

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO N.º 011/2022**  
**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 3430/2022**  
**ID: 2022.501C2600010.18.0007**

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 8.666/93 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 25/11/2022 ENCERRANDO EM 13/12/2022.** 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.

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 aos municípios de Água Doce do Norte, Águia Branca, Alto Rio Novo, Baixo Guandu, Barra de São Francisco, 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 em 02 (duas) sessões nos dias **06/12/2022 e 14/12/2022** com início dos trabalhos sempre no horário das 10h00min.

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

## **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 011/2022 – EXAMES LABORATORIAIS**  
**CRENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**  
**NOME DA EMPRESA: \_\_\_\_\_**

### **5. DA DOCUMENTAÇÃO**

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, ou 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 **25/11/2022 até 14/12/2022**.

**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 **011/2022** 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**

Consórcio Público da Região Noroeste do Espírito Santo

**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.**

**9.6.3.2.** 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.

Consórcio Público da Região Noroeste do Espírito Santo

**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 dos termos de credenciamento oriundos deste Edital será de até 12 (doze) meses, a partir da sua assinatura, podendo ser prorrogado a critério do CIM NOROESTE, mediante a celebração de Termo de Aditamento, pelo prazo de até sessenta (60) meses.

**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:

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

Os recursos para cobrir as despesas do objeto deste credenciamento correrão a conta da dotação orçamentária do consórcio para o exercício financeiro de 2021, 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

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

**16.1.** 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.

**16.2.** O presente Edital poderá ser retirado ou consultado na sede do CIM NOROESTE, no horário das **08hs às 16hs**, na: Av. João Quiuqui, nº 26, Sala 101, Centro, Águia Branca/ES. Demais informações podem ser solicitadas por e-mail [cimnoroeste@hotmail.com](mailto:cimnoroeste@hotmail.com) ou no site: [www.cimnoroeste.es.gov.br](http://www.cimnoroeste.es.gov.br)

**16.3.** Os casos omissos serão resolvidos à luz da Lei nº 8.666/93, lei federal 11.107/2005, lei federal 8.080/90 e demais disposições estabelecidas no presente Edital.

**16.4.** 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 8.666/93 e alterações posteriores.

**16.5.** O licitante reconhece os direitos do CIM NOROESTE nos casos de rescisão previstas nos artigos 78 a 87 da Lei nº 8.666/93 e alterações posteriores.

## **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), 24 de novembro de 2022.

---

**Walaques Pereira Correa**  
**Presidente da CPL do CIM NOROESTE**

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 8.666/93, 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:

Consórcio Público da Região Noroeste do Espírito Santo

#### **CLÁUSULA PRIMEIRA - OBJETO**

1.1 - O objeto do presente é a prestação de serviços de coleta, realização e distribuição de exames de análises clínicas 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 **CRENCIADA** pelos serviços prestados, observando-se o seguinte:

- a) Entre o dia 05 (cinco) até o dia 10 de cada mês, a **CRENCIADA** 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 **CRENCIADA** 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;
- c) Havendo incorreções ou irregularidades no faturamento apresentado, o pagamento somente será efetuado após a correção da mesma;
- d) Junto à nota fiscal deverão ser apresentadas as certidões de regularidade fiscal e trabalhista;
- e) As divergências apuradas, mesmo após a realização do pagamento, deverão ser esclarecidas no prazo de 30 (trinta) dias, sob pena de realização descontos dos valores divergentes no pagamento de faturas seguintes ao mês em que ocorrer a constatação da divergência.

Consórcio Público da Região Noroeste do Espírito Santo

4.2 - No caso do pagamento ocorrer mediante crédito em conta corrente bancária de titularidade da **CRENCIADA**, 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 NOROESTE**, nas rubricas abaixo identificadas:

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.

## **CLÁUSULA SEXTA – DO AMPARO LEGAL**

6.1 - O presente termo de credenciamento encontra-se amparado no disposto no caput do artigo 25 da Lei nº 8.666/93 e alterações posteriores.

## **CLÁUSULA SÉTIMA – DA VIGÊNCIA**

7.1 - O presente instrumento vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, a contar da data da sua assinatura, podendo ser prorrogado por prazos iguais e sucessivos por manifestação expressa do **CIM NOROESTE** até o limite de 60 (sessenta) meses.

## **CLÁUSULA OITAVA – DO DESCRENCIAMENTO**

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 NOROESTE**;
- c) Por decisão da Câmara Setorial de Saúde do **CIM NOROESTE**, motivados pela má qualidade dos serviços prestados, em relação aos atendimentos realizados e a ética profissional;
- d) Por interesse do **CIM NOROESTE**, no caso dos serviços deixarem de integrar o plano de atendimento aos municípios consorciados, ou ainda, a Tabela de Valores de Serviços e Procedimentos de Saúde do **CIM NOROESTE- TVSPS**.

