

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO N.º 003/2024
PROCESSO ADMINISTRATIVO N.º 725/2024
ID: 2024.501C2600010.17.0003

O **CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO NOROESTE – CIM NOROESTE**, no uso legal de suas atribuições estatutárias, de acordo com as disposições constantes na Lei 11.107/05, na Lei nº 14.133/21 e alterações, na Lei nº 8080/90, e demais legislações pertinentes, torna pública a realização de **CHAMAMENTO PÚBLICO PARA O CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE (EXAMES LABORATORIAIS)**, nos termos das condições estabelecidas neste edital.

O RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO PARA O CREDENCIAMENTO TERÁ INÍCIO A PARTIR DO DIA 15/04/2024 ENCERRANDO EM 14/05/2024. A documentação deverá ser entregue na sede do consórcio situada no seguinte endereço: Av. João Quiuqui, nº 26, Sala 101, Centro, Águia Branca/ES, HORÁRIO: de segunda a sexta-feira, das 08h00min às 16h00min.

O edital de credenciamento poderá ser acessado na Sala da Câmara Setorial de Compras Compartilhadas do consórcio, extraído na íntegra no site www.cimnoroeste.es.gov.br ou mediante solicitação via e-mail no endereço eletrônico saude@cimnoroeste.es.gov.br.

O presente edital de Chamamento Público rege-se pela Lei nº 14.133 de 01 de abril de 2021 que trata sobre Licitações e Contratos.

Os interessados em participar deste Chamamento Público deverão entregar a documentação no período acima descrito no parágrafo anterior.

1. DO OBJETO

1.1. O presente edital visa ao credenciamento de pessoas jurídicas **PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE (EXAMES LABORATORIAIS)** aos municípios de Água Doce do Norte, Águia Branca, Alto Rio Novo, Baixo Guandu, Barra de São Francisco, Colatina, Ecoporanga, Governador Lindenberg, Mantena/MG, Mantenópolis, Marilândia, Pancas, São Domingos do Norte, São Gabriel da Palha, Vila Pavão e Vila Valério, integrantes do CIM NOROESTE, nas especialidades indicadas neste Edital, conforme consta no **Apêndice II** que integra este instrumento.

1.2. A abertura e análise dos envelopes da documentação das interessadas, recebidos pelo consórcio, serão realizadas pelos membros da CPL em 03 (três) sessões nos dias: **30/04/2024, 07/05/2024 e 15/05/2024**, com início dos trabalhos sempre no horário das 10h 00min.

1.3. Só serão analisadas as documentações entregues na Sede do consórcio, antes ao horário pré-estabelecido neste item.

1.4. Em nenhuma hipótese serão recebidos quaisquer envelopes fora do prazo estabelecido neste Edital.

1.4.1. A abertura e análise dos envelopes da documentação das interessadas, recebidos pelo consórcio, serão realizadas pelos membros da comissão de contratação instituídos por meio da Portaria nº 14 – P, de 11 de abril de 2024, em

03 (três) sessão(ões), no(s) dia(s) 30/04/2024, 07/05/2024 e 15/05/2024 com início dos trabalhos no horário das 10h00min.

1.5. Os usuários dos serviços são os pacientes dos municípios consorciados. Durante a vigência do presente chamamento poderá haver o ingresso de novos municípios ao consórcio, a esses também estarão disponíveis os serviços credenciados neste edital.

2. DAS CONDIÇÕES DA PARTICIPAÇÃO

2.1. Poderão participar deste edital as pessoas jurídicas que:

2.2. Ofereçam a prestação de serviços de saúde em algumas das especialidades descritas no **Apêndice II** deste Edital;

2.3. Preencham todos os requisitos deste Edital.

3. DA FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

3.1. Os documentos necessários à habilitação poderão ser apresentados **em original**, ou por qualquer processo de **cópia autenticada** por cartório competente.

3.2. Os documentos que dependam de validade e que não contenham prazo de validade especificado no próprio documento, em Lei ou neste Edital, devem ser expedidos no máximo até 90 (noventa) dias antes da data da entrega da documentação ao consórcio.

4. DA ENTREGA DOS DOCUMENTOS

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

AO CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO NOROESTE – CIM NOROESTE EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 003/2024 – REGIÃO INTERIOR CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
NOME DA EMPRESA: _____
CNPJ Nº: _____

5. DA DOCUMENTAÇÃO

5.1. Poderão se cadastrar os interessados que apresentarem os seguintes documentos:

a) Anexos I, II, III e IV 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) Certidão Negativa ou positiva com efeitos de Negativa, de Débitos relativos aos Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, conforme Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 02/10/2014;

- e) Certidão negativa ou positiva com efeitos de Negativa de Débitos relativos aos Tributos Estaduais e Municipais relativas à sede do interessado;
- f) Certidão de Regularidade relativa ao Fundo de garantia do Tempo de Serviço (FGTS);
- g) Certidão negativa de falência ou recuperação judicial expedida nos últimos 45 (quarenta) dias, contados da publicação do edital, pelo distribuidor da comarca do interessado;
- h) 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;
- i) Declaração assinada pelo representante legal da empresa, contendo o (s) nome (s) do (s) profissional (is) e as respectivas áreas/especialidades em que os profissionais realizarão os atendimentos/procedimentos, devendo apresentar as respectivas cópias autenticadas dos diplomas dos profissionais, devidamente reconhecidos pelo MEC, carteira profissional emitida pelo CRM, com certidão atualizada de quitação de sua anuidade, bem como apresentação dos títulos de suas especialidades (residência), quando se declararem especialistas, podendo prestar consultas e procedimentos em especialidades que comprovem pós graduação ou comprovante, por mais de dois anos, do exercício profissional na especialidade para a qual pretende prestar atendimento, desde que não assinem se declarando como especialistas, podendo realizar como exemplo: consultas em pediatria; consultas em geriatria; consultas em clínica médica, dentre outras;
- j) Alvará sanitário vigente, expedido pela vigilância sanitária competente ou o protocolo de solicitação do mesmo, no caso de os serviços serem prestados em local próprio da empresa. Caso os serviços sejam prestados em outro local que não seja o da empresa a ser credenciada, deverá a mesma apresentar Declaração assinada pelo responsável legal do local onde os serviços serão prestados, acompanhada do respectivo Alvará Sanitário do local de prestação dos serviços. Caso os serviços sejam prestados diretamente nas unidades de saúde dos municípios consorciados (onde há essa possibilidade), a empresa deverá apresentar Declaração devidamente assinada pelo representante legal da empresa a ser credenciada, informando esta situação.
- k) Comprovante de inscrição da empresa no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde), bem como, cadastro no CNES de todos os profissionais que atuam na empresa, com os respectivos procedimentos que os mesmos estão aptos a realizar.

6. DO PROCEDIMENTO

6.1. O Edital estará vigente no período de **15/04/2024 até 15/05/2024**.

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

6.3. 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 **Apêndice I**.

7. DOS CRITÉRIOS DE CREDENCIAMENTO

7.1. 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.

7.2. 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

8.1. Toda a documentação apresentada pelo interessado ao CIM NOROESTE quando de sua habilitação ao Edital de Chamamento Público nº **003/2024** poderá, a qualquer momento, ser solicitada pelo CIM NOROESTE 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

9.1. 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.

9.2. Ao CIM NOROESTE 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.

9.3. O agendamento dos serviços será realizado de acordo com a demanda dos municípios consorciados ao CIM NOROESTE.

9.4. Os serviços ora credenciados serão prestados em favor da população dos municípios consorciados ao CIM NOROESTE, conforme necessidades, disponibilidades financeiras e autorização de cada um dos entes consorciados.

9.5. Os serviços prestados pelo interessado deverão ser previamente autorizados e encaminhados pelo município responsável, por meio do sistema informatizado disponibilizado pelo CIM NOROESTE 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.

9.6. Os serviços prestados pelo interessado, só serão faturados após a informação do atendimento através do sistema informatizado disponibilizado pelo CIM NOROESTE.

9.6.1. O sistema informatizado do CIM NOROESTE se encontrará disponível através do link <https://www.rgprestador.app>. O **LOGIN** e **SENHA** de acesso serão fornecidos após a conclusão do credenciamento.

9.6.2. Será obrigatória a informação da data e horário da prestação do serviço e o profissional habilitado pelo interessado que executou o mesmo.

9.6.3. Será obrigatório o registro biométrico, através da digital do dedo do paciente atendido. O registro será feito no ato do atendimento do paciente dentro do sistema informatizado do CIM NOROESTE.

9.6.3.1. Ficará desobrigado o registro de biometria, os faturamentos inferiores a 20 (vinte) requisições.

9.6.3.2. Ficará a cargo do interessado, a aquisição de leitor biométrico de digital do dedo, necessário para o registro da biometria do paciente, para os casos enquadrados no **item**

9.6.3.3. Para os atendimentos em que a biometria não for realizada, seja pelo disposto no Item **9.6.3.1** ou por problemas na identificação biométrica do paciente, deverá ser impressa a Declaração de Atendimento, disponível no sistema informatizado do CIM NOROESTE, assinada pelo paciente e pelo responsável do interessado e enviada ao CIM NOROESTE em anexo a NOTA FISCAL dos serviços prestados na competência.

