

**ESTADO DE SANTA CATARINA
MUNICÍPIO DE CAPÃO ALTO
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº FMS005/2019
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 005/2019
CREDENCIAMENTO PARA SERVIÇOS DE ANÁLISES CLÍNICAS**

GISLAINE FREITAS DE JESUS ANTUNES PEREIRA – Secretária Municipal de Saúde, Estado do Santa Catarina, no uso de suas atribuições legais e de conformidade com os arts. 30, 196 a 200 da Constituição Federal, e Lei Federal nº 8.666/93, Lei Federal nº 8.080/90, art. 24, **Faz saber e TORNA PÚBLICO para conhecimento dos interessados, que o FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAPÃO ALTO, pessoa jurídica de direito público, com sede à Rua Atílio Mortari, s/nº, Centro, inscrito no CNPJ sob o nº 15.408.168-0001/08, estará procedendo a CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ANÁLISES CLÍNICAS NA ÁREA DA SAÚDE PARA OS ANOS DE 2019 E 2020. As Empresas interessadas deverão comparecer em horário de expediente, das 08:00h às 12:00h e das 13h30min às 17:00h no Setor de Licitações, sito a Rua João Vieira de Oliveira, nº 500, Centro, sede da Prefeitura Municipal de Capão Alto, para fins de Credenciamento, sendo que posteriormente será firmado Contrato com aquelas consideradas habilitadas.**

1. OBJETO

1.1. O presente Chamamento Público objetiva ao Credenciamento de pessoas jurídicas interessadas em firmar com o Município contrato para a prestação, de forma continuada, de serviços na área de saúde, Exames Laboratoriais, nos itens relacionados no ANEXO I, e nos valores determinados pela Tabela SUS acrescidos de 15%.

1.2. Os recursos federais repassados ao Município para a realização dos exames será dividido em cotas mensais de exames entre as empresas credenciadas.

1.3. Todos os exames realizados pelas empresas credenciadas serão remunerados conforme valores constantes na Tabela SUS acrescidos de 15%.

2. DO RECEBIMENTO DOS DOCUMENTOS

Os envelopes contendo os documentos necessários ao Credenciamento e às propostas serão recebidos pela Comissão Permanente de Licitações a partir de 13/08/2019 e durante o período de vigência deste Edital, no horário de funcionamento do Setor Administrativo da Prefeitura Municipal de Capão Alto-SC, em envelope próprio, fechado, com a seguinte identificação:

**ESTADO DE SANTA CATARINA
MUNICÍPIO DE CAPÃO ALTO
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

EMPRESA:.....(DA EMPRESA A SER CREDENCIADA)

CNPJ:.....(DA EMPRESA A SER CREDENCIADA)

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº FMS005/2019

2.1 - As informações fornecidas serão conferidas, e, o licitante que tiver sua habilitação rejeitada será comunicada oficialmente sobre os fatos que motivaram a rejeição.

2.2 - Para habilitação o licitante deverá apresentar:

a) Registro comercial no caso de empresa individual;

- b) Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedade por ações, acompanhado de documento de eleição de seus administradores;
- c) Prova de Inscrição no Cadastro de Contribuintes do Município (ALVARÁ), relativo ao domicílio ou sede do Licitado pertinente ao seu ramo de atividade;
- d) Prova de regularidade com a Fazenda Federal (a Certidão de Regularidade com a Fazenda Federal deverá ser emitida pela Receita Federal);
- e) Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual;
- f) Prova de regularidade com a Fazenda Municipal;
- g) Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), demonstrando a situação regular no cumprimento dos encargos instituídos por Lei;
- h) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, nos termos da redação dada pela Lei 12.440, de 7.7.2011 à CLT, e Lei 8.666/93;
- i) Declaração sob as penas da Lei, firmada pelo representante legal da licitante, de que não foi declarada inidônea para licitar e ou contratar com a Administração Pública;
- j) Alvará Sanitário emitido pela Coordenadoria Regional da Saúde;
- k) Declaração que não emprega menores de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, e menores de dezesseis anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos, nos termos do Art. 7º, XXXIII, da Constituição Federal (Anexo V);
- l) Declaração que tem pleno conhecimento das condições para execução dos serviços (Anexo III);
- m) Relação dos serviços ambulatoriais que se propõe a realizar, observado o preço fixado no Anexo I deste edital;
- n) Capacidade máxima de atendimento diário, para fins deste Cadastramento;
- o) Certificado de Registro da Empresa no Conselho Regional de Farmácia do Estado de Santa Catarina (CRF/SC) e/ou em outro Conselho de Classe que regulamente profissões que possuam aptidão técnica para o exercício das funções objetivadas por este Credenciamento, no âmbito deste Estado;
- p) Certificado de Responsabilidade Técnica da Empresa junto ao CRF/SC;
- q) Comprovação de que o(s) bioquímico é sócio ou funcionário da empresa;
- r) Comprovação de que o(s) bioquímico(s) possui(m) registro no CRF/SC;

2.3 - Os documentos constantes do item acima poderão ser apresentados em original, por cópia autenticada por tabelião ou por funcionário do Município ou publicação em órgão de imprensa oficial, sendo que os documentos extraídos de sistemas informatizados (internet) estarão sujeitos à comprovação de sua veracidade pela Administração, dispensando-se a autenticação referida no início deste item.

3. DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

3.1. - Para a realização dos exames referidos neste Cadastramento, o Fundo Municipal de Saúde emitirá autorização expressa que será apresentada pelo paciente quando da realização do atendimento, sendo que o agendamento destes é de responsabilidade do paciente.

3.2 - Em caso de haver mais de uma Empresa Credenciada para a realização do mesmo procedimento, é facultado ao paciente a escolha do prestador do serviço, salvo se esgotado o número de atendimentos a que se propôs a Credenciada.

