



AVISO DE LICITAÇÃO

CREDENCIAMENTO 003/2022

A Prefeitura Municipal de Cruz Machado – PR torna público que estará recebendo documentação para o Credenciamento de Unidades Privadas de Saúde, prestadoras de serviços interessadas em firmar contrato com a Prefeitura Municipal de Cruz Machado, conforme disposto na Constituição Federal, Lei 8.666/93, Lei Estadual 15.608 e as demais e as demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, mediante a celebração de contrato de credenciamento de prestação de serviços de exames laboratoriais de análises clínicas, mediante as condições estabelecidas neste edital e em seus anexos.

Regem o presente processo a Lei Federal nº 8.666/93, observadas as alterações posteriores.

O recebimento dos protocolos ocorrerão a partir do dia 25/04/2022 as 09:00 (nove) horas até dia 17/05/2022 às 09:00h. O credenciamento terá validade de 12 (doze) meses, podendo durante seu período de vigência receber novos credenciados que serão classificados nos prazos estimados no edital.

O Edital completo poderá ser obtido pelos interessados na CPL, mediante entrega de um pendrive, de segunda a sexta-feira, no horário de 14:00 às 17:00 horas ou pelo endereço eletrônico <http://www.pmcm.pr.gov.br/>. Quaisquer dúvidas contatar pelos telefones (42) 3554-1222 ramal 243.

Cruz Machado, 20 de Abril de 2022

Vera Maria Benzak Krawuczyk
Presidente CPL

EDITAL DE CREDENCIAMENTO – Nº 003/2022

A Prefeitura Municipal de Cruz Machado, torna público que estará recebendo em sua sede, situada na Av. Vitória, 251, Centro, DOCUMENTAÇÃO E PROPOSTAS DE PREÇOS DE PESSOAS JURÍDICAS, PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, para a prestação de serviços de forma complementar ao SUS, conforme adiante elencada e de acordo com as condições estabelecidas neste Edital.

2

1 – DO OBJETO:

1.1. Contratação de Unidades Privadas de saúde, prestadoras de serviços, interessadas em firmar contrato com a Prefeitura Municipal de Cruz Machado, conforme disposto na Constituição Federal, Lei Federal 8.666/93, Lei Estadual nº 15.608 e as demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, mediante a celebração de CONTRATO DE CREDENCIAMENTO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS E DE IMAGEM, como segue:

1.2. Tabela de exames e valores

Item	Materia	Desc rição do Mater ial	Un.Med.	Qtde do Item	Preço Unit. Máximo	Preço Total
LOTE 01						
1	18203100	EXAME BIOPSIA US - CORE BIOPSY	UN	12,000	520,0000	6.240,00
2	18203342	EXAME CONTRASTE RESSONÂNCIA E TOMOGRAFIA	UN	50,000	50,0000	2.500,00
3	18200342	EXAME DENSITOMETRIA OSSEA	UN	12,000	120,0000	1.440,00
4	18203101	EXAME DENSITOMETRIA OSSEA CORPO INTEIRO	UN	12,000	150,0000	1.800,00
5	18203102	EXAME ELASTOGRAFIA HEPÁTICA	UN	6,000	570,0000	3.420,00
6	18203104	EXAME MAMOGRAFIA CONVENCIONAL BILATERAL	UN	5,000	120,0000	600,00
7	18203103	EXAME MAMOGRAFIA DIGITAL	UN	5,000	120,0000	600,00
8	18203156	EXAME RAIOS X ABDOME AGUDO	UN	20,000	60,2900	1.205,80
9	18203155	EXAME RAIOS X ABDOME SIMPLES	UN	20,000	37,9800	759,60
10	18203113	EXAME RAIOS X ADENOIDE OU CAVUM	UN	20,000	36,5100	730,20
11	18203132	EXAME RAIOS X ANTEBRACO D	UN	20,000	37,7600	755,20
12	18203133	EXAME RAIOS X ANTEBRACO E	UN	20,000	37,7600	755,20
13	18203129	EXAME RAIOS X ARTICULACAO ESCAPULO UMERAL D	UN	20,000	37,5900	751,80
14	18180163	EXAME RAIOS X ARTICULACAO ESCAPULO UMERAL E	UN	20,000	37,5900	751,80
15	18203126	EXAME RAIOS X ARTICULACAO ESTERNOCLAVICULAR D	UN	20,000	38,5300	770,60
16	18203127	EXAME RAIOS X ARTICULACAO ESTERNOCLAVICULAR E	UN	20,000	38,5300	770,60
17	18203112	EXAME RAIOS X	UN	20,000	42,7100	854,20



		ARTICULACAO TEMPOROMANDIBULAR BILATERAL				
18	18203139	EXAME RAO X ARTICULACOES SACROILIACAS	UN	20,000	39,6100	792,20
19	18180085	EXAME RAO X BACIA	UN	20,000	37,4800	749,60
20	18203130	EXAME RAO X BRACO D	UN	20,000	38,8400	776,80
21	18203131	EXAME RAO X BRACO E	UN	20,000	38,8400	776,80
22	18203149	EXAME RAO X CALCANEIO D	UN	20,000	36,5100	730,20
23	18203148	EXAME RAO X CALCANEIO E	UN	20,000	36,5100	730,20
24	18180112	EXAME RAO X CLAVICULA D	UN	20,000	38,8400	776,80
25	18180124	EXAME RAO X CLAVICULA E	UN	20,000	38,8400	776,80
26	18203119	EXAME RAO X COLU LOMB 5 INC (Colu lombosacra func ou din)	UN	20,000	59,3400	1.186,80
27	18203115	EXAME RAO X COLUNA CERV 5 INCID (Colu cerv func ou dinami)	UN	20,000	53,6500	1.073,00
28	18203116	EXAME RAO X COLUNA DORSAL 2 INCIDENCIAS	UN	20,000	42,0100	840,20
29	18203117	EXAME RAO X COLUNA DORSAL 4 INCIDENCIAS	UN	20,000	59,3400	1.186,80
30	18203118	EXAME RAO X COLUNA LOMBOSACRA 3 INCIDENCIAS	UN	20,000	43,5700	871,40
31	18203122	EXAME RAO X COLUNA TOTAL PARA ESCOLIOSE	UN	20,000	77,4500	1.549,00
32	18203128	EXAME RAO X COSTELAS POR HEMITORAX	UN	20,000	40,9300	818,60
33	18180042	EXAME RAO X COTOVELO D	UN	20,000	36,5100	730,20
34	18180026	EXAME RAO X COTOVELO E	UN	20,000	36,5100	730,20
35	18180072	EXAME RAO X COXA D	UN	20,000	40,9300	818,60
36	18180148	EXAME RAO X COXA E	UN	20,000	40,9300	818,60
37	18203107	EXAME RAO X CRANIO 4 INCIDENCIAS	UN	20,000	50,0000	1.000,00
38	18203121	EXAME RAO X DORSO LOMBAR PARA ESCOLIOSE	UN	20,000	54,3200	1.086,40
39	18202616	EXAME RAO X ESCANOMETRIA	UN	20,000	39,0600	781,20
40	18203124	EXAME RAO X ESTERNO	UN	20,000	40,4100	808,20
41	18203125	EXAME RAO X - HISTEROSALPINGOGRAFIA	UN	6,000	500,0000	3.000,00
42	18203123	EXAME RAO X INCIDENCIA ADICIONAL DE COLUNA	UN	20,000	16,4400	328,80
43	18203152	EXAME RAO X INCIDENCIA ADICIONAL DE MEMBRO INFERIOR D	UN	20,000	14,4400	288,80
44	18203151	EXAME RAO X INCIDENCIA ADICIONAL DE MEMBRO INFERIOR E	UN	20,000	14,4400	288,80
45	18203137	EXAME RAO X INCIDENCIA ADICIONAL DE MEMBRO SUPERIOR D	UN	20,000	14,4400	288,80
46	18203138	EXAME RAO X	UN	20,000	14,4400	288,80



		INCIDENCIA ADICIONAL DE MEMBRO SUPERIOR E				
47	18203143	EXAME RAI0 X JOELHO D (Joelho: AP - Lateral)	UN	20,000	37,7600	755,20
48	18203142	EXAME RAI0 X JOELHO E (Joelho: AP - Lateral)	UN	20,000	37,7600	755,20
49	18203135	EXAME RAI0 X MAO D	UN	20,000	36,5100	730,20
50	18203134	EXAME RAI0 X MAO E	UN	20,000	36,5100	730,20
51	18203136	EXAME RAI0 X MAOS E PUNHO PARA IDADE OSSEA	UN	20,000	36,2000	724,00
52	18203111	EXAME RAI0 X MAXILAR INFERIOR	UN	20,000	38,8900	777,80
53	18180017	EXAME RAI0 X OMBRO D	UN	20,000	37,5900	751,80
54	18180002	EXAME RAI0 X OMBRO E	UN	20,000	37,5900	751,80
55	18203108	EXAME RAI0 X ORBITA BILATERAL	UN	20,000	42,7100	854,20
56	18180058	EXAME RAI0 X OSSOS DA FACE	UN	20,000	42,7100	854,20
57	18203150	EXAME RAI0 X PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	UN	20,000	54,6300	1.092,60
58	18203145	EXAME RAI0 X PATELA D(Joelho ou rotula: AP - LAT - axial)	UN	20,000	39,7800	795,60
59	18203144	EXAME RAI0 X PATELA E (Joelho ou rotula: AP - LAT - axial)	UN	20,000	39,7800	795,60
60	18203147	EXAME RAI0 X PE D	UN	20,000	37,7600	755,20
61	18180057	EXAME RAI0 X PE E	UN	20,000	37,7600	755,20
62	18203146	EXAME RAI0 X PERNA D	UN	20,000	39,8500	797,00
63	18180070	EXAME RAI0 X PERNA E	UN	20,000	38,3900	767,80
64	18180088	EXAME RAI0 X PUNHO D	UN	20,000	38,3900	767,80
65	18180064	EXAME RAI0 X PUNHO E	UN	20,000	38,3900	767,80
66	18203140	EXAME RAI0 X QUADRIL D (articulação coxofemoral)	UN	20,000	39,8900	797,80
67	18203141	EXAME RAI0 X QUADRIL E (articulação coxofemoral)	UN	20,000	39,8900	797,80
68	18203120	EXAME RAI0 X SACRO COCCIX	UN	20,000	40,5500	811,00
69	18203109	EXAME RAI0 X SEIOS PARANASAIS	UN	20,000	40,5500	811,00
70	18203110	EXAME RAI0 X SELA TURCICA	UN	20,000	39,8900	797,80
71	18203153	EXAME RAI0 X TORAX 1 INCIDENCIA	UN	20,000	33,3000	666,00
72	18203154	EXAME RAI0 X TORAX 2 INCIDENCIAS	UN	20,000	40,8400	816,80
73	18180067	EXAME RAI0 X TORNOZELO D	UN	20,000	36,5100	730,20
74	18180009	EXAME RAI0 X TORNOZELO E	UN	20,000	36,5100	730,20
75	18203105	EXAME RAI0 X CRANIO 2 INCIDENCIAS	UN	20,000	38,8400	776,80
76	18203106	EXAME RAI0 X CRANIO 3 INCIDENCIAS	UN	20,000	42,3300	846,60
77	18203157	EXAME RAI0 X RADIOGRAGIA DE ESOF ESTÔ E DUDO C CONST BARITAD	UN	20,000	540,0000	10.800,00
78	18203211	EXAME RESS MAGN - HIDRO-RM(COLANGIO-RM OU URO-RM OU MELO-RM	UN	2,000	770,0000	1.540,00



79	18203166	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA ABDOME TOTAL	UN	2,000	450,0000	900,00
80	18203195	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA ACROMOCLAVICULAR D	UN	2,000	450,0000	900,00
81	18203190	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA ACROMOCLAVICULAR E	UN	2,000	770,0000	1.540,00
82	18203215	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA - ANGIO RM ABDOME SUPERIOR ARTER	UN	2,000	770,0000	1.540,00
83	18203216	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA - ANGIO RM ABDOME SUPERIOR VENOS	UN	2,000	770,0000	1.540,00
84	18203209	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA - ANGIO RM AORTA ABDOMINAL	UN	2,000	310,0000	1.620,00
85	18203208	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA - ANGIO RM AORTA TORACICA	UN	2,000	810,0000	1.620,00
86	18203222	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA - ANGIO RM COXA E ARTERIAL	UN	2,000	770,0000	1.540,00
87	18203219	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA - ANGIO RM COXA D ARTERIAL	UN	2,000	770,0000	1.540,00
88	18203217	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA - ANGIO RM CRANIO ARTERIAL	UN	2,000	550,0000	1.100,00
89	18203218	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA - ANGIO RM CRANIO VENOSA	UN	2,000	770,0000	1.540,00
90	18203221	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA - ANGIO RM JOELHO D ARTERIAL	UN	2,000	770,0000	1.540,00
91	18203220	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA - ANGIO RM JOELHO E ARTERIAL	UN	2,000	770,0000	1.540,00
92	18203223	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA - ANGIO RM Pelve Arterial	UN	2,000	770,0000	1.540,00
93	18203225	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA - ANGIO RM PESCOCO VENOSA	UN	2,000	770,0000	1.540,00
94	18203224	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA - ANGIO RM PESCOCO ARTERIAL	UN	2,000	770,0000	1.540,00
95	18203214	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA - ANGIO RM TORAX ARTERIAL	UN	2,000	770,0000	1.540,00
96	18203176	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA ANTEBRACO D	UN	2,000	450,0000	900,00
97	18203177	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA ANTEBRACO E	UN	2,000	450,0000	900,00
98	18203162	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA ARTICUL TEMPOROMANDIBULAR BILAT	UN	10,000	450,0000	4.500,00
99	18203181	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA BACIA (ARTICULACOES SACROILIACA)	UN	2,000	450,0000	900,00
100	18203158	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA BASE DO CRANIO	UN	10,000	450,0000	4.500,00
101	18203170	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA BOLSA	UN	2,000	765,6800	1.531,36

		ESCROTAL				
102	18203174	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA BRACO D	UN	2,000	450,0000	900,00
103	18203175	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA BRACO E	UN	2,000	450,0000	900,00
104	18203186	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA CALCANEIO D	UN	2,000	450,0000	900,00
105	18203188	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA CALCANEIO E	UN	2,000	450,0000	900,00
106	18203194	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA CINTURA ESCAPULAR D	UN	2,000	450,0000	900,00
107	18203207	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA CINTURA ESCAPULAR E	UN	2,000	450,0000	900,00
108	18203173	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA COCCIX	UN	2,000	450,0000	900,00
109	18203210	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA - COLANGIO RM	UN	2,000	650,0000	1.300,00
110	18200252	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA COLUNA CERVICAL	UN	2,000	450,0000	900,00
111	18203172	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA COLUNA DORSAL	UN	2,000	450,0000	900,00
112	18200341	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA COLUNA LOMBAR	UN	2,000	450,0000	900,00
113	18203192	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA COTOVELO D	UN	2,000	450,0000	900,00
114	18203206	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA COTOVELO E	UN	2,000	450,0000	900,00
115	18203182	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA COXA D	UN	2,000	450,0000	900,00
116	18203183	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA COXA E	UN	2,000	450,0000	900,00
117	18203191	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA COXO FEMURAL D	UN	2,000	450,0000	900,00
118	18203198	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA COXO FEMURAL E	UN	2,000	450,0000	900,00
119	18203168	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA FETAL	UN	2,000	820,0000	1.640,00
120	18200260	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA JOELHO E	UN	2,000	450,0000	900,00
121	18203213	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA MAMA BILATERAL	UN	2,000	650,0000	1.300,00
122	18203179	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA MAO D	UN	2,000	450,0000	900,00
123	18203178	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA MAO E	UN	2,000	450,0000	900,00
124	18203180	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	UN	2,000	450,0000	900,00
125	18203200	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA OMBRO D	UN	2,000	450,0000	900,00
126	18203193	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA OMBRO E	UN	2,000	450,0000	900,00
127	18203159	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA ORBITA(bilateral)	UN	10,000	450,0000	4.500,00
128	18203160	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA OSSOS TEMPORAIS	UN	10,000	450,0000	4.500,00