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 NOROESTE 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 NOROESTE;

III - suspensão temporária de participar de licitação ou credenciar com o CIM NOROESTE 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 NOROESTE 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.

10.3. O valor da multa poderá ser descontado dos pagamentos devidos pelo CIM NOROESTE 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

11.1 O prazo de vigência da contratação é de até 12 (doze) meses contados da assinatura ou início da vigência do respectivo contrato, prorrogável na forma dos artigos 106 e 107 da Lei nº 14.133, de 2021, enquanto perdurar a necessidade motivada pelos Municípios.

11.2. Para a prorrogação do termo de credenciamento deverão ser encaminhados ao CIM NOROESTE 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

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.

13. DO VALOR DE DESEMBOLSO DOS SERVIÇOS:

13.1. Para os serviços a serem credenciados através deste Edital, os valores a serem pagos pelo CIM NOROESTE constarão no **Apêndice II** que integra este instrumento, os quais serão automaticamente reajustados na mesma proporção e data da revisão de valores da **TVSPS**.

14. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

14.1. Os recursos para cobrir as despesas do objeto deste credenciamento correrão a conta da dotação orçamentária do consórcio para o exercício financeiro de 2024, a saber: CIM NOROESTE: Projeto/Atividade: 01101.1030200012.001 - Manutenção dos Serviços Médicos e serviços de Apoio Diagnóstico.

Elemento de despesa: 333.90.39.000 – Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica.

15. DOS VALORES DOS PROCEDIMENTOS

15.1. Os valores dos serviços objetos do termo de credenciamento constarão no **Apêndice II**, conforme Tabela de Valores dos Serviços e Procedimentos de Saúde do CIM NOROESTE-TVSPS 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.

16. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Consórcio Público da Região Noroeste do Espírito Santo

16.1. Esclarecimentos relativos ao presente edital e às condições para atendimento das obrigações necessárias ao cumprimento do seu objeto, serão prestados pelo Setor de Licitação e Contratos, na Sede do consórcio, Av. João Quiuqui, nº26, Sala 101, centro, Águia Branca-ES, CEP: 29.795-000, Telefone (27) 3745-1549 ou e-mail saude@cimnoroeste.es.gov.br.

16.2. O interessado no cadastramento é responsável pela fidelidade das informações e dos documentos que apresentar.

16.3. A participação no presente credenciamento implica no conhecimento e na aceitação plena deste Edital e suas condições.

16.4. Este credenciamento visa à contratação paralela e não excludente de todos os interessados que preencham as condições do Edital, sendo que a demanda será distribuída, por Município requisitante, conforme a necessidade por ele informada (indicando quantidade e período), bem assim disponibilidade do contratado.

16.5. Ao aderir ao credenciamento, o Interessado deve informar o (s) Município (s) em que almeja atuar e sua disponibilidade horária, devendo-se atentar à compatibilidade de horários e capacidade de absorção dos serviços que indicar como de interesse de executar.

16.6. Ao Presidente do CIM NOROESTE 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.

16.7. Os casos omissos serão resolvidos à luz da Lei nº 14.133/21, lei federal 11.107/2005, lei federal 8.080/90 e demais disposições estabelecidas no presente Edital.

16.8. Caso o CIM NOROESTE 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 nº 14.133/21.

17. DO FORO

Fica eleito o foro da Comarca de Águia Branca/ES para dirimir eventuais litígios decorrentes do presente Edital e dos instrumentos dele decorrentes.

Águia Branca (ES), 12 de abril de 2024.



Rodrigo Correia Bernardi
Agente de Contratação

Noroeste/ES

Consórcio Público da Região Noroeste do Espírito Santo

Apêndice I

MINUTA DO TERMO DE CREDENCIAMENTO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Termo de Credenciamento da Empresa _____, para prestação de serviços Médicos ao **CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO NOROESTE – CIM NOROESTE**.

O **CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO NOROESTE** adiante denominado "**CIM NOROESTE**", inscrito no CNPJ sob n.º 02.236.721/0001-20, com sede à Av. João Quiuqui, n 26, Sala 101, Centro, Águia Branca/ES, representado legalmente pelo seu Presidente o **Sr. Sidiclei Giles de Andrade**, brasileiro, casado, médico, portador do CPF nº 031.582.787-40, doravante denominado simplesmente **CIM NOROESTE**, vem por este termo credenciar, a empresa denominada _____, com sede na cidade de _____, devidamente inscrita no CNPJ sob o nº _____, neste ato representado pelos seus sócios, o Sr. _____, brasileiro, casado, médico, portador do CPF de nº _____, doravante denominada simplesmente **CRENCIADA**, com embasamento legal no processo de Chamamento Público nº /....., lei federal 11.107/2005, lei federal 8.080/90 e lei federal nº 14.133/21, 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 constantes do Anexo Único que integra este instrumento, pela **CRENCIADA** à população dos municípios consorciados do **CIM NOROESTE**, na forma e condições das Clausulas seguintes.

1.2 - Os serviços acima referidos, se encontram descritos e serão pagos observando-se os valores constantes da Tabela de Valores de Serviços e Procedimentos de Saúde do **CIM NOROESTE - TVSPS**.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1 - Compete a **CRENCIADA**:

2.1.1 – Prestar os serviços descritos na cláusula primeira em local apropriado, devidamente equipado;

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 dentro do prazo de retorno fixado pelo **CIM NOROESTE**;

2.1.5 - Preencher todos os campos dos formulários oriundos das Secretarias Municipais de Saúde, com os respectivos dados, códigos de 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 – CRM (AMA)** 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 NOROESTE**, 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 o prazo de validade da autorização para realização dos serviços de saúde;

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 NOROESTE** sem ônus para a **CREDENCIADA**, os atendimentos realizados;

2.1.13 - Enviar mensalmente ao **CIM NOROESTE** 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 **CIM NOROESTE** e ou do município consorciado demandante 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 NOROESTE**, 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 Serviços e procedimentos de Saúde do **CIM NOROESTE**.

CLÁUSULA QUARTA- DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

4.1 - O **CIM NOROESTE** pagará mensalmente à **CREDENCIADA** pelos serviços prestados, observando-se o seguinte:

a) Entre o dia 05 (cinco) até o dia 10 de cada mês, a **CREDENCIADA** emitirá nota fiscal, contendo relatório discriminando o serviço prestado aos municípios consorciados, observando que o não cumprimento desta alínea adiará o pagamento dos serviços para a fatura do mês seguinte; devendo a **CREDENCIADA** encaminhar as requisições faturadas para serem conciliadas pelo Consórcio até o dia 15 do mês em curso.

b) Somente após conferir e atestar o serviço prestado poderá o **CIM NOROESTE** efetuar o pagamento devido, que deverá ocorrer até o 15º dia útil do mês subsequente;

8.2 - Quando o descredenciamento ocorrer pelos motivos expressos nas letras "a" "b" e "c" a **CRENCIADA** ficará impedida de prestar serviço ao **CIM NOROESTE** pelo prazo não inferior a 12 (doze) meses.

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

CLÁUSULA NONA – DAS RESPONSABILIDADES

9.1 – Compete a **CRENCIADA**:

- 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 NOROESTE**, 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 NOROESTE** 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 NOROESTE**, sejam eles causados pela **CRENCIADA** por meio de seus empregados ou terceiros;
- e) Atualizar seus dados cadastrais junto ao **CIM NOROESTE**, 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 NOROESTE**, 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 NOROESTE** os dados assistenciais dos atendimentos prestados, observadas as questões éticas e o sigilo profissional, na forma prevista na legislação do SUS.

9.2 - Compete ao **CIM NOROESTE**:

- 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 NOROESTE**, os quais poderão solicitar relatórios, informações e esclarecimentos sempre que julgar necessário a solução de denúncias, dúvidas ou divergências.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1 - 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.

11.2 - A **CRENCIADA** autoriza o **CIM NOROESTE** a divulgar seu nome, endereço e telefone aos municípios consorciados e seus usuários.

11.3. O presente instrumento não é firmado em caráter de exclusividade, podendo a **CRENCIADA** operar com quaisquer outras instituições.

11.4 - Fica vedado a **CRENCIADA** transferir a terceiros, no todo ou em parte, os direitos e as obrigações estabelecidas neste instrumento.

11.5 - O termo de credenciamento obedecerá às disposições, no que couber às normas da Lei 14.133/21 e da Lei nº 8.080/90, e demais normas do Sistema Único de Saúde e princípios gerais da administração pública, sem prejuízo de outras exigências ajustadas pelas partes.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO FORO

12.1 - Para dirimir toda e qualquer controvérsia oriunda deste instrumento, ou de seu objeto, as partes elegem como competente o foro da Comarca Águia Branca/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.

Águia Branca/ES, ____ de ____ de ____.

