DO ITAPEMIRIM/ES;**
7. **MUNICÍPIO DE CASTELO/ES;**
8. **MUNICÍPIO DE DIVINO DE SÃO LOURENÇO/ES;**
9. **MUNICÍPIO DE DORES DO RIO PRETO/ES;**
10. **MUNICÍPIO DE GUAÇUÍ/ES;**
11. **MUNICÍPIO DE IBITIRAMA/ES;**
12. **MUNICÍPIO DE ICONHA/ES;**
13. **MUNICÍPIO DE IRUPI/ES;**
14. **MUNICÍPIO DE ITAPEMIRIM/ES;**
15. **MUNICÍPIO DE ITARANA/ES;**

16. **MUNICÍPIO DE IÚNA/ES;**
17. **MUNICÍPIO DE JERÔNIMO MONTEIRO/ES;**
18. **MUNICÍPIO DE MARATAÍZES/ES;**
19. **MUNICÍPIO DE MIMOSO DO SUL/ES;**
20. **MUNICÍPIO DE MUNIZ FREIRE/ES;**
21. **MUNICÍPIO DE MUQUI/ES;**
22. **MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY/ES;**
23. **MUNICÍPIO DE RIO NOVO DO SUL/ES;**
24. **MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO CALÇADO/ES;**
25. **MUNICÍPIO DE VARGEM ALTA/ES.**
26. **GUARAPARI/ES.**

30. RESPONSABILIDADES

30.1. Justificativa de Contratação

Natalia Gomes de Souza

30.2. Autorização do Proc. Licitatório

Gedson Brandão Paulino

30.3. Elaboração do ETP.

Marcio Rasselli Correia

30.4. Aprovação do ETP.

Katiuscia Scarpini Pavão

30.5. Elaboração da Especificação.

Natalia Gomes de Souza

30.6. Aprovação da Especificação.

Gedson Brandão Paulino

30.7. Elaboração do Quantitativo.

Natalia Gomes de Souza

30.8. Aprovação do Quantitativo.

Gedson Brandão Paulino

30.9. Elaboração do TR/Projeto Básico.

Marcio Rasselli Correia

30.10. Aprovação do TR/Projeto Básico.

Katiuscia Scarpini Pavão

30.11. Elaboração Pesquisa de Mercado.

Marcio Rasselli Correia

30.12. Aprovação Pesquisa de Mercado.

Katiuscia Scarpini Pavão

30.13. Razão Escolha Fornecedor/exec.

Vanessa Marques Ribeiro

30.14. Elaboração Parecer Jurídico.

Douglas Marchiori Rodrigues

31. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS.

31.1. Fica eleito o Foro da Comarca de Mimoso do Sul/ES, para dirimir possíveis litígios decorrentes deste procedimento licitatório.

31.2. Quaisquer dúvidas quanto às especificações, favor consultar a supervisão de compras, por meio do telefone (28) 3555-1990 ou e-mail compras@cimpolosul.es.gov.br.

Mimoso do Sul-ES, 26 de março de 2025.

Marcio Rasselli Correia

Supervisor Administrativo de Compras
Compartilhadas e Contratações

Katiuscia Scarpini Pavão

Superintendente Administrativa e Financeira

ANEXO II

TERMO DE CREDENCIAMENTO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

TERMO DE CREDENCIAMENTO DA EMPRESA..... PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE SAÚDE AO CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLO SUL – CIM POLO SUL.

O CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLO SUL – CIM Polo Sul, Associação Pública de direito público, com sede a Rua Maria Josefina de Resende, nº 625, Bairro Café Moca, Mimoso do Sul/ES, CEP: 29400-000, inscrita no CNPJ nº 02.722.566.0001-52, neste ato devidamente representado legalmente pelo seu Presidente o Sr. **GÉDSON BRANDÃO PAULINO**, brasileiro, casado, Prefeito Municipal de Iconha inscrito no CPF sob o nº 083.592.647-83, residente e domiciliado na cidade de Iconha - Es.

CREDENCIADA:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, pessoa jurídica de direito privado, sediada em XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX/ES, sito Rua XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, nº XXX, XXXXXXXXXXXX CEP: XX.XXX.XXX, inscrita no CNPJ sob nº XX.XXX.XXX/XXXX-XX, tendo como representante legal o Sr. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, inscrita no CPF nº XXX.XXX.XXX-XX, residente e domiciliado à Rua XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, nº XXX, XXXXXXXXXXXX, XXXXXXXXXXXX/ES, CEP: XX.XXX-XXX doravante denominada simplesmente CREDENCIADA, com embasamento legal no processo de Chamamento Público nº 003/2025, Processo Administrativo nº 0536 /2025, Lei Federal nº 11.107/2005, Lei

Federal nº 14.133/2021, Lei Federal 8.080/90 e demais legislações aplicáveis, observando que as partes, comprometem-se a observância das cláusulas e das condições a seguir pactuadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

1.1. O objeto do presente é a prestação de serviços de saúde, consubstanciados na coleta, realização e distribuição de exames de Análises Clínicas (EXAMES LABORATORIAIS) constantes do Anexo Único que integra este instrumento, pela CREDENCIADA à população dos Municípios consorciados do CIM Polo Sul, na forma e condições das Cláusulas seguintes.