3.3. Em caso de haver mais de uma Empresa Credenciada, a Secretaria Municipal de Saúde fixará cota mensal de exames, igualitária entre as Credenciadas, devendo a Credenciada cumprir tal obrigação, sob pena de não ser efetuado o pagamento dos exames realizados a mais.

3.4. A cota mensal de exames de cada Credenciada será auferida pela divisão dos recursos do Fundo Municipal de Saúde, conforme número de credenciados.

3.5. A realização de exames excedentes às cotas mensais dependerá da autorização do Fundo Municipal de Saúde.

3.6. O Município reserva-se ao direito de fiscalizar, de forma permanente, a prestação dos serviços pelos Credenciados, podendo proceder ao descredenciamento, em caso de má prestação, apurada em processo administrativo específico, com garantia do contraditório e da ampla defesa;

4. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

4.1 - Conforme Orçamento do Fundo Municipal de Saúde vigente para execução do Objeto deste Edital.

5. DO PAGAMENTO

5.1 - O pagamento será efetuado de forma mensal, mediante apresentação, até o décimo quinto dia útil ao mês subsequente à prestação dos serviços, de relatório dos serviços efetuados com correspondente valor, relação de pacientes atendidos e data da realização dos exames, acompanhado das requisições emitidas pelo médico credenciado pelo SUS e devidamente autorizadas pela Secretaria Municipal da Saúde, e da nota fiscal certificada pela fiscalização de contratos do Município, com a retenção dos tributos e/ou contribuições, na forma da Lei.

5.2 – O pagamento será efetuado com base nos valores unitários da Tabela SUS acrescido de 15%.

6. DA FORMALIZAÇÃO

6.1 – O Credenciamento será formalizado mediante Termo próprio, contendo as cláusulas e condições previstas neste Edital.

7. DA IMPUGNAÇÃO E DO PERÍODO DE VIGÊNCIA DO EDITAL

7.1 - É permitida a impugnação ao presente edital no prazo de 05 (cinco) dias após a publicação do mesmo, sendo que o credenciamento presume a aceitação de todas as suas cláusulas;

7.2 O prazo de vigência deste Credenciamento será para os anos de 2019 e 2020.

7.3 - O Fundo Municipal de Saúde de Capão Alto convocará as Empresas Credenciadas para assinar o Termo de Credenciamento no prazo de 05 (cinco) dias úteis, sob pena de decair o direito à contratação.

7.4 - A prestação dos serviços descritos no objeto do presente edital somente poderá ser efetivada após a assinatura do Termo de Credenciamento.

8. DO LOCAL, PESSOAL DA CREDENCIADA E DOS MATERIAIS A SEREM UTILIZADOS

8.1 - É de responsabilidade da Credenciada, de forma exclusiva, manter sala de coleta própria de acordo com as exigências da Vigilância Sanitária, com profissionais capacitados à disposição dos pacientes com todos os cuidados de higiene e limpeza, para efetuar a coleta do material, disponibilizando todos os meios, quer de pessoal como de equipamentos necessários à execução dos serviços que lhe forem determinados, incluindo encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações, em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o Município.

9. DA REVISÃO DOS VALORES ESTIPULADOS

9.1 – Durante a vigência deste Cadastramento, os valores contratuais apenas poderão ser revistos no caso de alteração por parte do Governo Federal nos valores constantes na Tabela SUS.

10. DOS QUANTITATIVOS FÍSICO-FINANCEIROS:

10.1 Todos os Exames de Laboratório constantes da tabela do SUS serão contratados de acordo com a necessidade do Fundo Municipal de Saúde através de seu GESTOR(a), capacidade operacional do serviço e parâmetros de cobertura do SUS.

11. DA FISCALIZAÇÃO

11.1 - Sem prejuízo de plena responsabilidade da Credenciada, todos os serviços serão fiscalizados pelo Município, através do setor de fiscalização de contratos do Município.

12 - CONSTITUEM-SE ANEXOS DESTE EDITAL:

I – Relação de exames laboratoriais (Anexo I);

II – Critérios gerais a serem observados pela Credenciada (Anexo II).

III – Declaração de Conhecimento (Anexo III);

IV - Declaração de Atendimento à Legislação Trabalhista de Proteção à Criança e ao Adolescente (Anexo IV);

V – Declaração de que não possui em seu quadro administrativo o prefeito, o vice-prefeito, os vereadores e os servidores públicos (Anexo V).

VI – Declaração Inexistência Fatos Impeditivos (Anexo VI).

VII - Termo de Credenciamento para a prestação de serviços na área da saúde (Anexo VII).

13- Disposição Final

13.1 - Fica eleito o foro da cidade de Campo Belo do Sul/SC como competente para dirimir todas as questões decorrentes deste Credenciamento.

13.2 - Maiores Informações serão prestadas aos interessados no horário da 8h às 12h, e das 13h30min às 17h00min na Prefeitura Municipal de Capão Alto, sita Rua João Vieira de Oliveira, 500, na cidade de Capão Alto/SC, onde poderão ser obtidas cópia do Edital e seus Anexos, pelo site <http://www.capaoalto.sc.gov.br/> ou telefone (49) 3237-2002.

Capão Alto, 12 de agosto de 2019.