Noroeste/ES

Consórcio Público da Região Noroeste do Espírito Santo

CIM NOROESTE

CRENCIADA

TESTEMUNHAS: 1

2

TABELA DE VALORES E EXAMES LABORATORIAIS – TVEL
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 003/2024

01 - DIAGNOSTICOS EM LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS		VALOR UNITÁRIO	QNT	VALOR TOTAL
1.1	ACIDEZ TITULÁVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)	R\$ 3,04	4	R\$ 12,16
1.2	ÁCIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89	2	R\$ 3,78
1.3	ADENOGRAMA	R\$ 5,79	6	R\$ 34,74
1.4	ALBUMINA/CREATININA EM URINA 24 HORAS	R\$ 27,40	200	R\$ 5.480,00
1.5	ANTI PLA 2 R (IGG e IGM)	R\$ 950,00	200	R\$ 190.000,00
1.6	ANTIBIOGRAMA	R\$ 4,98	150	R\$ 747,00
1.7	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	R\$ 13,33	31	R\$ 413,23
1.8	ANTICOAGULANTE LUPICO	R\$ 74,33	10	R\$ 743,30
1.9	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENÍASE)	R\$ 4,20	13	R\$ 54,60
1.10	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	R\$ 4,20	4	R\$ 16,80
1.11	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$ 4,20	9	R\$ 37,80
1.12	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$ 2,80	2	R\$ 5,60
1.13	BETA-2-GLICOPROTEINA I, ANTICORPO IGG E IGM	R\$ 223,41	5	R\$ 1.117,05
1.14	CA 19	R\$ 19,91	52	R\$ 1.035,32
1.15	CADEIAS LEVES LIVRES SERICAS	R\$ 342,80	200	R\$ 68.560,00
1.16	CADEIAS LEVES LIVRES URINÁRIAS	R\$ 467,73	200	R\$ 93.546,00
1.17	CATECOLAMINAS	R\$ 175,00	200	R\$ 35.000,00
1.18	CENTRIFUGAÇÃO DE SANGUE	R\$ 3,00	25	R\$ 75,00
1.19	CITOLOGIA P/ CLAMÍDIA	R\$ 4,33	5	R\$ 21,65
1.20	CITOLOGIA P/ HERPESVÍRUS	R\$ 4,33	1	R\$ 4,33
1.21	CITOPLASMA DE NEUTRÓFILUS - ANCA	R\$ 35,42	6	R\$ 212,52
1.22	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	R\$ 6,48	1	R\$ 6,48
1.23	CLEARANCE DE FOSFATO	R\$ 3,51	1	R\$ 3,51
1.24	CLEARANCE DE UREIA	R\$ 3,51	38	R\$ 133,38
1.25	CLEARANCE OSMOLAR	R\$ 3,51	3	R\$ 10,53
1.26	CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 3,51	302	R\$ 1.060,02
1.27	COAGULOGRAMA	R\$ 2,73	183	R\$ 499,59
1.28	COLETA DE AMOSTRA BIOLÓGICA NOS CASOS DE MONKEYPOX	R\$ 80,00	500	R\$ 40.000,00
1.29	COLETA DE MATERIAL E PREPARAÇÃO PARA EXAME LABORATORIAL	R\$ 8,00	15	R\$ 120,00
1.30	CONTAGEM DE ADDIS	R\$ 2,04	4	R\$ 8,16
1.31	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	R\$ 15,00	6	R\$ 90,00
1.32	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	R\$ 15,00	6	R\$ 90,00
1.33	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	R\$ 15,00	6	R\$ 90,00
1.34	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 2,73	1.515	R\$ 4.135,95
1.35	CONTAGEM DE RETICULÓCITOS	R\$ 2,73	97	R\$ 264,81
1.36	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89	3	R\$ 5,67
1.37	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89	3	R\$ 5,67
1.38	COPROCULTURA	R\$ 36,91	14	R\$ 516,74

1.39	CRIOGLOBULINAS	R\$ 21,00	200	R\$ 4.200,00
1.40	CULTURA DE BACTÉRIAS P/ IDENTIFICAÇÃO	R\$ 5,62	46	R\$ 258,52
1.41	CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO)	R\$ 5,62	3	R\$ 16,86
1.42	CULTURA P/ HERPESVIRUS	R\$ 4,33	1	R\$ 4,33
1.43	CULTURA PARA BAAR	R\$ 5,63	1	R\$ 5,63
1.44	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R\$ 10,25	2	R\$ 20,50
1.45	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$ 4,19	8	R\$ 33,52
1.46	D-DÍMERO	R\$ 60,00	43	R\$ 2.580,00
1.47	DETECCAO DE ÁCIDOS NUCLEICOS DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R\$ 65,00	6	R\$ 390,00
1.48	DETECÇÃO DE RNA DO HIV - 1 (QUALITATIVO)	R\$ 65,00	1	R\$ 65,00
1.49	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	R\$ 96,00	1	R\$ 96,00
1.50	DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 8,80	1	R\$ 8,80
1.51	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE	R\$ 66,00	3	R\$ 198,00
1.52	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)	R\$ 66,00	3	R\$ 198,00
1.53	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA	R\$ 66,00	3	R\$ 198,00
1.54	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)	R\$ 66,00	3	R\$ 198,00
1.55	DETECÇÃO QUANTITATIVA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA SARS-COV-2-COVID-19 IMUNOENSAIO FLUORESCENTE (FIA)	R\$ 120,00	1	R\$ 120,00
1.56	DETECÇÃO QUANTITATIVA DE ANTICORPOS IGM E IGG COVID-19-ELETROQUIMIOLUMINESCÊNCIA	R\$ 130,00	1	R\$ 130,00
1.57	DETECÇÃO QUANTITATIVA DE ANTICORPOS IGM E IGG COVID-19-QUIMIOLUMINESCÊNCIA	R\$ 140,00	1	R\$ 140,00
1.58	DETERMINAÇÃO DA VOLEMIA	R\$ 4,11	2	R\$ 8,22
1.59	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	R\$ 10,65	1	R\$ 10,65
1.60	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R\$ 2,01	9	R\$ 18,09
1.61	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 180,00	4	R\$ 720,00
1.62	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 160,00	4	R\$ 640,00
1.63	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 160,00	1	R\$ 160,00
1.64	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	R\$ 9,25	3	R\$ 27,75
1.65	DETERMINAÇÃO DE CREMATÓCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO	R\$ 1,53	4	R\$ 6,12
1.66	DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOÁCIDOS	R\$ 15,65	3	R\$ 46,95
1.67	DETERMINACAO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR	R\$ 2,73	4	R\$ 10,92
1.68	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 3,63	282	R\$ 1.023,66
1.69	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (5 DOSAGENS)	R\$ 6,55	3	R\$ 19,65

1.70	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA C/ INDUÇÃO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	R\$ 3,68	3	R\$ 11,04
1.71	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA CLÁSSICA (5 DOSAGENS)	R\$ 10,00	209	R\$ 2.090,00
1.72	DETERMINAÇÃO DE FOSFOLÍPIDIOS RELAÇÃO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LÍQUIDO AMNIÓTICO	R\$ 6,56	5	R\$ 32,80
1.73	DETERMINAÇÃO DE ÍNDICE DE TIROXINA LIVRE	R\$ 12,54	9	R\$ 112,86
1.74	DETERMINAÇÃO DE OSMOLALIDADE (URINA)	R\$ 3,70	1	R\$ 3,70
1.75	DETERMINAÇÃO DE OSMOLARIDADE	R\$ 3,51	1	R\$ 3,51
1.76	DETERMINAÇÃO DE RETENÇÃO DE T3	R\$ 12,54	33	R\$ 413,82
1.77	DETERMINAÇÃO DE SULFO-HEMOGLOBINA	R\$ 2,73	2	R\$ 5,46
1.78	DETERMINAÇÃO DE T3 REVERSO	R\$ 14,69	1	R\$ 14,69
1.79	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	R\$ 2,73	153	R\$ 417,69
1.80	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	R\$ 2,73	9	R\$ 24,57
1.81	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO (TS)	R\$ 9,00	198	R\$ 1.782,00
1.82	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO - DUKE	R\$ 2,73	9	R\$ 24,57
1.83	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	R\$ 5,79	1	R\$ 5,79
1.84	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA	R\$ 2,85	4	R\$ 11,40
1.85	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA - PTTK)	R\$ 5,77	641	R\$ 3.698,57
1.86	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 2,73	799	R\$ 2.181,27
1.87	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSÉDIMENTAÇÃO (VHS)	R\$ 2,73	704	R\$ 1.921,92
1.88	DETERMINAÇÃO DE VOLUME ERITROCITÁRIO	R\$ 2,73	3	R\$ 8,19
1.89	DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,80	16	R\$ 28,80
1.90	DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA	R\$ 9,25	828	R\$ 7.659,00
1.91	DOSAGEM DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SANGUE EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	R\$ 5,50	8	R\$ 44,00
1.92	DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO	R\$ 17,16	3	R\$ 51,48
1.93	DOSAGEM DE 17 CETO 24HS (SANGUE)	R\$ 48,00	2	R\$ 96,00
1.94	DOSAGEM DE 17 CETO 24HS (URINA)	R\$ 43,00	2	R\$ 86,00
1.95	DOSAGEM DE 17 HIDROX 24 HS (SANGUE)	R\$ 43,00	9	R\$ 387,00
1.96	DOSAGEM DE 17 HIDROX 24 HS (URINA)	R\$ 43,00	3	R\$ 129,00
1.97	DOSAGEM DE 17 HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	R\$ 8,00	8	R\$ 64,00
1.98	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	R\$ 6,72	2	R\$ 13,44
1.99	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	R\$ 6,72	2	R\$ 13,44
1.100	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	R\$ 3,51	2	R\$ 7,02
1.101	DOSAGEM DE ACETONA	R\$ 1,85	1	R\$ 1,85
1.102	DOSAGEM DE ÁCIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACÉTICO (SEROTONINA)	R\$ 6,72	1	R\$ 6,72
1.103	DOSAGEM DE ÁCIDO ASCORBICO	R\$ 2,01	1	R\$ 2,01
1.104	DOSAGEM DE ÁCIDO DELTA-AMINOLEVULÍNICO	R\$ 2,06	4	R\$ 8,24
1.105	DOSAGEM DE ÁCIDO FÓLICO	R\$ 19,81	695	R\$ 13.767,95