1.2. Os serviços acima referidos, se encontram descritos e serão pagos observando-se os valores constantes da TABELA DE VALORES E EXAMES LABORATORIAIS – TVEL, do CIM Polo Sul.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1. Compete a CREDENCIADA:

2.1.1 Prestar os serviços descritos na cláusula primeira em local apropriado, devidamente equipado e/ou disponibilizado pelos municípios consorciados;

2.1.2. Recusar a prestação de qualquer serviço de saúde aos municípios consorciados sem prévia autorização dos Secretários Municipais de Saúde ou servidor municipal devidamente autorizado;

2.1.3. Fornecer aos usuários ou seu responsável, relatório do atendimento, laudo médico, atestado médico ou outro documento necessário para atender as necessidades do usuário;

2.1.4. Não considerar como nova consulta a entrega e avaliação de exames se esta ocorrer dentro de 30 (trinta) da consulta;

2.1.5. Preencher todos os campos dos formulários oriundos das Secretarias Municipais de Saúde, com os respectivos dados, códigos do CID, mapas de produção, e demais formulários exigidos pelo Ministério da Saúde;

2.1.6. Dispensar aos usuários, sem qualquer diferenciação, os mesmos tratamentos realizados com padrões técnicos e de conforto material dispensado aos seus demais clientes da CREDENCIADA;

2.1.7. Comunicar a Central de Regulação Municipal os casos de suspensão do horário do atendimento de usuário, com antecedência suficiente para ser avisado aos respectivos usuários, salvo os casos de urgência, que não poderão ser repetitivos;

2.1.8. Comprometer-se a não cobrar diretamente dos usuários e/ou de seus responsáveis quaisquer quantias relacionadas direta ou indiretamente aos serviços objeto deste instrumento, durante a sua vigência;

2.1.9. Prestar ao CIM Polo Sul, sempre que solicitado, informações e relatórios necessários a permitir a realização do acompanhamento e fiscalização do presente instrumento;

2.1.10. Observar no momento do atendimento que a autorização para a realização dos serviços médicos terá validade de no máximo 60 dias;

2.1.11. Garantir o atendimento do aumento da demanda, em caso de surto ou epidemia de doenças;

2.1.12. Informar diariamente por meio do sistema de gestão em saúde, disponibilizado pelo CIM Polo Sul sem ônus para a CREDENCIADA, os atendimentos realizados;

2.1.13. Enviar mensalmente ao CIM Polo Sul relatório com as autorizações de atendimentos, devidamente assinadas, com nome do paciente, atendimento realizado e respectivos valores, visando à conferência de faturamento e fiscalização da equipe do Consórcio e ou do Município consorciado demandante dos serviços.

2.1.14. Para a prestação dos serviços o estabelecimento de saúde deverá possuir microcomputador, leitor biométrico para coleta de digital do paciente e acesso à rede mundial de computadores. O leitor biométrico não inabilita, mas é item obrigatório para a prestação dos serviços.

CLÁUSULA TERCEIRA - DO PREÇO E REAJUSTAMENTO

3.1. A CREDENCIADA se compromete à prestação dos serviços constantes do Anexo Único deste instrumento, nos valores definidos na tabela do CIM Polo Sul, sendo vedada a cobrança extra de valores a qualquer título, conforme vedação constante da legislação do SUS.

3.2. Os preços dos serviços poderão ser alterados sempre na mesma data e na mesma proporção em que ocorrer modificação da TABELA DE VALORES E EXAMES LABORATORIAIS – TVEL, do CIM Polo Sul.

CLÁUSULA QUARTA - DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

4.1. O Consórcio Público da Região Polo Sul - CIM Polo Sul pagará mensalmente à CREDENCIADA pelos serviços prestados, observando-se o seguinte:

a) Os fechamentos das produções deverão compor períodos do primeiro e o último dia do mês anterior, a emissão da nota fiscal;

b) A CONTRATADA deverá apresentar a Nota Fiscal até o dia 5º (quinto) dia útil do mês subsequente a prestação de serviço, sempre acompanhada de relatório de atendimento individualizado por município (onde conste nome completo do paciente, data do atendimento, município referente, tipo de consulta realizada e valor cobrado) e das guias de autorização/requisição que autorizaram os serviços;

c) Somente após conferir e atestar o serviço prestado poderá o CIM Polo Sul efetuar o pagamento devido, que deverá ocorrer até o 05º dia após a entrega dos documentos e nota fiscal;

d) Havendo incorreções ou irregularidades no faturamento apresentado, o pagamento somente será efetuado após a correção da mesma;

e) Junto à nota fiscal deverão ser apresentadas as certidões de regularidade fiscal e trabalhista;

4.2. No caso do pagamento ocorrer mediante crédito em conta corrente bancária de titularidade da CREDENCIADA, o comprovante de depósito terá a validade como recibo de quitação para todos os efeitos.

4.3. Fica vedada a emissão de duplicatas e/ou boletos bancários de cobrança dos serviços prestados com prazo/data de vencimento das mesmas e inclusão de quaisquer multas e ou penalidades.

CLÁUSULA QUINTA - DAS DOTAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS

5.1. Os recursos financeiros a serem utilizados para pagamento das despesas advindas do presente termo de credenciamento correrão a conta de recursos

constantes do orçamento do CIM Polo Sul;

01 – CIM POLO SUL – CONSÓRCIO PÚBLICO POLO SUL
01 – CIM POLO SUL – CONSÓRCIO PÚBLICO POLO SUL
2.001 – PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MEDICOS, APOIO E DIAGNOSTICOS CONTRATADOS
Elemento Despesa: 3.3.90.39.00.00 – OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA
Sub-Elemento Despesa: 3.3.90.39.50.00 – Serviços Médico-Hospitalares, Odontológicos e Laboratoriais
Fonte de Recurso: 1880.0000 – RECURSOS PRÓPRIOS

CLÁUSULA SEXTA - DO AMPARO LEGAL

6.1. O presente termo de credenciamento encontra-se amparado no disposto no caput do artigo 74 da Lei Federal nº 14.133/2021 e alterações posteriores.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA VIGÊNCIA

7.1. O presente instrumento vigorará pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, a contar da data da sua assinatura, podendo ser prorrogado por prazos iguais e sucessivos por manifestação expressa do CIM Polo Sul na forma do artigo 105 da Lei nº 14.133, de 2021. (na forma dos artigo 107 da Lei nº 14.133, de 2021).