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 levado 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 8.666/93 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 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**CIM NOROESTE**

\_\_\_\_\_  
**CRENCIADA**

**TESTEMUNHAS:**

**1**

**2**



**Noroeste/ES**

Consórcio Público da Região Noroeste do Espírito Santo



**TABELA DE VALORES E EXAMES LABORATORIAIS – TVEL  
 CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 011/2022**

	<b>01 - DIAGNOSTICOS EM LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS</b>	VALOR UNIT.	QUANT.	VALOR TOTAL
1.1	ACIDEZ TITULÁVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)	3,04	15	45,60
1.2	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	1,89	09	17,01
1.3.	ADENOGRAMA	5,79	23	133,17
1.4	ANTIBIOGRAMA	4,98	601	2.992,98
1.5	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	13,33	124	1.652,92
1.6	ANTICOAGULANTE LUPICO	74,33	40	2973
1.7	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	4,20	50	210,00
1.8	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	4,20	17	71,40
1.9	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	4,20	34	142,80
1.10	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	2,80	07	19,60
1.11	BETA-2-GLICOPROTEINA I, ANTICORPO IGG E IGM	223,41	21	4.691,61
1.12	CA 19	19,91	209	4.161,19
1.13	CITOLOGIA P/ CLAMÍDIA	4,33	20	86,60
1.14	CITOLOGIA P/ HERPESVÍRUS	4,33	03	12,99
1.15	CITOPLASMA DE NEUTRÓFILUS – ANCA	35,42	25	885,50
1.16	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	6,48	05	32,40
1.17	CLEARANCE DE FOSFATO	3,51	03	10,53
1.18	CLEARANCE DE UREIA	3,51	150	526,50
1.19	CLEARANCE OSMOLAR	3,51	10	35,10
1.20	CLEARANCE DE CREATININA	3,51	1207	4.236,57
1.21	COAGULOGRAMA	2,73	733	2.001,09
1.22	CONTAGEM DE ADDIS	2,04	15	30,60
1.23	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	15,00	25	375,00
1.24	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	15,00	22	330,00

1.25	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	15,00	22	330,00
1.26	CONTAGEM DE PLAQUETAS	2,73	6058	16.538,34
1.27	CONTAGEM DE RETICULÓCITOS	2,73	388	1.592,40
1.28	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	1,89	10	18,90
1.29	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	1,89	10	18,90
1.30	COPROCULTURA	36,91	56	2.066,96
1.31	CULTURA DE BACTÉRIAS P/ IDENTIFICAÇÃO	5,62	183	1.028,46
1.32	CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO)	5,62	10	56,20
1.33	CULTURA P/ HERPESVIRUS	4,33	05	21,65
1.34	CULTURA PARA BAAR	5,63	05	39,41
1.35	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	10,25	09	92,25
1.36	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	4,19	32	134,08
1.37	DETECCAO DE ÁCIDOS NUCLEICOS DO HIV-1 (QUALITATIVO)	65,00	25	1.625,00
1.38	DETECÇÃO DE RNA DO HIV - 1 ( QUALITATIVO )	65,00	03	195,00
1.39	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	96,00	03	288,00
1.40	DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)	8,80	05	44,00
1.41	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE	66,00	10	660,00
1.42	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)	66,00	10	660,00
1.43	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA	66,00	10	660,00
1.44	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)	66,00	10	660,00
1.45	DETERMINAÇÃO DA VOLEMIA	4,11	08	32,88
1.46	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	10,65	05	53,25
1.47	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	2,01	35	70,35
1.48	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS)	180,00	15	2.700,00
1.49	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES	160,00	15	2.400,00

	CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)			
1.50	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	160,00	05	800,00
1.51	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	9,25	10	92,50
1.52	DETERMINAÇÃO DE CREMATÓCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO	1,53	15	22,95
1.53	DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS	15,65	10	156,50
1.54	DETERMINACAO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR	2,73	15	40,95
1.55	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (2 DOSAGENS)	3,63	1.127	4.091,01
1.56	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA ( 5 DOSAGENS)	6,55	10	65,50
1.57	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	3,68	10	36,80
1.58	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	10,00	835	8.350,00
1.59	FATOR REUMATOIDE	2,83	150	424,50
1.60	DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO	6,56	20	131,20
1.61	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	12,54	35	438,90
1.62	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE ( URINA)	3,70	03	11,10
1.63	DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE	3,51	05	17,55
1.64	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	12,54	130	1.630,20
1.65	DETERMINACAO DE SULFO-HEMOGLOBINA	2,73	06	16,38
1.66	DETERMINACAO DE T3 REVERSO	14,69	05	73,45
1.67	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	2,73	612	1.670,76
1.68	DETERMINACAO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	2,73	35	95,55
1.69	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO (TS)	9,00	790	7.110,00
1.70	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	2,73	35	95,55
1.71	DETERMINACAO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	5,79	03	17,37
1.72	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA	2,85	15	42,75

1.73	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA - PTTK)	5,77	2565	14.800,05
1.74	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	2,73	3196	8.725,08
1.75	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTAÇÃO (VHS)	2,73	2814	7682,22
1.76	DETERMINAÇÃO DE VOLUME ERITROCITÁRIO	2,73	11	30,03
1.77	DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	1,80	62	111,60
1.78	DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA	9,25	3310	30.617,50
1.79	DOSAGEM DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SANGUE EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	5,50	30	165,00
1.80	DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO	17,16	10	171,60
1.81	DOSAGEM DE 17 CETO 24HS (SANGUE)	48,00	07	336,00
1.82	DOSAGEM DE 17 CETO 24HS (URINA)	43,00	07	301,00
1.83	DOSAGEM DE 17 HIDROX 24 HS (SANGUE)	43,00	35	1.505,00
1.84	DOSAGEM DE 17 HIDROX 24 HS (URINA)	43,00	10	430,00
1.85	DOSAGEM DE 17 HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	8,00	30	240,00
1.86	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	6,72	07	47,04
1.87	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	6,72	07	47,04
1.88	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	3,51	07	24,57
1.89	DOSAGEM DE ACETONA	1,85	05	9,25
1.90	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	6,72	05	33,60
1.91	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	2,01	03	6,03
1.92	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	2,06	15	30,90
1.93	DOSAGEM DE ÁCIDO FÓLICO	19,81	2780	55.071,80
1.94	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	2,23	07	15,62
1.95	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	3,68	45	165,60
1.96	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	2,04	05	10,20
1.97	DOSAGEM DE ACIDO ÚRICO	1,85	18910	34.983,50