GISLAINE FREITAS DE JESUS ANTUNES PEREIRA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

**EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA N° FMS005/2019
PROCESSO ADMINISTRATIVO N° 005 /2019**

**ANEXO I
Relação de Exames de Análises Clínicas**

Procedimentos cadastrados para Autorização via sistema G-MUS. 10/01/2019.	Valor.SUS
ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA (0202050017)	R\$ 3,70
ANTIBIOGRAMA (0202080013) tsa	R\$ 4,98
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS (0302020012)	R\$ 6,35
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO (0302060049)	R\$ 6,35
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS	R\$ 4,67
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SEQÜELAS POR QUEIMADURAS (MÉDIO E	R\$ 4,67
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	R\$ 4,67
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM	R\$ 6,35
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM	R\$ 4,67
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO (0302070010)	R\$ 4,67
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA	R\$ 6,35
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS	R\$ 6,35
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	R\$ 6,35
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO CLÍNICO (0302020020)	R\$ 4,67
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR	R\$ 6,35
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS (0302010017)	R\$ 4,67
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/	R\$ 6,35
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS	R\$ 6,35
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS	R\$ 4,67
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES	R\$ 6,35
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS (0302050027)	R\$ 4,67
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	R\$ 4,67
BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA) (0202080048)	R\$ 4,20
BACTERIOSCOPIA (GRAM) (0202080072)	R\$ 2,80
CLEARANCE DE CREATININA (0202050025)	R\$ 3,51
CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	R\$ 6,30
CONTAGEM DE LINFOCITOS B (0202030016)	R\$ 15,00
CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS (0202030032)	R\$ 15,00
CONTAGEM DE PLAQUETAS (0202020029)	R\$ 2,73
CONTAGEM DE RETICULOCITOS (0202020037)	R\$ 2,73
CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR (0202090051)	R\$ 1,89
CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO (0202080080)	R\$ 5,62
CULTURA PARA BAAR (0202080110)	R\$ 5,63
CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS (0202080137)	R\$ 4,19
DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS (0202120015)	R\$ 10,65
DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO (0202010023)	R\$ 2,01
DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS) (0202100030)	R\$ 160,00
DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50) (0202030067)	R\$ 9,25

DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS) (0202010040)	R\$ 3,63
DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS) (0202010074)	R\$ 10,00
DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE (0202030075)	R\$ 2,83
DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE (0202050068)	R\$ 3,70
DETERMINACAO DE T3 REVERSO (0202060039)	R\$ 14,69
DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO (0202020070)	R\$ 2,73
DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY (0202020100)	R\$ 9,00
DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE (0202020096)	R\$ 2,73
DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA (0202020126)	R\$ 2,85
DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA) (0202020134)	R\$ 5,77
DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP) (0202020142)	R\$ 2,73
DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS) (0202020150)	R\$ 2,73
DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO (0202120023) Grupo sanguíneo	R\$ 1,37
DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA (0202030083)	R\$ 9,25
DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA (0202060047)	R\$ 10,20
DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES (0202060063)	R\$ 6,72
DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D (0202010767)	R\$ 15,24
DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA) (0202060071)	R\$ 6,72
DOSAGEM DE ACIDO URICO (0202010120)	R\$ 1,85
DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO (0202070050)	R\$ 15,65
DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH) (0202060080)	R\$ 14,12
DOSAGEM DE ALDOLASE (0202010147)	R\$ 3,68
DOSAGEM DE ALDOSTERONA (0202060098)	R\$ 11,89
DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA (0202010155)	R\$ 3,68
DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA (0202010163)	R\$ 3,68
DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA (0202010171)	R\$ 3,68
DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA (0202030091)	R\$ 15,06
DOSAGEM DE AMILASE (0202010180)	R\$ 2,25
DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA (0202060110)	R\$ 11,53
DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA (0202031187)	R\$ 18,55
DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA) (0202030105)	R\$ 16,42
DOSAGEM DE ANTITROMBINA III (0202020177)	R\$ 6,48
DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA (0202030113)	R\$ 13,55
DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES (0202010201)	R\$ 2,01
DOSAGEM DE CALCIO (0202010210)	R\$ 1,85
DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL (0202010228)	R\$ 3,51
DOSAGEM DE CALCITONINA (0202060128)	R\$ 14,38
DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA (0202070158)	R\$ 17,53
DOSAGEM DE CITRATO (0202050084)	R\$ 2,01
DOSAGEM DE CLORETO (0202010260)	R\$ 1,85
DOSAGEM DE COBRE (0202070190)	R\$ 3,51
DOSAGEM DE COLESTEROL HDL (0202010279)	R\$ 3,51
DOSAGEM DE COLESTEROL LDL (0202010287)	R\$ 3,51
DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL (0202010295)	R\$ 1,85
DOSAGEM DE COLINESTERASE (0202010309)	R\$ 3,68
DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3 (0202030121)	R\$ 17,16
DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4 (0202030130)	R\$ 17,16
DOSAGEM DE CORTISOL (0202060136)	R\$ 9,86