**CRUZ MACHADO**
para todos**Prefeitura Municipal de Cruz Machado – Estado do Paraná**
Departamento de Compras e LicitaçõesAvenida Vitória, 251 – Centro – Cruz Machado – PR
CEP: 84620-000 – CNPJ: 76.339.688/0001-09
Fone (42) 3554-1222 – E-mail: licitacao@pmcm.pr.gov.br
www.pmcm.pr.gov.br

129	18203189	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA PE D	UN	2,000	450.0000	900,00
130	18203187	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA PE E	UN	2,000	450.0000	900,00
131	18203167	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA PELVE	UN	2,000	450.0000	900,00
132	18203169	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA PENIS	UN	2,000	760.0000	1.520,00
133	18203184	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA PERNA D	UN	2,000	450.0000	900,00
134	18203185	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA PERNA E	UN	2,000	450.0000	900,00
135	18203164	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA PESCOCO	UN	2,000	490.0000	980,00
136	18202546	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA PLEXO BRAQUIAL	UN	2,000	820.0000	1.640,00
137	18203204	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA PUNHO D	UN	2,000	450.0000	900,00
138	18203203	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA PUNHO E	UN	2,000	450.0000	900,00
139	18203196	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA QUADRIL D	UN	2,000	450.0000	900,00
140	18203205	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA QUADRIL E	UN	2,000	450.0000	900,00
141	18203199	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA RETROPE D	UN	2,000	450.0000	900,00
142	18203202	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA RETROPE E	UN	2,000	450.0000	900,00
143	18203171	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA SACROCOCCIGEA	UN	2,000	450.0000	900,00
144	18203161	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA SEIOS DA FACE	UN	10,000	450.0000	4.500,00
145	18203201	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA TORNOZELO D	UN	2,000	450.0000	900,00
146	18203197	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA TORNOZELO E	UN	2,000	450.0000	900,00
147	18203212	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA - URO RM	UN	2,000	770.0000	1.540,00
148	18203163	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA - ARTICULAR (POR ARTICULAÇÃO)	UN	10,000	450.0000	4.500,00
149	18200404	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA CRANIO	UN	10,000	450.0000	4.500,00
150	18203165	EXAME RESSONANCIA MAGNETICA TORAX	UN	2,000	490.0000	980,00
151	18203268	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTAD - ANGIO TC ABDOME SUPERIOR VENOSO	UN	1,000	425.0000	425,00
152	18202567	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ABDOME SUPERIOR	UN	3,000	425.0000	1.275,00
153	18202572	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ABDOME TOTAL	UN	9,000	425.0000	3.825,00
154	18202671	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - ANGIO TC AORTA TORACICA	UN	1,000	425.0000	425,00
155	18202667	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - ANGIO TC CORONARIANA	UN	1,000	1.480.0000	1.480,00



156	18202633	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - ANGIO TC CRANIO ARTERIAL	UN	1,000	425,0000	425,00
157	18203266	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - ANGIO TC CRANIO VENOSO	UN	1,000	425,0000	425,00
158	18202688	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - ANGIO TC PELVE ARTERIAL	UN	1,000	425,0000	425,00
159	18202674	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - ANGIO TC PESCOCO ARTERIAL	UN	1,000	425,0000	425,00
160	18203267	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - ANGIO TC TORAX ARTERIAL	UN	1,000	425,0000	425,00
161	18203233	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA APARELHO URINARIO	UN	1,000	490,0000	490,00
162	18203229	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ARTICUL TEMPOROMANDI BILAT	UN	1,000	400,0000	400,00
163	18202687	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COLUNA CERVICAL	UN	1,000	325,0000	325,00
164	18203236	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COLUNA DORSAL	UN	1,000	325,0000	325,00
165	18203234	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COLUNA LOMBAR	UN	1,000	325,0000	325,00
166	18203237	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COLUNA SEGMENTO ADICIONAL	UN	1,000	92,2100	92,21
167	18203244	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COXO FEMURAL D	UN	1,000	380,0000	380,00
168	18203226	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CRANIO OU ORBITAS	UN	15,000	360,0000	5,400,00
169	18202666	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA FACE /SEIOS DA FACE	UN	1,000	400,0000	400,00
170	18203245	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA JOELHO D	UN	1,000	380,0000	380,00
171	18203243	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA JOELHO E	UN	1,000	380,0000	380,00
172	18203230	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MAXILA	UN	1,000	400,0000	400,00
173	18202570	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA OMBRO	UN	1,000	380,0000	380,00
174	18203246	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA OMBRO E	UN	1,000	380,0000	380,00
175	18203228	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ORBITAS	UN	1,000	360,0000	360,00
176	18202568	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PELVE	UN	1,000	380,0000	380,00
177	18203232	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	UN	1,000	400,0000	400,00

CRUZ MACHADO
para todos**Prefeitura Municipal de Cruz Machado – Estado do Paraná**
Departamento de Compras e LicitaçõesAvenida Vitória, 251 – Centro – Cruz Machado – PR
CEP: 84620-000 - CNPJ: 76.339.688/0001-09
Fone (42) 3554-1222 - E-mail: licitacao@pmcm.pr.gov.br
www.pmcm.pr.gov.br

		PESCOCO c				
178	18203240	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PUNHO D	UN	1,000	380,0000	380,00
179	18203239	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA QUADRIL D	UN	1,000	380,0000	380,00
180	18203235	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SACRO COCCIX	UN	1,000	380,0000	380,00
181	18203242	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SACROILIACAS D	UN	1,000	380,0000	380,00
182	18203227	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SELA TURCICA	UN	1,000	360,0000	360,00
183	18203238	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA TORNOZELO D	UN	1,000	380,0000	380,00
184	18203241	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA TORNOZELO E	UN	1,000	380,0000	380,00
185	18203257	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ANTEBRACO D	UN	1,000	380,0000	380,00
186	18203264	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ANTEBRACO E	UN	1,000	380,0000	380,00
187	18203253	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA BRACO D	UN	1,000	380,0000	380,00
188	18203254	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA BRACO E	UN	1,000	380,0000	380,00
189	18203248	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COTOVELO D	UN	1,000	380,0000	380,00
190	18203250	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COTOVELO E	UN	1,000	380,0000	380,00
191	18203262	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COXA D	UN	1,000	380,0000	380,00
192	18203256	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COXA E	UN	1,000	380,0000	380,00
193	18203249	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COXO FEMURAL E	UN	1,000	380,0000	380,00
194	18203265	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CORAÇÃO(ESCOR DE CALCIO)	UN	1,000	400,0000	400,00
195	18203255	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MAO D	UN	1,000	380,0000	380,00
196	18203259	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MAO E	UN	1,000	380,0000	380,00
197	18203263	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PE D	UN	1,000	380,0000	380,00
198	18203258	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PE E	UN	1,000	380,0000	380,00
199	18203260	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PERNA D	UN	1,000	380,0000	380,00
200	18203261	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PERNA E	UN	1,000	380,0000	380,00

CRUZ MACHADO
para todos**Prefeitura Municipal de Cruz Machado – Estado do Paraná**
Departamento de Compras e LicitaçõesAvenida Vitória, 251 – Centro – Cruz Machado – PR
CEP: 84620-000 - CNPJ: 76.339.688/0001-09
Fone (42) 3554-1222 - E-mail: licitacao@pmcm.pr.gov.br
www.pmcm.pr.gov.br

201	18203247	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PUNHO E	UN	1,000	380,0000	380,00
202	18203251	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA QUADRIL E	UN	1,000	380,0000	380,00
203	18203252	EXAME TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SACROILIACAS E	UN	1,000	380,0000	380,00
204	18203330	EXAME ULTRASSONOG doppler colorid de orgao ou estrut isol	UN	1,000	180,0000	180,00
205	18202597	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA - DOPPLER BOLSA ESCROTAL	UN	1,000	180,0000	180,00
206	18203329	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA - DOPPLER CERVICAL	UN	1,000	180,0000	180,00
207	18203333	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA - DOPPLER DE AORTA E ARTERIAS RENAI S	UN	1,000	230,0000	230,00
208	18203334	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA - DOPPLER DE AORTA E ILIACAS	UN	1,000	230,0000	230,00
209	18203328	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA - DOPPLER DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS	UN	1,000	265,0000	265,00
210	18203332	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA - DOPPLER TRANSCRANIANO	UN	1,000	210,0000	210,00
211	18202600	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA - DOPPLER TRANSVAGINAL	UN	1,000	180,0000	180,00
212	18203337	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA - DOPPLER VENOSO DE MEMBRO INFERIOR D	UN	1,000	300,0000	300,00
213	18203338	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA - DOPPLER VENOSO DE MEMBRO INFERIOR E	UN	1,000	300,0000	300,00
214	18203273	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA ABDOME INFERIOR FEMININO	UN	3,000	100,0000	300,00
215	18203272	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA ABDOME INFERIOR MASCULINO	UN	3,000	100,0000	300,00
216	18202578	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA ABDOME SUPERIOR	UN	3,000	120,0000	360,00
217	18202577	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA ABDOME TOTAL	UN	55,000	150,0000	8.250,00
218	18203297	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA ANTEBRACO D	UN	2,000	84,7300	169,46
219	18203293	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA ANTEBRACO E	UN	2,000	84,7300	169,46
220	18203340	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA APARELHO URINARIO FEMININO	UN	1,000	100,0000	100,00



221	18203341	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA APARELHO URINARIO MASCULINO	UN	1,000	100,0000	100,00
222	18203278	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA AXILAS	UN	2,000	84,7300	169,46
223	18202592	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA BOLSA ESCROTAL	UN	3,000	84,7300	254,19
224	18203295	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA BRACO D	UN	2,000	84,7300	169,46
225	18203285	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA BRACO E	UN	2,000	84,7300	169,46
226	18203307	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA CALCANEIO D	UN	2,000	84,7300	169,46
227	18203322	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA CALCANEIO E	UN	1,000	84,7300	84,73
228	18203288	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA CAVIDADE TORACICA	UN	2,000	84,7300	169,46
229	18202591	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA CERVICAL	UN	2,000	84,7300	169,46
230	18203311	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA CLAVICULA D	UN	1,000	100,0000	100,00
231	18203321	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA CLAVICULA E	UN	1,000	100,0000	100,00
232	18203305	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA COTOVELO D	UN	2,000	100,0000	200,00
233	18203313	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA COTOVELO E	UN	1,000	100,0000	100,00
234	18203279	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA COXA D	UN	2,000	84,7300	169,46
235	18203284	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA COXA E	UN	2,000	84,7300	169,46
236	18203309	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA COXO FEMURAL D	UN	1,000	100,0000	100,00
237	18203301	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA COXO FEMURAL E	UN	2,000	100,0000	200,00
238	18203287	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES	UN	2,000	84,7300	169,46
239	18203314	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA DEDO D	UN	1,000	100,0000	100,00
240	18203304	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA DEDO E	UN	2,000	100,0000	200,00
241	18203335	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR D	UN	1,000	300,0000	300,00
242	18203336	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR E	UN	1,000	300,0000	300,00
243	18203271	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA GLANDULAS SALIVARES	UN	2,000	100,0000	200,00



244	18203269	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA GLOBO OCULAR	UN	1,000	100,0000	100,00
245	18203270	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA GLOBO OCULARC/DOPPLER	UN	1,000	150,0000	150,00
246	18203339	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA HIPOCOND D (FIG. VIAS BIL. VES PANC)	UN	1,000	120,0000	120,00
247	18203281	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA INGUINAL D	UN	2,000	84,7300	169,46
248	18203291	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA INGUINAL E	UN	2,000	84,7300	169,46
249	18203320	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA JOELHO D	UN	1,000	100,0000	100,00
250	18203300	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA JOELHO E	UN	2,000	100,0000	200,00
251	18202594	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA MAMAS	UN	12,000	100,0000	1.200,00
252	18203286	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA MAO D	UN	2,000	84,7300	169,46
253	18203277	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA MAO E	UN	1,000	84,7300	84,73
254	18203325	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA OBSTET 1.TRIM (ENDOVAGINAL ATE 9 SEM)	UN	1,000	180,0000	180,00
255	18203323	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA OBSTET C/ TRANSLU NUCAL (11-14 SEMAN)	UN	1,000	150,0000	150,00
256	18203324	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA MORFOLOGICA (20-24 semana)	UN	1,000	180,0000	180,00
257	18202590	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICO	UN	1,000	75,4900	75,49
258	18202598	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICO COM DOPPLER	UN	1,000	180,0000	180,00
259	18203318	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA OMBRO D	UN	1,000	100,0000	100,00
260	18203302	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA OMBRO E	UN	2,000	100,0000	200,00
261	18203294	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA PANTURRILHA D	UN	2,000	84,0000	168,00
262	18203292	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA PANTURRILHA E	UN	2,000	84,0000	168,00
263	18203280	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA PAREDE ABDOMINAL	UN	2,000	84,0000	168,00
264	18202589	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA PAROTIDA	UN	2,000	84,0000	168,00
265	18203319	EXAME	UN	1,000	100,0000	100,00



		ULTRASSONOGRRAFIA PATELA D				
266	18203308	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA PATELA E	UN	1,000	100.0000	100,00
267	18203303	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA PE D	UN	2,000	84.0000	168,00
268	18203312	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA PE E	UN	1,000	84.0000	84,00
269	18203274	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA PENIS	UN	1,000	84.0000	84,00
270	18203275	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA PERIANAL	UN	1,000	84.0000	84,00
271	18203282	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA PERNA D	UN	2,000	84.0000	168,00
272	18203296	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA PERNA E	UN	2,000	84.0000	168,00
273	18203283	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA PESCOCO	UN	2,000	84.0000	168,00
274	18202605	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA PROSTATA VIA TRANSRETAL	UN	1,000	160.0000	160,00
275	18203315	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA PUNHO D	UN	1,000	100.0000	100,00
276	18203317	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA PUNHO E	UN	1,000	100.0000	100,00
277	18203310	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA QUADRIL D	UN	1,000	100.0000	100,00
278	18203306	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA QUADRIL E	UN	2,000	100.0000	200,00
279	18203290	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA TENDAO DE AQUILES D	UN	2,000	84.0000	168,00
280	18203298	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA TENDAO DE AQUILES E	UN	2,000	84.0000	168,00
281	18202584	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA TIREOIDE	UN	3,000	84.0000	252,00
282	18203289	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA TORAX	UN	2,000	84.0000	168,00
283	18203299	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA TORNOZELO D	UN	2,000	100.0000	200,00
284	18203316	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA TORNOZELO E	UN	1,000	100.0000	100,00
285	18203276	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA	UN	1,000	84.0000	84,00
286	18203326	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	UN	1,000	100.0000	100,00
287	18203327	EXAME ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL P/ CONTROLE DE OVULACAO	UN	1,000	150.0000	150,00
288	18203114	RAIO X COLUNA CERV 3	UN	20.000	38.0000	760,00