1.98	DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO – URINA	5,50	84	462,00
1.99	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	15,65	17	266,05
1.100	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	9,00	05	45,00
1.101	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	3,51	05	17,55
1.102	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	2,01	05	10,05
1.103	DOSAGEM DE ALDOLASE	3,68	08	29,44
1.104	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	11,89	70	832,30
1.105	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	3,68	07	25,76
1.106	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	3,68	07	25,76
1.107	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	15,06	125	1.882,50
1.108	DOSAGEM DE ALUMINIO	27,50	43	1.182,50
1.109	DOSAGEM DE AMILASE	2,25	803	1.806,75
1.110	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	10,00	45	450,00
1.111	DOSAGEM DE AMONIA	3,51	07	24,57
1.112	DOSAGEM DE AMP CICLICO	12,01	22	264,22
1.113	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	11,53	72	11,53
1.114	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	10,00	5	50,00
1.115	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA	18,55	26	482,30
1.116	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	10,00	05	50,00
1.117	DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECIFICO (PSA LIVRE)	16,42	4161	68.323,62
1.118	DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECIFICO (PSA TOTAL)	16,42	7062	115.958,04
1.119	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	6,48	05	32,40
1.120	DOSAGEM DE BARBITURATOS	13,13	08	105,04
1.121	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	13,48	05	67,40
1.122	DOSAGEM DE BETA CAROTENO	2,01	25	50,25
1.123	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	13,55	36	487,80

1.124	DOSAGEM DE BILIRRUBINA	2,01	264	530,64
1.125	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACÇÕES (BT E F)	2,01	2949	5.927,49
1.126	DOSAGEM DE CADMIO SANGUE	6,55	30	196,50
1.127	DOSAGEM DE CÁLCIO	1,85	3061	5.662,85
1.128	DOSAGEM DE CÁLCIO IONICO	3,55	692	2.456,60
1.129	DOSAGEM DE CALCITONINA	14,38	28	402,64
1.130	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	17,53	03	52,59
1.131	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	4,11	07	28,77
1.132	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	3,68	03	11,04
1.133	DOSAGEM DE CHUMBO	8,83	15	132,45
1.134	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	58,61	15	879,15
1.135	DOSAGEM DE CITRATO	2,01	10	20,10
1.136	DOSAGEM DE CLORETO	1,85	580	1.073,00
1.137	DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR	150,00	03	450,00
1.138	DOSAGEM DE COBRE SÉRICO - SANGUE	9,10	150	1.365,00
1.139	DOSAGEM DE COBRE URINÁRIA - URINA	16,10	520	8.372,00
1.140	DOSAGEM DE COLESTEROL VLDL	3,51	19711	69.185,61
1.141	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	3,51	30826	108.199,26
1.142	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	3,51	28351	99.512,01
1.143	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	1,85	37237	68.888,45
1.144	DOSAGEM DE COLINESTERASE	3,68	10	36,80
1.145	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	17,16	168	2.882,88
1.146	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	17,16	84	1.441,44
1.147	DOSAGEM DE CORTISOL	9,86	420	4.141,20
1.148	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	1,89	150	283,50
1.149	DOSAGEM DE CREATININA	1,85	31718	58.678,30
1.150	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	3,68	1460	5.372,80



1.151	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACÃO MB (CKMB)	4,12	226	931,12
1.152	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	2,83	22	62,26
1.153	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA - DHEA	11,25	90	1.012,50
1.154	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	3,51	07	24,57
1.155	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	3,51	03	10,53
1.156	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁCTICA (LDH)	3,68	994	3.657,92
1.157	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	8,97	07	62,79
1.158	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	11,71	83	971,93
1.159	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	1,65	03	4,95
1.160	DOSAGEM DE ESTRADIOL	10,15	1147	11.642,05
1.161	DOSAGEM DE ESTRIOL	11,55	57	658,35
1.162	DOSAGEM DE ESTRONA	11,12	179	1.990,48
1.163	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	15,65	15	234,75
1.164	DOSAGEM DE FATOR II	5,31	15	79,65
1.165	DOSAGEM DE FATOR IX	7,61	15	114,15
1.166	DOSAGEM DE FATOR V	4,73	03	14,19
1.167	DOSAGEM DE FATOR VII	8,09	20	161,80
1.168	DOSAGEM DE FATOR VIII	6,63	20	132,60
1.169	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	15,00	20	300,00
1.170	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	18,91	05	94,55
1.171	DOSAGEM DE FATOR X	6,66	11	99,90
1.172	DOSAGEM DE FATOR XI	9,11	15	136,65
1.173	DOSAGEM DE FATOR XII	10,51	15	157,65
1.174	DOSAGEM DE FATOR XIII	6,66	15	99,90
1.175	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	5,50	25	137,50
1.176	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	12,10	41	496,10
1.177	DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE	20,90	09	188,10