1.106	DOSAGEM DE ÁCIDO HIPURICO	R\$ 2,23	2	R\$ 4,46
1.107	DOSAGEM DE ÁCIDO MANDELICO	R\$ 3,68	11	R\$ 40,48
1.108	DOSAGEM DE ÁCIDO METIL-HIPURICO	R\$ 2,04	1	R\$ 2,04
1.109	DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO	R\$ 1,85	4.728	R\$ 8.746,80
1.110	DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO - URINA	R\$ 5,50	21	R\$ 115,50
1.111	DOSAGEM DE ÁCIDO VALPROICO	R\$ 15,65	4	R\$ 62,60
1.112	DOSAGEM DE ÁCIDO VANILMANDELICO	R\$ 9,00	1	R\$ 9,00
1.113	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	R\$ 3,51	1	R\$ 3,51
1.114	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	R\$ 2,01	1	R\$ 2,01
1.115	DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$ 3,68	2	R\$ 7,36
1.116	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$ 11,89	18	R\$ 214,02
1.117	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	R\$ 3,68	2	R\$ 7,36
1.118	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	R\$ 3,68	2	R\$ 7,36
1.119	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$ 15,06	31	R\$ 466,86
1.120	DOSAGEM DE ALUMINIO	R\$ 27,50	11	R\$ 302,50
1.121	DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 2,25	201	R\$ 452,25
1.122	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	R\$ 10,00	11	R\$ 110,00
1.123	DOSAGEM DE AMONIA	R\$ 3,51	2	R\$ 7,02
1.124	DOSAGEM DE AMP CICLICO	R\$ 12,01	6	R\$ 72,06
1.125	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$ 11,53	18	R\$ 207,54
1.126	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	R\$ 10,00	1	R\$ 10,00
1.127	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA	R\$ 18,55	7	R\$ 129,85
1.128	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	R\$ 10,00	1	R\$ 10,00
1.129	DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECIFICO (PSA LIVRE)	R\$ 16,42	1.040	R\$ 17.076,80
1.130	DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECIFICO (PSA TOTAL)	R\$ 16,42	1.766	R\$ 28.997,72
1.131	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$ 6,48	1	R\$ 6,48
1.132	DOSAGEM DE BARBITURATOS	R\$ 13,13	2	R\$ 26,26
1.133	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	R\$ 13,48	1	R\$ 13,48
1.134	DOSAGEM DE BETA CAROTENO	R\$ 2,01	6	R\$ 12,06
1.135	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$ 13,55	9	R\$ 121,95
1.136	DOSAGEM DE BILIRRUBINA	R\$ 2,01	66	R\$ 132,66
1.137	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACÇÕES (BT E F)	R\$ 2,01	737	R\$ 1.481,37
1.138	DOSAGEM DE CADMIO SANGUE	R\$ 6,55	8	R\$ 52,40
1.139	DOSAGEM DE CÁLCIO	R\$ 1,85	765	R\$ 1.415,25
1.140	DOSAGEM DE CÁLCIO IONICO	R\$ 3,55	173	R\$ 614,15
1.141	DOSAGEM DE CALCITONINA	R\$ 14,38	7	R\$ 100,66
1.142	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$ 17,53	1	R\$ 17,53
1.143	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	R\$ 4,11	2	R\$ 8,22
1.144	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	R\$ 3,68	1	R\$ 3,68
1.145	DOSAGEM DE CHUMBO	R\$ 8,83	4	R\$ 35,32
1.146	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R\$ 58,61	4	R\$ 234,44
1.147	DOSAGEM DE CITRATO	R\$ 2,01	3	R\$ 6,03
1.148	DOSAGEM DE CLORETO	R\$ 1,85	145	R\$ 268,25
1.149	DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR	R\$ 150,00	1	R\$ 150,00
1.150	DOSAGEM DE COBRE SÉRICO - SANGUE	R\$ 9,10	38	R\$ 345,80
1.151	DOSAGEM DE COBRE URINÁRIA - URINA	R\$ 16,10	130	R\$ 2.093,00
1.152	DOSAGEM DE COLESTEROL VLDL	R\$ 3,51	4.928	R\$ 17.297,28
1.153	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 3,51	7.707	R\$ 27.051,57

1.154	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 3,51	7.088	R\$ 24.878,88
1.155	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 1,85	9.309	R\$ 17.221,65
1.156	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R\$ 3,68	3	R\$ 11,04
1.157	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 17,16	42	R\$ 720,72
1.158	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$ 17,16	21	R\$ 360,36
1.159	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 9,86	105	R\$ 1.035,30
1.160	DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 1,85	7.930	R\$ 14.670,50
1.161	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 1,89	38	R\$ 71,82
1.162	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 3,68	365	R\$ 1.343,20
1.163	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACÃO MB (CKMB)	R\$ 4,12	57	R\$ 234,84
1.164	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	R\$ 2,83	6	R\$ 16,98
1.165	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA - DHEA	R\$ 11,25	23	R\$ 258,75
1.166	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	R\$ 3,51	2	R\$ 7,02
1.167	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	R\$ 3,51	1	R\$ 3,51
1.168	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁCTICA (LDH)	R\$ 3,68	249	R\$ 916,32
1.169	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R\$ 8,97	2	R\$ 17,94
1.170	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 11,71	21	R\$ 245,91
1.171	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	R\$ 1,65	1	R\$ 1,65
1.172	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 10,15	287	R\$ 2.913,05
1.173	DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$ 11,55	14	R\$ 161,70
1.174	DOSAGEM DE ESTRONA	R\$ 11,12	45	R\$ 500,40
1.175	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	R\$ 15,65	4	R\$ 62,60
1.176	DOSAGEM DE FATOR II	R\$ 5,31	4	R\$ 21,24
1.177	DOSAGEM DE FATOR IX	R\$ 7,61	4	R\$ 30,44
1.178	DOSAGEM DE FATOR V	R\$ 4,73	1	R\$ 4,73
1.179	DOSAGEM DE FATOR VII	R\$ 8,09	5	R\$ 40,45
1.180	DOSAGEM DE FATOR VIII	R\$ 6,63	5	R\$ 33,15
1.181	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	R\$ 15,00	5	R\$ 75,00
1.182	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	R\$ 18,91	1	R\$ 18,91
1.183	DOSAGEM DE FATOR X	R\$ 6,66	3	R\$ 19,98
1.184	DOSAGEM DE FATOR XI	R\$ 9,11	4	R\$ 36,44
1.185	DOSAGEM DE FATOR XII	R\$ 10,51	4	R\$ 42,04
1.186	DOSAGEM DE FATOR XIII	R\$ 6,66	4	R\$ 26,64
1.187	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 5,50	6	R\$ 33,00
1.188	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	R\$ 12,10	10	R\$ 121,00
1.189	DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	R\$ 20,90	2	R\$ 41,80
1.190	DOSAGEM DE FENITOINA	R\$ 35,22	6	R\$ 211,32
1.191	DOSAGEM DE FENOL	R\$ 2,05	6	R\$ 12,30
1.192	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 15,59	2.113	R\$ 32.941,67
1.193	DOSAGEM DE FERRO SÉRICO	R\$ 3,51	906	R\$ 3.180,06
1.194	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R\$ 4,60	13	R\$ 59,80
1.195	DOSAGEM DE FOLATO	R\$ 15,65	13	R\$ 203,45
1.196	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	R\$ 3,51	4	R\$ 14,04
1.197	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA	R\$ 2,01	3	R\$ 6,03
1.198	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA PROSTATICA	R\$ 2,01	3	R\$ 6,03

1.199	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	R\$ 2,01	3	R\$ 6,03
1.200	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,01	888	R\$ 1.784,88
1.201	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	R\$ 2,01	2	R\$ 4,02
1.202	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 1,85	142	R\$ 262,70
1.203	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	R\$ 2,01	4	R\$ 8,04
1.204	DOSAGEM DE FRUTOSE	R\$ 2,01	4	R\$ 8,04
1.205	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	R\$ 2,01	4	R\$ 8,04
1.206	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMILTRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,51	1.787	R\$ 6.272,37
1.207	DOSAGEM DE GASTRINA	R\$ 14,15	2	R\$ 28,30
1.208	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 1,85	11.275	R\$ 20.858,75
1.209	DOSAGEM DE GLICOSE FOSFATO DESIDROGENASE	R\$ 12,01	37	R\$ 444,37
1.210	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89	1	R\$ 1,89
1.211	DOSAGEM DE GLICOSE PÓS - PRANDIAL	R\$ 12,01	212	R\$ 2.546,12
1.212	DOSAGEM DE GLOBULINA LIGADORA DE TIROXINA	R\$ 15,35	1	R\$ 15,35
1.213	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIÔNICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 7,85	401	R\$ 3.147,85
1.214	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	R\$ 3,04	1	R\$ 3,04
1.215	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	R\$ 3,68	3	R\$ 11,04
1.216	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 1,53	15	R\$ 22,95
1.217	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	R\$ 2,73	4	R\$ 10,92
1.218	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	R\$ 2,73	4	R\$ 10,92
1.219	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 7,86	3.789	R\$ 29.781,54
1.220	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA FRAÇÃO A1C	R\$ 3,80	325	R\$ 1.235,00
1.221	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	R\$ 2,73	6	R\$ 16,38
1.222	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	R\$ 3,68	3	R\$ 11,04
1.223	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$ 10,21	10	R\$ 102,10
1.224	DOSAGEM DE HORMÔNIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 7,89	570	R\$ 4.497,30
1.225	DOSAGEM DE HORMÔNIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 8,97	431	R\$ 3.866,07
1.226	DOSAGEM DE HORMÔNIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 8,96	7.169	R\$ 64.234,24
1.227	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$ 17,16	17	R\$ 291,72
1.228	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 9,25	68	R\$ 629,00
1.229	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG)	R\$ 15,00	10	R\$ 150,00
1.230	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 17,16	9	R\$ 154,44
1.231	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	R\$ 9,25	1	R\$ 9,25
1.232	DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 10,17	371	R\$ 3.773,07
1.233	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	R\$ 3,51	2	R\$ 7,02
1.234	DOSAGEM DE LACTATO	R\$ 3,68	21	R\$ 77,28
1.235	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	R\$ 3,51	8	R\$ 28,08
1.236	DOSAGEM DE LIPASE	R\$ 2,25	113	R\$ 254,25
1.237	DOSAGEM DE LÍCIO	R\$ 2,25	16	R\$ 36,00
1.238	DOSAGEM DE MAGNÉSIO (SANGUE)	R\$ 2,01	583	R\$ 1.171,83
1.239	DOSAGEM DE MERCURIO	R\$ 2,04	1	R\$ 2,04
1.240	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	R\$ 10,00	3	R\$ 30,00
1.241	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	R\$ 4,11	2	R\$ 8,22

1.242	DOSAGEM DE METOTREXATO	R\$ 10,00	2	R\$ 20,00
1.243	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA (ALBUMINURIA DE 24 HS)	R\$ 8,12	455	R\$ 3.694,60
1.244	DOSAGEM DE MUÇO-PROTEÍNAS	R\$ 2,01	36	R\$ 72,36
1.245	DOSAGEM DE NEO 17 OH PROGESTERONA	R\$ 10,20	21	R\$ 214,20
1.246	DOSAGEM DE OXALATO DE CÁLCIO	R\$ 3,68	2	R\$ 7,36
1.247	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 43,13	117	R\$ 5.046,21
1.248	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 15,35	13	R\$ 199,55
1.249	DOSAGEM DE PIRUVATO	R\$ 3,68	3	R\$ 11,04
1.250	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	R\$ 4,11	3	R\$ 12,33
1.251	DOSAGEM DE PORFIRINAS	R\$ 3,51	4	R\$ 14,04
1.252	DOSAGEM DE POTÁSSIO	R\$ 1,85	2.478	R\$ 4.584,30
1.253	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 10,22	375	R\$ 3.832,50
1.254	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$ 10,15	473	R\$ 4.800,95
1.255	DOSAGEM DE PROTEÍNA C REATIVA	R\$ 2,83	851	R\$ 2.408,33
1.256	DOSAGEM DE PROTEÍNAS (PROTEINURIA DE 24 HORAS)	R\$ 2,04	318	R\$ 648,72
1.257	DOSAGEM DE PROTEÍNAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89	4	R\$ 7,56
1.258	DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS	R\$ 1,40	23	R\$ 32,20
1.259	DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRACÇÕES	R\$ 1,85	130	R\$ 240,50
1.260	DOSAGEM DE QUINIDINA	R\$ 10,00	4	R\$ 40,00
1.261	DOSAGEM DE RENINA	R\$ 13,19	2	R\$ 26,38
1.262	DOSAGEM DE SALICILATOS	R\$ 2,01	2	R\$ 4,02
1.263	DOSAGEM DE SÓDIO	R\$ 1,85	2.099	R\$ 3.883,15
1.264	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$ 15,35	28	R\$ 429,80
1.265	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEA-S)	R\$ 13,11	35	R\$ 458,85
1.266	DOSAGEM DE SULFATOS	R\$ 3,51	2	R\$ 7,02
1.267	DOSAGEM DE TEOFILINA	R\$ 15,65	2	R\$ 31,30
1.268	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 13,11	255	R\$ 3.343,05
1.269	DOSAGEM DE TESTOSTERONA TOTAL	R\$ 10,43	389	R\$ 4.057,27
1.270	DOSAGEM DE TIOCIANATO	R\$ 3,68	3	R\$ 11,04
1.271	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$ 21,10	30	R\$ 633,00
1.272	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 8,76	155	R\$ 1.357,80
1.273	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 11,60	5.870	R\$ 68.092,00
1.274	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 2,01	4.902	R\$ 9.853,02
1.275	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 2,01	4.856	R\$ 9.760,56
1.276	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,12	153	R\$ 630,36
1.277	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 3,51	8.771	R\$ 30.786,21
1.278	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 8,71	583	R\$ 5.077,93
1.279	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	R\$ 5,50	13	R\$ 71,50
1.280	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	R\$ 3,51	3	R\$ 10,53
1.281	DOSAGEM DE TROPONINA	R\$ 9,00	25	R\$ 225,00
1.282	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 13,20	11	R\$ 145,20
1.283	DOSAGEM DE UREIA	R\$ 1,85	6.838	R\$ 12.650,30
1.284	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 15,24	2.277	R\$ 34.701,48
1.285	DOSAGEM DE VITAMINA D	R\$ 46,50	2.795	R\$ 129.967,50
1.286	DOSAGEM DE VITAMINA E (Todas as Vitaminas)	R\$ 71,50	369	R\$ 26.383,50

1.287	DOSAGEM DE ZINCO	R\$ 15,65	449	R\$ 7.026,85
1.288	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	R\$ 13,35	74	R\$ 987,90
1.289	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ÁCIDOS ORGANICOS	R\$ 3,04	4	R\$ 12,16
1.290	DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SORO	R\$ 137,00	3	R\$ 411,00
1.291	EAS (EXAME DE URINA)	R\$ 3,70	10.226	R\$ 37.836,20
1.292	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA - HPLC	R\$ 5,41	203	R\$ 1.098,23
1.293	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$ 3,68	3	R\$ 11,04
1.294	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 4,42	22	R\$ 97,24
1.295	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	R\$ 5,23	1	R\$ 5,23
1.296	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R\$ 2,73	5	R\$ 13,65
1.297	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,56	3	R\$ 19,68
1.298	ESPLENOGRAMA	R\$ 5,79	3	R\$ 17,37
1.299	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	R\$ 3,04	1	R\$ 3,04
1.300	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	R\$ 1,89	1	R\$ 1,89
1.301	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$ 2,80	1	R\$ 2,80
1.302	EXAME PARASITOLÓGICO DE FEZES	R\$ 1,65	5.038	R\$ 8.312,70
1.303	EXAME PARASITOLÓGICO DIRETO P/ LEISHMANIAS (LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA)	R\$ 2,48	2	R\$ 4,96
1.304	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	R\$ 3,70	5	R\$ 18,50
1.305	EXAME TOXICOLÓGICO	R\$ 140,00	2	R\$ 280,00
1.306	FATOR REUMATOIDE	R\$ 2,83	38	R\$ 107,54
1.307	FATOR REUMATÓIDE	R\$ 2,83	166	R\$ 469,78
1.308	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	R\$ 10,65	3	R\$ 31,95
1.309	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	R\$ 15,65	4	R\$ 62,60
1.310	GASOMETRIA VENOSA	R\$ 80,00	200	R\$ 16.000,00
1.311	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 298,48	3	R\$ 895,44
1.312	HEMATOCRITO	R\$ 1,53	3	R\$ 4,59
1.313	HEMOCULTURA	R\$ 11,49	1	R\$ 11,49
1.314	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11	14.221	R\$ 58.448,31
1.315	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	R\$ 5,63	3	R\$ 16,89
1.316	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	R\$ 10,65	3	R\$ 31,95
1.317	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	R\$ 1,65	4	R\$ 6,60
1.318	IDENTIFICAÇÃO DE GLICÍDIOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA)	R\$ 3,70	3	R\$ 11,10
1.319	IGE ESPECÍFICO PARA AMENDOIM (F13)	R\$ 17,10	9	R\$ 153,90
1.320	IGE ESPECÍFICO PARA BETA LACTOGLOBULINA	R\$ 17,10	9	R\$ 153,90
1.321	IGE ESPECÍFICO PARA CACAU (F93)	R\$ 17,10	14	R\$ 239,40
1.322	IGE ESPECÍFICO PARA CASEÍNA (F78)	R\$ 17,10	7	R\$ 119,70
1.323	IGE ESPECÍFICO PARA CLARA DE OVO (F1)	R\$ 17,10	31	R\$ 530,10
1.324	IGE ESPECÍFICO PARA GEMA DE OVO (F75)	R\$ 17,10	29	R\$ 495,90
1.325	IGE ESPECÍFICO PARA GLÚTEN (F79)	R\$ 17,10	12	R\$ 205,20
1.326	IGE ESPECÍFICO PARA LACTOALBUMINA (F76)	R\$ 17,10	11	R\$ 188,10
1.327	IGE ESPECÍFICO PARA LEITE DE VACA (F2)	R\$ 17,10	44	R\$ 752,40
1.328	IGE ESPECÍFICO PARA PEIXE (F3)	R\$ 17,10	5	R\$ 85,50
1.329	IGE ESPECÍFICO PARA SOJA (F14)	R\$ 17,10	21	R\$ 359,10

1.330	IGE ESPECÍFICO PARA TRIGO (F4)	R\$ 17,10	46	R\$ 786,60
1.331	IGE MÚLTIPLO	R\$ 17,10	3	R\$ 51,30
1.332	IGE TOTAL	R\$ 17,10	218	R\$ 3.727,80
1.333	IMUNOELETRÓFORESE DE PROTEÍNAS	R\$ 17,16	1	R\$ 17,16
1.334	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$ 80,00	1	R\$ 80,00
1.335	IMUNOFIXAÇÃO SÉRICA	R\$ 202,00	200	R\$ 40.400,00
1.336	IMUNOFIXAÇÃO URINÁRIA	R\$ 207,28	200	R\$ 41.456,00
1.337	IMUNOFLORESCÊNCIA (metodologia Rim e Pele)	R\$ 1.800,00	200	R\$ 360.000,00
1.338	IONOGRAMA	R\$ 15,20	77	R\$ 1.170,40
1.339	LEUCOGRAMA	R\$ 2,73	3	R\$ 8,19
1.340	MACROPROLACTINA (BIG PROLACTINA)	R\$ 12,15	2	R\$ 24,30
1.341	METANEFRIAS	R\$ 508,80	200	R\$ 101.760,00
1.342	MICROSCOPIA ELETRÔNICA (metodologia Rim e Pele)	R\$ 1.800,00	200	R\$ 360.000,00
1.343	MIELOGRAMA	R\$ 5,79	8	R\$ 46,32
1.344	NEO CROM AMINOÁCIDO QUALITATIVO	R\$ 3,70	8	R\$ 29,60
1.345	NEO GALACTOSEMA	R\$ 3,51	1	R\$ 3,51
1.346	PARVOVÍRUS B19	R\$ 20,00	3	R\$ 60,00
1.347	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	R\$ 4,33	2	R\$ 8,66
1.348	PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOÁCIDOS (POR CROMATOGRÁFIA)	R\$ 3,70	1	R\$ 3,70
1.349	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	R\$ 2,04	1	R\$ 2,04
1.350	PESQUISA DE AMINOÁCIDOS NA URINA	R\$ 3,70	1	R\$ 3,70
1.351	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10,00	7	R\$ 70,00
1.352	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10,00	7	R\$ 70,00
1.353	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI - SCL 70	R\$ 10,00	3	R\$ 30,00
1.354	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI HTLV 1 e HTLV 2	R\$ 18,55	14	R\$ 259,70
1.355	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVÍRUS	R\$ 9,25	3	R\$ 27,75
1.356	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	R\$ 10,00	1	R\$ 10,00
1.357	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	R\$ 9,25	1	R\$ 9,25
1.358	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	R\$ 3,70	2	R\$ 7,40
1.359	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	R\$ 5,83	2	R\$ 11,66
1.360	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLÁMIDIA (POR IMUNOFLORESCÊNCIA)	R\$ 10,00	1	R\$ 10,00
1.361	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICÓRTEX SUPRARENAL	R\$ 17,16	1	R\$ 17,16
1.362	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 8,67	93	R\$ 806,31
1.363	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	R\$ 9,25	3	R\$ 27,75
1.364	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATÓZOIDES	R\$ 9,70	5	R\$ 48,50
1.365	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATÓZOIDES (ELISA)	R\$ 9,70	1	R\$ 9,70
1.366	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO OU AEO)	R\$ 2,83	614	R\$ 1.737,62
1.367	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	R\$ 10,00	2	R\$ 20,00
1.368	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLIADINA (GLUTEM) IGM	R\$ 40,00	1	R\$ 40,00
1.369	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	R\$ 10,00	3	R\$ 30,00
1.370	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$ 85,00	1	R\$ 85,00

1.371	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1+HIV-2 (ELISA)	R\$ 15,00	493	R\$ 7.395,00
1.372	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	R\$ 10,00	1	R\$ 10,00
1.373	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	R\$ 17,16	1	R\$ 17,16
1.374	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	R\$ 4,10	1	R\$ 4,10
1.375	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	R\$ 5,50	3	R\$ 16,50
1.376	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-MEMBRANA BASAL GLOMERULAR	R\$ 10,00	3	R\$ 30,00
1.377	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-MICROSSOMAL	R\$ 17,16	65	R\$ 1.115,40
1.378	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$ 17,16	1	R\$ 17,16
1.379	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	R\$ 17,16	3	R\$ 51,48
1.380	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	R\$ 17,16	3	R\$ 51,48
1.381	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	R\$ 17,16	4	R\$ 68,64
1.382	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO (FAN - FATOR ANTI-NUCLEAR)	R\$ 17,16	498	R\$ 8.545,68
1.383	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	R\$ 17,16	3	R\$ 51,48
1.384	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	R\$ 10,00	5	R\$ 50,00
1.385	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R\$ 17,16	4	R\$ 68,64
1.386	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R\$ 5,74	1	R\$ 5,74
1.387	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$ 17,16	19	R\$ 326,04
1.388	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$ 18,55	24	R\$ 445,20
1.389	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$ 18,55	18	R\$ 333,90
1.390	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$ 17,16	33	R\$ 566,28
1.391	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-U1RNP	R\$ 17,16	4	R\$ 68,64
1.392	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B HBC-IGM	R\$ 18,55	154	R\$ 2.856,70
1.393	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 18,55	747	R\$ 13.856,85
1.394	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$ 18,55	162	R\$ 3.005,10
1.395	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	R\$ 7,78	4	R\$ 31,12
1.396	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	R\$ 9,71	4	R\$ 38,84
1.397	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A HAV-IGG	R\$ 18,55	105	R\$ 1.947,75
1.398	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A HAV-IGM	R\$ 18,55	93	R\$ 1.725,15
1.399	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 18,55	643	R\$ 11.927,65
1.400	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	R\$ 18,55	3	R\$ 55,65
1.401	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	R\$ 9,25	3	R\$ 27,75
1.402	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	R\$ 4,10	3	R\$ 12,30
1.403	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO	R\$ 18,55	4	R\$ 74,20
1.404	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	R\$ 17,16	4	R\$ 68,64
1.405	PESQUISA DE ANTICORPOS EPSTEIN BARR (EBV)	R\$ 17,16	21	R\$ 360,36

	IGG)			
1.406	PESQUISA DE ANTICORPOS EPSTEIN BARR (EBV IGM)	R\$ 17,16	19	R\$ 326,04
1.407	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 2,83	4	R\$ 11,32
1.408	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,00	609	R\$ 6.699,00
1.409	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	R\$ 9,25	1	R\$ 9,25
1.410	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 16,97	1.212	R\$ 20.567,64
1.411	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25	1	R\$ 9,25
1.412	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	R\$ 18,55	121	R\$ 2.244,55
1.413	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (Dengue e Febre Amarela)	R\$ 30,00	1	R\$ 30,00
1.414	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16	673	R\$ 11.548,68
1.415	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 17,16	3	R\$ 51,48
1.416	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLIS	R\$ 17,16	10	R\$ 171,60
1.417	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,61	599	R\$ 6.954,39
1.418	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	R\$ 10,00	1	R\$ 10,00
1.419	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,55	1.223	R\$ 22.686,65
1.420	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25	1	R\$ 9,25
1.421	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	R\$ 18,55	130	R\$ 2.411,50
1.422	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (Dengue e Febre Amarela).	R\$ 20,00	1	R\$ 20,00
1.423	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16	648	R\$ 11.119,68
1.424	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 17,16	3	R\$ 51,48
1.425	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLIS	R\$ 17,16	10	R\$ 171,60
1.426	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO	R\$ 5,79	25	R\$ 144,75
1.427	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC	R\$ 5,79	1	R\$ 5,79
1.428	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO	R\$ 5,79	1	R\$ 5,79
1.429	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$ 13,35	99	R\$ 1.321,65
1.430	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$ 18,55	1.451	R\$ 26.916,05
1.431	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA	R\$ 18,55	160	R\$ 2.968,00

	HEPATITE B (HBEAG)			
1.432	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	R\$ 25,00	4	R\$ 100,00
1.433	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	R\$ 2,80	4	R\$ 11,20
1.434	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	R\$ 2,04	3	R\$ 6,12
1.435	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	R\$ 2,40	5	R\$ 12,00
1.436	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$ 1,89	13	R\$ 24,57
1.437	PESQUISA DE CELULAS LE	R\$ 4,11	20	R\$ 82,20
1.438	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	R\$ 1,89	3	R\$ 5,67
1.439	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	R\$ 2,04	2	R\$ 4,08
1.440	PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTUA HIBIDA)	R\$ 60,00	5	R\$ 300,00
1.441	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	R\$ 2,04	6	R\$ 12,24
1.442	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	R\$ 2,73	4	R\$ 10,92
1.443	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	R\$ 2,83	4	R\$ 11,32
1.444	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	R\$ 1,89	6	R\$ 11,34
1.445	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	R\$ 1,65	14	R\$ 23,10
1.446	PESQUISA DE EOSINOFILOS	R\$ 1,65	8	R\$ 13,20
1.447	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	R\$ 3,70	10	R\$ 37,00
1.448	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)	R\$ 4,80	1	R\$ 4,80
1.449	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$ 4,33	11	R\$ 47,63
1.450	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$ 4,10	149	R\$ 610,90
1.451	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37	593	R\$ 812,41
1.452	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	R\$ 2,04	2	R\$ 4,08
1.453	PESQUISA DE FILARIA	R\$ 2,73	2	R\$ 5,46
1.454	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	R\$ 2,04	5	R\$ 10,20
1.455	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	R\$ 3,36	5	R\$ 16,80
1.456	PESQUISA DE GORDURA FECAL	R\$ 1,65	3	R\$ 4,95
1.457	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	R\$ 2,80	3	R\$ 8,40
1.458	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI - IGG	R\$ 4,33	1	R\$ 4,33
1.459	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI - IGM	R\$ 17,16	2	R\$ 34,32
1.460	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R\$ 2,73	3	R\$ 8,19
1.461	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA	R\$ 10,00	3	R\$ 30,00
1.462	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	R\$ 2,04	18	R\$ 36,72
1.463	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	R\$ 9,25	3	R\$ 27,75
1.464	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA POR GRUPO DE ALIMENTOS	R\$ 9,25	1	R\$ 9,25
1.465	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA POR INALANTES	R\$ 9,25	1	R\$ 9,25
1.466	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	R\$ 2,04	1	R\$ 2,04
1.467	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	R\$ 1,65	37	R\$ 61,05
1.468	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	R\$ 2,80	2	R\$ 5,60
1.469	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R\$ 1,65	4	R\$ 6,60
1.470	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	R\$ 1,65	10	R\$ 16,50
1.471	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	R\$ 12,15	1	R\$ 12,15
1.472	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	R\$ 3,70	1	R\$ 3,70
1.473	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM	R\$ 1,65	1	R\$ 1,65

	FRAGMENTO DE MUCOSA)			
1.474	PESQUISA DE PORFOTILINOGENIO NA URINA	R\$ 2,04	1	R\$ 2,04
1.475	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	R\$ 4,44	3	R\$ 13,32
1.476	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89	1	R\$ 1,89
1.477	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	R\$ 10,25	1	R\$ 10,25
1.478	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 1,65	624	R\$ 1.029,60
1.479	PESQUISA DE SARS-COV-2 POR T - PCR	R\$ 215,00	188	R\$ 40.420,00
1.480	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES (MIF - COLETA MULTIPLA)	R\$ 1,65	561	R\$ 925,65
1.481	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	R\$ 2,04	1	R\$ 2,04
1.482	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	R\$ 5,04	1	R\$ 5,04
1.483	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	R\$ 2,73	2	R\$ 5,46
1.484	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	R\$ 1,65	2	R\$ 3,30
1.485	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	R\$ 1,65	4	R\$ 6,60
1.486	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R\$ 10,00	3	R\$ 30,00
1.487	PROVA CONFIRMATÓRIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES	R\$ 5,62	6	R\$ 33,72
1.488	PROVA DA D-XILOSE	R\$ 3,68	2	R\$ 7,36
1.489	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R\$ 4,11	3	R\$ 12,33
1.490	PROVA DE DILUICAO (URINA)	R\$ 2,04	5	R\$ 10,20
1.491	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	R\$ 9,70	6	R\$ 58,20
1.492	PROVA DO LACO	R\$ 2,73	17	R\$ 46,41
1.493	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	R\$ 1,89	1	R\$ 1,89
1.494	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R\$ 1,89	476	R\$ 899,64
1.495	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	R\$ 1,77	3	R\$ 5,31
1.496	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	R\$ 1,77	3	R\$ 5,31
1.497	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	R\$ 18,00	4	R\$ 72,00
1.498	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 168,48	3	R\$ 505,44
1.499	QUANTIFICAÇÃO/AMPLIFICAÇÃO DO HER-2	R\$ 120,00	6	R\$ 720,00
1.500	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	R\$ 2,73	8	R\$ 21,84
1.501	REACAO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 2,83	1	R\$ 2,83
1.502	REACAO DE MONTENEGRO ID	R\$ 2,83	3	R\$ 8,49
1.503	REACAO DE PANDY	R\$ 1,89	3	R\$ 5,67
1.504	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89	3	R\$ 5,67
1.505	RELAÇÃO PROTEINAS/CREATININAS	R\$ 24,10	200	R\$ 4.820,00
1.506	SOROLOGIA EM CHIKUNGUNYA - ANTICORPOS IgG e IgM	R\$ 225,00	7	R\$ 1.575,00
1.507	SOROLOGIA PARA DENGUE - ANTICORPOS IgG e IgM	R\$ 40,00	103	R\$ 4.120,00
1.508	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	R\$ 12,00	3	R\$ 36,00
1.509	TESTE DE CLEMENTS	R\$ 1,89	3	R\$ 5,67
1.510	TESTE DE ESTIMULO COM GNRH OU COM AGONISTA GNRH	R\$ 12,01	1	R\$ 12,01
1.511	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS	R\$ 12,01	1	R\$ 12,01

	TRH			
1.512	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	R\$ 12,01	1	R\$ 12,01
1.513	TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APÓS GONADORRELINA	R\$ 12,01	1	R\$ 12,01
1.514	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	R\$ 12,01	5	R\$ 60,05
1.515	TESTE DE GASTROÁCIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS	R\$ 4,69	5	R\$ 23,45
1.516	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	R\$ 2,73	3	R\$ 8,19
1.517	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	R\$ 4,69	2	R\$ 9,38
1.518	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	R\$ 12,01	1	R\$ 12,01
1.519	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	R\$ 6,55	3	R\$ 19,65
1.520	TESTE DE VDRL P/ DETECCÃO DE SIFILIS	R\$ 2,83	650	R\$ 1.839,50
1.521	TESTE DE VDRL P/ DETECCÃO DE SIFILIS EM GESTANTE	R\$ 2,83	468	R\$ 1.324,44
1.522	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (COOMBS DIRETO)	R\$ 2,73	20	R\$ 54,60
1.523	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00	23	R\$ 230,00
1.524	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00	78	R\$ 780,00
1.525	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (COOMBS INDIRETO)	R\$ 2,73	176	R\$ 480,48
1.526	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	R\$ 8,43	20	R\$ 168,60
1.527	TESTE RÁPIDO COVID-19 IGG E IGM	R\$ 155,00	1.072	R\$ 166.160,00
1.528	TESTE RAPIDO PARA COVID-19 SWAB NASAL (ANTIGENO)	R\$ 150,00	250	R\$ 37.500,00
1.529	Teste rápido para Dengue (NS1)	R\$ 40,00	1000	400.000,00
1.530	TESTE RAPIDO PARA DETECCAO DE HIV EM GESTANTE	R\$ 15,00	63	R\$ 945,00
1.531	TESTE RAPIDO PARA DETECCAO DE INFECCÃO PELO HIV	R\$ 15,00	63	R\$ 945,00
1.532	TESTES ALERGICOS DE CONTATO	R\$ 1,77	3	R\$ 5,31
1.533	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	R\$ 1,77	3	R\$ 5,31
1.534	TESTES RAPIDOS P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00	54	R\$ 540,00
1.535	TESTE ORAL DE TOLERANCIA A GLICOSE - TOTG (DOSAGEM)	R\$ 7,00	20	R\$ 140,00
1.536	TIPAGEM SANGUINEA ABO (G.S.A)	R\$ 1,80	657	R\$ 1.182,60
1.537	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	R\$ 5,79	4	R\$ 23,16
1.538	TRAB - ANTI RECEPTOR DE TSH	R\$ 24,10	58	R\$ 1.397,80
1.539	TRIO CARDIACO (<i>tropinas, mioglobina e creainoquinase</i>)	R\$ 120,00	200	R\$ 24.000,00
1.540	UROCULTURA COM ANTIBIOGRAMA	R\$ 13,33	3.699	R\$ 49.307,67
1.541	VITAMINA D, 25-HIDROXI	R\$ 15,24	370	R\$ 5.638,80
SUBTOTAL				R\$ 3.189.480,80
02 - DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA E CITOPATOLOGICA		VALOR UNIT.	QNT	VALOR TOTAL
2.1	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)- PEÇA CIRÚRGICA	R\$ 40,78	106	R\$ 4.322,68
2.2	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - BIOPSIA	R\$ 45,83	15	R\$ 687,45
2.3	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - PECA	R\$ 61,77	3	R\$ 185,31

	CIRURGICA			
2.4	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO – PEÇA CIRURGICA	R\$ 61,77	4	R\$ 247,08
2.5	EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA	R\$ 13,72	12	R\$ 164,64
2.6	EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA-RASTREAMENTO	R\$ 14,37	63	R\$ 905,31
2.7	EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA	R\$ 35,34	3	R\$ 106,02
2.8	EXAME CITOPATOLOGICO HORMONAL SERIADO (MINIMO 3 COLETAS)	R\$ 20,96	2	R\$ 41,92
2.9	EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL)	R\$ 20,96	3	R\$ 62,88
2.10	EXAME DE PREVENÇÃO DO CANCER DE COLO DO UTERO - PAPANICOLAU	R\$ 13,72	316	R\$ 4.335,52
2.11	IDENTIFICACAO DO VIRUS DA HEPATITE B POR PCR (QUANTITATIVO – PROTEINA C REATIVA)	R\$ 3,73	252	R\$ 939,96
SUBTOTAL				R\$ 11.998,77
03 - BIOPSIAS		VALOR UNIT.	QNT	VALOR TOTAL
3.1	BIOPSIA DE ABORTO / RESTOS OVULARES (FRASCO COM VÁRIOS FRAGMENTOS PEQUENOS)	R\$ 150,00	2	R\$ 300,00
3.2	BIOPSIA DE ADENOIDES	R\$ 220,00	4	R\$ 880,00
3.3	BIOPSIA DE AMÍGDALAS	R\$ 220,00	2	R\$ 440,00
3.4	BIOPSIA DE APÊNDICE CECAL	R\$ 110,00	2	R\$ 220,00
3.5	BIOPSIA DE BAÇO POR PUNÇÃO/ASPIRAÇÃO	R\$ 110,00	1	R\$ 110,00
3.6	BIOPSIA DE BEXIGA (FRASCO PEQUENO COM 1 FRAGMENTO)	R\$ 58,00	2	R\$ 116,00
3.7	BIOPSIA DE BEXIGA (FRASCO PEQUENO COM 2 OU MAIS FRAGMENTOS)	R\$ 150,00	1	R\$ 150,00
3.8	BIOPSIA DE FETO (ATÉ 500 GRAMAS OU ATÉ 22 SEMANAS DE GESTAÇÃO)	R\$ 405,00	3	R\$ 1.215,00
3.9	BIOPSIA DE HEMORROIDAS	R\$ 110,00	1	R\$ 110,00
3.10	BIOPSIA DE LAMINA EM ÁLCOOL OU SECA (PARA CADA 5 LAMINAS COM O MESMO LOCAL DE COLETA)	R\$ 70,00	10	R\$ 700,00
3.11	BIOPSIA DE LINFONODO ISOLADOS	R\$ 110,00	1	R\$ 110,00
3.12	BIOPSIA DE LINGUA	R\$ 250,00	2	R\$ 500,00
3.13	BIOPSIA DE NODULO DE MAMA (POR PEÇA CIRURGICA SIMPLES)	R\$ 110,00	2	R\$ 220,00
3.14	BIOPSIA DE PELE COM 1 (UM) FRAGMENTO PEQUENO	R\$ 58,00	1	R\$ 58,00
3.15	BIOPSIA DE PELE EXCISIONAL (RETIRADA DE TODA A LESÃO)	R\$ 110,00	21	R\$ 2.310,00
3.16	BIOPSIA DE PROSTATA	R\$ 300,00	2	R\$ 600,00
3.17	BIOPSIA DE TESTÍCULO	R\$ 110,00	1	R\$ 110,00
3.18	BIOPSIA DE TUBA UTERINA ISOLADAS	R\$ 220,00	1	R\$ 220,00
3.19	BIOPSIA DE TUMORES BENIGNOS	R\$ 110,00	2	R\$ 220,00
3.20	BIOPSIA DE VESICULAR BILIAR	R\$ 110,00	1	R\$ 110,00
3.21	BIOPSIA DIAGNOSTICA EM AMIGDALA	R\$ 302,00	2	R\$ 604,00
3.22	BIOPSIA DO COLO UTERINO COM 1 FRAGMENTO PEQUENO	R\$ 58,00	2	R\$ 116,00
3.23	BIOPSIA DO COLO UTERINO COM 2 OU MAIS FRAGMENTOS PEQUENOS	R\$ 150,00	5	R\$ 750,00

3.24	BIOPSIA DO COLO UTERINO E VULVA	R\$ 43,00	1	R\$ 43,00
3.25	BIOPSIA ENDOSCÓPICA COM 1 FRAGMENTO PEQUENO	R\$ 58,00	4	R\$ 232,00
3.26	BIOPSIA ENDOSCÓPICA COM MAIS DE 1 FRAGMENTO PEQUENO	R\$ 150,00	8	R\$ 1.200,00
3.27	BIOPSIA INCISIONAL MUCOSA ORAL E OU LABIO	R\$ 150,00	1	R\$ 150,00
3.28	BIOPSIA LESÃO DE PELE	R\$ 100,00	1	R\$ 100,00
3.29	BIOPSIA PEQUENA DE MAMA (CORE BIOPSIA) COM 1 FRAGMENTO	R\$ 58,00	1	R\$ 58,00
3.30	BIOPSIA PEQUENA DE MAMA (CORE BIOPSIA) COM 2 OU MAIS FRAGMENTOS	R\$ 150,00	1	R\$ 150,00
3.31	BIOPSIA SEGMENTO ÓSSEO COM TUMOR	R\$ 150,00	38	R\$ 5.700,00
3.32	REVISÃO DE LAMINAS DE BIOPSIAS	R\$ 205,00	1	R\$ 205,00
3.33	COLETA DE MATERIAL PARA BIOPSIA	60	25	R\$ 1.500,00
SUBTOTAL				R\$ 19.507,00
TOTAL GERAL				R\$ 3.220.986,57



ANEXO I

DADOS DA EMPRESA:

RAZÃO SOCIAL:

CNPJ/MF:

NOME FANTASIA:

REPRESENTANTE LEGAL:

ENDEREÇO DO LOCAL DE ATENDIMENTO:

COMPLEMENTO:

CIDADE:

ESTADO:

CEP:

EMAIL:

TELEFONES

FAX:

CONTA CORRENTE:

AGÊNCIA:

BANCO:

....., de de

.....
Diretor, Sócio-gerente ou Equivalente/Nome completo e assinatura

ANEXO II

MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

Declaro sob as penas da Lei, para fins do Edital nº ____/____, que a empresa....., não foi declarada inidônea para licitar ou contratar com a administração pública, nos termos do art. n.º 161 da Lei n.º 14.133/21, bem como, comunicarei qualquer fato ou evento superveniente a entrega dos documentos de habilitação, que venha alterar a atual situação quanto a capacidade jurídica, técnica, regularidade fiscal e econômico- financeira.

....., de de

.....
Diretor, Sócio-gerente ou Equivalente/Nome completo e assinatura



Noroeste/ES

Consórcio Público da Região Noroeste do Espírito Santo

ANEXO III

MODELO DECLARAÇÃO QUE NÃO EMPREGA MENOR DE IDADE, SALVO NA CONDIÇÃO DE APRENDIZ

_____ (nome da empresa), inscrita no CNPJ sob nº _____, por intermédio de seu representante legal, Sr.(a) _____, portador(a) da Carteira de Identidade nº _____ Órgão expedidor _____ e do CPF nº _____, DECLARA, para fins de cumprimento do disposto no inciso XXXIII do Art. 7º da Constituição Federal, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e que não emprega menor de dezesseis anos.

Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz () (assinalar com "x" a ressalva acima, caso verdadeira)

..... de de

.....
Diretor, Sócio-gerente ou Equivalente/Nome completo e assinatura

Noroeste/ES

Consórcio Público da Região Noroeste do Espírito Santo

ANEXO IV

Os serviços abaixo assinalados estão disponíveis aos entes do CIM NOROESTE de acordo com todas as cláusulas do termo de credenciamento e do Edital nº ____/____:

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

....., de de

.....
Diretor, Sócio-gerente ou Equivalente/Nome completo e assinatura



Noroeste/ES

Consórcio Público da Região Noroeste do Espírito Santo

ANEXO V

MODELO DE DECLARAÇÃO E PLENO CONHECIMENTO DO EDITAL

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº /2024
PROCESSO LICITATÓRIO Nº /2024

(razão social da licitante), CNPJ nº _____, estabelecida no (a) (endereço completo) , neste ato representada pelo(a) Sr(a). _____ (representante da empresa e qualificação do mesmo, constando inclusive qual a função/cargo na empresa), portador(a) de CI/RG nº _____, CPF nº _____, DECLARA, sob as penas da Lei, que possui pleno conhecimento do objeto da Concorrência nº /2024 e concorda com todas as exigências contidas no edital e anexos, e se compromete a prestar fielmente os serviços nos termos do Edital, do Projeto Básico e dos demais anexos que compõem o processo da presente licitação.

....., de de

.....
Diretor, Sócio-gerente ou Equivalente/Nome completo e assinatura

Noroeste/ES
Consórcio Público da Região Noroeste do Espírito Santo