CLÁUSULA OITAVA - DO DESCREDENCIAMENTO

8.1. Ocorrerá descredenciamento do prestador de serviços, nos seguintes casos:

- a) Não cumprimento ou cumprimento irregular de cláusulas do presente termo;
- b) Paralisação dos serviços sem justa causa e sem prévia comunicação ao CIM Polo Sul;
- c) Por decisão da Câmara Setorial de Saúde do CIM Polo Sul, motivados pela má qualidade dos serviços prestados, em relação aos atendimentos realizados e a ética profissional;
- d) Por interesse do CIM Polo Sul, no caso dos serviços deixarem de integrar o plano de atendimento aos municípios consorciados, ou ainda, a TABELA DE VALORES E EXAMES LABORATORIAIS – TVEL), deste Consórcio.

8.2. Quando o descredenciamento ocorrer pelos motivos expressos nas letras “a”, “b”,

“c” a CREDENCIADA ficará impedida de prestar serviço ao CIM Polo Sul e Municípios Consorciados pelo prazo não inferior a 12 (doze) meses;

8.3. Caso o credenciamento previsto no item 8.1 seja levada a efeito, caberá a CREDENCIADA, durante o prazo da notificação e até a data do efetivo credenciamento, manter o atendimento aos usuários.

CLÁUSULA NONA - DAS RESPONSABILIDADES

9.1. Compete a CREDENCIADA:

- a) Utilizar na execução dos serviços credenciados, pessoal habilitado, e sob a sua supervisão direta;
- b) Providenciar a imediata correção das deficiências apresentadas pelo CIM Polo Sul e entes Consorciado, quando do atendimento e prestação dos serviços;
- c) Responsabilizar-se diretamente por todas as despesas diretas e indiretas relativas aos serviços prestados, tais como: salário, encargos sociais, fiscais, trabalhistas, previdenciários, indenizações e quaisquer outros que forem devidas aos seus empregados no desempenho do serviço descrito na cláusula primeira, isentando o CIM Polo Sul de qualquer vínculo empregatício com os mesmos;
- d) Responsabilizar-se por danos e/ou prejuízos pessoais, morais e ou materiais verificados nos atendimentos e nas prestações dos serviços aos usuários do CIM Polo Sul, sejam eles causados pela CREDENCIADA por meio de seus empregados ou terceiros;
- e) Atualizar seus dados cadastrais junto ao CIM Polo Sul, comprometendo-se a comunicar por escrito, eventuais mudanças de número de telefone/fax, endereço, e-mail e horário de atendimento, em até 30 (trinta) dias após a alteração dos mesmos;
- f) Responsabilizar-se por toda e qualquer informação fornecida ao CIM Polo Sul, em razão dos serviços prestados aos seus usuários, respondendo, deste modo, pela inobservância de normas legais, bem como pela inexatidão das referidas informações;
- g) Disponibilizar para o CIM Polo Sul os dados assistenciais dos atendimentos prestados, observadas as questões éticas e o sigilo profissional, na forma prevista na legislação do SUS.

h) Para a prestação dos serviços o estabelecimento de saúde deverá possuir microcomputador, leitor biométrico para coleta de digital do paciente e acesso à rede mundial de computadores.

9.2. Compete ao CIM Polo Sul:

- a) Avaliar, por intermédio dos municípios consorciados, a qualidade do atendimento e dos serviços prestados;
- b) Designar responsável para acompanhamento e fiscalização do presente termo;
- c) Efetuar os pagamentos nas condições pactuadas.

CLÁUSULA DÉCIMA - DO ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO

10.1. Os serviços prestados serão acompanhados e fiscalizados em conjunto pela Secretaria Municipal de Saúde de cada município consorciado e pelo CIM Polo Sul, os quais poderão solicitar relatórios, informações e esclarecimentos sempre que julgar necessário a solução de denúncias, dúvidas ou divergências.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS ALTERAÇÕES

11.1. Em caso de solicitação de inclusão de profissional em contrato vigente, deverão ser apresentados os documentos relacionados abaixo:

- a) Requerimento de Credenciamento (Anexo VIII do edital) assinado pelo responsável legal da empresa;
- b) Relação atualizada do corpo clínico com informações de especialidade e registro no referido conselho, assinado pelo representante legal da empresa;
- c) Cópia dos documentos do profissional a ser incluído em conformidade com item 5 "O" do referido edital;

11.2. Em caso de solicitação de inclusão/exclusão de procedimento e ou serviços em contrato vigente, deverão ser apresentados os documentos relacionados abaixo
Requerimento de Credenciamento (Anexo VIII do edital) assinado pelo responsável legal da empresa.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. Os tributos e contribuições que forem devidos em decorrência direta ou indireta do presente instrumento, ou de sua execução, constituem ônus de responsabilidade do contribuinte, assim definido na legislação tributária.

12.2. A CREDENCIADA autoriza o CIM Polo Sul a divulgar seu nome, endereço e telefone aos municípios consorciados e seus usuários.

12.3. O presente instrumento não é firmado em caráter de exclusividade, podendo a CREDENCIADA operar com quaisquer outras instituições.

12.4. Fica vedado a CREDENCIADA transferir a terceiros, no todo ou em parte, os direitos e as obrigações estabelecidas neste instrumento.

12.5. O termo de credenciamento obedecerá às disposições, no que couber às normas da Lei Federal nº 14.133/2021 e da Lei nº 8.080/1990, e demais normas do Sistema Único de Saúde e princípios gerais da administração pública, sem prejuízo de outras exigências ajustadas pelas partes.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO FORO

13.1. Para dirimir toda e qualquer controvérsia oriunda deste instrumento, ou de seu objeto, as partes elegem como competente o foro da Comarca Ibirapu/ES, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem certas e ajustadas, as partes por si, assinam o presente em três vias de igual teor e forma, na presença de 2 (duas) testemunhas, para os devidos efeitos legais.