		INCID (Colu cerv. AP-LAT-TO OU FLEXAO)				
289	18200253	RESSONANCIA MAGNETICA JOELHO D	UN	2,000	450,0000	900,00
290	18200403	RESSONANCIA MAGNETICA ABDOME SUPERIOR	UN	2,000	490,0000	980,00
291	18200382	RESSONANCIA MAGNETICA RM SELA TURCICA	UN	10,000	490,0000	4.900,00
292	18202574	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - ANGIO TC AORTA ABDOMINAL	UN	1,000	800,0000	800,00
293	18202560	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MASTOIDE	UN	1,000	380,0000	380,00
294	18202566	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA TORAX	UN	9,000	413,1100	3.717,99
TOTAL DO LOTE						255.362,94
----->						
LOTE 02 – EXAMES TABELA SIGTAP						
295	18202695	CLEARANCE OSMOLAR - COD. SIGTAP: 0202010015	UN	12,000	3,5100	42,12
296	18202696	DETERMINACAO DE CAPA DE FIX DO FER - COD. SIGTAP: 0202010023	UN	12,000	2,0100	24,12
297	18202697	DETERMINACAO DE CROMATOG DE AMIN - COD. SIGTAP: 0202010031	UN	12,000	15,6500	187,80
298	18202698	DETERMINACAO DE CURVA GLI (2 DOS) - COD. SIGTAP: 0202010040	UN	48,000	3,6300	174,24
299	18202699	DETER. DE CUR. GLICEMICA C/ IND. POR CORTISONA (5 DOSAGENS)	UN	12,000	6,5500	78,60
300	18202700	DETER. DE CUR. GLICEMICA C/ IND. POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	UN	12,000	3,6800	44,16
301	18202701	EXAME DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	UN	12,000	10,0000	120,00
302	18202702	EXAME DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE	UN	12,000	3,5100	42,12
303	18202703	EXAME DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	UN	12,000	3,5100	42,12
304	18202704	EXAME DOSAGEM DE ACETONA	UN	12,000	1,8500	22,20
305	18202705	EXAME DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	UN	12,000	2,0100	24,12
306	18200301	EXAME DOSAGEM DE ACIDO URICO	UN	400,000	1,8500	740,00
307	18202706	EXAME DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	UN	12,000	9,0000	108,00
308	18202707	EXAME DOSAGEM DE ALDOLASE	UN	12,000	3,6800	44,16
309	18202708	EXAME DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	UN	12,000	3,6800	44,16
310	18200379	EXAME ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA	UN	12,000	3,6800	44,16
311	18202709	EXAME DOSAGEM DE ALFA-2-	UN	12,000	3,6800	44,16

Prefeitura Municipal de Cruz Machado – Estado do Paraná
Departamento de Compras e Licitações

Avenida Vitória, 251 – Centro – Cruz Machado – PR
CEP: 84620-000 – CNPJ: 76.339.688/0001-09
Fone (42) 3554-1222 – E-mail: licitacao@pmcm.pr.gov.br
www.pmcm.pr.gov.br



		MACROGLOBULINA				
312	18200302	EXAME DOSAGEM DE AMILASE	UN	48,000	2,2500	108,00
313	18202710	EXAME DOSAGEM DE AMONIA	UN	12,000	3,5100	42,12
314	18200303	EXAME BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES	UN	160,000	2,0100	321,60
315	18200304	EXAME DOSAGEM DE CALCIO	UN	120,000	1,8500	222,00
316	18202711	EXAME DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	UN	12,000	3,5100	42,12
317	18202712	EXAME DOSAGEM DE CAROTENO	UN	12,000	2,0100	24,12
318	18202714	EXAME DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	UN	12,000	3,6800	44,16
319	18202715	EXAME DOSAGEM DE CLORETO	UN	12,000	1,8500	22,20
320	18200038	EXAME COLESTEROL HDL	UN	500,000	3,5100	1.755,00
321	18200039	EXAME COLESTEROL LDL	UN	500,000	3,5100	1.755,00
322	18200008	EXAME COLESTEROL TOTAL	UN	600,000	1,8500	1.110,00
323	18200062	EXAME COLINESTARASE	UN	12,000	3,6800	44,16
324	18200009	EXAME CREATININA	UN	530,000	1,8500	980,50
325	18202716	EXAME DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINA SE (CPK)	UN	200,000	3,6800	736,00
326	18200311	EXAME CREATINOFOSFOQUINA SE FRAÇÃO MB	UN	12,000	4,1200	49,44
327	18202717	EXAME DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	UN	12,000	3,5100	42,12
328	18202718	EXAME DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	UN	12,000	3,5100	42,12
329	18200121	EXAME DESIDROGENASE LACTICA	UN	12,000	3,6800	44,16
330	18202719	EXAME DOSAGEM DE DESIDROGENASE LACTICA (ISOENZIMAS)	UN	12,000	3,6800	44,16
331	18200248	EXAME FERRITINA	UN	200,000	15,5900	3.118,00
332	18200313	EXAME DOSAGEM DE FERRO SERICO	UN	30,000	3,5100	105,30
333	18202720	EXAME DOSAGEM DE FOLATO	UN	12,000	15,6500	187,80
334	18202721	EXAME DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	UN	12,000	2,0100	24,12
335	18200314	EXAME DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	UN	120,000	2,0100	241,20
336	18200315	EXAME DOSAGEM DE FOSFORO	UN	120,000	1,8500	222,00
337	18202722	EXAME DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	UN	12,000	2,0100	24,12
338	18202723	EXAME DOSAGEM DE GALACTOSE	UN	12,000	3,5100	42,12
339	18202490	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE	UN	336,000	3,5100	1.179,36
340	18200012	EXAME GLICOSE	UN	700,000	1,8500	1.295,00
341	18202724	EXAME DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	UN	12,000	3,6800	44,16
342	18202725	EXAME DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	UN	12,000	3,6800	44,16
343	18202491	DOSAGEM	UN	62,000	7,8600	487,32



		HEMOGLOBINA GLICOSILADA				
344	18202726	EXAME DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	UN	12,000	3,6800	44,16
345	18202727	EXAME DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	UN	12,000	3,5100	42,12
346	18202728	EXAME DOSAGEM DE LACTATO	UN	12,000	3,6800	44,16
347	18202729	EXAME DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	UN	12,000	3,5100	42,12
348	18200086	EXAME LIPASE	UN	12,000	2,2500	27,00
349	18200317	EXAME DOSAGEM DE MAGNESIO	UN	12,000	2,0100	24,12
350	18200318	EXAME DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	UN	12,000	2,0100	24,12
351	18202730	EXAME DOSAGEM DE PIRUVATO	UN	12,000	3,6800	44,16
352	18202731	EXAME DOSAGEM DE PORFIRINAS	UN	12,000	3,5100	42,12
353	18200319	EXAME DOSAGEM DE POTASSIO	UN	160,000	1,8500	296,00
354	18202732	EXAME DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	UN	36,000	1,4000	50,40
355	18202492	EXAME DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRAÇÕES	UN	36,000	1,8500	66,60
356	18200320	EXAME DOSAGEM DE SODIO	UN	100,000	1,8500	185,00
357	18202733	EXAME DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA TGO	UN	610,000	2,0100	1.226,10
358	18202734	EXAME DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	UN	610,000	2,0100	1.226,10
359	18202735	EXAME DOSAGEM DE TRANSFERRINA	UN	12,000	4,1200	49,44
360	18200321	EXAME DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	UN	600,000	3,5100	2.106,00
361	18202736	EXAME DOSAGEM DE TRIPTOFANO	UN	12,000	3,5100	42,12
362	18200322	EXAME DOSAGEM DE UREIA	UN	600,000	1,8500	1.110,00
363	18202652	DOSAGEM DE VITAMINA B12	UN	12,000	15,2400	182,88
364	18202737	EXAME ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	UN	12,000	3,6800	44,16
365	18200079	EXAME ELETROFORESE DE PROTEINAS	UN	60,000	4,2400	254,40
366	18202738	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARB. AS2 - EXCESSO OU DEFICIT BASE	UN	12,000	15,6500	187,80
367	18202739	EXAME PROVA DA D-XILOSE	UN	12,000	3,6800	44,16
368	18202740	EXAME TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES	UN	12,000	6,5500	78,60
369	18202741	EXAME DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	UN	63,000	15,2400	960,12
370	18202742	EXAME DETERMINAÇÃO DE CREMATÓCRITO NO LEITE HUMANO	UN	12,000	1,5300	18,36
371	18202743	EXAME ACIDEZ TITULÁVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)	UN	12,000	3,0400	36,48
372	18202744	DOSAGEM DE	UN	12,000	27,0000	324,00



		PEPTÍDEOS NATRIURÉTICOS TIPO B (BNP E NT-PROBNP)				
373	18202745	EXAME CITOQUÍMICA HEMATOLÓGICA	UN	12,000	6,4800	77,76
374	18200323	EXAME CONTAGEM DE PLAQUETAS	UN	12,000	2,7300	32,76
375	18200324	EXAME CONTAGEM DE RETICULOCITOS	UN	12,000	2,7300	32,76
376	18202746	EXAME DETERMINAÇÃO DE CURVA DE RESISTÊNCIA GLOBULAR	UN	12,000	2,7300	32,76
377	18202747	EXAME DETERMINAÇÃO DE ENZIMAS ERITROCITÁRIAS (CADA)	UN	12,000	2,7300	32,76
378	18202748	EXAME DETERMINAÇÃO DE SULFO- HEMOGLOBINA	UN	12,000	2,7300	32,76
379	18202495	EXAME DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	UN	12,000	2,7300	32,76
380	18202749	EXAME DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	UN	12,000	2,7300	32,76
381	18202750	EXAME DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	UN	12,000	2,7300	32,76
382	18202751	EXAME DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	UN	12,000	9,0000	108,00
383	18202752	EXAME DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	UN	12,000	5,7900	69,48
384	18202753	EXAME DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA	UN	12,000	2,8500	34,20
385	18202754	EXAME DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPL PAR ATI (TTP ATIV)	UN	18,000	5,7700	103,86
386	18202498	EXAME DE DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA	UN	26,000	2,7300	70,98
387	18200368	EXAME VELOC. DE HEMOSEDIMENTAÇÃO (VHS)	UN	50,000	2,7300	136,50
388	18202755	EXAME DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	UN	12,000	4,1100	49,32
389	18202756	EXAME DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	UN	12,000	6,4800	77,76
390	18202757	EXAME DOSAGEM DE FATOR II	UN	12,000	5,3100	63,72
391	18202758	EXAME DOSAGEM DE FATOR IX	UN	12,000	7,6100	91,32
392	18202759	EXAME DOSAGEM DE FATOR V	UN	12,000	4,7300	56,76
393	18202760	EXAME DOSAGEM DE FATOR VII	UN	12,000	8,0900	97,08
394	18202761	EXAME DOSAGEM DE FATOR VIII	UN	12,000	6,6300	79,56
395	18202762	EXAME DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	UN	12,000	15,0000	180,00
396	18202763	EXAME DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	UN	12,000	18,9100	226,92
397	18202764	EXAME DOSAGEM DE FATOR X	UN	12,000	6,6600	79,92

398	18202765	EXAME DOSAGEM DE FATOR XI	UN	12,000	9,1100	109,32
399	18202766	EXAME DOSAGEM DE FATOR XII	UN	12,000	10,5100	126,12
400	18202767	EXAME DOSAGEM DE FATOR XIII	UN	12,000	6,6600	79,92
401	18200411	EXAME FIBRINOGENIO	UN	12,000	4,6000	55,20
402	18202500	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	UN	12,000	1,5300	18,36
403	18202768	EXAME DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	UN	12,000	2,7300	32,76
404	18202769	EXAME DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	UN	12,000	2,7300	32,76
405	18202770	EXAME DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	UN	12,000	2,7300	32,76
406	18202771	EXAME DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	UN	12,000	4,1100	49,32
407	18202772	EXAME ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	UN	12,000	5,4100	64,92
408	18202773	EXAME ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	UN	12,000	2,7300	32,76
409	18200328	EXAME HEMATOCRITO	UN	12,000	1,5300	18,36
410	18180209	EXAME HEMOGRAMA COMPLETO	UN	850,000	4,1100	3.493,50
411	18200134	EXAME LEUCOGRAMA	UN	12,000	2,7300	32,76
412	18202774	EXAME PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	UN	12,000	25,0000	300,00
413	18200329	EXAME PESQUISA DE CELULAS LE	UN	12,000	4,1100	49,32
414	18202775	EXAME PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	UN	12,000	2,7300	32,76
415	18202776	EXAME PESQUISA DE FILARIA	UN	12,000	2,7300	32,76
416	18202777	EXAME PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	UN	12,000	2,7300	32,76
417	18202779	EXAME PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	UN	12,000	2,7300	32,76
418	18202781	EXAME PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	UN	12,000	4,1100	49,32
419	18202782	EXAME PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	UN	12,000	2,7300	32,76
420	18202783	EXAME PROVA DO LACO	UN	12,000	2,7300	32,76
421	18202784	EXAME RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	UN	12,000	2,7300	32,76
422	18202785	EXAME TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	UN	12,000	12,0000	144,00
423	18202786	EXAME TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	UN	12,000	2,7300	32,76
424	18202787	EXAME TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	UN	12,000	2,7300	32,76
425	18202788	EXAME DOSAGEM DE PROTEINA C FUNCIONAL	UN	12,000	75,0000	900,00
426	18202789	EXAME DOSAGEM DE PROTEINA S FUNCIONAL	UN	12,000	125,0000	1.500,00
427	18202790	EXAME PESQUISA DE ANTICOAGULANTE LÚPICO	UN	12,000	110,0000	1.320,00
428	18202791	EXAME CONTAGEM DE LINFOCITOS B	UN	12,000	15,0000	180,00



429	18202792	EXAME CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	UN	12,000	15,0000	180,00
430	18202793	EXAME CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	UN	12,000	15,0000	180,00
431	18202794	EXAME DETECÇÃO DE ÁCIDOS NUCLEICOS DO HIV-1 (QUALITATIVO)	UN	12,000	65,0000	780,00
432	18202795	EXAME DETECÇÃO DE RNA DO VÍRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	UN	12,000	96,0000	1.152,00
433	18202796	EXAME DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO (CH50)	UN	12,000	9,2500	111,00
434	18200373	EXAME FATOR REUMATOIDE	UN	100,000	2,8300	283,00
435	18202797	EXAME DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA	UN	12,000	9,2500	111,00
436	18200262	EXAME ALFA-FETOPROTEÍNA	UN	12,000	15,0600	180,72
437	18202502	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO	UN	38,000	16,4200	623,96
438	18202798	EXAME DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	UN	12,000	13,5500	162,60
439	18200139	EXAME COMPLEMENTO C3	UN	12,000	17,1600	205,92
440	18202799	EXAME DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	UN	12,000	17,1600	205,92
441	18202800	EXAME DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	UN	12,000	2,8300	33,96
442	18202801	EXAME DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	UN	12,000	17,1600	205,92
443	18202802	EXAME DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	UN	12,000	9,2500	111,00
444	18202803	EXAME DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG)	UN	12,000	0,0000	0,00
445	18202804	EXAME DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	UN	12,000	17,1600	205,92
446	18202805	EXAME DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	UN	12,000	9,2500	111,00
447	18200028	EXAME PROTEINA C REATIVA	UN	41,000	2,8300	116,03
448	18202806	EXAME GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	UN	12,000	298,4800	3.581,76
449	18202808	EXAME IMUNOELETOFORESE DE PROTEINAS	UN	12,000	17,1600	205,92
450	18202807	EXAME IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	UN	12,000	80,0000	960,00
451	18202810	EXAME PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	UN	12,000	10,0000	120,00
452	18202811	EXAME PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	UN	12,000	10,0000	120,00
453	18202812	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	UN	12,000	8,6700	104,04
454	18202813	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	UN	12,000	17,1600	205,92



455	18202814	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	UN	12,000	85,0000	1.020,00
456	18202815	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	UN	47,000	10,0000	470,00
457	18202816	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	UN	12,000	18,5500	222,60
458	18202817	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA	UN	12,000	17,1600	205,92
459	18202818	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	UN	12,000	5,7400	68,88
460	18202819	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	UN	12,000	17,1600	205,92
461	18202820	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	UN	12,000	18,5500	222,60
462	18202821	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	UN	12,000	18,5500	222,60
463	18202822	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	UN	12,000	9,2500	111,00
464	18202823	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	UN	12,000	10,0000	120,00
465	18202824	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	UN	12,000	9,2500	111,00
466	18202825	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	UN	12,000	3,7000	44,40
467	18202826	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	UN	12,000	5,8300	69,96
468	18202827	EXAME PESQ. DE ANTICOR. ANTICLAMIDIA -POR IMUNOFLUORESCENCIA	UN	12,000	10,0000	120,00
469	18202828	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL	UN	12,000	17,1600	205,92
470	18202829	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	UN	12,000	9,2500	111,00
471	18202830	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	UN	12,000	10,0000	120,00
472	18200332	EXAME ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDE S	UN	12,000	9,7000	116,40
473	18202831	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	UN	12,000	2,8300	33,96
474	18202832	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	UN	12,000	10,0000	120,00
475	18202833	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	UN	12,000	10,0000	120,00
476	18202834	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	UN	12,000	10,0000	120,00
477	18202835	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS	UN	12,000	17,1600	205,92



		ANTIINSULINA				
478	18202836	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	UN	12,000	4,1000	49,20
479	18202837	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	UN	12,000	5,5000	66,00
480	18202838	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	UN	12,000	17,1600	205,92
481	18202839	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	UN	12,000	17,1600	205,92
482	18202840	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	UN	12,000	17,1600	205,92
483	18202841	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	UN	12,000	17,1600	205,92
484	18202842	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	UN	12,000	17,1600	205,92
485	18202843	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	UN	12,000	17,1600	205,92
486	18202844	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	UN	12,000	10,0000	120,00
487	18202845	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	UN	12,000	17,1600	205,92
488	18202846	PESQ DE ANTIC CONT ANTIG DE SUPER DO VIR DA HEPAT B ANTI-HBS	UN	12,000	18,5500	222,60
489	18202847	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS	UN	12,000	18,5500	222,60
490	18202848	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	UN	12,000	7,7800	93,36
491	18202849	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	UN	12,000	9,7100	116,52
492	18202508	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C	UN	15,000	18,5500	278,25
493	18202850	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D	UN	15,000	18,5500	278,25
494	18202851	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	UN	12,000	9,2500	111,00
495	18202852	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIODES	UN	12,000	4,1000	49,20
496	18202853	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS	UN	12,000	18,5500	222,60
497	18202854	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMDIA	UN	12,000	17,1600	205,92
498	18202855	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS	UN	12,000	2,8300	33,96
499	18202856	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	UN	12,000	11,0000	132,00
500	18202857	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	UN	12,000	9,2500	111,00



501	18202509	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	UN	44,000	16,9700	746,68
502	18202858	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	UN	12,000	9,2500	111,00
503	18202859	EXAME PES DE ANTIC IGG E IGM CONT ANTI CENT DO VIR HEPATIT B	UN	12,000	18,5500	222,60
504	18202860	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS	UN	12,000	30,0000	360,00
505	18202511	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A	UN	12,000	18,5500	222,60
506	18202512	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	UN	12,000	17,1600	205,92
507	18202861	EXAME PESQ DE ANTIC IGG CONT O VIRUS DA VARICELA-HERP ZOSTER	UN	12,000	17,1600	205,92
508	18202862	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	UN	12,000	17,1600	205,92
509	18202863	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES	UN	12,000	17,1600	205,92
510	18202864	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTI CITOMEGALOVIRUS	UN	12,000	11,6100	139,32
511	18202865	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	UN	12,000	10,0000	120,00
512	18202513	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	UN	44,000	18,5500	816,20
513	18202866	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	UN	12,000	9,2500	111,00
514	18200335	EXAME PES ANTIC IGM CONT ANTIG GEN DO VIR HEP B ANTI-HBC-IGM	UN	12,000	18,5500	222,60
515	18202867	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS	UN	12,000	20,0000	240,00
516	18202868	EXAME PES DE ANTI IGM CONTRA O VIR DA HEP A (HAV-IGG)	UN	12,000	18,5500	222,60
517	18200345	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	UN	12,000	17,1600	205,92
518	18202869	EXAME PES DE ANTIC IGM CONT O VIR DA VARICELA-HERPES-ZOSTER	UN	12,000	17,1600	205,92
519	18202870	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	UN	25,000	17,1600	429,00
520	18202871	EXAME PESQ DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLIS	UN	12,000	17,1600	205,92
521	18202517	EXAME PESQUISA DE	UN	12,000	13,3500	160,20



		ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)				
522	18202872	EXAME PESQ DE ANTIG DE SUPERFI DO VIRUS DA HEPAT B (HBSAG)	UN	20,000	18,5500	371,00
523	18202519	EXAME PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	UN	12,000	18,5500	222,60
524	18202873	EXAME DETECÇÃO DE CLAMÍDIA E GONOCOCO POR BIOLOGIA MOLECULAR	UN	12,000	60,0000	720,00
525	18202874	EXAME PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	UN	12,000	2,8300	33,96
526	18202520	EXAME PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	UN	12,000	4,1000	49,20
527	18202875	EXAME PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA	UN	12,000	10,0000	120,00
528	18202876	EXAME PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	UN	12,000	9,2500	111,00
529	18202877	EXAME PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	UN	12,000	10,0000	120,00
530	18202878	EXAME PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	UN	12,000	1,7700	21,24
531	18202879	EXAME PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	UN	12,000	1,7700	21,24
532	18202880	EXAME QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO HIV-1	UN	12,000	18,0000	216,00
533	18202881	EXAME QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	UN	12,000	168,4800	2.021,76
534	18202882	EXAME TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	UN	12,000	4,1000	49,20
535	18202883	EXAME REAÇÃO DE MONTENEGRO ID	UN	12,000	2,8300	33,96
536	18202884	EXAME TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	UN	12,000	2,8300	33,96
537	18200237	EXAME TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	UN	12,000	10,0000	120,00
538	18200238	EXAME TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	UN	12,000	10,0000	120,00
539	18202885	EXAME TESTES ALERGICOS DE CONTATO	UN	12,000	1,7700	21,24
540	18202886	EXAME TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	UN	12,000	1,7700	21,24
541	18202887	EXAME TES NÃO TREPONEMICO P DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTES	UN	12,000	2,8300	33,96
542	18202888	EXAME DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANGLUT RECOMB HUMAN IGA	UN	12,000	18,5500	222,60
543	18202889	EXAME DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO	UN	12,000	17,1600	205,92
544	18200381	EXAME DOSAGEM DE	UN	12,000	9,0000	108,00



		TROPONINA				
545	18200221	EXAME DOSAGEM DO ANTIGENO CA 125	UN	30,000	13,3500	400,50
546	18202890	EXAME EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER I	UN	12,000	80,0000	960,00
547	18202891	EXAME EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER II	UN	12,000	120,0000	1.440,00
548	18202893	EXAME DETECÇÃO DE RNA DO HTLV-1	UN	12,000	65,0000	780,00
549	18202894	EXAME PESQUISA DE ANTIC ANTIC ANTI-HTLV-1 (WESTERN-BLOT)	UN	12,000	85,0000	1.020,00
550	18202895	EXAME DOSAGEM DE ADENOSINA-DESAMINASE (ADA)	UN	12,000	13,0600	156,72
551	18202896	EXAME ANTIBETA 2 GLICOPROTEINA I -IGG	UN	12,000	125,0000	1.500,00
552	18202897	EXAME DOSAGEM DE ANTI-BETA-2-GLICOPROTEINA I - IGM	UN	12,000	125,0000	1.500,00
553	18202898	EXAME DIAGNÓ E REAVALIAÇÃO DE HEMOGLOBINÚ PAROXISTICO NOTURNO	UN	12,000	80,0000	960,00
554	18202899	EXAME DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	UN	12,000	1,6500	19,80
555	18202900	EXAME DOSAGEM DE GORDURA FECAL	UN	12,000	3,0400	36,48
556	18200241	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	UN	12,000	3,0400	36,48
557	18202901	EXAME IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	UN	12,000	1,6500	19,80
558	18202902	EXAME PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	UN	12,000	1,6500	19,80
559	18202903	EXAME PESQUISA DE EOSINOFILOS	UN	12,000	1,6500	19,80
560	18202904	EXAME PESQUISA DE GORDURA FECAL	UN	12,000	1,6500	19,80
561	18202905	EXAME PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	UN	12,000	1,6500	19,80
562	18200383	EXAME PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	UN	40,000	1,6500	66,00
563	18202906	EXAME PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	UN	12,000	1,6500	19,80
564	18202807	EXAME IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	UN	12,000	1,6500	19,80
565	18200292	EXAME PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	UN	59,000	1,6500	97,35
566	18200182	EXAME PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	UN	12,000	10,2500	123,00
567	85010006	EXAME PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	UN	12,000	1,6500	19,80
568	18202908	EXAME PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	UN	12,000	1,6500	19,80
569	18202909	EXAME PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	UN	12,000	1,6500	19,80
570	18202910	EXAME PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	UN	49,000	1,6500	80,85

571	18202911	EXAME ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMEN E SEDIM DA URINA	UN	1,000	3,7000	3,70
572	18200400	EXAME CLEARANCE DE CREATININA	UN	12,000	3,5100	42,12
573	18202912	EXAME CLEARANCE DE FOSFATO	UN	12,000	3,5100	42,12
574	18202913	EXAME CLEARANCE DE UREIA	UN	12,000	3,5100	42,12
575	18202914	EXAME CONTAGEM DE ADDIS	UN	12,000	2,0400	24,48
576	18202915	EXAME DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	UN	12,000	3,7000	44,40
577	18202916	EXAME IDENT DE GLICID URINAR POR CROMATOG (CAMADA DELEGADA)	UN	12,000	3,7000	44,40
578	18202917	EXAME DOSAGEM DE CITRATO	UN	12,000	2,0100	24,12
579	18202918	EXAME DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	UN	12,000	8,1200	97,44
580	18202919	EXAME DOSAGEM DE OXALATO	UN	12,000	3,6800	44,16
581	18200338	EXAME DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	UN	12,000	2,0400	24,48
582	18202920	EXAME DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	UN	12,000	3,0400	36,48
583	18202921	EXAME EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	UN	12,000	3,7000	44,40
584	18202922	EXAME PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOLOGRAFIA)	UN	12,000	3,7000	44,40
585	18202923	EXAME PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	UN	12,000	2,0400	24,48
586	18202924	EXAME PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	UN	12,000	3,7000	44,40
587	18202925	EXAME PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	UN	12,000	2,0400	24,48
588	18202926	EXAME PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	UN	12,000	2,4000	28,80
589	18202927	EXAME PESQUISA DE CISTINA NA URINA	UN	12,000	2,0400	24,48
590	18202928	EXAME PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	UN	12,000	2,0400	24,48
591	18202929	EXAME PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	UN	12,000	3,7000	44,40
592	18202930	EXAME PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	UN	12,000	2,0400	24,48
593	18202931	EXAME PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	UN	12,000	2,0400	24,48
594	18202932	EXAME PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	UN	12,000	3,3600	40,32
595	18202933	EXAME PESQUISA DE GONADOTROFINA CORIONICA	UN	12,000	7,8500	94,20
596	18202934	EXAME PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	UN	12,000	2,0400	24,48
597	18202935	EXAME PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	UN	12,000	2,0400	24,48



598	18202936	EXAME PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	UN	12,000	3,7000	44,40
599	18202937	EXAME PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	UN	12,000	2,0400	24,48
600	18202938	EXAME PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	UN	12,000	4,4400	53,28
601	18202939	EXAME PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	UN	12,000	2,0400	24,48
602	18202940	EXAME PROVA DE DILUICAO (URINA)	UN	12,000	2,0400	24,48
603	18202941	EXAME DETERMINAÇÃO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	UN	12,000	12,5400	150,48
604	18202942	EXAME DETERMINAÇÃO DE RETENÇÃO DE T3	UN	12,000	12,5400	150,48
605	18202943	EXAME DETERMINAÇÃO DE T3 REVERSO	UN	12,000	14,6900	176,28
606	18202944	EXAME DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	UN	12,000	10,2000	122,40
607	18202945	EXAME DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	UN	12,000	6,7200	80,64
608	18202946	EXAME DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	UN	12,000	6,7200	80,64
609	18202947	EXAME DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXINDOL-ACETICO (SEROTONINA)	UN	12,000	6,7200	80,64
610	18202948	EXAME DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	UN	12,000	14,1200	169,44
611	18202949	EXAME DOSAGEM DE ALDOSTERONA	UN	12,000	11,8900	142,68
612	18202950	EXAME DOSAGEM DE AMP CICLICO	UN	12,000	12,0100	144,12
613	18202951	EXAME DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	UN	12,000	11,5300	138,36
614	18202952	EXAME DOSAGEM DE CALCITONINA	UN	12,000	14,3800	172,56
615	18200112	EXAME DOSAGEM DE CORTISOL	UN	12,000	9,8600	118,32
616	18202953	EXAME DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	UN	12,000	11,2500	135,00
617	18202954	EXAME DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	UN	12,000	11,7100	140,52
618	18202522	EXAME DOSAGEM DE ESTRADIOL	UN	12,000	10,1500	121,80
619	18202955	EXAME DOSAGEM DE ESTRIOL	UN	12,000	11,5500	138,60
620	18202956	EXAME DOSAGEM DE ESTRONA	UN	12,000	11,1200	133,44
621	18202957	EXAME DOSAGEM DE GASTRINA	UN	12,000	14,1500	169,80
622	18202958	EXAME DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	UN	12,000	15,3500	184,20
623	18202523	EXAME DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUM (HCG, BETA HCG)	UN	33,000	7,8500	259,05
624	18202959	EXAME DOSAGEM DE HORMONIO DE	UN	12,000	10,2100	122,52



		CRESCIMENTO (HGH)				
625	18202524	EXAME DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	UN	12,000	7,8900	94,68
626	18202525	EXAME DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	UN	12,000	8,9700	107,64
627	18200375	EXAME DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	UN	190,000	8,9600	1.702,40
628	18200384	EXAME DOSAGEM DE INSULINA	UN	12,000	10,1700	122,04
629	18202960	EXAME DOSAGEM DE PARATORMONIO	UN	12,000	43,1300	517,56
630	18202961	EXAME DOSAGEM DE PEPTIDEO C	UN	12,000	15,3500	184,20
631	18202527	EXAME DOSAGEM DE PROGESTERONA	UN	12,000	10,2200	122,64
632	18202528	EXAME DOSAGEM DE PROLACTINA	UN	12,000	10,1500	121,80
633	18202962	EXAME DOSAGEM DE RENINA	UN	12,000	13,1900	158,28
634	18202963	EXAME DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	UN	12,000	15,3500	184,20
635	18202964	EXAME DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	UN	12,000	13,1100	157,32
636	18202529	EXAME DOSAGEM DE TESTOSTERONA	UN	12,000	10,4300	125,16
637	18200124	EXAME DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	UN	12,000	13,1100	157,32
638	18202965	EXAME DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	UN	12,000	15,3500	184,20
639	18200422	EXAME DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	UN	12,000	8,7600	105,12
640	18200111	EXAME DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	UN	105,000	11,6000	1.218,00
641	18200423	EXAME DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	UN	12,000	8,7100	104,52
642	18202966	EXAME TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	UN	12,000	12,0100	144,12
643	18202967	EXAME TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	UN	12,000	12,0100	144,12
644	18202968	EXAME TESTE DE ESTIMULO COM GNRH OU COM AGONISTA GNRH	UN	12,000	12,0100	144,12
645	18202969	EXAME TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	UN	12,000	12,0100	144,12
646	18202970	EXAME TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	UN	12,000	12,0100	144,12
647	18202971	EXAME TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	UN	12,000	12,0100	144,12
648	18202972	EXAME TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	UN	12,000	8,4300	101,16
649	18202973	EXAME PESQUISA DE MACROPROLACTINA	UN	12,000	12,1500	145,80
650	18202974	EXAME DOSAGEM DE ACIDO DELTA-	UN	12,000	2,0600	24,72



		AMINOLEVULINICO				
651	18202975	EXAME DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	UN	12,000	2,2300	26,76
652	18202976	EXAME DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	UN	12,000	3,6800	44,16
653	18202977	EXAME DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	UN	12,000	2,0400	24,48
654	18202530	EXAME DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	UN	12,000	15,6500	187,80
655	18202978	EXAME DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	UN	12,000	3,5100	42,12
656	18202979	EXAME DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	UN	12,000	2,0100	24,12
657	18202980	EXAME DOSAGEM DE ALUMINIO	UN	12,000	27,5000	330,00
658	18202981	EXAME DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	UN	12,000	10,0000	120,00
659	18202982	EXAME DOSAGEM DE ANFETAMINAS	UN	12,000	10,0000	120,00
660	18202983	EXAME DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	UN	12,000	10,0000	120,00
661	18202984	EXAME DOSAGEM DE BARBITURATOS	UN	12,000	13,1300	157,56
662	18202985	EXAME DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	UN	12,000	13,4800	161,76
663	18202986	EXAME DOSAGEM DE CADMIO	UN	12,000	6,5500	78,60
664	18202987	EXAME DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	UN	12,000	17,5300	210,36
665	18202988	EXAME DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	UN	12,000	4,1100	49,32
666	18202989	EXAME DOSAGEM DE CHUMBO	UN	12,000	8,8300	105,96
667	18202990	EXAME DOSAGEM DE CICLOSPORINA	UN	12,000	58,6100	703,32
668	18202991	EXAME DOSAGEM DE COBRE	UN	12,000	3,5100	42,12
669	18202532	EXAME DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	UN	12,000	8,9700	107,64
670	18202992	EXAME DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	UN	12,000	15,6500	187,80
671	18202533	EXAME DOSAGEM DE FENITOINA	UN	12,000	35,2200	422,64
672	18202993	EXAME DOSAGEM DE FENOL	UN	12,000	2,0500	24,60
673	18202994	EXAME DOSAGEM DE FORMALDEIDO	UN	12,000	3,5100	42,12
674	18202534	EXAME DOSAGEM DE LITIO	UN	12,000	2,2500	27,00
675	18202995	EXAME DOSAGEM DE MERCURIO	UN	12,000	2,0400	24,48
676	18202996	EXAME DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	UN	12,000	4,1100	49,32
677	18202997	EXAME DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	UN	12,000	10,0000	120,00
678	18202998	EXAME DOSAGEM DE METOTREXATO	UN	12,000	10,0000	120,00
679	18202999	EXAME DOSAGEM DE QUINIDINA	UN	12,000	10,0000	120,00
680	18203000	EXAME DOSAGEM DE SALICILATOS	UN	12,000	2,0100	24,12
681	18203001	EXAME DOSAGEM DE SULFATOS	UN	12,000	3,5100	42,12
682	18203002	EXAME DOSAGEM DE TEOFILINA	UN	12,000	15,6500	187,80
683	18203003	EXAME DOSAGEM DE TIOCIANATO	UN	12,000	3,6800	44,16



684	18200202	EXAME DOSAGEM DE ZINCO	UN	12,000	15,6500	187,80
685	18200095	EXAME ANTIBIOGRAMA	UN	41,000	4,9800	204,18
686	18203004	EXAME ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	UN	12,000	13,3300	159,96
687	18203005	EXAME ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	UN	12,000	13,3300	159,96
688	18200376	EXAME BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	UN	12,000	4,2000	50,40
689	18203006	EXAME BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSEIASE)	UN	12,000	4,2000	50,40
690	18203007	EXAME BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	UN	12,000	4,2000	50,40
691	18200075	EXAME BACTERIOSCOPIA (GRAM)	UN	12,000	2,8000	33,60
692	18203008	EXAME CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	UN	97,000	5,6200	545,14
693	18203009	EXAME CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO)	UN	12,000	5,6200	67,44
694	18203010	EXAME CULTURA P/ HERPESVIRUS	UN	12,000	4,3300	51,96
695	18200010	EXAME CULTURA PARA BAAR	UN	12,000	5,6300	67,56
696	18203011	EXAME CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	UN	12,000	10,2500	123,00
697	18200294	EXAME CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	UN	12,000	4,1900	50,28
698	18200340	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	UN	12,000	2,8000	33,60
699	18200135	EXAME HEMOCULTURA	UN	12,000	11,4900	137,88
700	18202537	EXAME IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	UN	12,000	5,6300	67,56
701	18203012	EXAME PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	UN	12,000	4,3300	51,96
702	18203013	EXAME PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	UN	12,000	2,8000	33,60
703	18203014	EXAME PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	UN	12,000	4,3300	51,96
704	18203015	EXAME PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	UN	12,000	2,8000	33,60
705	18203016	EXAME PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	UN	12,000	4,3300	51,96
706	18203017	EXAME PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	UN	12,000	2,8000	33,60
707	18203018	EXAME PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	UN	12,000	5,0400	60,48
708	18203019	EXAME PROV CONFIRMATÓRIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGAN COLIFORM	UN	12,000	5,6200	67,44
709	18203020	EXAME ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	UN	12,000	1,8900	22,68
710	18203021	EXAME ADENOGRAMA	UN	12,000	5,7900	69,48
711	18203022	EXAME CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	UN	12,000	4,3300	51,96



712	18203023	EXAME CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	UN	12,000	4,3300	51,96
713	18203024	EXAME CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	UN	12,000	1,8900	22,68
714	18203025	EXAME CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	UN	12,000	1,8900	22,68
715	18203026	EXAME DETER DE FOSFOL RELACAO LECIT - ESFING NO LIQ AMNIOTIC	UN	12,000	6,5600	78,72
716	18203027	EXAME DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	UN	12,000	1,8900	22,68
717	18203028	EXAME DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	UN	12,000	2,0100	24,12
718	18203029	EXAME DOSAGEM DE FRUTOSE	UN	12,000	2,0100	24,12
719	18203030	EXAME DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	UN	12,000	2,0100	24,12
720	18203031	EXAME DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVAL E DERRAMES	UN	12,000	1,8900	22,68
721	18203032	EXAME DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVAL E DERRAMES	UN	12,000	1,8900	22,68
722	18203034	EXAME ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	UN	12,000	5,2300	62,76
723	18203035	EXAME ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	UN	12,000	6,5600	78,72
724	18203036	EXAME ESPLENOGRAMA	UN	12,000	5,7900	69,48
725	18203037	EXAME EXAME DE CARACTERES FISICOS CONT GLOB E ESPEC DE CELUL	UN	12,000	1,8900	22,68
726	18203038	EXAME MIELOGRAMA	UN	12,000	5,7900	69,48
727	18202505	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDE S (ELISA)	UN	12,000	9,7000	116,40
728	18203039	EXAME DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA NO ESPERMA	UN	12,000	2,0100	24,12
729	18203040	EXAME PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	UN	12,000	1,8900	22,68
730	18203041	EXAME PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	UN	12,000	1,8900	22,68
731	18203042	EXAME PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	UN	12,000	1,8900	22,68
732	18203043	EXAME PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)	UN	12,000	4,8000	57,60
733	18203044	EXAME PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVAL E DERRAMES	UN	12,000	1,8900	22,68
734	18203045	EXAME PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	UN	12,000	9,7000	116,40
735	18203046	PROV DO LAT P/ HAEM INFL. STRE PNEM. NEISS MEN (SOROT A,B,C)	UN	12,000	1,8900	22,68
736	18203047	EXAME PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO	UN	12,000	1,8900	22,68



		FATOR REUMATOIDE				
737	18203048	EXAME REACAO DE PANDY	UN	12,000	1,8900	22,68
738	18203049	EXAME REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	UN	12,000	1,8900	22,68
739	18203050	EXAME TESTE DE CLEMENTS	UN	12,000	1,8900	22,68
740	18203051	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOST	UN	12,000	4,6900	56,28
741	18203052	EXAME TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	UN	12,000	4,6900	56,28
742	18203054	EXAME DETERM DE CARIOT EM CULT DE LONG DUR (C/ TEC D BANDAS)	UN	12,000	180,0000	2.160,00
743	18203055	DETERM DE CARIOT EM MEDU OSSEA E VILOS CORI (C/ TEC DE BAND)	UN	12,000	160,0000	1.920,00
744	18203056	EXAME DETERM DE CARIOTIPO EM SANG PERIF (C/ TEC DE BANDA)	UN	12,000	160,0000	1.920,00
745	18203057	EXAME QUANTIFICAÇÃO/AMPLIF ICAÇÃO DO HER-2	UN	12,000	120,0000	1.440,00
746	18203074	DIAGN DE LEUCEMIA CROMOS PHILADELPHIA POSIT POR TEC MOLECU	UN	12,000	144,2400	1.730,88
747	18203075	REAVL DIAGN DE LEUC CROMOS PHILADELPHIA POSIT O TECN MOLEC	UN	12,000	168,4800	2.021,76
748	18203076	EXAME PESQUISA DE MUTAÇÃO DO GENE DA PROTROMBINA	UN	12,000	180,0000	2.160,00
749	18203077	EXAME DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOB (DIAGNOSTICO TARDIO)	UN	12,000	8,8000	105,60
750	18203078	EXAME DETECCAO MOLECU DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOP (CONFIRMA)	UN	12,000	66,0000	792,00
751	18203079	EXAME DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)	UN	12,000	66,0000	792,00
752	18203080	EXAME DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTIC TARDIO)	UN	12,000	5,5000	66,00
753	18203081	EXAME DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	UN	12,000	12,1000	145,20
754	18203082	DOSA DE FENIL TSH OU T4 E DET DA VARI DE HEMO (COMP TEST PEZ	UN	12,000	20,9000	250,80
755	18203083	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA (COMPON DO TESTE D PEZINHO	UN	12,000	5,5000	66,00
756	18203084	EXAME DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOST TARDIO)	UN	12,000	13,2000	158,40
757	18203085	DOSA DE 17 HIDROXI PROGEST EM PAP DE FILT (COMP TEST	UN	12,000	8,0000	96,00



		PEZINHO				
758	18203086	DOS DA AT DA BIOTINI EM AMOST DE SANG EM PAP DE FIL (TES PEZ	UN	12,000	5,5000	66,00
759	18203087	DOSAGEM QUANTIT DA ATIV DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SORO	UN	12,000	137,0000	1.644,00
760	18203088	EXAME DETEC MOLEC DE MUTAÇÃO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGENIT	UN	12,000	66,0000	792,00
761	18203089	EXAME DETEC MOLECUL DE MUTAÇÃO EM DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE	UN	12,000	66,0000	792,00
762	18203090	EXAME DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR	UN	12,000	150,0000	1.800,00
763	18203091	EXAME DETERMINAÇÃO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	UN	12,000	10,6500	127,80
764	18200295	EXAME DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	UN	17,000	1,3700	23,29
765	18203092	EXAME FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	UN	12,000	10,6500	127,80
766	18203093	IDENT DE ANTICOR SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	UN	12,000	10,6500	127,80
767	18203094	EXAME PESQ DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO	UN	12,000	5,7900	69,48
768	18203095	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC	UN	12,000	5,7900	69,48
769	18203096	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO	UN	12,000	5,7900	69,48
770	18203097	EXAME PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	UN	12,000	1,3700	16,44
771	18203098	EXAME TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	UN	12,000	2,7300	32,76
772	18203099	EXAME TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	UN	12,000	5,7900	69,48
773	18203343	EXAME DOSAGEM DE ANTICORPO ANTI-ACHR	UN	1,000	86,2000	86,20
					TOTAL DO LOTE	114.657,11
LOTE 03 – EXAMES QUE NÃO CONSTAM NA TABELA SIGTAP						
774	18203344	EXAME ANTIGENO HBL 27	UN	20,000	48,4000	968,00
775	18203345	EXAME IGA TOTAL	UN	20,000	15,0000	300,00
776	18203346	EXAME MONONUCLEOSE ANTICORPOS HETEROFILOS	UN	20,000	10,0000	200,00
777	18200235	EXAME PARATORMONIO MOLECULA INTACTA - PTH	UN	20,000	25,0000	500,00
778	18203347	EXAME GLOBULINA TRANSP. DE HORMONIOS SEXUAIS (SHBG)	UN	20,000	30,0000	600,00
779	18203351	EXAME TIREOGLOBINA	UN	20,000	20,0000	400,00
780	18203348	EXAME TRAB. (ANTICORPO RECEPTOR TSH)	UN	20,000	34,3200	686,40



781	18200185	EXAME PSA LIVRE	UN	7,000	23,0000	161,00
782	18203349	EXAME PESQUISA DO STREPTOCOCCUS AGALACTIE	UN	5,000	22,0000	110,00
783	18200399	EXAME ACIDO FOLICO	UN	5,000	15,0000	75,00
784	18203350	EXAME ALBUMINA (FRAÇÃO PROTEINA TOTAL)	UN	3,000	5,0100	15,03
785	18200078	EXAME COLESTEROL VLDL	UN	1,000	10,0000	10,00
786	18203352	EXAME HOMOCESTEINA	UN	10,000	35,2000	352,00
787	18200454	EXAME DOSAGEM CA 15-3	UN	1,000	20,0000	20,00
788	18200280	EXAME DOSAGEM CA 19-9	UN	3,000	20,0000	60,00
789	18203353	EXAME DOSAGEM CA 50	UN	10,000	57,2000	572,00
790	18203354	EXAME DOSAGEM CA 72-4	UN	10,000	29,9200	299,20
791	18203355	EXAME CITOMEGALOVIRUS PCR QUANTITATIVO	UN	1,000	58,0000	58,00
792	18203356	EXAME ELETROFORESE DE PROTEINAS SERICAS	UN	1,000	18,0000	18,00
793	18203357	EXAME AVIDEZ PARA TOXOMASPLOSE	UN	10,000	40,0000	400,00
794	18203358	EXAME ANTI ENDONISIO IGA	UN	10,000	32,5600	325,60
795	18203359	EXAME ANTI ENDONISIO IGM	UN	10,000	41,3600	413,60
796	18203360	EXAME ANTI ENDONISIO IGG	UN	10,000	32,5600	325,60
797	18203361	EXAME ANTI GLIADINA IGA	UN	1,000	23,0000	23,00
798	18203362	EXAME ANTI GLIADINA IGM	UN	1,000	23,0000	23,00
799	18203363	EXAME ANTI GLIADINA IGG	UN	1,000	23,0000	23,00
800	18203364	EXAME CISTICERCOSE IGM	UN	10,000	15,0000	150,00
801	18203365	EXAME CISTICERCOSE IGG	UN	1,000	20,0000	20,00
802	18200224	EXAME DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA SULFATO SDHEA	UN	1,000	18,0000	18,00
803	18200269	EXAME ANTI CCP	UN	4,000	74,8000	299,20
804	18203366	EXAME HTLV III PCR	UN	10,000	40,0000	400,00
805	18203367	EXAME HTLV II SOROLOGIA	UN	10,000	33,4400	334,40
806	18203368	EXAME HTLV I II SOROLOGIA	UN	1,000	33,4400	33,44
807	18203369	EXAME FERRITINA QUIMIOLUMINESCENCIA	UN	3,000	16,0000	48,00
808	18203370	EXAME CHAGAS ANTI CORPOS IGG	UN	10,000	15,0000	150,00
809	18203371	EXAME CHAGAS ANTI CORPOS IGM	UN	10,000	15,0000	150,00
810	18203372	EXAME TESTE VDRL QUANTITATIVO	UN	13,000	10,0000	130,00
811	18203373	EXAME CORTISOL URINARIO 24 HORAS	UN	1,000	18,0000	18,00
812	18203374	EXAME FATOR ANTINUCLEAR FAN COM TIPO FLUORESCENTE HPE 2	UN	3,000	15,0000	45,00
813	18203375	EXAME CLAMIDIA IGG SOROLOGIA	UN	1,000	42,0000	42,00
814	18203376	EXAME CLAMIDIA IGM SOROLOGIA	UN	1,000	44,0000	44,00
815	18203377	EXAME CULTURA DE SECREÇÃO VAGINAL E	UN	4,000	20,0000	80,00



		URETRAL				
816	18203378	EXAME TRANSGLUTAMINASE TECIDUAL IGA ANTI	UN	1,000	44,0000	44,00
817	18203379	EXAME RANSGLUTAMINASE TECIDUAL IGG ANTI	UN	10,000	44,0000	440,00
818	18203380	EXAME DOSAGEM ANTIGENO CEA 125	UN	10,000	20,0000	200,00
819	18200267	COOMBS INDIRETO	UN	10,000	10,0000	100,00
820	18200127	EXAME COOMBS DIRETO	UN	10,000	8,0000	80,00
821	18200096	EXAME CARGA VIRAL HIV	UN	10,000	140,8000	1.408,00
822	18203381	PES D ANTIC IGG CONT ANTIG CENT D VIR DA HEP B ANTI HBC IGGK	UN	20,000	19,0000	380,00
823	18203382	EXAME DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICA (03 DOSAGENS)	UN	20,000	20,0000	400,00
824	18203383	EXAME FRUTOSAMINA PROTEINA GLICOSILADA	UN	20,000	10,5600	211,20
825	18200190	EXAME HLA B27 PCR	UN	20,000	48,4000	968,00
826	18203384	EXAME ANTI DNA NATIVO	UN	20,000	15,0000	300,00
827	18203385	EXAME ANTI ENA SM	UN	20,000	22,8800	457,60
828	18203386	EXAME ANTI ENA SSA RO	UN	20,000	30,8000	616,00
829	18203387	EXAME ANTI ENA RNP	UN	20,000	25,5200	510,40
830	18203388	EXAME ANTI ENA SCL 70	UN	20,000	24,5400	490,80
831	18203389	EXAME ANTI ENDOMISIO IGA	UN	20,000	32,5600	651,20
832	18203390	EXAME HEMOCISTINA	UN	20,000	35,0000	700,00
833	18203391	EXAME ANTI ENA SSB LA	UN	20,000	30,8000	616,00
834	18203392	EXAME ANTI ENDOMISIO IGG	UN	20,000	32,5600	651,20
835	18203393	EXAME ANTI ENDOMISIO IGM	UN	20,000	32,5600	651,20
836	18203394	EXAME IDENTIFICAÇÃO DO VIRUS DA HEPATITE B POR PCR QUANTITAT	UN	20,000	288,0000	5.760,00
837	18203395	EXAME TOXOPLASMA IGA	UN	20,000	15,0000	300,00
838	18200243	EXAME ANTI FOSFOLIPIDIO IGG	UN	20,000	10,0000	200,00
839	18200388	EXAME ANTI FOSFOLIPIDIO IGM	UN	20,000	10,0000	200,00
840	18203396	EXAME ANTI-TPO	UN	20,000	18,0000	360,00
841	18203397	REAÇÃO DE HEMAGLUTINAÇÃO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	UN	20,000	15,0000	300,00
842	18200113	EXAME ESPERMOGRAMA	UN	20,000	30,0000	600,00
843	18203398	EXAME DOSAGEM DE VITAMINA B1	UN	20,000	122,3200	2.446,40
844	18203399	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI CENTROMERO	UN	20,000	14,0800	281,60
845	18203400	EXAME CITOLOGIA ONCÓTICA DE LÍQUIDOS E SECREÇÕES 1 AMOSTRA	UN	20,000	51,9200	1.038,40
846	18200065	EXAME COPROCULTURA	UN	20,000	30,0000	600,00
847	18203401	EXAME DOSAGEM DE TROPONINA I	UN	20,000	34,0000	680,00
848	18203402	EXAME DOSAGEM DE TROPONINA T	UN	20,000	25,0000	500,00
849	18203403	EXAME DETERMINAÇÃO	UN	20,000	8,0000	160,00



		DE T3 LIVRE				
850	18203404	EXAME CORONAVIRUS 2019 ANTICORPOS IGG E IGM(COVID19)	UN	20,000	180,0000	3.600,00
851	18203405	EXAME CORONAVÍRUS 2019-SARS-COV-2 IMUNIOGLUBOLINA TOTAL	UN	60,000	100,0000	6.000,00
852	18203406	EXAME CULTURA E ANTIBIOGRAMA-LÍQUIDO ASCÍTICO	UN	20,000	40,0000	800,00
853	18203407	EXAME CULTURA E ANTIBIOGRAMA-LÍQUIDO PLEURAL	UN	20,000	40,0000	800,00
854	18203408	EXAME CULTURA E ANTIBIOGRAMA SECREÇÃO DE OUVIDO	UN	20,000	30,0000	600,00
855	18203409	EXAME CULTURA E ANTIBIOGRAMA - OUTROS MATERIAIS	UN	20,000	30,0000	600,00
856	18203410	EXAME CULTURA E ANTIBIOGRAMA PONTA DE CATETER	UN	20,000	30,0000	600,00
857	18203411	EXAME CULTURA E ANTIBIOGRAMA-SECREÇÃO DE ÚLCERA	UN	20,000	30,0000	600,00
858	18203412	EXAME DIMERO D	UN	20,000	77,0000	1.540,00
859	18203413	EXAME DOSAGEM DE MIOGLOBINA	UN	20,000	10,0000	200,00
860	18203414	EXAME PROTEINURIA DE AMOSTRA ISOLADA	UN	20,000	5,5000	110,00
861	18203415	EXAME PROTEINAS TOTAIS EM LÍQUIDOS	UN	20,000	5,5000	110,00
862	18203416	EXAME DETECÇÃO DDE ANTÍGENO HLA-B-27	UN	20,000	48,4000	968,00
863	18203417	EXAME TESTE DE TOLERÂNCIA A LACTOSE	UN	20,000	23,0000	460,00
864	18203418	EXAME DOSAGEM DE ANTICORPOS IGG LEPTOSPIROSE	UN	20,000	30,0000	600,00
865	18203419	EXAME LÍQUIDO ASCÍTICO ROTINA	UN	20,000	34,0000	680,00
866	18203420	EXAME METANEFINAS URINÁRIA-URINA 24 HORAS	UN	20,000	58,9600	1.179,20
867	18203421	EXAME MICROALBUMINURIA DE URINA 12 HORAS	UN	20,000	23,0000	460,00
868	18203422	EXAME MICROALBUMINURIA AMOSTRA ISOLADA	UN	20,000	20,0000	400,00
869	18203423	EXAME PROTEINA C REATIVA DE ALTA SENSIBILIDADE	UN	20,000	15,0000	300,00
870	18203424	EXAME CULTURA DE SECREÇÃO	UN	20,000	20,0000	400,00
871	18203425	EXAME ACIDO LÁTICO	UN	20,000	9,0000	180,00
872	18203426	EXAME ÍNDICE DE SATURAÇÃO DE TRANSFERRINA	UN	20,000	8,0000	160,00
873	18202689	EXAME IGRA QUANTIFERON PARA TUBERCULOSE	UN	2.020,000	264,0000	533.280,00
					TOTAL DO LOTE	586.829,67
					----->	
					TOTAL DO PROCESSO	956.849,72



Obs: A empresa que possui interesse em se credenciar para prestação de serviços de exames laboratoriais não poderá optar por somente um dos lotes (Ex: 02 ou 03), ou seja ao se credenciar junto ao município, estará automaticamente vinculada aos dois lotes, sendo o valor total destes dois lotes divididos igualmente entre todos os credenciados. Justificamos a separação em dois lotes distintos, haja vista que muitos dos exames necessários aos pacientes atendidos por esta municipalidade não constarem na tabela SIGTAP.

36

2 – CONDIÇÕES PARA CREDENCIAMENTO

- 2.1. Os interessados poderão inscrever-se para o Credenciamento a partir da primeira publicação do presente instrumento;
- 2.2. Serão considerados credenciados os prestadores de serviços pessoa jurídica, que apresentarem os Documentos enumerados no item 3.1 deste instrumento;
- 2.3. Os interessados poderão ter acesso ao Edital através da retirada de cópia na e/ou acessar o site www.pmcm.pr.gov.br;
- 2.4. Os interessados deverão encaminhar os documentos relacionados no item 3.1 à Prefeitura Municipal e Cruz Machado, situada na Av. Vitória, n.251 Centro, no horário das 09:00 às 11:30h e das 14:00 às 15:00h de segunda a sexta-feira, no Departamento de Compras e Licitações.
- 2.5. Não poderá participar servidor ou dirigente de órgão ou entidade contratante ou responsável pela licitação em conformidade no disposto no art. 9º da Lei nº 8.666/1993.
- 2.6. Não poderão participar no Credenciamento os interessados que estejam cumprindo as sanções previstas nos artigos 86 a 88 da Lei nº 8.666/93.
- 2.7. Não poderão participar no Credenciamento os interessados concordatários ou em processo de falência, sob concurso de credores, em dissolução ou em liquidação.
- 2.8. Não poderão participar do Credenciamento as pessoas jurídicas que tenham sido declaradas inidôneas por órgão da Administração Pública, Direta ou Indireta, Federal, Estadual, Municipal ou do Distrito Federal, por meio de ato publicado no Diário Oficial da União, do Estado ou do Município, pelo órgão que o praticou, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição.

3 – DOCUMENTAÇÃO REFERENTE À HABILITAÇÃO

- 3.1. Para credenciamento – Pessoa Jurídica – deverão apresentar os seguintes documentos:
 - Requerimento para credenciamento conforme modelo anexo;
 - Documentos de RG e CPF do Responsável Técnico;
 - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES;
 - Certificado de Regularidade emitido pelo Conselho Regional de Farmácia;
 - Declaração firmada pelo Responsável Técnico, que as informações prestadas são verdadeiras, sob pena de responder judicialmente pelas inconsistências das informações;
 - Contrato social devidamente registrado na Junta Comercial do Estado ou no Cartório de Títulos e Documentos, onde conste, dentro dos seus objetivos, a prestação dos serviços acima indicados;
 - Cartão do CNPJ;



- Certidão Negativa de débito Municipal, Estadual e Federal;
- Certidão Negativa de débito com o INSS;
- Certidão Negativa de débito com o FGTS;
- Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto Lei nº 5452, de 1º de maio de 1943. (CNDT).
- Alvará de localização fornecido pelo Município da sede da pessoa jurídica;
- Licença Sanitária do estabelecimento;
- Capacidade máxima de atendimento e número de profissionais;
- Registro no Conselho Regional de Farmácia da pessoa jurídica e do Responsável Técnico;
- Diploma do Curso e certificado de especialização de acordo com a área de serviços laboratoriais a serem prestados.

37

4 – CONDIÇÕES PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

a) O controle da cota física e financeira dos procedimentos contratados será de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, que deverá também acompanhar e controlar a demanda encaminhada de acordo com a quantidade física e financeira contratada;

b) Os serviços serão autorizados mediante solicitação médica, em formulário próprio da Secretaria Municipal de Saúde – REC (requisição de exames complementares), ou em outro formulário que possa vir a ser implantado pela Secretaria. Também poderão ser solicitados através de formulários específicos de serviços de outros municípios de referência, com os quais a Secretaria possui pactuação.

c) Somente serão pagos os exames comprovadamente realizados, mediante o envio semanal dos resultados dos exames, os quais deverão conter a identificação do usuário e a data de realização do exame. Deverão ainda, vir acompanhados da REC (Requisição de Exames Complementares) ou ainda, por outro formulário, devidamente autorizado previamente pelo Departamento Administrativo, ou ainda, pelas Unidades de Saúde com autorização descentralizada. Cabe ao Departamento Administrativo informar ao Laboratório credenciado a relação das Unidades que tem permissão da Secretaria de Saúde para autorizar exames.

d) Os exames poderão ser glosados caso não haja comprovação de sua realização dentro dos critérios acima descritos.

e) Deverá ser entregue uma via do resultado do exame para o paciente (com identificação do usuário e a data de realização do exame) o qual deverá retirá-lo junto à contratada. Excetuam-se dessa regra, os exames realizados para gestantes, pois esses deverão ser entregues no Departamento Administrativo para posterior envio às Unidades de Saúde.

f) A contratada deve possuir o estabelecimento nos perímetros dos Municípios de Cruz Machado e/ou União da Vitória, em área urbana, cedendo espaço físico próprio e adequado para os procedimentos, com disponibilidade dos materiais, equipamentos e recursos humanos, realizando os exames laboratoriais em sua sede própria.



g) A contratada deverá ainda, estar devidamente cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde do Ministério da Saúde, o qual deverá estar compatível com os serviços a serem prestados.

h) São competências e/ou funções da contratada:

- Prestar atendimento aos usuários nos dias e horários acordados;
- Acolher os pacientes e acompanhantes de forma humanizada;
- Possuir equipe multiprofissional compatível com a característica e funções do Serviço;
- Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes;
- Manter registro atualizado no CNES;
- Submeter-se à regulação, controle, avaliação e auditoria instituída pelo Gestor do SUS;
- Atender as diretrizes o PNH – Programa Nacional de Humanização.
- Trabalhar com a mais profunda ética profissional, e tratar todas as informações relevante como confidenciais.

i) Atender o Plano Operativo anexo a este edital na sua íntegra.

5 – DO PAGAMENTO E DOS VALORES

O pagamento pelos serviços prestados pela empresa credenciada será efetuado mensalmente, até o 5º dia útil do mês subsequente à prestação dos serviços pelo valor estipulado neste edital, mediante apresentação de nota fiscal de prestação de serviços juntamente com a relação nominal dos procedimentos.

Os valores dos exames tomam como referência a Tabela do SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM) do SUS para os itens do lote 02 e lote 01 e 03 foi realizada pesquisa de mercado para precificação dos valores.

6 – DO NÚMERO DE PROCEDIMENTOS

6.1. A quantidade de procedimentos a serem realizadas pelos credenciados será em conformidade com o disposto no item 1 deste edital, equivalente ao valor aproximado de R\$ 79.737,47 (setenta e nove mil setecentos e trinta e sete reais e quarenta e sete centavos) mês, totalizando R\$ 956.849,72 (novecentos e cinquenta e seis mil oitocentos e quarenta e nove reais e setenta e dois centavos) estimado para 12 meses de contrato.

6.2. Os exames serão autorizados conforme demanda e necessidade da Secretaria de Saúde;

7 – DA INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO

Uma vez habilitado o laboratório, o processo será encaminhado à Secretaria Municipal de Administração que verificará a regularidade do processo adotando as ações cabíveis aos procedimentos de inexigibilidade de licitação, previstos no art. 26 da lei 8.666/93 para formalização do contrato de credenciamento.

8 – FORMALIZAÇÃO



8.1. Realizados os procedimentos previstos, o habilitado será convocado para assinatura do instrumento contratual próprio, contendo as cláusulas e condições previstas neste Edital.

8.2. O prazo de vigência dos contratos provenientes deste credenciamento terá validade de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado conforme legislação vigente.

9. PROVIDÊNCIAS/ IMPUGNAÇÕES DO EDITAL

9.1. É facultado a qualquer interessado a apresentação de pedido de **providências** ou de **impugnação** ao **ato convocatório** e seus anexos, observado, para tanto, o prazo de **até 5 (cinco) dias úteis anteriores à data fixada para recebimento das propostas** devendo a Administração julgar e responder a impugnação em até 3 (três) dias úteis, sem prejuízo da faculdade prevista no parágrafo 1 do Art. 113.

9.2. As medidas referidas no **subitem 9.1** poderão ser formalizadas por meio de requerimento endereçado à **autoridade subscritora do EDITAL**, devidamente protocolado no endereço e horário constantes no preâmbulo do edital ou encaminhadas no e-mail: licitacao@pmcm.pr.gov.br.

9.3. A decisão sobre o pedido de **providências** ou de **impugnação**, depois de proferida, deverá comportar divulgação e também ser juntada aos autos do Processo Licitatório.

9.4. O acolhimento do pedido de **providências** ou de **impugnação** exige, desde que implique em modificação (ões) do **ato convocatório da deste edital, além da (s) alteração (ões) decorrente (s)**, divulgação pela mesma forma que se deu o texto original e designação de nova data para a realização do certame.

10. RECURSO ADMINISTRATIVO

10.1. Por ocasião do final da sessão, a(s) proponente(s) que participou (aram) deste CREDENCIAMENTO ou que tenha(m) sido impedida(s) de fazê-lo(s), se presente(s) à sessão, deverá(ão) manifestar imediata e motivadamente a(s) intenção(ões) de recorrer.

10.2. Havendo intenção de interposição de recurso contra qualquer etapa/fase/procedimento dado CREDENCIAMENTO, a proponente interessada deverá manifestar-se imediata e motivadamente a respeito, procedendo-se, inclusive, o registro das razões em ata, juntando memorial no prazo de 5 (cinco) dias, a contar da ocorrência.

10.3. As demais proponentes ficam, desde logo, intimadas para apresentar contra-razões em igual número de dias, que começarão a correr no término do prazo do RECORRENTE.

10.4. Após a apresentação das contra-razões ou do decurso do prazo estabelecido para tanto, a CPL examinará o recurso, podendo reformar sua decisão ou encaminhá-lo, devidamente informados, à autoridade competente para decisão.

10.5. Os autos do CREDENCIAMENTO permanecerão com vista franqueada aos interessados, no endereço e horários previstos no neste edital.

11. DA FRAUDE E CORRUPÇÃO

11.1. Os licitantes devem observar e o contratado deve observar e fazer observar, por seus fornecedores e subcontratados, se admitida subcontratação, o mais alto padrão de ética durante todo o processo de licitação, de contratação e de execução do objeto contratual.

Para os propósitos desta cláusula, definem-se as seguintes práticas:

a) **prática corrupta**": significa oferecer, entregar, receber ou solicitar, direta ou indiretamente, qualquer coisa de valor com a intenção de influenciar de modo indevido a ação de terceiros;



- b) "**prática fraudulenta**": significa qualquer ato, falsificação ou omissão de fatos que, de forma intencional ou irresponsável induza ou tente induzir uma parte a erro, com o objetivo de obter benefício financeiro ou de qualquer outra ordem, ou com a intenção de evitar o cumprimento de uma obrigação;
- c) "**prática colusiva**": significa uma combinação entre duas ou mais partes visando alcançar um objetivo indevido, inclusive influenciar indevidamente as ações de outra parte;
- d) "**prática coercitiva**": significa prejudicar ou causar dano, ou ameaçar prejudicar ou causar dano, direta ou indiretamente, a qualquer parte interessada ou à sua propriedade, para influenciar indevidamente as ações de uma parte;
- e) "**prática obstrutiva**": significa:
- (aa) deliberadamente destruir, falsificar, alterar ou ocultar provas em investigações ou fazer declarações falsas a investigadores, com o objetivo de impedir materialmente uma investigação do Banco de alegações de prática corrupta, fraudulenta, coercitiva ou colusiva; e/ou ameaçar, perseguir ou intimidar qualquer parte interessada, para impedi-la de mostrar seu conhecimento sobre assuntos relevantes à investigação ou ao seu prosseguimento.

12 – INFORMAÇÕES

12.1. Maiores informações poderão ser obtidas junto à Secretaria Municipal da Saúde, pelo fone (042) 3554-1294 ou na Prefeitura Municipal, pelo fone (042) 3554-1222 (Departamento de Licitações).

13 – DO PRAZO DE CREDENCIAMENTO

13.1. O credenciamento ficara disponível a protocolo de participantes do dia 25/04/2022 a 17/05/2022, até as 09:00h, horário em que será realizada sessão pública para avaliação da documentação protocolada.

13.2. O Credenciamento será válido por 12 (doze) meses, vigorando a partir da data da publicação deste Edital, podendo ser prorrogado por igual período, a critério da COMISSÃO DE LICITAÇÕES.

13.3. O contrato proveniente deste credenciamento terá validade de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogada a critério da Administração.

13.4. Os novos credenciamentos que ocorrerem após a data do dia 17/05/2022 serão analisados e publicados o resultado de sua pré-qualificação em até 10 (dez) dias.

Prefeitura de Cruz Machado, 20 de abril de 2022.

PREFEITO MUNICIPAL


ANTONIO LUIS SZAYKOWSKI
Prefeito Municipal



ANEXO I
REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO – PESSOA JURÍDICA

À Comissão de Licitação do Município de Cruz Machado

O interessado, abaixo qualificado, requer sua inscrição como Credenciado para prestação de serviços laboratoriais de análises clínicas, conforme estabelecido pelo Edital de Credenciamento nº. 03/2022, anexando a este requerimento os seguintes documentos:

- Documentos de RG e CPF do Responsável Técnico;
- Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES;
- Certificado de Regularidade emitido pelo Conselho Regional de Farmácia;
- Declaração firmada pelo Responsável Técnico, que as informações prestadas são verdadeiras, sob pena de responder judicialmente pelas inconsistências das informações;
- Contrato social devidamente registrado na Junta Comercial do Estado ou no Cartório de Títulos e Documentos, onde conste, dentro dos seus objetivos, a prestação dos serviços acima indicados;
- Cartão do CNPJ;
- Certidão Negativa de débito Municipal, Estadual e Federal;
- Certidão Negativa de débito com o INSS;
- Certidão Negativa de débito com o FGTS;
- Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto Lei n.º 5452, de 1º de maio de 1943. (CNDT).
- Alvará de localização fornecido pelo Município da sede da pessoa jurídica e do Responsável Técnico;
- Licença Sanitária do estabelecimento;
- Capacidade máxima de atendimento e número de profissionais;
- Registro no Conselho Regional de Farmácia
- Diploma do Curso e certificado de especialização de acordo com a área de serviços laboratoriais a serem prestados.

Nome/Razão Social: _____

Endereço Comercial _____
CEP _____ Cidade _____ Estado _____
CRF nº. _____ R.G. nº _____ CPF nº _____

Município de _____, _____ de _____ de 2022.

Nome legível e Assinatura do Requerente:



Prefeitura Municipal de Cruz Machado – Estado do Paraná
Departamento de Compras e Licitações

Avenida Vitória, 251 – Centro – Cruz Machado – PR
CEP: 84620-000 – CNPJ: 76.339.688/0001-09
Fone (42) 3554-1222 – E-mail: licitacao@pmcm.pr.gov.br
www.pmcmm.pr.gov.br



ANEXO II
MODELO DE DECLARAÇÃO – PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA DECLARAÇÃO

(Razão Social) com sede a (..... endereço completo) através de seu Responsável Legal, Sr. inscrito no R.G. nº () e no CPF/MF nº (.....) DECLARA para fins de credenciamento junto a Secretaria Municipal da Saúde do Município de Cruz Machado, Estado do Paraná que as informações prestadas são verdadeiras, sob pena de responder judicialmente pelas inconsistências das informações.

Município de _____ de _____ de 2022.

Assinatura devidamente identificada

Nome:
CPF:

ANEXO III

PROPOSTA DE PREÇOS
MODELO DEVERÁ SER DIGITADA EM PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA

43

(local e data), de de 2022.

RAZÃO SOCIAL:.....
END.:
CIDADE: ESTADO:
TELEFONE/EMAIL CNPJ:

À PREFEITURA MUNICIPAL DE CRUZ MACHADO
REF.: PROPOSTA PARA PARTICIPAÇÃO DO
EDITAL DE CREDENCIAMENTO N.º 003/2022

Prezados Senhores: Apresentamos e submetemos a apreciação de Vossas Senhorias nossa proposta de preços, relativa a PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS, conforme edital de credenciamento:

INSERIR TABELA DE EXAMES LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS – ITEM 1.2. DO EDITAL

O prazo de execução dos serviços será de 12(doze) meses a partir da assinatura do contrato, podendo ser prorrogado se houver interesse.

O prazo de validade da proposta de preços é de 60 (sessenta) dias.

.....
(assinatura, carimbo e/ou identificação digitada do nome do representante legal)
CPF:

ANEXO IV

MINUTA DE CONTRATO

CONTRATO Nº --/20--

PROCESSO Nº --/20--

REF: -- N° --/20--

44

CONTRATANTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE CRUZ MACHADO, Estado do Paraná, pessoa jurídica de direito público, sito à Avenida Vitória 251, neste ato representada por seu Prefeito Municipal em exercício Senhor xxxxxxxxxxxx, residente e domiciliado nesta cidade, portador do CPF nº xxxxxxxxxxxx, a seguir denominada CONTRATANTE, e

CONTRATADA: EMPRESA X, com sede na cidade de -- /PR situada na Endereço, Nº --, Bairro --, inscrita no CNPJ/MF sob nº --, neste ato denominada simplesmente "Contratada", na presença das testemunhas no final assinadas, pelas partes contratantes, ficou acertado e ajustado o presente contrato, que se regerá nos termos da Lei nº 8.666/93, de 21 de junho de 1993 e demais legislação pertinente, assim como pelas condições do Edital da -- Nº --/20-- e pelas cláusulas a seguir expressas, definidoras dos direitos, obrigações e responsabilidades das partes.

CLÁUSULA PRIMEIRA - OBJETO

(ESPECIFICAR OBJETO)

(PLANILHA DE MATERIAIS)

CLÁUSULA SEGUNDA - VALOR CONTRATUAL

Pelo fornecimento do produto, objeto ora contratado, a CONTRATANTE pagará à CONTRATADA o valor estimado é de R\$ -- (--)

CLÁUSULA TERCEIRA - DO PRAZO E FORMA DE PAGAMENTO

3.1- Os pagamentos serão efetuados em até 30 (trinta) dias após o recebimento da Nota Fiscal pelo setor competente.

3.2- O pagamento será creditado em favor da Contratada, através de ordem bancária contra qualquer banco indicado a proposta. Devendo para isto, ficar explicitado o nome do banco, agência, localidade e número da conta corrente em que deverá ser efetivado o crédito, após a aceitação e atestado das Notas Fiscais/Faturas.

Parágrafo Único – Como parâmetro para pagamento do fornecimento dos produtos, será observada a quantidade de produtos efetivamente solicitado e recebido pela Unidade Operacional.

CLÁUSULA QUARTA – OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

São obrigações da CONTRATADA:

4.1 – Executar o objeto previsto na cláusula primeira de acordo com as condições estabelecidas neste contrato;



4.2 – Manter, durante a vigência contratual, todas as condições demonstradas para a habilitação efetuada, que poderão ser solicitadas a qualquer momento pelo CONTRATANTE;

CLÁUSULA QUINTA – OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

5.1 – Fornecer à CONTRATADA todas as informações necessárias ao fornecimento dos produtos;

5.2 – Fiscalizar, conferir e proceder à aceitação dos produtos fornecidos pela CONTRATADA.

5.3 - Os produtos objeto deste contrato serão fornecidos pela Contratada mediante requisições específicas do Contratante nos quais serão registrados os respectivos preços no ato de entrega.

Parágrafo Único – As requisições serão emitidas em 2 (duas) vias, sendo a primeira destinada ao fornecedor Contratado e a segunda aos arquivos do emitente Contratante.

CLÁUSULA SEXTA – PRAZO

O presente contrato tem vigência pelo prazo de -- (--) meses, a partir de --, podendo ser prorrogado, mediante manifestação expressa das partes.

CLÁUSULA SETIMA – CLÁUSULA INTEGRANTE

Constituem parte integrante deste Contrato, independentemente de transcrição, as condições estabelecidas no processo n.º 0--/20-- e seus anexos, inclusive as propostas da CONTRATADA.

CLÁUSULA OITAVA – RENÚNCIA DE DISPOSITIVOS CONTRATUAIS

Nenhuma das disposições deste Contrato poderá ser considerada renunciada ou alterada, salvo se for especificamente formalizada através de Instrumento Aditivo. O fato de uma das partes tolerar qualquer falta ou descumprimento de obrigações da outra, não importa em alteração do Contrato e nem induz a novação, ficando mantido o direito de se exigir da parte faltosa ou inadimplente, a qualquer tempo, a cessão da falta ou o cumprimento integral de tal obrigação.

CLÁUSULA NONA – PENALIDADES E EXTINÇÃO DO CONTRATO

9.1. Os casos de inexecução do objeto deste edital, erro de execução, execução imperfeita, atraso injustificado e inadimplemento contratual, sujeitará o proponente contratado às penalidades previstas no Art. 87 da Lei 8.666/93, das quais destacam-se:

- a) Advertência;
- b) Pela inexecução parcial: multa de 20% do valor da parcela não executada do contrato;
- c) Pela inexecução total: multa de 10% do valor total do contrato;
- d) Impedimento de licitar e contratar com o CONTRATANTE por até dois anos.

9.2. As penalidades previstas neste item serão aplicadas sem prejuízo das demais sanções previstas na lei 8.666/1.993, sendo que são independentes e a aplicação de uma não exclui as outras.

9.3. Além do previsto no subitem

9.3.1. A rescisão contratual poderá ocorrer pela decretação de falência, deferimento de concordata, liquidação e/ou estado de insolvência de quaisquer das partes.

9.4. O contrato poderá ser resilido por iniciativa das partes, mediante aviso expreso e escrito com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

9.5. A CONTRATADA reconhece os direitos da CONTRATANTE, em caso de rescisão administrativa prevista nos art. 77 a 80 da Lei nº 8.666/93.

9.5.1. A CONTRATADA aceita que em caso de motivo a rescisão, deverá comunicar formalmente a CONTRATANTE com prazo prévio de 10 (dez) dias úteis, afim de que a CONTRATANTE tenha tempo hábil para o desenvolvimento regular da prestação de serviços/entrega dos materiais.

9.6. Após o devido processo legal, as penalidades serão aplicadas pela autoridade competente que deverá comunicar a Comissão Permanente de Licitação todas as ocorrências para fins de cadastramento e demais providências.

9.6.1. Entende-se por autoridade competente a gestora da despesa executada.

9.7. Os valores das multas aplicadas previstas nos subitens acima poderão ser descontados dos pagamentos devidos pela Administração.

9.8. Da aplicação das penalidades definidas nas alíneas “a”, “b”, “c” e “d” do item 16.1, caberá recurso no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da intimação.

9.8.1. Da aplicação da penalidade definida na alínea “e” do item 16.1, caberá pedido de reconsideração no prazo de 10 (dez) dias úteis, contados da intimação.

9.9. O recurso ou pedido de reconsideração relativo às penalidades acima dispostas será dirigido à autoridade gestora da despesa, a qual decidirá o recurso no prazo de 05 (cinco) dias úteis e o pedido de reconsideração, no prazo de 10 (dez) dias úteis.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA FRAUDE E CORRUPÇÃO

Os licitantes devem observar e o contratado deve observar e fazer observar, por seus fornecedores e subcontratados, se admitida subcontratação, o mais alto padrão de ética durante todo o processo de licitação, de contratação e de execução do objeto contratual.

Para os propósitos desta cláusula, definem-se as seguintes práticas:

“prática corrupta”: oferecer, dar, receber ou solicitar, direta ou indiretamente, qualquer vantagem com o objetivo de influenciar a ação de servidor público no processo de licitação ou na execução de contrato;

“prática fraudulenta”: a falsificação ou omissão dos fatos, com o objetivo de influenciar o processo de licitação ou de execução de contrato;

“prática colusiva”: esquematizar ou estabelecer um acordo entre dois ou mais licitantes, com ou sem o conhecimento de representantes ou prepostos do órgão licitador, visando estabelecer preços em níveis artificiais e não-competitivos;

“prática coercitiva”: causar dano ou ameaçar causar dano, direta ou indiretamente, às pessoas ou sua propriedade, visando influenciar sua participação em um processo licitatório ou afetar a execução do contrato;

“prática obstrutiva”:(i) destruir, falsificar, alterar ou ocultar provas em inspeções ou fazer declarações falsas aos representantes do organismo financeiro multilateral, com o objetivo de impedir materialmente a apuração de alegações de prática prevista, deste Edital; (ii) atos cuja intenção seja impedir materialmente o exercício do direito de o organismo financeiro multilateral promover inspeção.



Na hipótese de financiamento, parcial ou integral, por organismo financeiro multilateral, mediante adiantamento ou reembolso, este organismo imporá sanção sobre uma empresa ou pessoa física, inclusive declarando-a inelegível, indefinidamente ou por prazo determinado, para a outorga de contratos financiados pelo organismo se, em qualquer momento, constatar o envolvimento da empresa, diretamente ou por meio de um agente, em práticas corruptas, fraudulentas, colusivas, coercitivas ou obstrutivas ao participar da licitação ou da execução um contrato financiado pelo organismo.

Considerando os propósitos das cláusulas acima, o licitante vencedor, como condição para a contratação, deverá concordar e autorizar que, na hipótese de o contrato vir a ser financiado, em parte ou integralmente, por organismo financeiro multilateral, mediante adiantamento ou reembolso, permitirá que o organismo financeiro e/ou pessoas por ele formalmente indicadas possam inspecionar o local de execução do contrato e todos os documentos, contas e registros relacionados à licitação e à execução do contrato.

Ao contratante, garantida a prévia defesa, aplicará as sanções administrativas pertinentes, previstas na Lei no 8.666, de 21 de junho de 1993, se comprovar o envolvimento de representante da empresa ou da pessoa física contratada em práticas corruptas, fraudulentas, conluídas ou coercitivas, no decorrer da licitação ou na execução do contrato financiado por organismo financeiro multilateral, sem prejuízo das demais medidas administrativas, criminais e cíveis.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - CASOS OMISSOS

Os casos omissos serão resolvidos à luz da Lei nº. 8.666/93, e dos princípios gerais de direito.

CLÁUSULA DECIMA SEGUNDA – DISPOSIÇÕES FINAIS

10.1 - Integram este Contrato, o edital da -- nº 0--/20--, seus anexos e a proposta da sociedade empresária contratada classificada em 1º lugar no certame supranumerado.

10.2 - Os casos omissos serão resolvidos de acordo com a Lei Federal 8666/93, alterada pela Lei Federal 8883/94 e nas demais normas aplicáveis. Subsidiariamente, aplicar-se-ão os princípios gerais de Direito.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA- DO FORO

Fica eleito o Foro da Comarca de União da Vitória/PR, para dirimir toda e qualquer questão oriunda deste instrumento, renunciando-se a outro por mais privilegiado que o seja. E por estarem de acordo com as condições aqui estipuladas, lavrou-se o presente contrato em 03 (três) vias de igual teor e para o mesmo efeito, o qual, depois de lido e achado conforme, é assinado pelo CONTRATANTE, CONTRATADA e testemunhas.

Cruz Machado, -- de -- de 20--.

ANTÔNIO LUIS SZAYKOWSKI



Prefeitura Municipal de Cruz Machado – Estado do Paraná
Departamento de Compras e Licitações



Departamento de
COMPRAS E LICITAÇÕES
CRUZ MACHADO para todos

Avenida Vitória, 251 – Centro – Cruz Machado – PR
CEP: 84620-000 - CNPJ: 76.339.688/0001-09
Fone (42) 3554-1222 - E-mail: licitacao@pmcm.pr.gov.br
www.pmcm.pr.gov.br

PREFEITURA MUNICIPAL DE CRUZ MACHADO

CONTRATANTE

--

CNPJ:--

CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

NOME: _____

NOME: _____

CPF: _____

CPF: _____



ANEXO V PLANO OPERATIVO

INTRODUÇÃO

O Plano Operativo é parte integrante do contrato de credenciamento celebrado entre o gestor municipal e o prestador de serviço de exames de análises clínicas, sendo um instrumento no qual são apresentadas ações e indicadores quantitativos e qualitativos pactuados entre as partes.

49

1- Justificativa

Os exames de análises clínicas são serviços auxiliares no tratamento de doenças, possibilitando diagnosticar patologias, bem como preveni-las, estabelecendo seu estágio e gravidade, assumindo assim um papel preponderante na saúde da população assistida pela rede pública municipal. Destacamos que, embora os exames de análises clínicas façam parte da média complexidade, são de fundamental relevância para a qualidade da assistência prestada na atenção básica, já que muitos deles subsidiam o monitoramento da saúde da população através das Equipes de Estratégia de Saúde da Família; das Equipes de Atenção Básica e dos Programas, entre eles, o Programa Mãe Paranaense/Rede Cegonha; Programa de Hipertensos e Diabéticos.

A contratação destes exames através de credenciamento é indispensável, tendo em vista que as cotas dos exames do SUS não atenderem a demanda de procedimentos realizados através da Secretaria de Saúde. Assim, considerando que a saúde é um direito de todos previsto na Constituição Brasileira, cabendo às três esferas de governo a responsabilidade por essa assistência e visando dar continuidade na execução dos exames de análises clínicas, permitindo a avaliação dos sintomas e colaborando na elucidação da patologia e no acompanhamento do tratamento, torna-se indispensável ao município a contratação de exames através de credenciamento.

2 - Objetivo Geral

Execução de exames de análises clínicas a serem prestados aos usuários atendidos pela rede pública municipal, ou ainda, atendidos pelos municípios de referência, desde que autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde.

3 - Objetivos Específicos

- Possibilitar o acesso à serviços de saúde, de forma a garantir uma maior resolubilidade na assistência prestada;
- Viabilizar a realização de exames de análises clínicas em tempo oportuno, a fim de garantir a efetivação do diagnóstico e tratamento;
- Propiciar um prognóstico mais preciso e eficaz, através da disponibilização dos exames aos usuários do SUS – Sistema Único de Saúde;
- Subsidiar à equipe de profissionais médicos da rede pública municipal de saúde, no desempenho de suas funções.

4 - Caracterizações da Contratada

A contratada deverá possuir o estabelecimento nos perímetros dos Municípios de Cruz Machado e/ou União da Vitória/Porto União, em área urbana, cedendo espaço físico próprio e adequado para os procedimentos, com disponibilidade de mobiliários, materiais, equipamentos e recursos humanos necessários a realização dos exames de análises clínicas.

A contratada deverá ainda, estar devidamente cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde do Ministério da Saúde, o qual deverá estar compatível com os serviços a serem prestados.

São competências e/ou funções da contratada:

- Prestar atendimento aos usuários nos dias e horários acordados;
- Acolher os pacientes e acompanhantes de forma humanizada;
- Possuir equipe multiprofissional compatível com a característica e funções do Serviço;
- Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes;



- Manter registro atualizado no CNES;
- Submeter-se à regulação, controle, avaliação e auditoria instituída pelo Gestor do SUS;
- Atender as diretrizes o PNH – Programa Nacional de Humanização.
- Trabalhar com a mais profunda ética profissional, e tratar todas as informações relevante como confidenciais.

5 – Regulações, Controle, Avaliação e Auditoria

50

Os dias e horários de atendimentos serão agendados em comum acordo entre contratante e contratado, levando-se em consideração as condições favoráveis de acesso da população residente na área rural do município.

O acompanhamento dos serviços prestados será de responsabilidade do Departamento de Administração da Secretaria de Saúde, o qual se encarregará de controlar a demanda encaminhada de acordo com o quantitativo físico e financeiro contratado.

Os serviços serão solicitados através de formulário próprio da Secretaria Municipal de Saúde – REC (Requisição de Exames Complementares) ou ainda, por outro método de registro que venha à ser implantado pela Secretaria de Saúde.

Também poderão ser solicitados através de formulários específicos de serviços de outros municípios de referência, com os quais a Secretaria possui pactuação.

Somente serão pagos os exames comprovadamente realizados, mediante o envio semanal dos resultados dos exames, os quais deverão conter a identificação do usuário e a data de realização do exame.

Deverão ainda, vir acompanhados da REC (Requisição de Exames Complementares) ou ainda, por outro formulário, devidamente autorizado previamente pelo Departamento de Administração da Secretaria de Saúde, ou ainda, pelas Unidades de Saúde com autorização descentralizada.

Cabe ao Departamento de Administração da Secretaria de Saúde informar ao Laboratório credenciado a relação das Unidades que tem permissão da Secretaria de Saúde para autorizar exames.

Os exames poderão ser glosados caso não haja comprovação de sua realização dentro dos critérios acima descritos.

Deverá ser entregue uma via do resultado do exame para o paciente (com identificação do usuário e a data de realização do exame) o qual deverá retirá-lo junto à contratada.

Excetuam-se dessa regra, os exames realizados para gestantes, pois esses deverão ser entregues no Departamento de Administração da Secretaria de Saúde para posterior envio às Unidades de Saúde.

Essa regra tem por objetivo garantir o acompanhamento das gestantes, agilizando a avaliação dos resultados de exames de análises clínicas, favorecendo o diagnóstico precoce e um melhor prognóstico.

6 - Meta Quantitativa

Atingir 100% da demanda levantada pela Secretaria de Saúde para o caso específico de atendimento da Atenção Básica Municipal.

7 - Meta Qualitativa

- Atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade na prestação dos serviços, ou seja, realizando atendimento humanizado de acordo com a Política Nacional de Humanização – PNH do Ministério da Saúde.



8 - Avaliação das Metas Quantitativa e Qualitativa

Será formada uma comissão composta por profissionais e conselheiro de saúde que irão avaliar trimestralmente, o cumprimento das metas e objetivos propostos no plano.

A avaliação quantitativa se dará por meio de Relatórios de Produção – Física e Financeira, emitidos pelo Departamento de Administração da Secretaria de Saúde.

A avaliação qualitativa será subdividida em: Avaliação Técnica dos Serviços e Avaliação da Satisfação dos Usuários, as quais serão realizadas através de impressos próprios constantes nos anexos I e II, baseados no Manual do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS, do Ministério da Saúde, edição 2004/2005.

8.1 – Critérios de Avaliação Qualitativa

A avaliação técnica dos serviços será feita através da verificação do cumprimento dos requisitos constantes no anexo I, podendo resultar na seguinte classificação:

Classificação	Referência (%)
Excelente	90 a 100%
Ótimo	80 a 90%
Bom	70 a 80%
Razoável	60 a 70%
Ruim	Abaixo de 60%

Considerando que para obter um serviço de qualidade a contratada deverá atingir no mínimo o conceito "BOM", uma vez não atingida esta classificação, a mesma será advertida e terá um prazo de 30 (trinta) dias para adequação.

Caso não seja cumprido o prazo de 30 (trinta) dias de adequação, será aplicada multa pecuniária, correspondente a 1% do valor total do contrato.

Esta multa será aplicada mensalmente, até que se atinja o conceito mínimo de classificação.

A avaliação da satisfação do usuário será feita através de pesquisa aplicada, conforme anexo II, por meio de contato telefônico ou diretamente no Estabelecimento contratado.

Para subsidiar a avaliação da Comissão, o Departamento de Administração da Secretaria de Saúde, através do Setor Próprio, emitirá trimestralmente Relatório contendo nome e endereço de usuários que foram contatados, bem como, o dia e horário do contato.

Os usuários contatados deverão ser escolhidos aleatoriamente, em dias e horários diversos. Eventualmente o Departamento de Administração da Secretaria de Saúde poderá enviar correspondência aos médicos da rede pública municipal solicitando a avaliação técnica dos resultados dos exames apresentados pelos usuários do SUS.

Os resultados obtidos nesta avaliação servirão de base para nortear a melhoria dos serviços. Caberá a Comissão a emissão de pareceres sobre a avaliação da meta qualitativa.

Os prazos de avaliação terão início a contar da data da assinatura do contrato.



ANEXO I

CNES Nº

ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

AVALIADOR

CARGO:

PROFISSIONAL DO ESTABELECIMENTO

CARGO:

AVALIAÇÃO TÉCNICA DOS SERVIÇOS

	SIM	NÃO	REQUISITOS
DIREÇÃO/ADMINISTRAÇÃO			<p>O Estabelecimento possui Responsável Técnico habilitado para o exercício da atividade oferecida no serviço.</p> <p>Existe pessoa responsável para resolver situações adversas e que esteja acessível durante todo o período de realização dos exames contratados.</p> <p>O Estabelecimento dispõe de mecanismo que visem garantir a Ética Profissional</p>



GESTÃO DE PESSOAS

Os profissionais cuja profissão é regulamentada por conselhos de classe, estão devidamente registrados no Estado em que está a sede do Estabelecimento contratado.

Resultado do Exame à ser fornecido ao usuário do SUS – Sistema Único de Saúde, com identificação completa do mesmo; data de realização do exame, devidamente carimbado e assinado pelo bioquímico executante do exame.

Atendimento ao Cronograma de entrega dos Resultados dos Exames Realizados, ao Departamento de Municipalização, para fins de Auditoria

GESTÃO DE DOCUMENTAÇÃO

Apresentação correta da documentação para Auditoria, ou seja, Requisição de Exames Complementares (ou documento similar autorizado pela Secretaria de Saúde), acompanhado do Resultado do Exame (conforme padrões anteriormente explicitados)

Assegura a guarda dos resultados dos exames no que se refere à confidencialidade e integridade dos mesmos.

Realiza manutenção predial corretiva

GESTÃO DA ÁREA FÍSICA

Ambientes identificados e de fácil visualização

Equipamento (s) disponível (is) em condições de uso, compatíveis com a finalidade a que se propõem.

GESTÃO DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

Há programa de manutenção preventiva dos equipamentos.

HIGIENE

Utilização de jaleco pelo profissional responsável pela coleta, devidamente limpo. Utilização de Luvas e seringas descartáveis, abertas na presença do Usuário

Forro lavável, limpo e claro.

Paredes limpas e claras



Prefeitura Municipal de Cruz Machado – Estado do Paraná
Departamento de Compras e Licitações

Avenida Vitória, 251 – Centro – Cruz Machado – PR
CEP: 84620-000 - CNPJ: 76.339.688/0001-09
Fone (42) 3554-1222 - E-mail: licitacao@pmcm.pr.gov.br
www.pmc.m.pr.gov.br



Departamento de
COMPRAS E LICITAÇÕES
CRUZ MACHADO
para todos

ÁREA FÍSICA BÁSICA

Piso de fácil limpeza e desinfecção.

Acesso a cadeirantes e deficientes físicos.

Sanitário para usuários do SUS e acompanhantes.

Alvará sanitário em dia

Espaços separados: recepção/sala de espera de exames.

Pontuação: _____

Parecer do avaliador:

Cruz Machado, _____ de _____ de 2022.

Assinatura do Avaliador
Unidade

Assinatura do Profissional da



ANEXO II

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS

PERFIL DO USUÁRIO

Nome:

Idade:

Sexo:

Escolaridade:

Data:

Ambiência:

Indicadores

Excelente

Ótimo

Bom

Regular

Ruim

Limpeza dos ambientes (recepção; sala de espera; banheiro, sala de exames etc...)

Conforto dos ambientes – ventilação; iluminação; limpeza e integridade do mobiliário, propiciando conforto e bem estar.

Espaço físico adequado a demanda de usuários que aguardam o atendimento médico

Atendimento pelo profissional responsável pela coleta do material



Cruz Machado, _____ de _____ de 2022.

Assinatura do Avaliador