DOSAGEM DE CREATININA (0202010317)		R\$ 1,85
DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK) (0202010325)		R\$ 3,68
DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB (0202010333)		R\$ 4,12
DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA) (0202060144)		R\$ 11,25
DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (0202010368)		R\$ 3,68
DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT) (0202060152)		R\$ 11,71
DOSAGEM DE ESTRADIOL (0202060160)		R\$ 10,15
DOSAGEM DE ESTRONA (0202060187)		R\$ 11,12
DOSAGEM DE FATOR V (0202020207)		R\$ 4,73
DOSAGEM DE FERRITINA (0202010384)		R\$ 15,59
DOSAGEM DE FERRO SERICO (0202010392)		R\$ 3,51
DOSAGEM DE FIBRINOGENIO (0202020290)		R\$ 4,60
DOSAGEM DE FOLATO (0202010406)		R\$ 15,65
DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA (0202010422)		R\$ 2,01
DOSAGEM DE FOSFORO (0202010430)		R\$ 1,85
DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT) (0202010465)		R\$ 3,51
DOSAGEM DE GLICOSE (0202010473)		R\$ 5,55
DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE (0202010481)		R\$ 3,68
DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG) (0202060217)		R\$ 7,85
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA (0202010503)		R\$ 7,86
DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH) (0202060225)		R\$ 10,21
DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH) (0202060233)		R\$ 7,89
DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH) (0202060241)		R\$ 8,97
DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH) (0202060250)		R\$ 8,96
DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA) (0202030156)		R\$ 17,16
DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) (0202030164)		R\$ 9,25
DOSAGEM DE INSULINA (0202060268) INSULINA BASAL		R\$ 10,17
DOSAGEM DE LACTATO (0202010538)		R\$ 3,68
DOSAGEM DE LITIO (0202070255)		R\$ 2,25
DOSAGEM DE MAGNESIO (0202010562)		R\$ 2,01
DOSAGEM DE POTASSIO (0202010600)		R\$ 1,85
DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA (0202030202)		R\$ 2,83
DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS (0202010619)		R\$ 1,40
DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES (0202010627)		R\$ 1,85
DOSAGEM DE SODIO (0202010635)		R\$ 1,85
DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE) (0202060381)		R\$ 11,60
DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO) (0202010643)		R\$ 2,01
DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP) (0202010651)		R\$ 2,01
DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS (0202010678)		R\$ 3,51
DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3) (0202060390)		R\$ 8,71
DOSAGEM DE UREIA (0202010694)		R\$ 1,85
EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO) (0202080145)		R\$ 2,80
GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE) (0202010732) REGULADO NA POLI		R\$ 15,65
HEMOGRAMA COMPLETO (0202020380)		R\$ 4,11
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO) (0202030474)		R\$ 2,83
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA (0202030563)		R\$ 17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO (0202030580)		R\$ 17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO (0202030598)		R\$ 17,16

PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV) (0202030679)	R\$ 18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA (0202030725)	R\$ 17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA (0202030768)	R\$ 16,97
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA (0202030814)	R\$ 17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR (0202030830) (MONONUCLEOSE)	R\$ 2,83
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA (0202030873)	R\$ 18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG) (0202030911)	R\$ 18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA (0202030920)	R\$ 17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR (0202030946) (MONONUCLEOSE)	R\$ 17,16
PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG) (0202030970)	R\$ 18,55
PESQUISA DE CELULAS LE (0202020410)	R\$ 4,11
PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE) (0202031012)	R\$ 4,10
PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO) (0202120082)	R\$ 1,37
PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES (0202040097)	R\$ 1,65
PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS (0202040127)	R\$ 1,65
PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES (0202040135)	R\$ 10,25
PROVA DE RETRACAO DO COAGULO (0202020495)	R\$ 2,73
TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS (0202031128)	R\$ 10,00
TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS (0202031136)	R\$ 10,00
CONTAGEM DE ADDIS (0202050050)	R\$ 2,04
DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS (0202010031)	R\$ 15,65
DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE (0202060012)	R\$ 12,54
DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA (0202010350)	R\$ 3,51
DOSAGEM DE TIROXINA (T4) (0202060373)	R\$ 8,76
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS (0202030610)	R\$ 10,00
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA (0202030652)	R\$ 7,78
PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA (0202020401)	R\$ 25,00
PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ (0202020428)	R\$ 2,73
PESQUISA DE EOSINOFILOS (0202040062)	R\$ 1,65
PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM (0202080234)	R\$ 5,04
PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES (0202040178)	R\$ 1,65
PROVA DO LACO (0202020509)	R\$ 2,73
BACIOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE) (0202080056)	R\$ 4,20
BACIOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE) (0202080064)	R\$ 4,20
CLEARANCE DE FOSFATO (0202050033)	R\$ 3,51
CLEARANCE DE UREIA (0202050041)	R\$ 3,51
CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8 (0202030024)	R\$ 15,00
CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR (0202090060)	R\$ 1,89
CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO) (0202080099)	R\$ 5,62
CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS (0202080129)	R\$ 10,25
DETECÇÃO DE RNA DO HTLV-1 (0202031250)	R\$ 65,00
DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS) (0202100014)	R\$ 180,00
DETERMINACAO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR (0202020045)	R\$ 2,73
DETERMINACAO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA) (0202020053)	R\$ 2,73
DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3 (0202060020)	R\$ 12,54
DETERMINACAO DE SULFO-HEMOGLOBINA (0202020061)	R\$ 2,73
DETERMINACAO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS (0202020118)	R\$ 5,79

BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SANGUE EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO) (0202110109)	R\$ 5,50
DOSAGEM DE 17 HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO) (0202110095)	R\$ 8,00
DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS (0202060055)	R\$ 6,72
DOSAGEM DE ACETONA (0202010104)	R\$ 3,51
DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE (0202010090)	R\$ 3,51
DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO (0202010112)	R\$ 2,01
DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO (0202070018)	R\$ 2,06
DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO (0202070026)	R\$ 2,23
DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO (0202070034)	R\$ 3,68
DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO (0202070042)	R\$ 2,04
DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO (0202010139)	R\$ 9,00
DOSAGEM DE ALUMINIO (0202070085)	R\$ 27,50
DOSAGEM DE AMP CICLICO (0202060101)	R\$ 12,01
DOSAGEM DE ANFETAMINAS (0202070107)	R\$ 10,00
DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA (0202070166)	R\$ 4,11
DOSAGEM DE CAROTENO (0202010236)	R\$ 2,01
DOSAGEM DE CATECOLAMINAS (0202010244)	ERRO-AIH
DOSAGEM DE CERULOPLASMINA (0202010252)	R\$ 3,68
DOSAGEM DE CHUMBO (0202070174)	R\$ 8,83
DOSAGEM DE CICLOSPORINA (0202070182)	R\$ 58,61
DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA (0202030148)	R\$ 2,83
DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA (0202010341)	R\$ 3,51
DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA) (0202070204)	R\$ 8,97
DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL (0202040011)	R\$ 1,65
DOSAGEM DE ESTRIOL (0202060179)	R\$ 11,55
DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA (0202070212)	R\$ 15,65
DOSAGEM DE FATOR II (0202020185)	R\$ 5,31
DOSAGEM DE FATOR IX (0202020193)	R\$ 7,61
DOSAGEM DE FATOR VII (0202020215)	R\$ 8,09
DOSAGEM DE FATOR VIII (0202020223)	R\$ 6,63
DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR) (0202020231)	R\$ 15,00
DOSAGEM DE FATOR X (0202020258)	R\$ 6,66
DOSAGEM DE FATOR XI (0202020266)	R\$ 9,11
DOSAGEM DE FATOR XIII (0202020282)	R\$ 6,66
DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO) (0202110044)	R\$ 5,50
DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO) (0202110060)	R\$ 20,90
DOSAGEM DE FENITOINA (0202070220)	R\$ 35,22
DOSAGEM DE FENOL (0202070239)	R\$ 2,05
DOSAGEM DE FORMALDEIDO (0202070247)	R\$ 3,51
DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL (0202010414)	R\$ 2,01
DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA (0202010449)	R\$ 2,01
DOSAGEM DE FRUTOSE (0202090108)	R\$ 2,01
DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA (0202090116)	R\$ 2,01
DOSAGEM DE GALACTOSE (0202010457)	R\$ 3,51
DOSAGEM DE GASTRINA (0202060195)	R\$ 14,15
DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE (0202010481)	R\$ 3,68
DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA (0202060209)	R\$ 15,35