Mimoso do Sul/ES, XX de XXXX de 2025

GÉDSON BRANDÃO PAULINO
PRESIDENTE DO CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO CIM POLO SUL
CIM Polo Sul

ANEXO III

**TABELA DOS SERVIÇOS E VALORES (TABELA DE VALORES DE EXAMES
LABORATORIAIS – TVEL) DO CIM POLO SUL):**

Atualizada em 04/02/2025.

Nº	EXAMES LABORATORIAIS / PROCEDIMENTOS	VALOR UNITÁRIO
1	ACIDO FÓLICO	R\$ 13,00
2	ACIDEZ TITULÁVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)	R\$ 3,04
3	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
4	ADENOGRAMA	R\$ 5,79
5	ALÉRGICO ESPECIFICO	R\$ 20,00
6	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$ 3,70
7	ANTIBIOGRAMA	R\$ 4,98
8	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R\$ 13,33
9	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R\$ 13,33
10	ANTI GLIADINA IGA	R\$ 30,40
11	ANTI-BETA 2 GLICOPROTEINA IgG/IgM	R\$ 125,00
12	ANTI Ccp	R\$ 50,00
13	ANTI COAGULANTE LUPICO	R\$ 110,00
14	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	R\$ 4,20
15	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	R\$ 4,20
16	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$ 4,20
17	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$ 2,80
18	BNP	R\$ 120,00
19	C-ANCA	R\$ 55,00
20	CA-15	R\$ 19,00
21	CA-19	R\$ 19,00
22	CALCIURIA 24HS	R\$ 8,37
23	CALPROCTINA FECAL	R\$ 125,00
24	CAPROTEINA	R\$ 120,00
25	CAPROCULTURA	R\$ 31,00
26	CHAGAS IGG	R\$ 15,00
27	CHAGAS IGM	R\$ 15,00
28	CHIKUNGUNHA	R\$ 210,00

29	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	R\$ 4,33
30	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	R\$ 4,33
31	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	R\$ 6,48
32	CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 3,51
33	CLEARANCE DE FOSFATO	R\$ 3,51
34	CLEARANCE DE UREIA	R\$ 3,51
35	CLEARANCE OSMOLAR	R\$ 3,51
36	COAGULOGRAMA	R\$ 13,50
37	CONTAGEM DE ADDIS	R\$ 2,04
38	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	R\$ 15,00
39	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	R\$ 15,00
40	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	R\$ 15,00
41	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 2,73
42	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$ 2,73
43	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89
44	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89
45	CULTURA FEZES + TSA	R\$ 16,00
46	CULTURA FUNGOS + TSA	R\$ 70,00
47	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 5,62
48	CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO)	R\$ 5,62
49	CULTURA P/ HERPESVIRUS	R\$ 4,33
50	CULTURA PARA BAAR	R\$ 5,63
51	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R\$ 10,25
52	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$ 4,19
53	DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R\$ 65,00
54	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	R\$ 96,00
55	DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 8,80
56	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE	R\$ 66,00
57	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)	R\$ 66,00
58	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA	R\$ 66,00
59	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)	R\$ 66,00
60	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	R\$ 10,65
61	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R\$ 6,00
62	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 180,00
63	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES	R\$ 160,00

	CORIONICAS(C/ TECNICA DE BANDAS)	
64	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DEBANDAS)	R\$ 160,00
65	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	R\$ 9,25
66	DETERMINAÇÃO DE CREMATÓCRITO NOLEITE HUMANO ORDENHADO	R\$ 1,53
67	DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS	R\$ 15,65
68	DETERMINACAO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR	R\$ 2,73
69	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 3,63
70	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (5DOSAGENS)	R\$ 6,55
71	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4DOSAGENS)	R\$ 3,68
72	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	R\$ 10,00
73	DETERMINACAO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	R\$ 2,73
74	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 2,83
75	DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NOLIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,56
76	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	R\$ 12,54
77	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	R\$ 3,70
78	DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE	R\$ 3,51
79	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	R\$ 12,54
80	DETERMINACAO DE SULFO-HEMOGLOBINA	R\$ 2,73
81	DETERMINACAO DE T3 REVERSO	R\$ 14,69
82	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	R\$ 2,73
83	DETERMINACAO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	R\$ 2,73
84	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	R\$ 9,00
85	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R\$ 2,73
86	DETERMINACAO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	R\$ 5,79
87	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA	R\$ 2,85
88	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTPATIVADA)	R\$ 5,77
89	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 2,73
90	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTACAO (VHS)	R\$ 2,73
91	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37
92	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 9,25
93	DIMERO D	R\$ 40,00
94	DOSAGEM DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SANGUE EM PAPELDE FILTRO	R\$ 5,50
95	DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO	R\$ 17,16
96	DOSAGEM DE17 HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO	R\$ 8,00

97	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R\$ 10,20
98	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	R\$ 6,72
99	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	R\$ 6,72
100	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 15,24
101	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	R\$ 3,51
102	DOSAGEM DE ACETONA	R\$ 1,85
103	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	R\$ 6,72
104	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R\$ 2,01
105	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	R\$ 2,06
106	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	R\$ 2,23
107	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	R\$ 3,68
108	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	R\$ 2,04
109	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$ 1,85
110	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R\$ 15,65
111	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	R\$ 9,00
112	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$ 14,12
113	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	R\$ 3,51
114	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	R\$ 2,01
115	DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$ 3,68
116	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$ 11,89
117	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	R\$ 3,68
118	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R\$ 3,68
119	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	R\$ 3,68
120	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$ 15,06
121	DOSAGEM DE ALUMINIO	R\$ 27,50
122	DOSAGEM DE ANTICORPO ANTILÍPICO	R\$ 40,00
123	DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 2,25
124	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	R\$ 10,00
125	DOSAGEM DE AMONIA	R\$ 3,51
126	DOSAGEM DE AMP CICLICO	R\$ 12,01
127	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$ 11,53
128	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	R\$ 10,00
129	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R\$ 4,11
130	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTEHUMANO IGA	R\$ 18,55
131	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	R\$ 10,00
132	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 16,42
133	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$ 6,48
134	DOSAGEM DE BARBITURATOS	R\$ 13,13