	HEMOGLOBINA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)			
1.178	DOSAGEM DE FENITOINA	35,22	25	880,50
1.179	DOSAGEM DE FENOL	2,05	25	51,25
1.180	DOSAGEM DE FERRITINA	15,59	8452	131.766,68
1.181	DOSAGEM DE FERRO SÉRICO	3,51	3625	12.723,75
1.182	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	4,60	50	230,00
1.183	DOSAGEM DE FOLATO	15,65	52	813,80
1.184	DOSAGEM DE FORMALDEÍDO	3,51	15	52,65
1.185	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA	2,01	13	26,13
1.186	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA PROSTATICA	2,01	13	26,13
1.187	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	2,01	10	20,10
1.188	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	2,01	3551	7.137,51
1.189	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	2,01	07	14,07
1.190	DOSAGEM DE FOSFORO	1,85	568	1.050,80
1.191	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	2,01	15	30,15
1.192	DOSAGEM DE FRUTOSE	2,01	15	30,15
1.193	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	2,01	15	30,15
1.194	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMILTRANSFERASE (GAMA GT)	3,51	7146	25.082,46
1.195	DOSAGEM DE GASTRINA	14,15	07	99,05
1.196	DOSAGEM DE GLICOSE	1,85	45100	83.435,00
1.197	DOSAGEM DE GLICOSE FOSFATO DESIDROGENASE	12,01	148	1.777,48
1.198	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	1,89	03	5,67
1.199	DOSAGEM DE GLICOSE PÓS - PRANDIAL	12,01	847	169,40
1.200	DOSAGEM DE GLOBULINA LIGADORA DE TIROXINA	15,35	03	46,05
1.201	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIÔNICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	7,85	1603	12.583,55
1.202	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	3,04	05	15,20
1.203	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	3,68	10	36,80

1.204	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	1,53	58	88,74
1.205	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	2,73	16	43,68
1.206	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	2,73	16	43,68
1.207	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	7,86	15156	119.126,16
1.208	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA FRAÇÃO A1C	3,80	1300	4.940,00
1.209	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	2,73	25	68,25
1.210	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	3,68	10	36,80
1.211	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	10,21	40	408,40
1.212	DOSAGEM DE HORMÔNIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	7,89	2280	17.989,20
1.213	DOSAGEM DE HORMÔNIO LUTEINIZANTE (LH)	8,97	1722	15.446,34
1.214	DOSAGEM DE HORMÔNIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	8,96	28674	256.919,04
1.215	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	17,16	67	1.149,72
1.216	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	9,25	272	2.516,00
1.217	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG)	15,00	41	615,00
1.218	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	17,16	36	617,76
1.219	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	9,25	03	27,75
1.220	DOSAGEM DE INSULINA	10,17	1482	15.071,94
1.221	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	3,51	09	31,59
1.222	DOSAGEM DE LACTATO	3,68	84	309,12
1.223	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	3,51	30	105,30
1.224	DOSAGEM DE LIPASE	2,25	450	1.012,50
1.225	DOSAGEM DE LÍCIO	2,25	65	146,25
1.226	DOSAGEM DE MAGNÉSIO (SANGUE)	2,01	2331	4.685,31
1.227	DOSAGEM DE MERCURIO	2,04	05	10,20
1.228	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	10,00	10	100,00
1.229	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	4,11	08	32,88
1.230	DOSAGEM DE METOTREXATO	10,00	08	80,00

1.231	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA (ALBUMINURIA DE 24 HS)	8,12	1820	14.778,40
1.232	DOSAGEM DE MUÇO-PROTEÍNAS	2,01	142	285,42
1.233	DOSAGEM DE NEO 17 OH PROGESTERONA	10,20	83	846,60
1.234	DOSAGEM DE OXALATO DE CÁLCIO	3,68	07	25,76
1.235	DOSAGEM DE PARATORMONIO	43,13	467	20.141,71
1.236	DOSAGEM DE PEPTÍDEO C	15,35	50	767,50
1.237	DOSAGEM DE PIRUVATO	3,68	12	44,16
1.238	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	4,11	12	49,32
1.239	DOSAGEM DE PORFIRINAS	3,51	15	52,65
1.240	DOSAGEM DE POTÁSSIO	1,85	9913	18.339,05
1.241	DOSAGEM DE PROGESTERONA	10,22	1498	15.309,56
1.242	DOSAGEM DE PROLACTINA	10,15	1893	19.213,95
1.243	DOSAGEM DE PROTEÍNA C REATIVA	2,83	3404	9.633,32
1.244	DOSAGEM DE PROTEÍNAS (PROTEINURIA DE 24 HORAS)	2,04	1270	2.590,80
1.245	DOSAGEM DE PROTEÍNAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	1,89	17	32,13
1.246	DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS	1,40	92	128,80
1.247	DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRACÇÕES	1,85	521	963,85
1.248	DOSAGEM DE QUINIDINA	10,00	15	150,00
1.249	DOSAGEM DE RENINA	13,19	07	92,33
1.250	DOSAGEM DE SALICILATOS	2,01	06	12,06
1.251	DOSAGEM DE SÓDIO	1,85	8396	15.532,60
1.252	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	15,35	113	1.734,55
1.253	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEA-S)	13,11	140	1.835,40
1.254	DOSAGEM DE SULFATOS	3,51	06	21,06
1.255	DOSAGEM DE TEOFILINA	15,65	06	93,90
1.256	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	13,11	1020	13.372,20
1.257	DOSAGEM DE TESTOSTERONA TOTAL	10,43	1555	16.218,65