DOSAGEM DE GORDURA FECAL (0202040020)	R\$ 3,04
DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA (0202010490)	R\$ 3,68
DOSAGEM DE HEMODGLOBINA (0202020304)	R\$ 1,53
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL (0202020320)	R\$ 2,73
DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA (0202010511)	R\$ 3,68
DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM) (0202030180)	R\$ 17,16
DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE (0202030199)	R\$ 9,25
DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE (0202010520)	R\$ 3,51
DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE (0202010546)	R\$ 3,51
DOSAGEM DE LIPASE (0202010554)	R\$ 2,25
DOSAGEM DE MERCURIO (0202070263)	R\$ 2,04
DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA (0202070271)	R\$ 4,11
DOSAGEM DE PIRUVATO (0202010589)	R\$ 3,68
DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA (0202050092)	R\$ 8,12
DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS (0202010570)	R\$ 2,01
DOSAGEM DE OXALATO (0202050106)	R\$ 3,68
DOSAGEM DE PARATORMONIO (0202060276)	R\$ 43,13
DOSAGEM DE PORFIRINAS (0202010597)	R\$ 3,51
DOSAGEM DE PROGESTERONA (0202060292)	R\$ 10,22
DOSAGEM DE PROLACTINA (0202060306)	R\$ 10,15
DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS) (0202050114)	R\$ 2,04
DOSAGEM DE RENINA (0202060314)	R\$ 13,19
DOSAGEM DE SALICILATOS (0202070310)	R\$ 2,01
DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1) (0202060322)	R\$ 15,35
DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS) (0202060330)	R\$ 13,11
DOSAGEM DE SULFATOS (0202070328)	R\$ 3,51
DOSAGEM DE TEOFILINA (0202070336)	R\$ 15,65
DOSAGEM DE TESTOSTERONA (0202060349)	R\$ 10,43
DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE (0202060357)	R\$ 13,11
DOSAGEM DE TIOCIANATO (0202070344)	R\$ 3,68
DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA (0202060365)	R\$ 15,35
DOSAGEM DE TRANSFERRINA (0202010660)	R\$ 4,12
DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO) (0202110079)	R\$ 5,50
DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO) (0202110087)	R\$ 13,20
DOSAGEM DE VITAMINA B12 (0202010708)	R\$ 15,24
DOSAGEM DE ZINCO (0202070352)	R\$ 15,65
DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125 (0202031217)	R\$ 13,35
ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA (0202020355)	R\$ 5,41
ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS (0202010716)	R\$ 3,68
ELETROFORESE DE PROTEINAS (0202010724)	R\$ 4,42
ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR (0202090159)	R\$ 5,23
ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO) (0202020363)	R\$ 2,73
EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL (0202040038)	R\$ 3,04
EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS (0202050130)	R\$ 3,70
FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR (0202120031)	R\$ 10,65
HEMATOCRITO (0202020371)	R\$ 1,53
HEMOCULTURA (0202080153)	R\$ 11,49
IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS (0202080161)	R\$ 5,63

IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS (0202040046)	R\$ 1,65
IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS (0202030229)	R\$ 17,16
LEUCOGRAMA (0202020398)	R\$ 2,73
PESQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI (0202080170)	R\$ 4,33
PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA) (0202050149)	R\$ 3,70
PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA (0202030253)	R\$ 10,00
PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA (0202030261)	R\$ 10,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA (0202030270)	R\$ 8,67
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI (0202030288)	R\$ 17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT) (0202030296)	R\$ 85,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA) (0202030300)	R\$ 10,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2 (0202030318)	R\$ 18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP) (0202030326)	R\$ 17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS (0202030334)	R\$ 5,74
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM (0202030342)	R\$ 17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO) (0202030350)	R\$ 18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA) (0202030369)	R\$ 18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS (0202030377)	R\$ 9,25
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS (0202030393)	R\$ 9,25
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO (0202030415)	R\$ 5,83
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA) (0202030423)	R\$ 10,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 (WESTERN-BLOT) (0202031268)	R\$ 85,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL (0202030431)	R\$ 17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS (0202030440)	R\$ 9,25
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70) (0202030458)	R\$ 10,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO (0202030482)	R\$ 10,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO (0202030504)	R\$ 10,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS (0202030512)	R\$ 10,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA (0202030520)	R\$ 17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS (0202030539)	R\$ 4,10
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA (0202030547)	R\$ 5,50
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS (0202030555)	R\$ 17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO (0202030571)	R\$ 17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS (0202030601)	R\$ 17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA (0202030628) (ACTG)	R\$ 17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE) (0202030644)	R\$ 18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO (0202030695)	R\$ 9,25
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS (0202030709)	R\$ 4,10
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS (0202030741)	R\$ 11,00
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG) (0202030806)	R\$ 18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER (0202030822)	R\$ 17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES (0202030849)	R\$ 17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL) (0202030784)	R\$ 18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS (0202030857)	R\$ 11,61
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS (0202030865)	R\$ 10,00
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM) (0202030890)	R\$ 18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER (0202030938)	R\$ 17,16

PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES (0202030954)	R\$ 17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO (0202120058)	R\$ 5,79
PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA) (0202030962)	R\$ 13,35
PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG) (0202030989)	R\$ 18,55
PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR (0202090230)	R\$ 1,89
PESQUISA DE CISTINA NA URINA (0202050190)	R\$ 2,04
PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA (0202050203)	R\$ 2,04
PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS (0202031004)	R\$ 2,83
PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA) (0202040054)	R\$ 1,65
PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA (0202050211)	R\$ 3,70
PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA) (0202090264)	R\$ 4,80
PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A (0202080196)	R\$ 4,33
PESQUISA DE FILARIA (0202020436)	R\$ 2,73
PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA (0202050238)	R\$ 2,04
PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA (0202050246)	R\$ 3,36
PESQUISA DE GORDURA FECAL (0202040070)	R\$ 1,65
PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI (0202080218)	R\$ 4,33
PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA (0202031020)	R\$ 10,00
PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA (0202050262)	R\$ 2,04
PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA (0202031039)	R\$ 9,25
PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES (0202040089)	R\$ 1,65
PESQUISA DE LEPTOSPIRAS (0202080226)	R\$ 2,80
PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES (0202040100)	R\$ 1,65
PESQUISA DE MACROPROLACTINA (0202060470)	R\$ 12,15
PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA) (0202040119)	R\$ 1,65
PESQUISA DE PLASMODIO (0202020452)	R\$ 0,00
PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA (0202050297)	R\$ 2,04
PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE) (0202050300)	R\$ 4,44
PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES (0202040143)	R\$ 1,65
PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES (0202040151)	R\$ 1,65
PESQUISA DE TIROSINA NA URINA (0202050319)	R\$ 2,04
PESQUISA DE TRIPANOSSOMA (0202020460)	R\$ 2,73
PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR (0202030733)	R\$ 2,83
PROVA CONFIRMATÓRIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES (0202080242)	R\$ 5,62
PROVA DA D-XILOSE (0202010740)	R\$ 3,68
PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA (0202020487)	R\$ 4,11
PROVA DE DILUICAO (URINA) (0202050327)	R\$ 2,04
PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE (0202090302)	R\$ 1,89
QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1 (0202031071)	R\$ 18,00
RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (0202020517)	R\$ 2,73
REACAO DE MONTENEGRO ID (0202031101)	R\$ 2,83
REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES (0202090329)	R\$ 1,89
TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS (0202020525)	R\$ 12,00
TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH (0202060403)	R\$ 12,01
TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA (0202060411)	R\$ 12,01
TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA) (0202020533)	R\$ 2,73
TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA (0202060446)	R\$ 12,01
TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS (0202010759)	R\$ 6,55

TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS - vdrl (0202031110)	R\$ 2,83
TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTES - vdrl gestante (0202031179)	R\$ 2,83
TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS (0202031098)	R\$ 4,10
DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE (0202010082)	R\$ 3,51
DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO (0202070077)	R\$ 2,01
DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA (0202010449)	R\$ 2,01
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC (0202020312)	R\$ 2,73
DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG) (0202030172)	R\$ 0,00
TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD) (0202020541) COOMBS DIRETO	R\$ 2,73
TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA) (0202120090) COOMBS INDIRETO	R\$ 2,73
DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS) (0202010066)	R\$ 6,55
DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (5 DOSAGENS) (0202010058)	R\$ 6,55
DOSAGEM DE CADMIO (0202070140)	R\$ 3,68
DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS) (0202010376)	R\$ 9,00
DOSAGEM DE TROPONINA (0202031209)	R\$ 10,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS (0202030385)	R\$ 9,70
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (0202030466)	R\$ 9,70
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA) (0202090213)	R\$ 18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS) (0202030636)	R\$ 2,04
PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA (0202050220)	R\$ 2,73
DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS (0202050122)	R\$ 3,04
ESPLENOGRAMA (0202090175)	R\$ 5,79
MIELOGRAMA (0202090191)	R\$ 5,79
ADENOGRAMA (0202090027)	R\$ 5,79
CITOQUIMICA HEMATOLOGICA (0202020010)	R\$ 6,48
DETERMINACAO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA (0202020088)	R\$ 2,73
DOSAGEM DE PEPTIDEO C (0202060284)	R\$ 15,35

EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA N° FMS005/2019
PROCESSO ADMINISTRATIVO N° 005/2019