135	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	R\$ 13,48
136	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$ 13,55
137	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 2,01
138	DOSAGEM DE CADMIO	R\$ 6,55
139	DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 1,85
140	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$ 3,51
141	DOSAGEM DE CALCITONINA	R\$ 14,38
142	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$ 17,53
143	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	R\$ 4,11
144	DOSAGEM DE CAROTENO	R\$ 2,01
145	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	R\$ 3,68
146	DOSAGEM DE CHUMBO	R\$ 8,83
147	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R\$ 58,61
148	DOSAGEM DE CITRATO	R\$ 2,01
149	DOSAGEM DE CLORETO	R\$ 1,85
150	DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR	R\$ 150,00
151	DOSAGEM DE COBRE	R\$ 3,51
152	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 3,51
153	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 3,51
154	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 1,85
155	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R\$ 3,68
156	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 17,16
157	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$ 17,16
158	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 9,86
159	DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 1,85
160	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 1,89
161	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 3,68
162	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$ 4,12
163	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	R\$ 2,83
164	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 11,25
165	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	R\$ 3,51
166	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	R\$ 3,51
167	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R\$ 3,68
168	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	R\$ 3,68
169	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R\$ 8,97
170	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 11,71
171	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	R\$ 1,65
172	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 10,15

173	DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$ 11,55
174	DOSAGEM DE ESTRONA	R\$ 11,12
175	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	R\$ 15,65
176	DOSAGEM DE FATOR II	R\$ 5,31
177	DOSAGEM DE FATOR IX	R\$ 7,61
178	DOSAGEM DE FATOR V	R\$ 4,73
179	DOSAGEM DE FATOR VII	R\$ 8,09
180	DOSAGEM DE FATOR VIII	R\$ 6,63
181	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	R\$ 15,00
182	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	R\$ 18,91
183	DOSAGEM DE FATOR X	R\$ 6,66
184	DOSAGEM DE FATOR XI	R\$ 9,11
185	DOSAGEM DE FATOR XII	R\$ 10,51
186	DOSAGEM DE FATOR XIII	R\$ 6,66
187	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 5,50
188	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	R\$ 12,10
189	DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DEHEMOGLOBINA	R\$ 20,90
190	DOSAGEM DE FENITOINA	R\$ 35,22
191	DOSAGEM DE FENOL	R\$ 2,05
192	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 15,59
193	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$ 3,51
194	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R\$ 4,60
195	DOSAGEM DE FOLATO	R\$ 15,65
196	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	R\$ 3,51
197	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA	R\$ 2,01
198	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	R\$ 2,01
199	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,01
200	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	R\$ 2,01
201	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 1,85
202	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	R\$ 2,01
203	DOSAGEM DE FRUTOSE	R\$ 2,01
204	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	R\$ 2,01
205	DOSAGEM DE GALACTOSE	R\$ 3,51
206	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,51
207	DOSAGEM DE GASTRINA	R\$ 14,15
208	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 1,85
209	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
210	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	R\$ 3,68

211	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	R\$ 15,35
212	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 18,00
213	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	R\$ 3,04
214	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	R\$ 3,68
215	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 1,53
216	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	R\$ 2,73
217	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	R\$ 2,73
218	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 7,86
219	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	R\$ 2,73
220	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	R\$ 3,68
221	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$ 10,21
222	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 7,89
223	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 8,97
224	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 8,96
225	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$ 17,16
226	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 9,25
227	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 17,16
228	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	R\$ 9,25
229	DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 10,17
230	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	R\$ 3,51
231	DOSAGEM DE LACTATO	R\$ 3,68
232	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	R\$ 3,51
233	DOSAGEM DE LIPASE	R\$ 2,25
234	DOSAGEM DE LITIO	R\$ 2,25
235	DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 2,01
236	DOSAGEM DE MERCURIO	R\$ 2,04
237	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	R\$ 10,00
238	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	R\$ 4,11
239	DOSAGEM DE METOTREXATO	R\$ 10,00
240	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8,12
241	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	R\$ 2,01
242	DOSAGEM DE HOMOCISTEINA NO SANGUE	R\$ 50,00
243	DOSAGEM DE OXALATO	R\$ 3,68
244	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 43,13
245	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 15,35
246	DOSAGEM DE PIRUVATO	R\$ 3,68
247	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	R\$ 4,11
248	DOSAGEM DE PORFIRINAS	R\$ 3,51

249	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 1,85
250	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 10,22
251	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$ 10,15
252	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 2,83
253	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 2,04
254	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
255	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$ 1,40
256	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 1,85
257	DOSAGEM DE QUINIDINA	R\$ 10,00
258	DOSAGEM DE RENINA	R\$ 13,19
259	DOSAGEM DE SALICILATOS	R\$ 2,01
260	DOSAGEM DE SODIO	R\$ 1,85
261	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$ 15,35
262	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R\$ 13,11
263	DOSAGEM DE SULFATOS	R\$ 3,51
264	DOSAGEM DE TEOFILINA	R\$ 15,65
265	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 10,43
266	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 13,11
267	DOSAGEM DE TIOCIANATO	R\$ 3,68
268	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$ 15,35
269	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 8,76
270	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 11,60
271	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 2,01
272	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 2,01
273	DOSAGEM DE TRACOLIMUS	R\$ 170,00
274	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,12
275	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 3,51
276	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 8,71
277	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA	R\$ 5,50
278	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	R\$ 3,51
279	DOSAGEM DE TROPONINA	R\$ 9,00
280	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 13,20
281	DOSAGEM DE UREIA	R\$ 1,85
282	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 15,24
283	DOSAGEM DE ZINCO	R\$ 15,65
284	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	R\$ 13,35
285	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	R\$ 3,04
286	DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DESORO	R\$ 137,00