1.258	DOSAGEM DE TIOCIANATO	3,68	12	44,16
1.259	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	21,10	119	2.510,90
1.260	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	8,76	621	5.439,96
1.261	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	11,60	23479	272.356,40
1.262	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	2,01	19607	39.410,07
1.263	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	2,01	19422	39.038,22
1.264	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	4,12	611	2.517,32
1.265	DOSAGEM DE TRIGLICERÍDEOS	3,51	35085	123.148,35
1.266	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	8,71	2330	20.294,30
1.267	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	5,50	50	275,00
1.268	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	3,51	10	35,10
1.269	DOSAGEM DE TROPONINA	9,00	100	900,00
1.270	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	13,20	42	554,40
1.271	DOSAGEM DE UREIA	1,85	27352	77.953,20
1.272	DOSAGEM DE VITAMINA B12	15,24	9109	138.821,11
1.273	DOSAGEM DE VITAMINA D	46,50	11178	519,77
1.274	DOSAGEM DE VITAMINA E (Todas as Vitaminas)	71,50	1475	105.462,50
1.275	DOSAGEM DE ZINCO	15,65	1795	28.091,75
1.276	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	13,35	295	3.938,25
1.277	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	3,04	15	45,60
1.278	DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SORO	137,00	12	1.644,00
1.279	EAS (EXAME DE URINA)	3,70	40904	151.344,80
1.280	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA - HPLC	5,41	813	4.398,33
1.281	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	3,68	10	36,80
1.282	ELETROFORESE DE PROTEINAS	4,42	89	393,38

1.283	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	5,23	03	15,69
1.284	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	2,73	18	49,14
1.285	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	6,56	10	65,60
1.286	ESPLENOGRAMA	5,79	10	57,90
1.287	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	3,04	03	9,12
1.288	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	1,89	05	9,45
1.289	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	2,80	05	14,00
1.290	EXAME PARASITOLÓGICO DE FEZES	1,65	20150	33.247,50
1.291	EXAME PARASITOLÓGICO DIRETO P/ LEISHMANIAS (LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA)	2,48	08	19,84
1.292	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	3,70	20	74,00
1.293	FATOR REUMATÓIDE	2,83	663	1.876,29
1.294	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	10,65	10	106,50
1.295	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE )	15,65	17	266,05
1.296	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	298,48	10	2.984,00
1.297	HEMATOCRITO	1,53	12	18,36
1.298	HEMOCULTURA	11,49	05	57,45
1.299	HEMOGRAMA COMPLETO	4,11	56882	233,79
1.300	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	5,63	12	67,56
1.301	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	10,65	12	127,80
1.302	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	1,65	15	24,75
1.303	IDENTIFICAÇÃO DE GLICÍDIOS URINÁRIOS POR CROMATOGRÁFIA (CAMADA DELGADA)	3,70	10	37,00
1.304	IGE ESPECÍFICO PARA AMENDOIM (F13)	17,10	37	632,70
1.305	IGE ESPECÍFICO PARA BETA LACTOGLOBULINA	17,10	37	632,70
1.306	IGE ESPECÍFICO PARA CACAU (F93)	17,10	54	923,40



1.307	IGE ESPECÍFICO PARA CASEÍNA (F78)	17,10	26	444,60
1.308	IGE ESPECÍFICO PARA CLARA DE OVO (F1)	17,10	125	2.137,50
1.309	IGE ESPECÍFICO PARA GEMA DE OVO (F75)	17,10	115	1.966,50
1.310	IGE ESPECÍFICO PARA GLÚTEN (F79)	17,10	47	803,70
1.311	IGE ESPECÍFICO PARA LACTOALBUMINA (F76)	17,10	45	769,50
1.312	IGE ESPECÍFICO PARA LEITE DE VACA (F2)	17,10	174	2.975,40
1.313	IGE ESPECÍFICO PARA PEIXE (F3)	17,10	20	34,20
1.314	IGE ESPECÍFICO PARA SOJA (F14)	17,10	85	1.453,50
1.315	IGE ESPECÍFICO PARA TRIGO (F4)	17,10	183	3.129,30
1.316	IGE MÚLTIPLO	17,10	12	205,20
1.317	IGE TOTAL	17,10	871	14.894,10
1.318	IMUNOELETOFORESE DE PROTEINAS	17,16	03	51,48
1.319	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	80,00	05	400,00
1.320	IONOGRAMA	15,20	309	4.696,80
1.321	LEUCOGRAMA	2,73	12	32,76
1.322	MACROPROLACTINA ( BIG PROLACTINA)	12,15	07	85,05
1.323	MIELOGRAMA	5,79	30	113,70
1.324	NEO CROM AMINOÁCIDO QUALITATIVO	3,70	30	111,00
1.325	NEO GALACTOSEMA	3,51	05	17,50
1.326	PARVOVÍRUS B19	20,00	10	200,00
1.327	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	4,33	07	30,31
1.328	PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	3,70	05	18,50
1.329	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	2,04	05	10,20
1.330	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	3,70	03	11,10
1.331	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	10,00	29	290,00
1.332	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	10,00	27	270,00
1.333	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI - SCL 70	10,00	10	100,00

1.334	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI HTLV 1 e HTLV 2	18,55	54	1.001,70
1.335	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	9,25	12	111,00
1.336	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	10,00	03	30,00
1.337	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	9,25	03	27,75
1.338	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	3,70	07	25,90
1.339	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	5,83	07	40,81
1.340	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	10,00	05	50,00
1.341	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL	17,16	05	85,80
1.342	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	8,67	373	3.233,91
1.343	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	9,25	12	111,00
1.344	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	9,70	20	194,00
1.345	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES ( ELISA )	9,70	03	29,10
1.346	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO OU AEO)	2,83	2454	6.944,82
1.347	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	10,00	08	80,00
1.348	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLIADINA ( GLUTEM ) IGM	40,00	05	200,00
1.349	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	10,00	12	120,00
1.350	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	85,00	03	255,00
1.351	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1+HIV-2 ( ELISA )	15,00	1972	29.580,00
1.352	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	10,00	03	30,00
1.353	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	17,16	03	51,48
1.354	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	4,10	05	20,50
1.355	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	5,50	12	66,00
1.356	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-MEMBRANA BASAL GLOMERULAR	10,00	10	100,00
1.357	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-MICROSSOMAL	17,16	258	4.427,28
1.358	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	17,16	05	85,80
1.359	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	17,16	12	205,92
1.360	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	17,16	12	205,92

1.361	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	17,16	15	257,40
1.362	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO (FAN - FATOR ANTI-NUCLEAR)	17,16	1993	34.199,88
1.363	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	17,16	10	171,16
1.364	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	10,00	20	200,00
1.365	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	17,16	16	274,56
1.366	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	5,74	05	28,70
1.367	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	17,16	75	1.287,00
1.368	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	18,55	95	1.762,25
1.369	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	18,55	72	1.335,60
1.370	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	17,16	130	2.230,80
1.371	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-U1RNP	17,16	15	257,40
1.372	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B HBC-IGM	18,55	616	11.426,80
1.373	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	18,55	2989	55.445,95
1.374	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	18,55	648	12.020,40
1.375	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	7,78	14	108,92
1.376	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	9,71	15	145,65
1.377	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A HAV-IGG	18,55	419	7.772,45
1.378	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A HAV-IGM	18,55	370	6.863,50
1.379	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	18,55	2570	47.673,50
1.380	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	18,55	10	185,50
1.381	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	9,25	12	111,00
1.382	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	4,10	12	49,20
1.383	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO	18,55	15	278,25
1.384	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	17,16	15	257,40

1.385	PESQUISA DE ANTICORPOS EPSTEIN BARR (EBV IGG)	17,16	83	1.424,28
1.386	PESQUISA DE ANTICORPOS EPSTEIN BARR (EBV IGM)	17,16	75	1.287,00
1.387	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	2,83	15	42,45
1.388	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	11,00	2436	26.796,00
1.389	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	9,25	05	46,25
1.390	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	16,97	4846	82.236,62
1.391	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	9,25	03	27,75
1.392	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	18,55	485	8.996,75
1.393	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (Dengue e Febre Amarela)	30,00	05	150,00
1.394	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	17,16	2692	46.194,72
1.395	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	17,16	10	171,60
1.396	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	17,16	40	686,40
1.397	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	11,61	2395	27.805,95
1.398	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	10,00	03	30,00
1.399	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	18,55	4891	90.728,05
1.400	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	9,25	05	46,25
1.401	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	18,55	518	9.608,90
1.402	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (Dengue e Febre Amarela).	20,00	05	100,00
1.403	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	17,16	2591	44.461,56
1.404	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	17,16	10	171,60
1.405	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	17,16	38	652,08
1.406	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO	5,79		
1.407	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 370C	5,79	05	28,95

1.408	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO	5,79	05	28,95
1.409	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	13,35	397	5.299,95
1.410	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	18,55	5804	107.664,20
1.411	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	18,55	638	11.834,90
1.412	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	25,00	15	375,00
1.413	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	2,80	15	42,00
1.414	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	2,04	10	20,40
1.415	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	2,40	20	48,00
1.416	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	1,89	50	94,50
1.417	PESQUISA DE CELULAS LE	4,11	78	320,58
1.418	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	1,89	12	22,68
1.419	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	2,04	07	14,28
1.420	PESQUISA DE CLAMIDIA ( POR CAPTUA HIBIDA )	60,00	20	1.200,00
1.421	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	2,04	25	51,00
1.422	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	2,73	15	40,95
1.423	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	2,83	15	42,45
1.424	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	1,89	25	47,25
1.425	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	1,65	55	90,75
1.426	PESQUISA DE EOSINOFILOS	1,65	32	52,80
1.427	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	3,70	40	148,00
1.428	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)	4,80	03	14,40
1.429	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	4,33	45	194,85
1.430	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	4,10	597	2.447,70
1.431	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	1,37	2370	3.246,90
1.432	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	2,04	07	14,28
1.433	PESQUISA DE FILARIA	2,73	07	19,11

1.434	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	2,04	20	40,80
1.435	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	3,36	20	67,20
1.436	PESQUISA DE GORDURA FECAL	1,65	10	16,50
1.437	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	2,80	12	33,60
1.438	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI - IGG	4,33	05	21,65
1.439	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI - IGM	17,16	09	154,44
1.440	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	2,73	11	30,03
1.441	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA	10,00	10	100,00
1.442	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	2,04	70	142,80
1.443	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	9,25	10	92,50
1.444	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA POR GRUPO DE ALIMENTOS	9,25	03	27,75
1.446	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA POR INALANTES	9,25	03	27,75
1.447	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	2,04	5	10,20
1.448	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	1,65	146	240,90
1.449	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	2,80	07	19,60
1.450	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	1,65	15	24,75
1.451	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	1,65	40	66,00
1.452	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	12,15	05	60,75
1.453	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	3,70	05	18,50
1.454	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)	1,65	05	8,25
1.455	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	2,04	05	10,20
1.456	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	4,44	10	44,40
1.457	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	1,89	03	5,67
1.458	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	10,25	03	30,75
1.459	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	1,65	2496	4.118,40



1.460	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES (MIF - COLETA MULTIPLA)	1,65	2243	3.700,95
1.461	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	2,04	05	10,20
1.462	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	5,04	05	25,20
1.463	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	2,73	07	19,11
1.464	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	1,65	07	11,55
1.465	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	1,65	15	24,75
1.466	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	10,00	10	100,00
1.467	PROVA CONFIRMATÓRIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES	5,62	25	140,50
1.468	PROVA DA D-XILOSE	3,68	07	25,76
1.469	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	4,11	10	41,10
1.470	PROVA DE DILUICAO (URINA)	2,04	20	40,80
1.471	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	9,70	22	213,40
1.472	PROVA DO LACO	2,73	66	180,18
1.473	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	1,89	05	9,45
1.474	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	1,89	1902	3.594,78
1.475	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	1,77	12	21,24
1.476	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	1,77	12	21,24
1.477	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	18,00	15	270,00
1.478	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	168,48	10	1.684,80
1.479	QUANTIFICAÇÃO/AMPLIFICAÇÃO DO HER-2	120,00	25	3.000,00
1.480	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	2,73	30	81,90
1.481	REACAO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	2,83	05	14,15
1.482	REACAO DE MONTENEGRO ID	2,83	12	33,96
1.483	REACAO DE PANDY	1,89	12	22,68
1.484	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	1,89	12	22,68

1.485	SOROLOGIA EM CHIKUNGUNYA - ANTICORPOS IgG e IgM	225,00	27	6.075,00
1.486	SOROLOGIA PARA DENGUE - ANTICORPOS IgG e IgM	40,00	410	16.400,00
1.487	TESTE DE AGREGAÇÃO DE PLAQUETAS	12,00	10	120,00
1.488	TESTE DE CLEMENTS	1,89	10	18,90
1.489	TESTE DE ESTIMULO COM GNRH OU COM AGONISTA GNRH	12,01	05	60,05
1.490	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	12,01	05	60,05
1.491	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	12,01	05	60,05
1.492	TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APÓS GONADORRELINA	12,01	05	60,05
1.493	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	12,01	20	240,20
1.494	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECREÇÃO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS	4,69	20	93,80
1.495	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	2,73	11	30,03
1.496	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	4,69	07	32,83
1.497	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	12,01	03	36,03
1.498	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	6,55	10	65,50
1.499	TESTE DE VDRL P/ DETECCÃO DE SIFILIS	2,83	2601	7.360,83
1.500	TESTE DE VDRL P/ DETECCÃO DE SIFILIS EM GESTANTE	2,83	1870	5.292,10
1.501	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (COOMBS DIRETO)	2,73	80	218,40
1.502	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	10,00	91	910,00
1.503	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	10,00	313	3.130,00
1.504	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (COOMBS INDIRETO)	2,73	704	1.921,92
1.505	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	8,43	80	218,40
1.506	TESTE RAPIDO PARA DETECCAO DE HIV EM GESTANTE	15,00	250	3.750,00
1.507	TESTE RAPIDO PARA DETECCAO DE INFECCÃO PELO HIV	15,00	250	3.750,00
1.508	TESTES ALERGICOS DE CONTATO	1,77	10	17,70
1.509	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	1,77	10	17,70
1.510	TESTES RAPIDOS P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	10,00	216	2.160,00

1.511	TIPAGEM SANGUINEA ABO ( G.S.A)	1,80	2628	4.730,40
1.512	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	5,79	15	86,85
1.513	TRAB – ANTI RECEPTOR DE TSH	24,10	230	5.543,00
1.514	UROCULTURA COM ANTIBIOGRAMA	13,33	14796	197.230,68
1.515	TESTE RÁPIDO COVID-19 IGG E IGM	155,00	4286	664.330,00
1.516	PESQUISA DE SARS-COV-2 POR T – PCR	215,00	750	161.250,00
1.517	D-DÍMERO	60,00	172	10.320,00
1.518	DETECÇÃO QUANTITATIVA DE ANTICORPOS IGM E IGG COVID-19-ELETROQUIMIOLUMINESCÊNCIA	130,00	05	650,00
1.519	DETECÇÃO QUANTITATIVA DE ANTICORPOS IGM E IGG COVID-19-QUIMIOLUMINESCÊNCIA	140,00	05	19.600,00
1.520	DETECÇÃO QUANTITATIVA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA SARS-COV-2-COVID-19 IMUNOENSAIO FLUORESCENTE (FIA)	120,00	05	600,00
1.521	TESTE RAPIDO PARA COVID-19 SWAB NASAL ( ANTIGENO)	150,00	1.000,00	150.000,00
1.522	CENTRIFUGAÇÃO DE SANGUE	3,00	100	300,00
1.523	COLETA DE MATERIAL E PREPARAÇÃO PARA EXAME LABORATORIAL	8,00	60	480,00
1.524	EXAME TOXICOLÓGICO	140,00	08	1.120,00
1.525	VITAMINA D, 25-HIDROXI	15,24	1480	22.555,20
1.526	COLETA DE AMOSTRA BIOLÓGICA NOS CASOS DE MONKEYPOX	80,00	2.000,00	160.000,00
<b>02 – DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA E CITOPATOLOGICA</b>		VALOR UNIT.	QUANT.	VALOR TOTAL
2.1	EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA	13,72	47	644,84
2.2	EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA-RASTREAMENTO	14,37	250	3.592,50
2.3	EXAME CITOPATOLOGICO HORMONAL SERIADO (MINIMO 3 COLETAS)	20,96	09	104,80
2.4	EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL)	20,96	10	209,60
2.5	IDENTIFICACAO DO VIRUS DA HEPATITE B POR PCR (QUANTITATIVO – PROTEINA C REATIVA)	3,73	1009	3.763,57
2.6	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO – PEÇA CIRURGICA	61,77	15	926,55
2.7	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)- PEÇA CIRÚRGICA	40,78	425	17.331,50
2.8	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA – BIOPSIA	45,83	59	2.703,97

2.9	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA – PEÇA CIRURGICA	61,77	11	679,47
2.10	EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA	35,34	11	338,74
2.11	EXAME DE PREVENÇÃO DO CANCER DE COLO DO UTERO - PAPANICOLAU	13,72	1262	17.314,64
<b>03 - BIOPSIAS</b>		<b>VALOR UNIT.</b>	<b>QUANT.</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
22.1	BIOPSIA DE ABORTO / RESTOS OVULARES (FRASCO COM VÁRIOS FRAGMENTOS PEQUENOS)	150,00	07	1.050,00
22.2	BIOPSIA DE ADENOIDES	220,00	15	3.300,00
22.3	BIOPSIA DE AMÍGDALAS	220,00	06	1.320,00
22.4	BIOPSIA DE BAÇO POR PUNÇÃO/ASPIRAÇÃO	110,00	05	550,00
22.5	BIOPSIA DE BEXIGA (FRASCO PEQUENO COM 1 FRAGMENTO)	58,00	06	348,00
22.6	BIOPSIA DE BEXIGA (FRASCO PEQUENO COM 2 OU MAIS FRAGMENTOS)	150,00	05	150,00
22.7	BIOPSIA DE FETO (ATÉ 500 GRAMAS OU ATÉ 22 SEMANAS DE GESTAÇÃO)	405,00	10	4.050,00
22.8	BIOPSIA DE HEMORROIDAS	110,00	05	550,00
22.9	BIOPSIA DE LAMINA EM ÁLCOOL OU SECA (PARA CADA 5 LAMINAS COM O MESMO LOCAL DE COLETA)	70,00	39	2.730,00
22.10	BIOPSIA DE LINFONODO ISOLADOS	110,00	05	550,00
22.11	BIOPSIA DE PROSTATA	300,00	06	1.800,00
22.12	BIOPSIA DE NODULO DE MAMA (POR PEÇA CIRURGICA SIMPLES)	110,00	06	660,00
22.13	BIOPSIA DE PELE COM 1 (UM) FRAGMENTO PEQUENO	58,00	03	174,00
22.14	BIOPSIA DE PELE EXCISIONAL (RETIRADA DE TODA A LESÃO)	110,00	83	9.130,00
22.15	BIOPSIA DE TESTÍCULO	110,00	05	550,00
22.16	BIOPSIA DE TUBA UTERINA ISOLADAS	220,00	03	660,00
22.17	BIOPSIA DE TUMORES BENIGNOS	110,00	06	660,00
22.18	BIOPSIA DE VESICULAR BILIAR	110,00	05	550,00
22.19	BIOPSIA DO COLO UTERINO COM 1 FRAGMENTO PEQUENO	58,00	07	406,00
22.20	BIOPSIA DO COLO UTERINO COM 2 OU MAIS FRAGMENTOS PEQUENOS	150,00	20	3.000,00
22.21	BIOPSIA DO COLO UTERINO E VULVA	43,00	05	215,00

22.22	BIOPSIA ENDOSCÓPICA COM 1 FRAGMENTO PEQUENO	58,00	15	870,00
22.23	BIOPSIA ENDOSCÓPICA COM MAIS DE 1 FRAGMENTO PEQUENO	150,00	30	4.500,00
22.24	BIOPSIA PEQUENA DE MAMA (CORE BIOPSIA) COM 1 FRAGMENTO	58,00	04	232,00
22.25	BIOPSIA PEQUENA DE MAMA (CORE BIOPSIA) COM 2 OU MAIS FRAGMENTOS	150,00	03	450,00
22.26	BIOPSIA SEGMENTO ÓSSEO COM TUMOR	150,00	150,00	1,050,00
22.27	BIOPSIA DE APÊNDICE CECAL	110,00	07	770,00
22.28	REVISÃO DE LAMINAS DE BIOPSIAS	205,00	03	615,00
22.29	BIOPSIA DIAGNOSTICA EM AMIGDALA	302,00	06	1.812,00
22.30	BIOPSIA LESÃO DE PELE	100,00	05	100,00
22.31	BIOPSIA DE LINGUA	250,00	07	1.750,00
22.32	BIOPSIA INCISIONAL MUCOSA ORAL E OU LABIO	150,00	03	450,00
<b>VALOR TOTAL ESTIMADO DE CONTRATAÇÃO</b>		<b>R\$ 5.137.144,64</b>		



**Noroeste/ES**

Consórcio Público da Região Noroeste do Espírito Santo

**ANEXO I**

**DADOS DA EMPRESA:**

<b>RAZÃO SOCIAL:</b>	
<b>CNPJ/MF:</b>	
<b>NOME FANTASIA:</b>	
<b>REPRESENTANTE LEGAL:</b>	
<b>ENDEREÇO DO LOCAL DE ATENDIMENTO:</b>	
<b>COMPLEMENTO:</b>	
<b>CIDADE:</b>	<b>ESTADO:</b>
<b>CEP:</b>	<b>EMAIL:</b>
<b>TELEFONES</b>	<b>FAX:</b>
<b>CONTA CORRENTE:</b>	
<b>AGÊNCIA:</b>	
<b>BANCO:</b>	

**Noroeste/ES**  
Consórcio Público da Região Noroeste do Espírito Santo

....., ..... 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 Inciso IV, art. n.º 87, da Lei n.º 8.666/93 e suas alterações, 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 .....

**Noroeste/ES**

Consórcio Público da Região Noroeste do Espírito Santo

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



### 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 .....

**Noroeste/ES**  
Consórcio Público da Região Noroeste do Espírito Santo

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

## 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**

Consórcio Público da Região Noroeste do Espírito Santo