ANEXO II
CRITÉRIOS GERAIS A SEREM OBSERVADOS PELA CREDENCIADA

- 1- A prestação dos serviços descritos no objeto do presente edital somente poderá ser efetivada após a assinatura do Termo de Credenciamento.
- 2- O Município reserva-se ao direito de fiscalizar, de forma permanente, a prestação de serviços pelos Credenciados, podendo proceder ao descredenciamento em casos de má prestação, verificada em procedimentos administrativos específicos, com garantia do contraditório e da ampla defesa.
- 3- A prestação de serviços é exclusiva dos Credenciados, vedada sua transferência a empresas alheias à relação contratual.
- 4- O Credenciado não poderá cobrar do paciente, ou de seu responsável ou acompanhante, qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados.
- 5- A Credenciada deverá enviar mensalmente relatório de cada procedimento realizado com correspondente valor, data de atendimento e nome dos pacientes atendidos, acompanhado das requisições emitidas pelo médico credenciado pelo SUS.
- 6- Somente poderá ser realizado exame a pacientes que sejam portadores de requisição emitidos por médico credenciado pelo Sistema Único de Saúde que prestam serviços ao Município de Capão Alto/SC.
- 7- A cota mensal de exames de cada Credenciado será auferida pela divisão dos recursos do Município, pelo número de Credenciados.
- 8 Em caso de haver mais de uma Empresa Credenciada, a Secretaria Municipal de Saúde fixará cota mensal de exames igualitária entre os Credenciados, devendo a Credenciada cumprir tal obrigação, sob pena de não ser realizado o pagamento dos exames realizados a mais.
- 9- A realização de exames excedentes às cotas mensais dependerá da autorização do Município.
- 10- Todos os exames realizados pelas Empresas Credenciadas serão remunerados conforme valores constantes na Tabela SUS acrescidos de 15%.

GISLAINE FREITAS DE JESUS ANTUNES PEREIRA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA N° FMS005/2019
PROCESSO ADMINISTRATIVO N° 005/2019

ANEXO III
DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO

Através do presente, a empresa _____
_____, CNPJ nº _____, com sede
na _____, nº _____, neste ato representada por seu
representante legal/procurador, que ao final subscreve, DECLARA, sob as penas da Lei, que tem pleno
conhecimento das condições para execução dos serviços, não podendo alegar qualquer
desconhecimento como elemento impeditivo do perfeito cumprimento do Termo de Credenciamento,
bem assim, DECLARA que terá a disponibilidade de todos os meios necessários à execução dos serviços
ora contratados.

Capão Alto/SC, _____ de _____ de 2019.

(Representante Legal/Procurador)

EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº FMS005/2019
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 005/2019

ANEXO IV

Modelo Declaração de Atendimento à Legislação Trabalhista de Proteção à Criança e ao Adolescente

A empresa _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, por intermédio de seu representante legal o(a) Sr.(a) _____, portador(a) da Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº _____, DECLARA, para fins do disposto no inciso V do art. 27 da Lei no 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.

Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz ().

(Observação: em caso afirmativo, assinalar a ressalva acima.)

Capão Alto/SC, _____ de _____ de 2019.

(nome e assinatura do responsável legal)
(número da carteira de identidade e órgão emissor)

EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA N° FMS005/2019
PROCESSO ADMINISTRATIVO N° 005/2019

ANEXO “V”

MODELO DE DECLARAÇÃO DE QUE NÃO POSSUI EM SEU QUADRO ADMINISTRATIVO O PREFEITO, O VICE-PREFEITO, OS VEREADORES E OS SERVIDORES PÚBLICOS

(Nome da Empresa), CNPJ nº _____ sediada na Rua _____, n _____, bairro, _____, Município _____, CEP _____, por seu representante legal abaixo assinado, em cumprimento ao solicitado no Edital de Credenciamento nº _____, DECLARA, que não possui em seu quadro administrativo o Prefeito, o vice-prefeito, os vereadores e os servidores Públicos na Administração Municipal de Capão Alto, tanto no poder legislativo quanto no poder executivo (inciso III, do Art. 9º da Lei 8666/93).

Local e data

Assinatura do representante legal sob carimbo

RG:

CPF:

CNPJ da empresa

**EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA N° FMS005/2019
PROCESSO ADMINISTRATIVO N° 005/2019**

**ANEXO VI
DECLARAÇÃO INEXISTÊNCIA DE FATOS IMPEDITIVOS**

(Nome da Empresa)

CNPJ/MF N° _____, sediada

(Endereço Completo)

Declara, sob as penas da Lei, que até a presente data inexistem fatos impeditivos para sua habilitação no presente processo de nº xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, e que está ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

(Local e Data)

(Nome e Número da Carteira de Identidade do Declarante)

OBS. Esta declaração deverá ser emitida em papel timbrado da empresa proponente e carimbada com o número do CNPJ.

EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº FMS005/2019
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 005/2019

ANEXO VII
TERMO DE CREDENCIAMENTO
PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DA SAÚDE

O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAPÃO ALTO, pessoa jurídica de direito público, com sede na Rua Atílio Mortari, s/nº, Centro, na cidade de Capão Alto/SC, representado por sua Secretária Municipal de Saúde, GISLAINE FREITAS DE JESUS ANTUNES PEREIRA, residente e domiciliado neste Município, doravante denominado de CREDENCIANTE e, _____, (qualificar), doravante denominada CREDENCIADA, têm justo e acordado este Termo de Credenciamento, de conformidade com a Lei nº 8.666/93 e suas alterações, consubstanciado na Chamada Pública nº FMS005/2019, e mediante as seguintes Cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO: O presente Termo tem por objeto a prestação, por parte da CREDENCIADA, para a prestação, de forma continuada, de serviços na área de saúde, Exames Laboratoriais para os anos de 2019 e 2020, nos itens relacionados no ANEXO I, e nos valores determinados pela Tabela SUS, acrescidos de 15%.

CLÁUSULA SEGUNDA – A prestação de serviços é exclusiva da CREDENCIADA, vedada sua transferência a empresas alheias à relação contratual.

CLÁUSULA TERCEIRA – Em caso de haver mais de uma Empresa Credenciada, a Secretária Municipal de Saúde fixará cota mensal de exames igualitária entre os credenciados, devendo a Credenciada cumprir sua obrigação inerente ao Credenciamento, sob pena de não ser efetuado o pagamento dos exames realizados a mais.

CLÁUSULA QUARTA – Todos os exames realizados pelas Empresas Credenciadas serão remunerados conforme valores constantes na Tabela SUS, acrescidos de 15%.