287	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 5,41
288	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$ 3,68
289	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 4,42
290	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	R\$ 5,23
291	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R\$ 2,73
292	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,56
293	ESPLENOGRAMA	R\$ 5,79
294	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	R\$ 1,89
295	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$ 2,80
296	EXAME PARASITOLÓGICO (MIF)	R\$ 6,00
297	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	R\$ 3,70
298	FALCIZAÇÃO (TESTE AFOIÇAMENTO)	R\$ 4,50
299	FATOR V DE LEIDEN	R\$ 123,00
300	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	R\$ 10,65
301	FIBRINOGENO	R\$ 20,00
302	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE)	R\$ 22,00
303	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 298,48
304	HEMATOCRITO	R\$ 1,53
305	HEMOCULTURA	R\$ 11,49
306	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11
307	HERPES IGG	R\$ 40,00
308	HERPES IGM	R\$ 40,00
309	HOMOCISTEINA	R\$ 2,04
310	INDICE DE SATURAÇÃO DE TRANSFERRINA	R\$ 5,00
311	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	R\$ 5,63
312	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	R\$ 10,65
313	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	R\$ 1,65
314	IDENTIFICAÇÃO DE GLICÍDIOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADADELGADA)	R\$ 3,70
315	IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 17,16
316	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$ 80,00
317	LISTERIOSE	R\$ 17,80
318	LEUCOGRAMA	R\$ 2,73
319	MICOLOGICO DIRETO DE LESÃO	R\$ 21,00
320	MIELOGRAMA	R\$ 5,79
321	MUTAÇÃO DE GENE MTHFRT A1298C	R\$ 128,00

322	MUTAÇÃO DE GENE MTHFR C677T	R\$ 171,00
323	MUTAÇÃO DE GENE PROTROMBINA	R\$ 115,00
324	P-ANCA	R\$ 55,00
325	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	R\$ 4,33
326	PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	R\$ 3,70
327	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	R\$ 2,04
328	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	R\$ 3,70
329	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10,00
330	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10,00
331	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	R\$ 9,25
332	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	R\$ 10,00
333	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	R\$ 9,25
334	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	R\$ 3,70
335	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	R\$ 5,83
336	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R\$ 10,00
337	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEZ SUPRARENAL	R\$ 17,16
338	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 8,67
339	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	R\$ 9,25
340	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	R\$ 10,00
341	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	R\$ 9,70
342	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R\$ 9,70
343	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$ 2,83
344	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	R\$ 10,00
345	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	R\$ 10,00
346	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$ 17,16
347	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$ 85,00
348	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 10,00
349	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 22,00
350	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	R\$ 10,00
351	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	R\$ 17,16
352	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	R\$ 4,10
353	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	R\$ 5,50
354	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$ 17,16
355	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	R\$ 17,16
356	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	R\$ 17,16
357	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	R\$ 17,16
358	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO (FAN)	R\$ 17,16
359	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	R\$ 17,16

360	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	R\$ 10,00
361	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R\$ 17,16
362	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R\$ 5,74
363	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$ 17,16
364	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$ 18,55
365	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$ 18,55
366	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$ 17,16
367	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 18,55
368	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$ 18,55
369	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	R\$ 7,78
370	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	R\$ 9,71
371	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 18,55
372	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	R\$ 18,55
373	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	R\$ 9,25
374	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	R\$ 4,10
375	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO	R\$ 18,55
376	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	R\$ 17,16
377	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 2,83
378	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,00
379	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	R\$ 9,25
380	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 16,97
381	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25
382	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$ 30,00
383	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55
384	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16
385	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 17,16
386	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 17,16
387	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 17,16
388	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	R\$ 18,55
389	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,61
390	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	R\$ 10,00

391	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,55
392	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25
393	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 18,55
394	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$ 20,00
395	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55
396	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16
397	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 17,16
398	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 17,16
399	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 17,16
400	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO	R\$ 5,79
401	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 370C	R\$ 5,79
402	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO	R\$ 5,79
403	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$ 13,35
404	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$ 18,55
405	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R\$ 18,55
406	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	R\$ 25,00
407	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	R\$ 2,80
408	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	R\$ 2,04
409	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	R\$ 2,40
410	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$ 1,89
411	PESQUISA DE CELULAS LE	R\$ 4,11
412	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	R\$ 1,89
413	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	R\$ 2,04
414	PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)	R\$ 60,00
415	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	R\$ 2,04
416	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	R\$ 2,73
417	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	R\$ 2,83
418	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	R\$ 1,89
419	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	R\$ 1,65
420	PESQUISA DE EOSINOFILOS	R\$ 1,65
421	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	R\$ 3,70
422	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)	R\$ 4,80
423	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$ 4,33
424	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$ 4,10

425	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37
426	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	R\$ 2,04
427	PESQUISA DE FILARIA	R\$ 2,73
428	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	R\$ 2,04
429	PESQUISA DE FUNGOS	R\$ 4,19
430	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	R\$ 3,36
432	PESQUISA DE GORDURA FECAL	R\$ 1,65
432	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	R\$ 2,80
433	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$ 4,33
434	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R\$ 2,73
435	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA	R\$ 10,00
436	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	R\$ 2,04
437	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	R\$ 9,25
438	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	R\$ 2,04
439	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	R\$ 1,65
440	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	R\$ 2,80
441	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R\$ 1,65
442	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	R\$ 1,65
443	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	R\$ 12,15
444	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	R\$ 3,70
445	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO MUCOSA)	R\$ 1,65
446	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 1,65
447	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	R\$ 2,04
448	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	R\$ 4,44
449	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
450	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	R\$ 10,25
451	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 7,00
452	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	R\$ 1,65
453	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	R\$ 2,04
454	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	R\$ 5,04
455	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	R\$ 2,73
456	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	R\$ 1,65
457	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	R\$ 1,65
458	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R\$ 10,00
459	PESQUISA DE REFLUXO	R\$ 65,00
460	PROVA CONFIRMATÓRIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES	R\$ 5,62
461	PROVA DA D-XILOSE	R\$ 3,68
462	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R\$ 4,11

463	PROVA DE DILUICAO (URINA)	R\$ 2,04
464	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	R\$ 9,70
465	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R\$ 2,73
466	PROVA DO LACO	R\$ 2,73
467	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	R\$ 1,89
468	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R\$ 1,89
469	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	R\$ 1,77
470	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	R\$ 1,77
471	PROTEINA C FUNCIONAL	R\$ 75,00
472	PROTEINAS S	R\$ 115,00
473	PROTEINA S LIVRE	R\$ 161,63
474	PSA LIVRE/TOTAL	R\$ 20,00
475	PTH - PARATORMONIO	R\$ 30,00
476	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	R\$ 18,00
477	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 168,48
478	QUANTIFICAÇÃO/AMPLIFICAÇÃO DO HER-2	R\$ 120,00
479	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	R\$ 2,73
480	REACAO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 4,10
481	REACAO DE MONTENEGRO ID	R\$ 2,83
482	REACAO DE PANDY	R\$ 1,89
483	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
484	SOROLOGIA PARA DENGUE	R\$ 40,00
485	RT-PCR PARA CITOMEGALOVIRUS	R\$ 326,00
486	SHBG	R\$ 15,00
487	T3 LIVRE	R\$ 15,00
488	TESTE ALÉRGICO	R\$ 17,00
489	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	R\$ 12,00
490	TESTE DE CLEMENTS	R\$ 1,89
491	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	R\$ 12,01
492	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	R\$ 12,01
493	TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APOS GONADORRELINA	R\$ 12,01
494	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	R\$ 12,01
495	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL P/60 EM 4 AMOSTRAS	R\$ 4,69
496	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	R\$ 2,73
497	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	R\$ 4,69
498	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	R\$ 12,01
499	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	R\$ 12,01

500	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	R\$ 6,55
501	TESTE DE VDRL P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 2,83
502	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$ 2,73
503	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 20,00
504	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 18,00
505	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$ 2,73
506	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	R\$ 8,43
507	TESTE RT – PCR	R\$ 250,00
508	TESTE DE SUOR	R\$ 20,00
509	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	R\$ 5,79
510	TIG (IMUNOLÓGICO GRAVIDEZ)	R\$ 7,50
511	TOTG	R\$ 25,70
512	TOTL	R\$ 33,37
513	TOXICOLÓGICO	R\$ 100,00
514	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	R\$ 2,83
515	VITAMINA A	R\$ 54,00
516	VITAMINA B	R\$ 89,00
517	VITAMINA C	R\$ 50,00
518	VITAMINA E	R\$ 57,00
519	VITAMINA K	R\$ 180,00
520	ZICA	R\$ 216,00
Nº	Z.1 - EXAMES CITOLOGIA E PATOLOGIA	VALOR UNITÁRIO
01	EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA	R\$ 13,72
02	IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS	R\$ 500,00
03	EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL)	R\$ 20,96
04	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM LAMINA DE PAAF ATÉ 5 LAMINAS	R\$ 40,00

ANEXO IV

DADOS COMPLEMENTARES DA EMPRESA:

RAZÃO SOCIAL:

CNPJ/MF:

NOME FANTASIA:

REPRESENTANTE LEGAL:

ENDEREÇO DO LOCAL DE ATENDIMENTO:

COMPLEMENTO:

CIDADE:

ESTADO:

CEP:

EMAIL:

TELEFONES:

CONTA CORRENTE:

AGÊNCIA:

BANCO:

Mimoso do Sul/Es, _____ de _____ de 2025

Diretor, Sócio-Gerente ou Equivalente/Nome completo e assinatura

ANEXO V

TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA

DECLARO, pelo presente termo, estar ciente que:

1) A conta bancária mencionada no Anexo IV preferencialmente deve ser da do Banestes.

2) Os serviços estipulados neste termo de credenciamento serão pagos mediante as seguintes condições: I - Apresentação pelo interessado dos seguintes componentes:

a) Informar a execução dos serviços prestados, através do Sistema de Gestão do consórcio que será disponibilizado para todos os prestadores;

b) A Requisição (chequinho), emitida pelo município solicitante autorizando o atendimento do paciente encaminhado, deverá ser encaminhada para este Consórcio juntamente com a nota fiscal;

c) A Requisição (chequinho) emitida pelo município solicitante, só será aceita e paga pelo Consórcio, se a execução dos serviços estiver dentro do prazo de validade, devidamente assinada e carimbada pelo Gestor da Secretaria de Saúde (ou pessoa delegada por ele), pelo responsável pela sua emissão e pelo paciente;

d) A nota fiscal deverá ser preenchida corretamente, sem rasuras e deverá ser de igual valor ao faturamento apresentado pelo Sistema de Gestão do Consórcio do período a ser pago.

II - O interessado apresentará mensalmente ao CIM POLO SUL entre o dia 15 (quinze) e o último dia útil de cada mês, a documentação elencada no Inciso I, relativa aos serviços efetivamente prestados nos 30 dias anteriores a emissão da nota fiscal. Após a validação dos documentos, realizada pelo CIM POLO SUL o interessado receberá até o 05º dia do mês subsequente o valor da fatura apresentada;

III - Se a documentação descrita no inciso I for entregue fora do prazo

estabelecido no inciso II o pagamento do interessado poderá ocorrer junto com o pagamento da próxima fatura. Neste caso, o interessado não terá direito ao recebimento de juros, multa ou atualizações financeiras sobre o valor da fatura;

IV - O pagamento está condicionado à validade e regularidade das Certidões Negativas de Débito Trabalhista, Federal, Estadual e Municipal e do Certificado de Regularidade do FGTS;

V - Caso o interessado se cadastre ao SIMPLES NACIONAL, durante a vigência de seu termo de credenciamento, deverá informar por escrito e com antecedência ao CIM POLO SUL.

VI – Dados para emissão da nota fiscal:

DADOS PARA EMISSÃO DE NOTA FISCAL

Nome: Consórcio Público da Região Polo Sul - CIM Polo Sul

Endereço: Rua Maria Josefina de Resende, nº625, , Bairro - Mimoso do Sul/ES, CEP 29.400-000

CNPJ: 02.722.566/0001-52

Mimoso do Sul/Es, _____de _____de 2025

Diretor, Sócio-Gerente ou Equivalente/Nome completo e assinatura

ANEXO VI
MODELO DECLARAÇÃO UNIFICADA

CRENCIAMENTO 001/2025

Ao Departamento de Licitação do Consócio Público de Saúde CIM POLO SUL

1 **- DADOS DA SOLICITANTE:**

Razão Social:

CNPJ:

Endereço:

Cidade:

UF:

Representante legal:

CPF:

Telefone:

Celular:

E-mail:

(NOME DA PESSOA JURÍDICA), conforme dados cadastrais acima, DECLARA,
para os devidos fins:

1) QUE não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz a partir de 14 anos, nos termos do art. 7º, XXXIII, da Constituição Federal e art. 68, VI, da Lei Federal

14.133/2021;

- 2) QUE até a presente data inexistem fatos impeditivos para sua habilitação/credenciamento, estando ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores;
- 3) QUE não recebeu do CIMPOLOSUL ou de qualquer outra entidade da Administração Direta ou Indireta, em âmbito Federal, Estadual e Municipal, suspensão temporária de participação em licitação e/ou impedimento de contratar com a Administração, assim como não ter recebido declaração de inidoneidade para licitar e/ou contratar com a Administração Federal, Estadual e Municipal.
- 4) QUE recebeu todos os documentos e informações, sendo orientado acerca de todas as regras, direitos e obrigações previstas no Edital de Credenciamento nº 001/2025, acatando-as em sua totalidade;
- 5) QUE tem conhecimento dos serviços para os quais solicita credenciamento e que os realizará de forma satisfatória;
- 6) QUE tem conhecimento das formas de seleção e convocação para a prestação dos serviços, bem como das formas e condições de pagamento;
- 7) QUE concorda e aceita em prestar os serviços para os quais se credencia pelos preços estipulados na Tabela de Valores prevista no Anexo I – Termo de Referência;
- 8) QUE atende à reserva de cargos prevista em lei para pessoa com deficiência ou para reabilitado da Previdência Social e às regras de acessibilidade previstas na legislação, conforme disposto no inciso IV art. 63º da Lei nº 14.133, de 1 de abril de 2021;
- 9) QUE possui aptidão financeira para a execução do Contrato e que os valores do serviço compreendem a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na

Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de entrega das propostas;

10) QUE todos os documentos entregues a este Consórcio são autênticos e condizem com o original, sob as penas da Lei penal e, sem prejuízo das sanções administrativas e cíveis.

Local e data.

Assinatura Identificável
(nome do representante legal da empresa devidamente constituído do contrato social)

ANEXO VII

MODELO DE DECLARAÇÃO DE OPÇÃO PELO SIMPLES NACIONAL

(Obs: apenas quando aplicável ao caso)

(Nome da empresa), com sede (endereço completo), inscrita no CNPJ sob o nº..... DECLARA ao CIM POLO SUL, para fins de não incidência na fonte do Imposto sobre a Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ), a que se refere o art. 64 da Lei nº. 9.430, de 27 de dezembro de 1996, que é regularmente inscrita no Regime Especial Unificado de Arrecadação de Tributos e Contribuições das Microempresas e das Empresas de Pequeno Porte - Simples Nacional, de que trata o art. 12 da Lei Complementar nº. 123, de 14 de dezembro de 2006, desde o dia...../...../.....

Mimoso do Sul/Es, _____ de _____ de ____

Assinatura do Representante Legal

ANEXO VIII

TERMO DE CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS

Profissional responsável técnico:

Nº Documento Profissional:

CPF nº:

Especialidade:

Órgão emissor:

Os serviços/profissionais abaixo assinalados estão disponíveis aos entes do CIM POLO SUL de acordo com todas as cláusulas do Edital Credenciamento nº 001/2025

ITEM	CODIGO	PROCEDIMENTOS	CIM POLO SUL

OBS: INSERIR AQUI SERVIÇOS CONSTANTES DA TABELA DO CONSÓRCIO QUE SERÃO OBJETO DO TERMO DE CREDENCIAMENTO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS AOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS

Mimoso do Sul/Es, _____ de __ de ____

Assinatura do Representante Legal

ANEXO IX

INCLUSÃO OU EXCLUSÃO DE SERVIÇOS/PROFISSIONAL

Profissional responsável técnico:

Nº Documento Profissional:

CPF nº:

Especialidade:

Órgão emissor:

Inclusão de profissional abaixo assinalados estão disponíveis aos entes do CIM Polo Sul de acordo com todas as cláusulas do termo de credenciamento nº _____/____:

INSERIR AQUI PROFISSIONAIS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS AOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS

Inclusão de procedimento dos serviços abaixo assinalados estão disponíveis aos entes do CIM POLO SUL de acordo com todas as cláusulas do termo de credenciamento nº _____/____:

INSERIR AQUI SERVIÇOS CONSTANTES DA TABELA DO CONSÓRCIO QUE SERÃO OBJETO DO TERMO DE CREDENCIAMENTO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS AOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS

Exclusão dos serviços abaixo assinalados disponíveis aos entes do CIM POLO SUL de acordo com todas as cláusulas do termo de credenciamento nº ____/____:

INSERIR OS SERVIÇOS QUANDO NECESSÁRIO DESCRENCIAR.

Mimoso do Sul/Es, _____de _____de _____

Diretor, Sócio-Gerente ou Equivalente/Nome completo e assinatura