CLÁUSULA QUINTA – A CREDENCIADA não poderá cobrar do paciente ou de seu responsável ou acompanhante, qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados.

CLÁUSULA SEXTA – A CREDENCIADA deverá enviar mensalmente Relatório de cada procedimento realizado e respectivo valor, nome do paciente e a data da realização do exame, acompanhado das requisições emitidas pelo médico credenciado pelo SUS para fins de pagamento dos serviços prestados.

PARÁGRAFO ÚNICO – A não apresentação do Relatório e/ou documentos exigidos acima, implicará no não pagamento daquele item, sendo que o prazo para o pagamento será iniciado só após a apresentação dos mesmos;

CLÁUSULA SÉTIMA – Somente poderão ser realizados exames a pacientes que sejam portadores de requisição emitida por médico credenciado pelo Sistema Único de Saúde que prestam serviços ao Município de Capão Alto/SC.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO PRAZO: O prazo de vigência do Credenciamento será para os anos de 2019 e 2020.

CLÁUSULA TERCEIRA - DA FORMA E DO PRAZO DE PAGAMENTO: O valor pelos serviços realizados pela CREDENCIADA será pago da seguinte forma:

PARÁGRAFO PRIMEIRO – Os serviços contratados por este Termo serão pagos de acordo com o número de atendimentos efetuados durante o mês de referência, tendo como parâmetro a Tabela constante do Edital de Chamamento nº FMS005/2019, acrescida do valor de 15%, sendo condição para a efetivação do pagamento a apresentação, pela CREDENCIADA, da Nota Fiscal de Serviço.

PARÁGRAFO SEGUNDO - O pagamento será efetuado de forma mensal, mediante apresentação, até o décimo quinto dia útil ao mês subsequente à prestação dos serviços, do relatório dos serviços efetuados com correspondente relação de pacientes atendidos, acompanhado das requisições emitidas pelo médico credenciado pelo SUS e devidamente autorizadas pela Secretaria Municipal da Saúde, e da nota fiscal certificada pela fiscalização de contratos do Município, com a retenção dos tributos e/ou contribuições, na forma da Lei.

PARÁGRAFO TERCEIRO – Durante a vigência deste Cadastramento, os valores serão revistos a cada 12 meses contados da data do lançamento deste Edital, mediante a aplicação de variação que venha a ser aplicada nos preços referenciados na Tabela SUS.

CLÁUSULA QUARTA – DAS CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO

I – O presente credenciamento caracteriza-se como uma relação contratual de prestação de serviços;

II –

IV - A CREDENCIADA deverá manter, durante a vigência deste Termo, as condições de habilitação exigidas para a sua celebração;

III – É de responsabilidade da Credenciada, de forma exclusiva, manter sala de coleta própria de acordo com as exigências da Vigilância Sanitária, com profissionais capacitados à disposição dos pacientes com todos os cuidados de higiene e limpeza, para efetuar a coleta do material, disponibilizando todos os meios, quer de pessoal como de equipamentos necessários à execução dos serviços que lhe forem determinados, incluindo encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações, em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o Município.

IV – A CONTRATADA deverá realizar os atendimentos de acordo com a necessidade do Fundo Municipal de Saúde de Capão Alto/SC, e de acordo com o Anexo I.

V - A CREDENCIADA deverá entregar o resultado dos exames realizados o mais brevemente possível.

VI - É facultado ao paciente a escolha do prestador do serviço em caso de haver mais de uma empresa credenciada para a realização do mesmo procedimento.

VII - É vedado:

a) O trabalho da CREDENCIADA em próprios municipais;

b) A transferência dos direitos e obrigações decorrentes desse Termo;

c) A cobrança de qualquer valor a título de diferença, dos usuários dos serviços objetos deste Termo.

CLÁUSULA QUINTA - DA FISCALIZAÇÃO: O CREDENCIANTE realizará a fiscalização dos serviços decorrentes desse Termo, mediante ação do serviço de fiscalização dos Contratos do Município, situação que não excluirá ou restringirá a responsabilidade da CREDENCIADA na prestação dos serviços, objeto deste Termo.

CLÁUSULA SEXTA – DAS PENALIDADES: À CREDENCIADA poderá ser aplicado, em caso de inadimplemento contratual, após assegurado o direito de ampla defesa, as penalidades previstas na Lei Federal nº 8.666/93.

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS DOTAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS: As despesas dos serviços realizados por força deste Termo ocorrerão, no presente exercício, à conta das dotações orçamentárias vigentes.

CLÁUSULA OITAVA – DA RESCISÃO: A rescisão deste Termo poderá se dar numa das seguintes oportunidades:

- a) pela ocorrência de seu termo final;
- b) por solicitação da CREDENCIADA, cujo aviso formal deverá ser dado com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias;
- c) por acordo entre as partes;
- d) de forma unilateral pelo CREDENCIANTE nos termos da Lei nº 8.666/93, e após o devido processo legal no caso de descumprimento de condição estabelecida no Edital ou neste Termo de Credenciamento.

CLÁUSULA NONA – DA VINCULAÇÃO DESTE INSTRUMENTO: Este instrumento está vinculado ao Edital de Chamada Pública nº FMS005/2019, sendo que as condições nele previstas, mesmo que não transcritas neste Instrumento, obrigam as partes;

CLÁUSULA DÉCIMA – DO FORO: Fica eleito o Foro da Campo Belo do Sul/SC, para dirimir as dúvidas oriundas deste Termo, quando não solvidas administrativamente.

E, por estarem justos e acordados, assinam o presente Termo, em três vias de igual teor e forma.

Capão Alto/SC,.....2019.

CREDENCIANTE
GISLAINE FREITAS DE JESUS ANTUNES PEREIRA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

CREDENCIADA
(NOME)

FISCAL DE CONTRATO

TESTEMUNHAS:

Nome:

CPF:

Nome:

CPF: