



# **Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR**

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

## **PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 020/2023 CHAMAMENTO PÚBLICO - PMAP Nº 002 / 2023.**

**CREDENCIAMENTO PÚBLICO DE PESSOA JURÍDICA, NA ÁREA DA SAÚDE, PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ANÁLISES CLÍNICAS LABORATORIAIS, SENDO ATENDIMENTO AMBULATORIAL, EXISTENTES NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.**

### **1 – PREÂMBULO:**

---

1.1 – A Prefeitura Municipal de Alto Paraíso – Paraná, através da Comissão Permanente de Licitação, designada por ato do Chefe do Poder Executivo Municipal e de e de conformidade com a Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 14.133/2021, e demais legislações aplicáveis torna pública a realização do **CREDENCIAMENTO PÚBLICO DE PESSOA JURÍDICA, NA ÁREA DA SAÚDE, PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ANÁLISES CLÍNICAS LABORATORIAIS, SENDO ATENDIMENTO AMBULATORIAL, EXISTENTES NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, existentes na Secretaria Municipal de Saúde.

### **2 – OBJETO:**

---

2.1 – O presente Chamamento Público tem por objeto o, credenciamento público de Pessoa Jurídica, na área da saúde, para prestação de serviços de Análises Clínicas Laboratoriais, sendo atendimento ambulatorial, existentes na Secretaria Municipal de Saúde, nos termos das condições estabelecidos a seguir:

### **3 – CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO:**

---

3.1 – Poderão participar do Credenciamento Pessoas Jurídicas que gozem de boa reputação profissional, avaliadas como prestadores de serviços de saúde, desde que atendidos aos requisitos do item 6.1 exigidos neste instrumento de chamamento, bem como atendam as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento satisfatório.



# **Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR**

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

3.2 – Não poderão participar no Credenciamento os interessados que não atenderem ao item 6.1 deste termo.

## **4 – FORMA DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO:**

4.1 – Os interessados poderão inscrever-se para Credenciamento a partir da publicação do presente termo no Órgão Oficial do Município e exposição no átrio do Paço Municipal, no Departamento de Licitação, Avenida Pedro Amaro dos Santos, nº. 900, Centro, Cep: 87.528-000 em Alto Paraíso – PR.

4.2 – Serão considerados credenciadas as pessoas jurídicas que apresentarem os documentos enumerados no item 6.1 deste termo.

4.3 – Os interessados poderão solicitar a inscrição no Credenciamento à partir da publicação deste, sendo suas inscrições proporcionalmente adequadas ao período remanescente de vigência do Credenciamento.

4.4 – Os interessados para atenderem o chamamento do credenciamento, poderão ter acesso aos modelos, no endereço citado no item 4.1, deste termo.

## **5 – FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS:**

5.1 – Os interessados deverão encaminhar os documentos relacionados no item 6.1 ao Departamento de Licitação, no horário das 08h00min as 16h30min em dias de expediente no Paço Municipal, situado na Avenida Pedro Amaro dos Santos, nº. 900, Centro, Cep: 87.528-000 Alto Paraíso – PR, em envelope fechado com as seguintes indicações:

**CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. 002/2023 – PMAP.**

**CREDENCIAMENTO PÚBLICO DE PESSOA JURÍDICA, NA ÁREA DA SAÚDE, PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ANÁLISES CLÍNICAS LABORATORIAIS, SENDO ATENDIMENTO AMBULATORIAL, EXISTENTES NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.**

---

**NOME DA EMPRESA INTERESSADA:**

**ENDEREÇO:**

**TELEFONE PARA CONTATO:**

## **6 – DOCUMENTAÇÃO REFERENTE À HABILITAÇÃO:**



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

**6.1** – Para o credenciamento de pessoas jurídicas, os mesmos deverá apresentar os seguintes documentos:

- a) – Requerimento para credenciamento, conforme modelo contido no anexo I;
- b) – Declaração de idoneidade, conforme modelo contido no anexo II;
- c) – Tabela de Preços, conforme modelo contido no anexo V;
- d) – Cópia do CNPJ da empresa;
- e) – Certidão Negativa de Débitos da Fazenda Federal;
- f) – Certidão Negativa Débito Estadual;
- g) – Certidão Negativa de Débitos Municipal da sede da empresa;
- h) – Certidão de Fundo de Garantia por tempo de Serviço (FGTS);
- i) – Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT).
- j) – Certidão Negativa de Falência e Concordata, Recuperação Judicial ou Extra Judicial, expedida pela comarca do domicílio da pessoa jurídica, participante do Processo de Credenciamento. Não constando o prazo de validade, a Comissão de Licitação aceitará apenas a certidão expedida até 90 (Noventa) dias antes da apresentação da documentação. Somente serão aceitas certidões com o mesmo CNPJ da participante no certame.
- k) – Certidão negativa correcional (CGU-PJ, CEIS, CNEP e CEPIM), do CNPJ, podendo ser tirado junto ao site <https://certidoes.cgu.gov.br/> ;
- l) – Apresentar, no mínimo 01 (um) Atestado de Capacidade Técnica, fornecido por pessoa jurídica de direito público, em nome e favor da empresa que deseja credenciar, comprobatório da execução de serviço pertinente e compatível com os serviços que se deseja credenciar, sendo utilizado como parâmetro para aferir à compatibilidade a prestação de serviços, devendo ser expressamente evidenciada a boa qualidade dos serviços prestados e período da prestação dos serviços;
- m) – Cópias do Contrato Social e suas alteração (ões);
- n) – Cópias da C/IRG e CPF/MF, CRM e Diplomas do(s) sócio(s) gerente(s);
- o) – Documentos dos prestadores de serviço:
  - > Cópia do RG, CPF ou CNH;
  - > Cópia da Carteira do Conselho de Classe;
  - > Diploma ou Declaração de Conclusão do Curso;
  - > Diploma ou Declaração de Conclusão de Especialidades;



# **Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR**

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

> Declaração de Débitos junto ao Conselho de Classe de Pessoa Física do Prestador de Serviço;

**6.2 - Os documentos necessários à habilitação deverão ser apresentados em original, por qualquer processo de cópia autenticada por cartório competente ou por servidor da Administração ou publicação em órgão da imprensa oficial.**

## **7 – PROCEDIMENTO DO CADASTRO:**

7.1 – O cadastramento será amplamente divulgado através de publicação no Átrio do Paço Municipal, bem como por meio de expedição de convites aos profissionais da área médica, que gozem de boa reputação profissional.

7.2 – Os inscritos serão cadastrados segundo a avaliação técnica pelos elementos constantes da documentação relacionadas no item 6.1 do presente instrumento.

7.3 – Para renovação do Credenciamento, o responsável pela Unidade contratante deverá proceder, no mínimo anualmente, através da imprensa oficial e de jornal diário ao chamamento público para a atualização dos registros existentes e para o ingresso de novos interessados.

## **8 – CRITÉRIO DE CADASTRAMENTO:**

8.1 – Os interessados serão inicialmente cadastrados pela ordem de apresentação dos envelopes contendo os documentos de habilitação, junto ao setor indicado no item 4.1 deste edital e posteriormente recadastrados conforme a ordem de execução dos serviços.

8.2 – Ao requerer a inscrição no cadastro, ou atualização deste, a qualquer tempo, o interessado fornecerá os elementos necessários à satisfação das exigências contidas no item 6.1 deste instrumento, bem de sua capacitação profissional.

8.3 – Aos inscritos será fornecido certificado, renovável sempre que atualizarem o registro.

8.4 – A atuação do cadastramento no cumprimento de obrigações assumidas será anotada no respectivo registro cadastral.

8.5 – A qualquer tempo o Termo de Credenciamento/Ordem de Serviço poderá ser alterado, visando adequar o serviço às condições de execução previstas pelo Fundo Municipal de Saúde.



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

8.6 – O Termo de Credenciamento poderá ser suspenso ou cancelado, se ficar demonstrado que o inscrito deixou de satisfazer as exigências estabelecidas para o cadastramento, bem como senão atender as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento satisfatório, oportunidade em que haverá imediata abertura para chamada do próximo inscrito no credenciamento.

8.7 – As empresas credenciadas serão contratadas conforme necessidade da Secretaria Municipal de Saúde, podendo haver, redução de profissionais ou novas contratações, seguindo a ordem de inscrição.

8.8 – Os serviços serão ofertados ao candidato que efetivou a sua inscrição em primeiro lugar, e assim sucessivamente.

8.9 – Caso o primeiro inscrito não tenha condição de atender a demanda ofertada, o serviço será passado para o segundo inscrito e assim sucessivamente.

8.10 – Em caso de empate, (inscrição simultânea), o critério de desempate será a empresa que apresentar maior tempo de prestação de serviços na rede SUS, conforme Atestados de Capacidade Técnica (Item 6.1 item L).

## **9 – DO VALOR E PRAZO DE EXECUÇÃO:**

9.1 – As remunerações pela prestação dos serviços serão regidas pela Planilha de Custos, Tabela de Procedimentos.

9.2 – O valor disponível para realização dos serviços a serem contratados ao CREDENCIAMENTO PÚBLICO DE PESSOA JURÍDICA, NA ÁREA DA SAÚDE, PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ANÁLISES CLÍNICAS LABORATORIAS, SENDO ATENDIMENTO AMBULATORIAL, EXISTENTES NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, será de **até R\$ 600.000,00 (Seiscentos Mil Reais)**.

9.3 – O prazo de execução será do dia **01 de FEVEREIRO DE 2023 ao dia 31 de JANEIRO DE 2024**, sendo que eventuais credenciamentos efetivados a partir da data limite serão efetivados e pagos em proporcionalidade.

9.4 – É vedada a cobrança de sobretaxas pelos credenciados, sendo motivo de descredenciamento, permitindo novos credenciamentos a qualquer momento.

9.5 – O pagamento pelos serviços, ora Credenciados, será individualizado pela natureza da prestação, complexidade e especialidade das áreas médicas.

9.6 – Cada área credenciada terá sua agenda e carga horária definida pelo respectivo Contrato de Prestação de Serviço;



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

9.7 – A quitação será realizada entre os dias 10º e 15º do mês subsequente à prestação de serviços, mediante apresentação do respectivo comprovante fiscal/pessoa jurídica, após avaliação técnica da execução dos serviços pela Secretaria Municipal de Saúde.

9.8 – O pagamento será realizado através de banco oficial, emitido após avaliação dos procedimentos de saúde, prevista pelo itens 9.7.

## **10 – DO PRAZO E VIGÊNCIA:**

10.1 – O prazo de execução e vigência do presente Credenciamento, nos termos do Chamamento Público nº. 002 / 2023 - PMAP e Lei Federal nº. 8080/90, e Lei 14.133/2021, será do dia **01 de FEVEREIRO DE 2023 ao dia 31 de JANEIRO DE 2024.**

10.2 - Os eventuais credenciamentos efetivados a partir da data inaugural serão efetivados e pagos em proporcionalidade ou período remanescente.

## **11 – DA RESCISÃO DO CREDENCIAMENTO:**

11.1 – O Termo de Credenciamento poderá ser rescindido unilateralmente pelo Prefeito Municipal, a qualquer momento, atendendo a oportunidade e conveniência administrativa, não recebendo a contratada qualquer valor a título de indenização pela unilateral rescisão, exceto aos serviços já prestados no ato da rescisão.

11.2 – O credenciado poderá solicitar a rescisão do contrato, desde que proceda a notificação formal a Secretaria Municipal de Saúde, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, devendo cumprir toda agenda já programada, e só então o contrato será rescindido.

## **12 – CRITÉRIO DE REAJUSTE:**

12.1 – Os valores dos procedimentos indicados não sofrerão reajustes pelo período de vigência da Tabela de Valores dos Procedimentos e Serviços (anexo V). Eventual correção após este período será revista com base nos índices oficiais, determinada pelo Ministério da Saúde.

## **13 – SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E INADIMPLEMENTO DOS SERVIÇOS:**

13.1 – Pela inexecução total ou parcial na prestação dos serviços, a Prefeitura Municipal de Alto Paraíso – Pr, poderá garantir a prévia defesa, aplicar aos cadastrados as sanções previstas na Lei 14.133/2021.



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

13.2 – Para apuração de eventuais casos de inadimplemento dos serviços, o Departamento Municipal de Saúde manterá disponível ao usuário do SUS serviço de Ouvidoria nas unidades de saúde do município.

## **14 – CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:**

14.1 – O Pagamento pela prestação dos serviços será realizado sempre entre os dias 10 e 15 do mês seguinte, após avaliação técnica da execução dos serviços pela SMS.

14.2 – O respectivo Contrato de Trabalho disporá sobre as condições e horário do atendimento dos serviços médicos a serem prestados, respeitadas as condições de execução dos serviços de referência e contra-referência das Unidades de Saúde conveniadas.

14.3 – O pagamento será realizado através de banco oficial, facultando-se ao profissional a indicação de outro banco, desde que assuma os encargos com a respectiva ordem de pagamento ou através de transferência eletrônica realizada pelo Departamento Municipal de Fazenda.

14.4 – Os pagamentos pela execução dos serviços correrão por conta dos recursos das seguintes dotações orçamentária:

| DESP. | ELEMENTO     | DESCRIÇÃO                             | FUNCIONAL                | DEPARTAMENTO             |
|-------|--------------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7902  | 339039501000 | SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A | 08.02..10.301.0014.2.042 | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |
| 7942  | 339039501000 | SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A | 08.02..10.301.0014.2.042 | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |
| 7982  | 339039501000 | SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A | 08.02..10.301.0014.2.042 | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |
| 8022  | 339039501000 | SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A | 08.02..10.301.0014.2.042 | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |
| 8222  | 339039501000 | SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A | 08.02..10.301.0014.2.042 | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |
| 8262  | 339039501000 | SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A | 08.02..10.301.0014.2.042 | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |
| 8062  | 339039501000 | SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A | 08.02..10.301.0014.2.042 | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |
| 8102  | 339039501000 | SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A | 08.02..10.301.0014.2.042 | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |
| 8142  | 339039501000 | SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A | 08.02..10.301.0014.2.042 | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |
| 8182  | 339039501000 | SERVICOS E PROCEDIMENTOS              | 08.02..10.301.0014.2.042 | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |





# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

|      |              |                                       |                          |                          |
|------|--------------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|      |              | COMP.ES EM A                          |                          |                          |
| 8725 | 339039501000 | SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A | 08.02..10.301.0014.2.072 | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |
| 8608 | 339039501000 | SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A | 08.02..10.301.0014.2.072 | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |
| 8647 | 339039501000 | SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A | 08.02..10.301.0014.2.072 | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |
| 8686 | 339039501000 | SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A | 08.02..10.301.0014.2.072 | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |
| 8687 | 339039503000 | SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E  | 08.02..10.301.0014.2.072 | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |
| 8648 | 339039503000 | SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E  | 08.02..10.301.0014.2.072 | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |
| 8609 | 339039503000 | SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E  | 08.02..10.301.0014.2.072 | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |
| 8726 | 339039503000 | SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E  | 08.02..10.301.0014.2.072 | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |
| 8771 | 339039501000 | SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A | 08.02..10.301.0014.2.116 | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |
| 8772 | 339039503000 | SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E  | 08.02..10.301.0014.2.116 | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |
| 8897 | 339039503000 | SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E  | 08.02..10.302.0014.2.044 | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |
| 8935 | 339039503000 | SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E  | 08.02..10.302.0014.2.044 | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |
| 8973 | 339039503000 | SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E  | 08.02..10.302.0014.2.044 | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |
| 9011 | 339039503000 | SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E  | 08.02..10.302.0014.2.044 | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |
| 9049 | 339039503000 | SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E  | 08.02..10.302.0014.2.044 | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |
| 9087 | 339039501000 | SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A | 08.02..10.302.0014.2.073 | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |
| 9088 | 339039503000 | SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E  | 08.02..10.302.0014.2.073 | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |
| 9653 | 339039501000 | SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A | 08.02..10.303.0014.2.046 | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |
| 9691 | 339039501000 | SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A | 08.02..10.303.0014.2.046 | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |
| 9729 | 339039501000 | SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A | 08.02..10.303.0014.2.046 | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |
| 9843 | 339039501000 | SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A | 08.02..10.303.0014.2.046 | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |
| 9767 | 339039501000 | SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A | 08.02..10.303.0014.2.046 | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |
| 9805 | 339039501000 | SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A | 08.02..10.303.0014.2.046 | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |

## 15 – RECURSOS ADMINISTRATIVOS:





# **Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR**

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

15.1 – Aos credenciados é assegurado o direito de interposição de Recurso, nos termos art. 164 e 165 da Lei nº. 14.133/2021, o qual será recebido e processado nos termos ali estabelecidos.

15.2 – A eventual impugnação ao presente Chamamento deve ser apresentada pelo interessado, considerando a natureza suplementar dos serviços de saúde, em razão de sua vinculação conforme Lei 14.133/2021.

## **16 – DISPOSIÇÕES GERAIS:**

16.1 – Esclarecimentos relativos ao presente Termo e às condições para atendimento das obrigações necessárias ao cumprimento de seu objeto, somente serão prestados quando solicitados por escrito, ao Departamento de Licitações da Prefeitura Municipal, no horário das 08h00min as 16h30min em dias de expediente.

16.2 – Fica eleito o foro da cidade de Xambrê - Paraná, como competente para dirimir todas as questões decorrentes do credenciamento.

## **17 – ANEXOS:**

17.1 – Os anexos abaixo relacionados, integrantes do presente Termo, poderão ser obtidos junto à Diretoria de Licitações da PMAP, em endereço indicado no item 4.1:

- a) anexo I – Modelo de requerimento para credenciamento;
- b) anexo II – Declaração de idoneidade;
- c) anexo III – Minuta da Ordem de Serviço Mensal;
- d) anexo IV – Minuta do Contrato de Prestação de Serviços;
- e) anexo V – Tabela de Valores referenciais.

Alto Paraíso PR, 06 de Março de 2023.

**Dercio Jardim Junior**  
**Prefeito Municipal**



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

## ANEXO I

(em papel timbrado/personalizado do prestador)

Ilmo Senhor:

**RODRIGO WESLEY SOBREIRA REVESSO.**

**Secretário Municipal de Saúde.**

**COM VISTAS A COMISSÃO DE LICITAÇÃO**

**ALTO PARAÍSO - PR.**

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no **CREDENCIAMENTO PÚBLICO DE PESSOA JURÍDICA, NA ÁREA DA SAÚDE, PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ANÁLISES CLÍNICAS LABORATORIAIS, SENDO ATENDIMENTO AMBULATORIAL, EXISTENTES NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, divulgado pelo Município de Alto Paraíso - Pr, através do Fundo Municipal de Saúde, objetivando a contratação de prestação de serviços médicos, nos termos do Chamamento Público nº 002 / 2023.

Nome da Empresa: \_\_\_\_\_

Endereço Comercial: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_

Responsável pela Empresa: \_\_\_\_\_

CRF nº: \_\_\_\_\_ R.G.nº: \_\_\_\_\_ CPF/MF nº. \_\_\_\_\_

Alto Paraíso – Pr, em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

---

Assinatura e Carimbo da Empresa.

## ANEXO I

(em papel timbrado/personalizado do prestador)

Ilmo Senhor:

RODRIGO WESLEY SOBREIRA REVESSO.

Secretário Municipal de Saúde.

COM VISTAS A COMISSÃO DE LICITAÇÃO

ALTO PARAÍSO - PR.

A empresa \_\_\_\_\_, devidamente inscrita no CNPJ nº \_\_\_\_\_, acima firmado, **DECLARA** para os devidos fins de direito, na qualidade de solicitante de cadastramento em **CREDENCIAMENTO PÚBLICO DE PESSOA JURÍDICA, NA ÁREA DA SAÚDE, PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ANÁLISES CLÍNICAS LABORATORIAIS, SENDO ATENDIMENTO AMBULATORIAL, EXISTENTES NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, que não foi declarada inidônea para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Alto Paraíso - Pr, em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

---

Assinatura e Carimbo da Empresa.



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

## ANEXO III

### CHAMAMENTO PÚBLICO - PMAP Nº. 002 / 2023.

**CREDENCIAMENTO PÚBLICO DE PESSOA JURÍDICA, NA ÁREA DA SAÚDE, PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ANÁLISES CLÍNICAS LABORATORIAIS, SENDO ATENDIMENTO AMBULATORIAL, EXISTENTES NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.**

**ORDEM DE EXECUÇÃO DE SERVIÇO nº..... / 2023.**

**INEXIGIBILIDADE Nº ..... / 2023.**

**CONTRATO Nº ..... / 2023**

Pela presente Ordem de Execução de Serviços sob nº. .... / 2023, o **MUNICÍPIO DE ALTO PARAÍSO**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ-MF sob o número 95.640.736/0001-30, com sede na Avenida Pedro Amaro Dos Santos, nº. 900 neste ato representado pelo Senhor Prefeito Municipal, **DERCIO JARDIM JUNIOR**, Prefeito Municipal, Portador da Cédula de Identidade nº 1.649.033-4 SSP/PR, devidamente inscrito no CPF sobre o número 474.519.719-53, residente e domiciliado no Município de Alto Paraíso, Estado do Paraná – Pr, através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, pessoa jurídica, inscrita no CNPJ sobre o número 09.251.282/0001-74, com sede na Avenida Augusto José De Souza, nº 1986, CEP: 87528-000, neste ato representado pelo Sr. **RODRIGO WESLEY SOBREIRA REVESSO**, brasileiro, Secretário Municipal de Saúde, portador da Cédula de Identidade nº 10.187.309-9, SSP/PR, devidamente inscrito no CPF, sobre o número 061.355.079-07, residente e domiciliado na cidade de Alto Paraíso – Paraná, AUTORIZA a Empresa:

....., Prestadora de serviços de .....,  
pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº. ...., com sede na  
Avenida ....., na cidade de ....., Estado do ....., neste



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

ato representado pela (o) Sra (o) ....., brasileira (o), Médica (o) portadora (a) da C/IRG nº: ..... SSP/....., devidamente inscrita (o) no CPF/MF nº. ...., CRF/PR ....., autorizada (o) a iniciar a prestação dos Serviços sendo **ANÁLISES CLÍNICAS LABORATÓRIAS AMBULATORIAL**, objeto do Chamamento Público nº. 002 / 2023, do **CREDENCIAMENTO PÚBLICO DE PESSOA JURÍDICA, NA ÁREA DA SAÚDE, PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ANÁLISES CLÍNICAS LABORATORIAIS, SENDO ATENDIMENTO AMBULATORIAL, EXISTENTES NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, PELO PERÍODO DE ..... / 2023, PARA PREENCHIMENTO DOS REFERIDOS CARGOS**, com divulgação no átrio do Paço Municipal, da Prefeitura Municipal de Alto Paraíso, Estado do Paraná, **nos termos da Lei nº. 8080/1990 e Lei 14.133/2021 e legislação pertinente, nas condições do referido Chamamento Público, nos seguintes termos:**

1 - A presente Ordem de Serviço visa atender ao Chamamento Público nº. 002 / 2023 que tem por objeto o Credenciamento de Profissional da área de saúde, pessoa jurídica para prestação de serviços laboratoriais, sendo:

| Nº. | SERVIÇO                                                                                                           | R\$ TOTAL. |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 01  | Serviços de Análises Clínicas Laboratoriais, prestados junto ao Fundo Municipal de Saúde, no mês de ..... / 2023. | 0,00       |

2) - O Credenciado como profissional da área, é detentor de boa reputação profissional, deverá manter durante a vigência deste Termo os requisitos exigidos pelo item 6.1 exigidos pelo instrumento de chamamento Público nº. 002 / 2023, bem como atender as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento satisfatório.

3) - O valor dos Serviços objetos dessa Ordem de Execução de Serviço para o período de ..... / 2023, **será de R\$ 0,00** (Zero reais), de acordo com as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde, sendo que os procedimentos devem atender no mínimo a Tabela de Procedimentos.

4) - Entre os dias 1 (um) e 05 (cinco) de cada mês subsequente o prestador de serviço apresentará sob forma de relatórios, os serviços executados, separados por procedimentos acompanhados pelas respectivas guias referentes a este mês.



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

- 5) - Os impressos das guias de encaminhamento, serão fornecidos aos profissionais cadastrados, pelo Departamento Municipal de Saúde.
- 6) - O pagamento pela prestação de serviços será realizado em até 10 (Dez) dias após sua conclusão, mediante atendimento aos itens 2 e 4.
- 7) - O presente contrato poderá ser rescindido unilateralmente pela Prefeita Municipal, a qualquer momento, atendendo a oportunidade e conveniência administrativa, não recebendo a contratada qualquer valor a título de indenização pela unilateral rescisão, exceto aos serviços já prestados no ato da rescisão. Quanto ao profissional cadastrado poderá requerer seu descredenciamento a qualquer tempo, independentemente da causa, desde que comunicado a intenção no descredenciamento com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.
- 8) - Caberá ao Secretário Municipal de Saúde a coordenação e fiscalização da prestação dos serviços através de planilha própria, conforme cada área.
- 9) - A escala de trabalho para o Credenciado será definida pelo Departamento Municipal de Saúde, em horários e períodos pré-determinados, devendo a referida escala incluir os feriados e finais de semana.
- 10) - A presente Ordem de Execução de Serviço terá prazo de execução no período de ..... / **2023** e vigência por igual período.
- 11) - A presente Ordem de Execução de Serviço não caracteriza nenhum vínculo empregatício.
- 12) - A qualquer tempo o Termo de Credenciamento/Ordem de Serviço poderá ser alterado, visando adequar o serviço às condições de execução previstas pelo Departamento Municipal de Saúde.
- 13) – O Termo de Credenciamento poderá ser suspenso ou cancelado, se ficar demonstrado que o Credenciado deixou de satisfazer as exigências estabelecidas para o cadastramento, bem como não atender as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento satisfatório, oportunidade em que haverá imediata abertura para inscrição de novos credenciados.
- 14) - É vedada a cobrança de sobretaxas pelo Credenciado, sendo motivo de descredenciamento, permitindo novos credenciamentos a qualquer momento.
- 15) - O valor da presente Ordem de Serviço não sofrerá reajuste pelo período de vigência. Eventual correção após este período será revista com base nos índices oficiais, determinadas pelo Ministério da Saúde.



# **Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR**

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

16) - Integram e completam a presente Ordem de Execução de Serviços, para todos os fins de direito, obrigando as partes em todos os seus termos, as normas contidas na **Lei 8080/90 e Lei 14.133/2021** e legislação pertinente, juntamente com seus anexos.

Alto Paraíso – Paraná, em ..... de ,..... de 2023.

**Rodrigo Wesley Sobreira Reverso**  
**Secretário Municipal De Saúde.**





# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

## ANEXO IV.

CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA ÁREA DA SAÚDE Nº 002 / 2023, NA ÁREA DA SAÚDE, PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE **ANÁLISES CLÍNICAS LABORATORIAIS**, SENDO ATENDIMENTO AMBULATORIAL, EXISTENTES NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, TERMO DE INEXIGIBILIDADE ..... / 2023, PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE ALTO PARAÍSO.

TERMO DE CONTRATO Nº \_\_\_\_ / 2023 DA PMAP, QUE ENTRE SI FAZEM O MUNICÍPIO DE ALTO PARAÍSO, ATRAVÉS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE E A EMPRESA \_\_\_\_\_, OBJETIVANDO A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE ALTO PARAÍSO - PARANÁ.

O **MUNICÍPIO DE ALTO PARAÍSO**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ-MF sob o número 95.640.736/0001-30, com sede na AVENIDA PEDRO AMARO DOS SANTOS, Nº. 900 neste ato representado pelo Senhor Prefeito Municipal, **DERCIO JARDIM JUNIOR**, Prefeito Municipal, Portador da Cédula de Identidade nº 1.649.033-4 SSP/PR, devidamente inscrito no CPF sobre o número 474.519.719-53, residente e domiciliado neste Município, através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, pessoa jurídica, inscrita no CNPJ sobre o número 09.251.282/0001-74, com sede na Avenida Augusto José de Souza, nº 1986, CEP: 87528-000, neste ato representado pelo Sr. **RODRIGO WESLEY SOBREIRA REVESSO**, brasileiro, Secretário Municipal de Saúde, portador da Cédula de Identidade nº 10.187.309-9, SSP/PR, devidamente inscrito no CPF, sobre o número 061.355.079-07, residente e domiciliado na cidade de Alto Paraíso – Paraná, doravante denominado simplesmente **CREDENCIANTE** e \_\_\_\_\_, empresa Jurídica de direitos privados, inscrita no CNPJ nº: \_\_\_\_\_, com sede na Rua \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

\_\_\_\_\_, doravante denominada simplesmente **CREDENCIADO**, perante as testemunhas abaixo firmadas, pactuam o presente termo, cuja celebração foi autorizada de acordo com o Edital de Credenciamento Universal nº 002 / 2023, Termo de Inexigibilidade nº \_\_\_\_\_ / 2023, Processo nº \_\_\_\_\_ / 2023 e que se regerá pelas Lei nº 8080/1990, e Lei nº 14.133/2021, atendendo as cláusulas e condições a seguir enunciadas:

## **CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

1.1 O CREDENCIADO prestará os seguintes serviços para a Saúde Pública do Município de Alto Paraíso:

✓ **(Descrição das atividades a serem executadas – Anexo V)**

## **CLÁUSULA SEGUNDA – DA FORMA DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

2.1. Os serviços serão prestados para a Secretaria Municipal de Saúde do município de Alto Paraíso, Estado do Paraná, conforme cronograma.

2.2. O CREDENCIANTE fiscalizará a CREDENCIADA através do órgão competente, acompanhando inclusive o grau de satisfação dos usuários, em consonância e obediência ao prescrito na Lei nº 8.080/90 e Lei nº 14.133/2021.

## **CLÁUSULA TERCEIRA - DA VIGÊNCIA CONTRATUAL**

3.1. O prazo de vigência deste contrato será até **31 de Janeiro de 2024**, com início à partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado, nos termos da Lei.

## **CLÁUSULA QUARTA - DO VALOR CONTRATUAL**

4.1. Pela execução dos serviços previstos na cláusula primeira, o CREDENCIANTE pagará à CREDENCIADA o valor de até **R\$ \_\_\_\_\_** (\_\_\_\_\_ reais) **ANO**, conforme relatório de produção a ser aferido pela Secretaria Municipal de Saúde.

4.2. As despesas decorrentes da execução do objeto do presente credenciamento correrão na seguinte dotação orçamentária:

| DESP | ELEMENTO     | DESCRIÇÃO                | FUNCIONAL                  | DEPARTAMENTO    | PRINC. |
|------|--------------|--------------------------|----------------------------|-----------------|--------|
|      |              | OUTRAS DESPESAS PESSOAIS |                            | FUNDO MUNICIPAL |        |
| 463  | 339034000000 | DECORRENTES CONTRATOS    | 08.02.00.10.301.0014.2.040 | DE SAUDE        | 463    |
| 464  | 339034000000 | OUTRAS DESPESAS PESSOAIS | 08.02.00.10.301.0014.2.040 | FUNDO MUNICIPAL | 464    |



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

|      |              |                                                  |                            |                             |     |
|------|--------------|--------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----|
|      |              | DECORRENTES CONTRATOS                            |                            | DE SAUDE                    |     |
| 485  | 339034000000 | OUTRAS DESPESAS PESSOAL<br>DECORRENTES CONTRATOS | 08.02.00.10.301.0014.2.042 | FUNDO MUNICIPAL<br>DE SAUDE | 485 |
| 532  | 339034000000 | OUTRAS DESPESAS PESSOAL<br>DECORRENTES CONTRATOS | 08.02.00.10.303.0014.2.046 | FUNDO MUNICIPAL<br>DE SAUDE | 532 |
| 6915 | 339039503000 | SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE<br>MEDIA E          | 08.02.00.10.302.0014.2.044 | FUNDO MUNICIPAL<br>DE SAUDE | 506 |
| 6916 | 339039503000 | SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE<br>MEDIA E          | 08.02.00.10.302.0014.2.044 | FUNDO MUNICIPAL<br>DE SAUDE | 507 |
| 6917 | 339039503000 | SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE<br>MEDIA E          | 08.02.00.10.302.0014.2.044 | FUNDO MUNICIPAL<br>DE SAUDE | 508 |
| 6918 | 339039503000 | SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE<br>MEDIA E          | 08.02.00.10.302.0014.2.044 | FUNDO MUNICIPAL<br>DE SAUDE | 509 |

## CLÁUSULA QUINTA - DOS REAJUSTES

5.1. O preço proposto é fixo e irrevogável até o prazo de **31 de Janeiro de 2024**. No entanto, na hipótese de se efetivar a prorrogação prevista no subitem 3.1 deste Instrumento.

## CLÁUSULA SEXTA - DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

6.1. A remuneração dos serviços previstos no objeto deste contrato se dará unicamente com base nos Anexos V e Anexos III.

6.2. Será efetuado o pagamento do valor referente aos serviços prestados entre os dias 10 (Dez) e 15 (Quinze) do mês subsequente.

## CLÁUSULA SÉTIMA - DA RESCISÃO CONTRATUAL

7.1. A inexecução total ou parcial deste Contrato ensejará a sua rescisão administrativa, nas hipóteses previstas na Lei, sem que caiba à CREDENCIADA direito a qualquer indenização.

7.2. A rescisão contratual poderá ser:

7.2.1. Conforme item 11, DA RESCISÃO DO CREDENCIAMENTO, item 11.1 e 11.2 do referido Edital.

7.2.2. Amigável, mediante autorização da autoridade competente, reduzida a termo no processo credenciatório, desde que demonstrada conveniência para a Administração.



# **Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR**

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

## **CLÁUSULA OITAVA - DAS PENALIDADES**

8.1 Sem prejuízo das sanções previstas na Lei 8080/1990 e Lei 14.133/2021, a empresa contratada ficará sujeita às seguintes penalidades, assegurada a prévia defesa;

8.2. Pelo atraso injustificado na execução do Contrato:

8.2.1. Multa de 0,33% (trinta e três centésimos por cento), sobre o valor da obrigação não cumprida, por dia de atraso, limitada ao total de 20% (vinte por cento);

8.3. Pela inexecução total ou parcial do Contrato:

8.3.1. Multa de 20% (vinte por cento), calculada sobre o valor do Contrato ou da parte não cumprida;

8.4. As multas aqui previstas não têm caráter compensatório, porém moratório e, consequentemente, o pagamento delas não exime o profissional contratado da reparação dos eventuais danos, perdas ou prejuízos que seu ato punível venha acarretar ao Município de Alto Paraíso, Estado do Paraná.

## **CLÁUSULA NONA - DA CESSÃO OU TRANSFERÊNCIA**

9.1. O presente termo não poderá ser objeto de cessão ou transferência, no todo ou em parte.

## **CLÁUSULA DÉCIMA - DA PUBLICAÇÃO DO CONTRATO**

10.1. O CREDENCIANTE providenciará a publicação respectiva, em resumo, do presente termo, na forma prevista em Lei.

## **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS DISPOSIÇÕES COMPLEMENTARES**

11.1. Os casos omissos ao presente termo serão resolvidos em estrita obediência às diretrizes da Lei nº 8090/1990 e Lei nº 14.133/2021.

## **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO FORO**

12.1. Fica eleito o Foro da Comarca de Xambrê, Estado do Paraná, para qualquer procedimento relacionado com o cumprimento do presente Contrato.

E, para firmeza e validade do que aqui ficou estipulado, foi lavrado o presente termo em 03 (três) vias de igual teor, que, depois de lido e achado conforme, é assinado pelas partes contratantes e por duas testemunhas que a tudo assistiram.



# **Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR**

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

Alto Paraíso, Estado do Paraná, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

**DERCIO JARDIM JUNIOR**  
**PREFEITO MUNICIPAL**

**RODRIGO WESLEY SOBREIRA REVESSO**  
**SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**RAZÃO SOCIAL**

**CNPJ Nº 00.000.000/0000-00**

**EMPRESA CREDENCIADA.**

---

**TESTEMUNHA 01.**

---

**TESTEMUNHA 02.**



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

## ANEXO V.

PLANILHA DE VALORES.

PROCESSO DE CREDENCIAMENTO 002 / 2023.

CREDENCIAMENTO PÚBLICO DE PESSOA JURÍDICA, NA ÁREA DA SAÚDE, PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ANÁLISES CLÍNICAS LABORATORIAIS, SENDO ATENDIMENTO AMBULATORIAL, EXISTENTES NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

### Anexo V.I – Tabela Resumida.

| ITEM | PROCEDIMENTOS                                      | R\$                  |
|------|----------------------------------------------------|----------------------|
| 1    | Exames Laboratoriais Constantes na Tabela SUS.     | Valor de Tabela SUS. |
| 1.1  | Exames Bioquímicos.                                | Valor de Tabela SUS. |
| 1.2  | Exames Hematológicos e Hemostasia.                 | Valor de Tabela SUS. |
| 1.3  | Exames Sorológicos e Imunológicos.                 | Valor de Tabela SUS. |
| 1.4  | Exames Coprológicos.                               | Valor de Tabela SUS. |
| 1.5  | Exames de Uroanálise.                              | Valor de Tabela SUS. |
| 1.6  | Exames Hormonais.                                  | Valor de Tabela SUS. |
| 1.7  | Exames Toxicológicos ou de Monitoração Terapêutica | Valor de Tabela SUS. |
| 1.8  | Exames Microbiológicos                             | Valor de Tabela SUS. |
| 1.9  | Exames em Outros Líquidos Biológicos.              | Valor de Tabela SUS. |
| 1.10 | Exames de Genética.                                | Valor de Tabela SUS. |
| 1.11 | Exames para Triagem Neonatal.                      | Valor de Tabela SUS. |
| 1.12 | Exames Imunohematológico.                          | Valor de Tabela SUS. |
| 02   | Coleta e Preparação de Materiais para Exames.      | R\$ 3,00 por coleta  |



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

## Anexo V.II – Tabela Geral.

| ITEM | Código         | Procedimento                                                              | valor<br>tabela<br>SUS | Sub-Grupo - Forma<br>de Organização |
|------|----------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------------|
| 01   | 02.02.01.001-5 | CLEARANCE OSMOLAR                                                         | R\$3,51                | 001 - Exames<br>Bioquímicos         |
| 02   | 02.02.01.002-3 | DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO<br>FERRO                         | R\$2,01                | 001 - Exames<br>Bioquímicos         |
| 03   | 02.02.01.003-1 | DETERMINACAO DE CROMATOGRRAFIA DE<br>AMINOACIDOS                          | R\$15,65               | 001 - Exames<br>Bioquímicos         |
| 04   | 02.02.01.004-0 | DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2<br>DOSAGENS)                           | R\$3,63                | 001 - Exames<br>Bioquímicos         |
| 05   | 02.02.01.005-8 | DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/<br>INDUCAO POR CORTISONA ( 5 DOSAGENS) | R\$6,55                | 001 - Exames<br>Bioquímicos         |
| 06   | 02.02.01.006-6 | DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/<br>INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)  | R\$3,68                | 001 - Exames<br>Bioquímicos         |
| 07   | 02.02.01.007-4 | DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA<br>(5 DOSAGENS)                  | R\$10,00               | 001 - Exames<br>Bioquímicos         |
| 08   | 02.02.01.008-2 | DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE                                              | R\$3,51                | 001 - Exames<br>Bioquímicos         |
| 09   | 02.02.01.009-0 | DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE                                                 | R\$3,51                | 001 - Exames<br>Bioquímicos         |
| 10   | 02.02.01.010-4 | DOSAGEM DE ACETONA                                                        | R\$1,85                | 001 - Exames<br>Bioquímicos         |
| 11   | 02.02.01.011-2 | DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO                                                | R\$2,01                | 001 - Exames<br>Bioquímicos         |
| 12   | 02.02.01.012-0 | DOSAGEM DE ACIDO URICO                                                    | R\$1,85                | 001 - Exames<br>Bioquímicos         |
| 13   | 02.02.01.013-9 | DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO                                           | R\$9,00                | 001 - Exames<br>Bioquímicos         |
| 14   | 02.02.01.014-7 | DOSAGEM DE ALDOLASE                                                       | R\$3,68                | 001 - Exames<br>Bioquímicos         |
| 15   | 02.02.01.015-5 | DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA                                            | R\$3,68                | 001 - Exames<br>Bioquímicos         |
| 16   | 02.02.01.016-3 | DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA                                     | R\$3,68                | 001 - Exames<br>Bioquímicos         |
| 17   | 02.02.01.017-1 | DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA                                          | R\$3,68                | 001 - Exames<br>Bioquímicos         |
| 18   | 02.02.01.018-0 | DOSAGEM DE AMILASE                                                        | R\$2,25                | 001 - Exames<br>Bioquímicos         |
| 19   | 02.02.01.019-8 | DOSAGEM DE AMONIA                                                         | R\$3,51                | 001 - Exames<br>Bioquímicos         |
| 20   | 02.02.01.020-1 | DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES                                    | R\$2,01                | 001 - Exames<br>Bioquímicos         |
| 21   | 02.02.01.021-0 | DOSAGEM DE CALCIO                                                         | R\$1,85                | 001 - Exames<br>Bioquímicos         |
| 22   | 02.02.01.022-8 | DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL                                               | R\$3,51                | 001 - Exames<br>Bioquímicos         |
| 23   | 02.02.01.023-6 | DOSAGEM DE CAROTENO                                                       | R\$2,01                | 001 - Exames<br>Bioquímicos         |
| 24   | 02.02.01.025-2 | DOSAGEM DE CERULOPLASMINA                                                 | R\$3,68                | 001 - Exames<br>Bioquímicos         |
| 25   | 02.02.01.026-0 | DOSAGEM DE CLORETO                                                        | R\$1,85                | 001 - Exames<br>Bioquímicos         |



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

|    |                |                                                           |          |                          |
|----|----------------|-----------------------------------------------------------|----------|--------------------------|
| 26 | 02.02.01.027-9 | DOSAGEM DE COLESTEROL HDL                                 | R\$3,51  | 001 - Exames Bioquimicos |
| 27 | 02.02.01.028-7 | DOSAGEM DE COLESTEROL LDL                                 | R\$3,51  | 001 - Exames Bioquimicos |
| 28 | 02.02.01.029-5 | DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL                               | R\$1,85  | 001 - Exames Bioquimicos |
| 29 | 02.02.01.030-9 | DOSAGEM DE COLINESTERASE                                  | R\$3,68  | 001 - Exames Bioquimicos |
| 30 | 02.02.01.031-7 | DOSAGEM DE CREATININA                                     | R\$1,85  | 001 - Exames Bioquimicos |
| 31 | 02.02.01.032-5 | DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)                     | R\$3,68  | 001 - Exames Bioquimicos |
| 32 | 02.02.01.033-3 | DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB                 | R\$4,12  | 001 - Exames Bioquimicos |
| 33 | 02.02.01.034-1 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA             | R\$3,51  | 001 - Exames Bioquimicos |
| 34 | 02.02.01.035-0 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA                        | R\$3,51  | 001 - Exames Bioquimicos |
| 35 | 02.02.01.036-8 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE LACTICA                          | R\$3,68  | 001 - Exames Bioquimicos |
| 36 | 02.02.01.037-6 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE LACTICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS) | R\$3,68  | 001 - Exames Bioquimicos |
| 37 | 02.02.01.038-4 | DOSAGEM DE FERRITINA                                      | R\$15,59 | 001 - Exames Bioquimicos |
| 38 | 02.02.01.039-2 | DOSAGEM DE FERRO SERICO                                   | R\$3,51  | 001 - Exames Bioquimicos |
| 39 | 02.02.01.040-6 | DOSAGEM DE FOLATO                                         | R\$15,65 | 001 - Exames Bioquimicos |
| 40 | 02.02.01.041-4 | DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL                          | R\$2,01  | 001 - Exames Bioquimicos |
| 41 | 02.02.01.042-2 | DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA                             | R\$2,01  | 001 - Exames Bioquimicos |
| 42 | 02.02.01.043-0 | DOSAGEM DE FOSFORO                                        | R\$1,85  | 001 - Exames Bioquimicos |
| 43 | 02.02.01.044-9 | DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA           | R\$2,01  | 001 - Exames Bioquimicos |
| 44 | 02.02.01.045-7 | DOSAGEM DE GALACTOSE                                      | R\$3,51  | 001 - Exames Bioquimicos |
| 45 | 02.02.01.046-5 | DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)            | R\$3,51  | 001 - Exames Bioquimicos |
| 46 | 02.02.01.047-3 | DOSAGEM DE GLICOSE                                        | R\$1,85  | 001 - Exames Bioquimicos |
| 47 | 02.02.01.048-1 | DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE                | R\$3,68  | 001 - Exames Bioquimicos |
| 48 | 02.02.01.049-0 | DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA                                   | R\$3,68  | 001 - Exames Bioquimicos |
| 49 | 02.02.01.050-3 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA                        | R\$7,86  | 001 - Exames Bioquimicos |
| 50 | 02.02.01.051-1 | DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA                                 | R\$3,68  | 001 - Exames Bioquimicos |
| 51 | 02.02.01.052-0 | DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE                          | R\$3,51  | 001 - Exames Bioquimicos |
| 52 | 02.02.01.053-8 | DOSAGEM DE LACTATO                                        | R\$3,68  | 001 - Exames Bioquimicos |
| 53 | 02.02.01.054-6 | DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE                         | R\$3,51  | 001 - Exames Bioquimicos |
| 54 | 02.02.01.055-4 | DOSAGEM DE LIPASE                                         | R\$2,25  | 001 - Exames Bioquimicos |





# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

|    |                |                                                                    |          |                                         |
|----|----------------|--------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------------|
| 55 | 02.02.01.056-2 | DOSAGEM DE MAGNESIO                                                | R\$2,01  | 001 - Exames Bioquimicos                |
| 56 | 02.02.01.057-0 | DOSAGEM DE MUÇO-PROTEINAS                                          | R\$2,01  | 001 - Exames Bioquimicos                |
| 57 | 02.02.01.058-9 | DOSAGEM DE PIRUVATO                                                | R\$3,68  | 001 - Exames Bioquimicos                |
| 58 | 02.02.01.059-7 | DOSAGEM DE PORFIRINAS                                              | R\$3,51  | 001 - Exames Bioquimicos                |
| 59 | 02.02.01.060-0 | DOSAGEM DE POTASSIO                                                | R\$1,85  | 001 - Exames Bioquimicos                |
| 60 | 02.02.01.061-9 | DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS                                        | R\$1,40  | 001 - Exames Bioquimicos                |
| 61 | 02.02.01.062-7 | DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES                              | R\$1,85  | 001 - Exames Bioquimicos                |
| 62 | 02.02.01.063-5 | DOSAGEM DE SODIO                                                   | R\$1,85  | 001 - Exames Bioquimicos                |
| 63 | 02.02.01.064-3 | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO - OXALACETICA (TGO)              | R\$2,01  | 001 - Exames Bioquimicos                |
| 64 | 02.02.01.065-1 | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO - PIRUVICA (TGP)                 | R\$2,01  | 001 - Exames Bioquimicos                |
| 65 | 02.02.01.066-0 | DOSAGEM DE TRANSFERRINA                                            | R\$4,12  | 001 - Exames Bioquimicos                |
| 66 | 02.02.01.067-8 | DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS                                          | R\$3,51  | 001 - Exames Bioquimicos                |
| 67 | 02.02.01.068-6 | DOSAGEM DE TRIPTOFANO                                              | R\$3,51  | 001 - Exames Bioquimicos                |
| 68 | 02.02.01.069-4 | DOSAGEM DE UREIA                                                   | R\$1,85  | 001 - Exames Bioquimicos                |
| 69 | 02.02.01.070-8 | DOSAGEM DE VITAMINA B12                                            | R\$15,24 | 001 - Exames Bioquimicos                |
| 70 | 02.02.01.071-6 | ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS                                      | R\$3,68  | 001 - Exames Bioquimicos                |
| 71 | 02.02.01.072-4 | ELETROFORESE DE PROTEINAS                                          | R\$4,42  | 001 - Exames Bioquimicos                |
| 72 | 02.02.01.073-2 | GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE ) | R\$15,65 | 001 - Exames Bioquimicos                |
| 73 | 02.02.01.074-0 | PROVA DA D-XILOSE                                                  | R\$3,68  | 001 - Exames Bioquimicos                |
| 74 | 02.02.01.075-9 | TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS            | R\$6,55  | 001 - Exames Bioquimicos                |
| 75 | 02.02.01.076-7 | DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D                                    | R\$15,24 | 001 - Exames Bioquimicos                |
| 76 | 02.02.01.077-5 | DETERMINAÇÃO DE CREMATÓCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO             | R\$1,53  | 001 - Exames Bioquimicos                |
| 77 | 02.02.01.078-3 | ACIDEZ TITULÁVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)                          | R\$3,04  | 001 - Exames Bioquimicos                |
| 78 | 02.02.02.001-0 | CITOQUIMICA HEMATOLOGICA                                           | R\$6,48  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 79 | 02.02.02.002-9 | CONTAGEM DE PLAQUETAS                                              | R\$2,73  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 80 | 02.02.02.003-7 | CONTAGEM DE RETICULOCITOS                                          | R\$2,73  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 81 | 02.02.02.004-5 | DETERMINAÇÃO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR                      | R\$2,73  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

|     |                |                                                                       |          |                                         |
|-----|----------------|-----------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------------|
| 82  | 02.02.02.005-3 | DETERMINACAO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)                         | R\$2,73  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 83  | 02.02.02.006-1 | DETERMINACAO DE SULFO-HEMOGLOBINA                                     | R\$2,73  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 84  | 02.02.02.007-0 | DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO                                   | R\$2,73  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 85  | 02.02.02.008-8 | DETERMINACAO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA                          | R\$2,73  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 86  | 02.02.02.009-6 | DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO - DUKE                           | R\$2,73  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 87  | 02.02.02.010-0 | DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY                           | R\$9,00  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 88  | 02.02.02.011-8 | DETERMINACAO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS                        | R\$5,79  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 89  | 02.02.02.012-6 | DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA                                     | R\$2,85  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 90  | 02.02.02.013-4 | DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA) | R\$5,77  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 91  | 02.02.02.014-2 | DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)                | R\$2,73  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 92  | 02.02.02.015-0 | DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTACAO (VHS)                | R\$2,73  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 93  | 02.02.02.016-9 | DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE                                  | R\$4,11  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 94  | 02.02.02.017-7 | DOSAGEM DE ANTITROMBINA III                                           | R\$6,48  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 95  | 02.02.02.018-5 | DOSAGEM DE FATOR II                                                   | R\$5,31  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 96  | 02.02.02.019-3 | DOSAGEM DE FATOR IX                                                   | R\$7,61  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 97  | 02.02.02.020-7 | DOSAGEM DE FATOR V                                                    | R\$4,73  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 98  | 02.02.02.021-5 | DOSAGEM DE FATOR VII                                                  | R\$8,09  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 99  | 02.02.02.022-3 | DOSAGEM DE FATOR VIII                                                 | R\$6,63  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 100 | 02.02.02.023-1 | DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)                                      | R\$15,00 | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 101 | 02.02.02.024-0 | DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND                                       | R\$18,91 | 002 - Exames                            |



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

|     |                | (ANTIGENO)                                          |          | hematológicos e hemostasia              |
|-----|----------------|-----------------------------------------------------|----------|-----------------------------------------|
| 102 | 02.02.02.025-8 | DOSAGEM DE FATOR X                                  | R\$6,66  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 103 | 02.02.02.026-6 | DOSAGEM DE FATOR XI                                 | R\$9,11  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 104 | 02.02.02.027-4 | DOSAGEM DE FATOR XII                                | R\$10,51 | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 105 | 02.02.02.028-2 | DOSAGEM DE FATOR XIII                               | R\$6,66  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 106 | 02.02.02.029-0 | DOSAGEM DE FIBRINOGENIO                             | R\$4,60  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 107 | 02.02.02.030-4 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA                              | R\$1,53  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 108 | 02.02.02.031-2 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC       | R\$2,73  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 109 | 02.02.02.032-0 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL                        | R\$2,73  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 110 | 02.02.02.033-9 | DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA                            | R\$2,73  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 111 | 02.02.02.034-7 | DOSAGEM DE PLASMINOGENIO                            | R\$4,11  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 112 | 02.02.02.035-5 | ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA                         | R\$5,41  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 113 | 02.02.02.036-3 | ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO) | R\$2,73  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 114 | 02.02.02.037-1 | HEMATOCRITO                                         | R\$1,53  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 115 | 02.02.02.038-0 | HEMOGRAMA COMPLETO                                  | R\$4,11  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 116 | 02.02.02.039-8 | LEUCOGRAMA                                          | R\$2,73  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 117 | 02.02.02.040-1 | PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA     | R\$25,00 | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 118 | 02.02.02.041-0 | PESQUISA DE CELULAS LE                              | R\$4,11  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 119 | 02.02.02.042-8 | PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ                    | R\$2,73  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 120 | 02.02.02.043-6 | PESQUISA DE FILARIA                                 | R\$2,73  | 002 - Exames hematológicos e            |



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

|     |                |                                                      |          |                                         |
|-----|----------------|------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------------|
|     |                |                                                      |          | hemostasia                              |
| 121 | 02.02.02.044-4 | PESQUISA DE HEMOGLOBINA S                            | R\$2,73  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 122 | 02.02.02.046-0 | PESQUISA DE TRIPANOSSOMA                             | R\$2,73  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 123 | 02.02.02.048-7 | PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA                      | R\$4,11  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 124 | 02.02.02.049-5 | PROVA DE RETRACAO DO COAGULO                         | R\$2,73  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 125 | 02.02.02.050-9 | PROVA DO LACO                                        | R\$2,73  |                                         |
| 126 | 02.02.02.051-7 | RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS    | R\$2,73  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 127 | 02.02.02.052-5 | TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS                      | R\$12,00 | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 128 | 02.02.02.053-3 | TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)                        | R\$2,73  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 129 | 02.02.02.054-1 | TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)           | R\$2,73  | 002 - Exames hematológicos e hemostasia |
| 130 | 02.02.03.001-6 | CONTAGEM DE LINFOCITOS B                             | R\$15,00 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 131 | 02.02.03.002-4 | CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8                       | R\$15,00 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 132 | 02.02.03.003-2 | CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS                      | R\$15,00 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 133 | 02.02.03.004-0 | DETECCAO DE ÁCIDOS NUCLEICOS DO HIV-1 (QUALITATIVO)  | R\$65,00 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 134 | 02.02.03.005-9 | DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO) | R\$96,00 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 135 | 02.02.03.006-7 | DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)                   | R\$9,25  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 136 | 02.02.03.007-5 | DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE                     | R\$2,83  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 137 | 02.02.03.008-3 | DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA      | R\$9,25  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 138 | 02.02.03.009-1 | DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA                         | R\$15,06 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 139 | 02.02.03.010-5 | DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)      | R\$16,42 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 140 | 02.02.03.011-3 | DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA                     | R\$13,55 | 003 - Exames                            |



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

|     |                |                                                        |           |                                         |
|-----|----------------|--------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------|
|     |                |                                                        |           | sorológicos e imunológicos              |
| 141 | 02.02.03.012-1 | DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3                              | R\$17,16  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 142 | 02.02.03.013-0 | DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4                              | R\$17,16  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 143 | 02.02.03.014-8 | DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA                              | R\$2,83   | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 144 | 02.02.03.015-6 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)                      | R\$17,16  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 145 | 02.02.03.016-4 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)                      | R\$9,25   | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 146 | 02.02.03.018-0 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)                      | R\$17,16  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 147 | 02.02.03.019-9 | DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE                     | R\$9,25   | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 148 | 02.02.03.020-2 | DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA                          | R\$2,83   | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 149 | 02.02.03.021-0 | GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C                     | R\$298,43 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 150 | 02.02.03.022-9 | IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS                         | R\$17,16  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 151 | 02.02.03.023-7 | IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR) | R\$80,00  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 152 | 02.02.03.025-3 | PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA             | R\$10,00  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 153 | 02.02.03.026-1 | PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA             | R\$10,00  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 154 | 02.02.03.027-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA                        | R\$8,67   | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 155 | 02.02.03.028-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI        | R\$17,16  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 156 | 02.02.03.029-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)       | R\$85,00  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 157 | 02.02.03.030-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)      | R\$10,00  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 158 | 02.02.03.031-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2            | R\$18,55  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 159 | 02.02.03.032-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)   | R\$17,16  | 003 - Exames sorológicos e              |



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

|     |                |                                                              |          |                                         |
|-----|----------------|--------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------------|
|     |                |                                                              |          | imunológicos                            |
| 160 | 02.02.03.033-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS                     | R\$5,74  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 161 | 02.02.03.034-2 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM                               | R\$17,16 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 162 | 02.02.03.035-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)                        | R\$18,55 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 163 | 02.02.03.036-9 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)                        | R\$18,55 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 164 | 02.02.03.037-7 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS                        | R\$9,25  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 165 | 02.02.03.038-5 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS                            | R\$10,00 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 166 | 02.02.03.039-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS                       | R\$9,25  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 167 | 02.02.03.040-7 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS                          | R\$3,70  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 168 | 02.02.03.041-5 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO                        | R\$5,83  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 169 | 02.02.03.042-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA) | R\$10,00 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 170 | 02.02.03.043-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL                 | R\$17,16 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 171 | 02.02.03.044-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS                       | R\$9,25  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 172 | 02.02.03.045-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)             | R\$10,00 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 173 | 02.02.03.046-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES                   | R\$9,70  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 174 | 02.02.03.047-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTISTREPTOLISINA O (ASLO)            | R\$2,83  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 175 | 02.02.03.048-2 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO                            | R\$10,00 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 176 | 02.02.03.050-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO                         | R\$10,00 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 177 | 02.02.03.051-2 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS              | R\$10,00 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 178 | 02.02.03.052-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA                          | R\$17,16 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |





# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

|     |                |                                                                                        |          |                                         |
|-----|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------------|
| 179 | 02.02.03.053-9 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS                                                 | R\$4,10  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 180 | 02.02.03.054-7 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA                                                    | R\$5,50  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 181 | 02.02.03.055-5 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS                                                 | R\$17,16 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 182 | 02.02.03.056-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA                                                 | R\$17,16 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 183 | 02.02.03.057-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO                                            | R\$17,16 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 184 | 02.02.03.058-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO                                                | R\$17,16 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 185 | 02.02.03.059-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO                                                      | R\$17,16 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 186 | 02.02.03.060-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS                                                   | R\$17,16 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 187 | 02.02.03.061-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMÓDIOS                                                  | R\$10,00 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 188 | 02.02.03.062-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA                                              | R\$17,16 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 189 | 02.02.03.063-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS) | R\$18,55 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 190 | 02.02.03.064-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)             | R\$18,55 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 191 | 02.02.03.065-2 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA                                              | R\$7,78  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 192 | 02.02.03.066-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII                                     | R\$9,71  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 193 | 02.02.03.067-9 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)                         | R\$18,55 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 194 | 02.02.03.068-7 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)                         | R\$18,55 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 195 | 02.02.03.069-5 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO                                       | R\$9,25  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 196 | 02.02.03.070-9 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS                            | R\$4,10  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 197 | 02.02.03.071-7 | PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO                   | R\$18,55 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

|     |                |                                                                                                  |          |                                         |
|-----|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------------|
| 198 | 02.02.03.072-5 | PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA                                                          | R\$17,16 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 199 | 02.02.03.073-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR                                   | R\$2,83  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 200 | 02.02.03.074-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS                                                   | R\$11,00 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 201 | 02.02.03.075-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS                                                       | R\$9,25  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 202 | 02.02.03.076-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA                                                        | R\$16,97 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 203 | 02.02.03.077-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI                                                 | R\$9,25  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 204 | 02.02.03.078-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL) | R\$18,55 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 205 | 02.02.03.079-2 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS                                                      | R\$30,00 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 206 | 02.02.03.080-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)                                | R\$18,55 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 207 | 02.02.03.081-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA                                             | R\$17,16 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 208 | 02.02.03.082-2 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER                              | R\$17,16 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 209 | 02.02.03.083-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR                                           | R\$17,16 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 210 | 02.02.03.084-9 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES                                         | R\$17,16 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 211 | 02.02.03.085-7 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS                                                   | R\$11,61 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 212 | 02.02.03.086-5 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS                                                       | R\$10,00 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 213 | 02.02.03.087-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA                                                        | R\$18,55 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 214 | 02.02.03.088-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI                                                 | R\$9,25  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 215 | 02.02.03.089-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)         | R\$18,55 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 216 | 02.02.03.090-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS                                                      | R\$20,00 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 217 | 02.02.03.091-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS                                                        | R\$18,55 | 003 - Exames                            |





# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

|     |                |                                                                     |           |                                         |
|-----|----------------|---------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------|
|     |                | DA HEPATITE A (HAV-IGG)                                             |           | sorológicos e imunológicos              |
| 218 | 02.02.03.092-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA                | R\$17,16  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 219 | 02.02.03.093-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER | R\$17,16  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 220 | 02.02.03.094-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR              | R\$17,16  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 221 | 02.02.03.095-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLIS            | R\$17,16  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 222 | 02.02.03.096-2 | PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)                       | R\$13,35  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 223 | 02.02.03.097-0 | PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)   | R\$18,55  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 224 | 02.02.03.098-9 | PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)               | R\$18,55  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 225 | 02.02.03.099-7 | DETECÇÃO DE CLAMÍDIA E GONOCOCO POR BIOLOGIA MOLECULAR              | R\$60,00  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 226 | 02.02.03.100-4 | PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS                                          | R\$2,83   | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 227 | 02.02.03.101-2 | PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)                          | R\$4,10   | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 228 | 02.02.03.102-0 | PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA                            | R\$10,00  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 229 | 02.02.03.103-9 | PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA              | R\$9,25   | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 230 | 02.02.03.104-7 | PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)              | R\$10,00  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 231 | 02.02.03.105-5 | PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)                                    | R\$1,77   | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 232 | 02.02.03.106-3 | PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS                                  | R\$1,77   | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 233 | 02.02.03.107-1 | QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1                                       | R\$18,00  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 234 | 02.02.03.108-0 | QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C                         | R\$168,48 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 235 | 02.02.03.109-8 | TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS                            | R\$4,10   | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 236 | 02.02.03.110-1 | REACAO DE MONTENEGRO ID                                             | R\$2,83   | 003 - Exames sorológicos e              |



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

|     |                |                                                                    |           | imunológicos                            |
|-----|----------------|--------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------|
| 237 | 02.02.03.111-0 | TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS                       | R\$2,83   | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 238 | 02.02.03.112-8 | TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS                        | R\$10,00  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 239 | 02.02.03.113-6 | TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS                        | R\$10,00  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 240 | 02.02.03.114-4 | TESTES ALERGICOS DE CONTATO                                        | R\$1,77   | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 241 | 02.02.03.115-2 | TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA                                | R\$1,77   | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 242 | 02.02.03.117-9 | TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTES          | R\$2,83   | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 243 | 02.02.03.118-7 | DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE RECOMBINANTE HUMANO IGA | R\$18,55  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 244 | 02.02.03.119-5 | DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO                               | R\$17,16  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 245 | 02.02.03.120-9 | DOSAGEM DE TROPONINA                                               | R\$9,00   | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 246 | 02.02.03.121-7 | DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125                                         | R\$13,35  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 247 | 02.02.03.122-5 | EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER I                        | R\$80,00  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 248 | 02.02.03.123-3 | EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER II                       | R\$120,00 | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 249 | 02.02.03.125-0 | DETECÇÃO DE RNA DO HTLV-1                                          | R\$65,00  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 250 | 02.02.03.126-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 (WESTERN-BLOT)       | R\$85,00  | 003 - Exames sorológicos e imunológicos |
| 251 | 02.02.04.001-1 | DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL                                | R\$1,65   | 004 - Exames coprológicos               |
| 252 | 02.02.04.002-0 | DOSAGEM DE GORDURA FECAL                                           | R\$3,04   | 004 - Exames coprológicos               |
| 253 | 02.02.04.003-8 | EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL                                        | R\$3,04   | 004 - Exames coprológicos               |
| 254 | 02.02.04.004-6 | IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS                           | R\$1,65   | 004 - Exames coprológicos               |
| 255 | 02.02.04.005-4 | PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)               | R\$1,65   | 004 - Exames coprológicos               |
| 256 | 02.02.04.006-2 | PESQUISA DE EOSINOFILOS                                            | R\$1,65   | 004 - Exames coprológicos               |
| 257 | 02.02.04.007-0 | PESQUISA DE GORDURA FECAL                                          | R\$1,65   | 004 - Exames coprológicos               |



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

|     |                |                                                                         |          |                            |
|-----|----------------|-------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------------|
| 258 | 02.02.04.008-9 | PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES                                            | R\$1,65  | 004 - Exames coprológicos  |
| 259 | 02.02.04.009-7 | PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES                                        | R\$1,65  | 004 - Exames coprológicos  |
| 260 | 02.02.04.010-0 | PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES                                         | R\$1,65  | 004 - Exames coprológicos  |
| 261 | 02.02.04.011-9 | PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)               | R\$1,65  | 004 - Exames coprológicos  |
| 262 | 02.02.04.012-7 | PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS                                  | R\$1,65  | 004 - Exames coprológicos  |
| 263 | 02.02.04.013-5 | PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES                                         | R\$10,25 | 004 - Exames coprológicos  |
| 264 | 02.02.04.014-3 | PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES                                     | R\$1,65  | 004 - Exames coprológicos  |
| 265 | 02.02.04.015-1 | PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES                             | R\$1,65  | 004 - Exames coprológicos  |
| 266 | 02.02.04.016-0 | PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES                                          | R\$1,65  | 004 - Exames coprológicos  |
| 267 | 02.02.04.017-8 | PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES                                       | R\$1,65  | 004 - Exames coprológicos  |
| 268 | 02.02.05.001-7 | ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA           | R\$3,70  | 005 - Exames de uroanálise |
| 269 | 02.02.05.002-5 | CLEARANCE DE CREATININA                                                 | R\$3,51  | 005 - Exames de uroanálise |
| 270 | 02.02.05.003-3 | CLEARANCE DE FOSFATO                                                    | R\$3,51  | 005 - Exames de uroanálise |
| 271 | 02.02.05.004-1 | CLEARANCE DE UREIA                                                      | R\$3,51  | 005 - Exames de uroanálise |
| 272 | 02.02.05.005-0 | CONTAGEM DE ADDIS                                                       | R\$2,01  | 005 - Exames de uroanálise |
| 273 | 02.02.05.006-8 | DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE                                            | R\$3,70  | 005 - Exames de uroanálise |
| 274 | 02.02.05.007-6 | IDENTIFICAÇÃO DE GLICÍDIOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA) | R\$3,70  | 005 - Exames de uroanálise |
| 275 | 02.02.05.008-4 | DOSAGEM DE CITRATO                                                      | R\$2,01  | 005 - Exames de uroanálise |
| 276 | 02.02.05.009-2 | DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA                                       | R\$8,12  | 005 - Exames de uroanálise |
| 277 | 02.02.05.010-6 | DOSAGEM DE OXALATO                                                      | R\$3,68  | 005 - Exames de uroanálise |
| 278 | 02.02.05.011-4 | DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)                                | R\$2,04  | 005 - Exames de uroanálise |
| 279 | 02.02.05.012-2 | DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS                          | R\$3,04  | 005 - Exames de uroanálise |
| 280 | 02.02.05.013-0 | EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS                                 | R\$3,70  | 005 - Exames de uroanálise |
| 281 | 02.02.05.014-9 | PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)                   | R\$3,70  | 005 - Exames de uroanálise |
| 282 | 02.02.05.015-7 | PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA                                          | R\$2,04  | 005 - Exames de uroanálise |
| 283 | 02.02.05.016-5 | PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA                                        | R\$3,70  | 005 - Exames de uroanálise |
| 284 | 02.02.05.017-3 | PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA                         | R\$2,04  | 005 - Exames de uroanálise |
| 285 | 02.02.05.018-1 | PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA                                | R\$2,40  | 005 - Exames de uroanálise |
| 286 | 02.02.05.019-0 | PESQUISA DE CISTINA NA URINA                                            | R\$2,04  | 005 - Exames de uroanálise |



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

|     |                |                                                       |          |                            |
|-----|----------------|-------------------------------------------------------|----------|----------------------------|
| 287 | 02.02.05.020-3 | PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA                   | R\$2,04  | 005 - Exames de uroanálise |
| 288 | 02.02.05.021-1 | PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA      | R\$3,70  | 005 - Exames de uroanálise |
| 289 | 02.02.05.022-0 | PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA                     | R\$2,04  | 005 - Exames de uroanálise |
| 290 | 02.02.05.023-8 | PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA                          | R\$2,04  | 005 - Exames de uroanálise |
| 291 | 02.02.05.024-6 | PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA                        | R\$3,36  | 005 - Exames de uroanálise |
| 292 | 02.02.05.026-2 | PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA                      | R\$2,04  | 005 - Exames de uroanálise |
| 293 | 02.02.05.027-0 | PESQUISA DE LACTOSE NA URINA                          | R\$2,04  | 005 - Exames de uroanálise |
| 294 | 02.02.05.028-9 | PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA              | R\$3,70  | 005 - Exames de uroanálise |
| 295 | 02.02.05.029-7 | PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA                 | R\$2,04  | 005 - Exames de uroanálise |
| 296 | 02.02.05.030-0 | PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)    | R\$4,44  | 005 - Exames de uroanálise |
| 297 | 02.02.05.031-9 | PESQUISA DE TIROSINA NA URINA                         | R\$2,04  | 005 - Exames de uroanálise |
| 298 | 02.02.05.032-7 | PROVA DE DILUICAO (URINA)                             | R\$2,04  | 005 - Exames de uroanálise |
| 299 | 02.02.06.001-2 | DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE              | R\$12,54 | 006 - Exames hormonais     |
| 300 | 02.02.06.002-0 | DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3                        | R\$12,54 | 006 - Exames hormonais     |
| 301 | 02.02.06.003-9 | DETERMINACAO DE T3 REVERSO                            | R\$14,69 | 006 - Exames hormonais     |
| 302 | 02.02.06.004-7 | DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA                | R\$10,20 | 006 - Exames hormonais     |
| 303 | 02.02.06.005-5 | DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS                    | R\$6,72  | 006 - Exames hormonais     |
| 304 | 02.02.06.006-3 | DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES                 | R\$6,72  | 006 - Exames hormonais     |
| 305 | 02.02.06.007-1 | DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA) | R\$6,72  | 006 - Exames hormonais     |
| 306 | 02.02.06.008-0 | DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)                | R\$14,12 | 006 - Exames hormonais     |
| 307 | 02.02.06.009-8 | DOSAGEM DE ALDOSTERONA                                | R\$11,89 | 006 - Exames hormonais     |
| 308 | 02.02.06.010-1 | DOSAGEM DE AMP CICLICO                                | R\$12,01 | 006 - Exames hormonais     |
| 309 | 02.02.06.011-0 | DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA                            | R\$11,53 | 006 - Exames 310hormonais  |
| 310 | 02.02.06.012-8 | DOSAGEM DE CALCITONINA                                | R\$14,38 | 006 - Exames hormonais     |
| 311 | 02.02.06.013-6 | DOSAGEM DE CORTISOL                                   | R\$9,86  | 006 - Exames hormonais     |
| 312 | 02.02.06.014-4 | DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)              | R\$11,25 | 006 - Exames hormonais     |
| 313 | 02.02.06.015-2 | DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)                   | R\$11,71 | 006 - Exames hormonais     |
| 314 | 02.02.06.016-0 | DOSAGEM DE ESTRADIOL                                  | R\$10,15 | 006 - Exames hormonais     |
| 315 | 02.02.06.017-9 | DOSAGEM DE ESTRIOL                                    | R\$11,55 | 006 - Exames hormonais     |



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

|     |                |                                                           |          |                        |
|-----|----------------|-----------------------------------------------------------|----------|------------------------|
| 316 | 02.02.06.018-7 | DOSAGEM DE ESTRONA                                        | R\$11,12 | 006 - Exames hormonais |
| 317 | 02.02.06.019-5 | DOSAGEM DE GASTRINA                                       | R\$14,15 | 006 - Exames hormonais |
| 318 | 02.02.06.020-9 | DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA           | R\$15,35 | 006 - Exames hormonais |
| 319 | 02.02.06.021-7 | DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG) | R\$7,85  | 006 - Exames hormonais |
| 320 | 02.02.06.022-5 | DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)                  | R\$10,21 | 006 - Exames hormonais |
| 321 | 02.02.06.023-3 | DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)            | R\$7,89  | 006 - Exames hormonais |
| 322 | 02.02.06.024-1 | DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)                     | R\$8,97  | 006 - Exames hormonais |
| 323 | 02.02.06.025-0 | DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)                | R\$8,96  | 006 - Exames hormonais |
| 324 | 02.02.06.026-8 | DOSAGEM DE INSULINA                                       | R\$10,17 | 006 - Exames hormonais |
| 325 | 02.02.06.027-6 | DOSAGEM DE PARATORMONIO                                   | R\$43,13 | 006 - Exames hormonais |
| 326 | 02.02.06.028-4 | DOSAGEM DE PEPTIDEO C                                     | R\$15,35 | 006 - Exames hormonais |
| 327 | 02.02.06.029-2 | DOSAGEM DE PROGESTERONA                                   | R\$10,22 | 006 - Exames hormonais |
| 328 | 02.02.06.030-6 | DOSAGEM DE PROLACTINA                                     | R\$10,15 | 006 - Exames hormonais |
| 329 | 02.02.06.031-4 | DOSAGEM DE RENINA                                         | R\$13,19 | 006 - Exames hormonais |
| 330 | 02.02.06.032-2 | DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)                          | R\$15,35 | 006 - Exames hormonais |
| 331 | 02.02.06.033-0 | DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)        | R\$13,11 | 006 - Exames hormonais |
| 332 | 02.02.06.034-9 | DOSAGEM DE TESTOSTERONA                                   | R\$10,43 | 006 - Exames hormonais |
| 333 | 02.02.06.035-7 | DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE                             | R\$13,11 | 006 - Exames hormonais |
| 334 | 02.02.06.036-5 | DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA                                 | R\$15,35 | 006 - Exames hormonais |
| 335 | 02.02.06.037-3 | DOSAGEM DE TIROXINA (T4)                                  | R\$8,76  | 006 - Exames hormonais |
| 336 | 02.02.06.038-1 | DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)                      | R\$11,60 | 006 - Exames hormonais |
| 337 | 02.02.06.039-0 | DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)                           | R\$8,71  | 006 - Exames hormonais |
| 338 | 02.02.06.040-3 | TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH            | R\$12,01 | 006 - Exames hormonais |
| 339 | 02.02.06.041-1 | TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA        | R\$12,01 | 006 - Exames hormonais |
| 340 | 02.02.06.042-0 | TESTE DE ESTIMULO COM GNRH OU COM AGONISTA GNRH           | R\$12,01 | 006 - Exames hormonais |
| 350 | 02.02.06.043-8 | TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON                    | R\$12,01 | 006 - Exames hormonais |
| 351 | 02.02.06.044-6 | TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA          | R\$12,01 | 006 - Exames hormonais |
| 352 | 02.02.06.045-4 | TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE                    | R\$12,01 | 006 - Exames hormonais |
| 353 | 02.02.06.046-2 | TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS               | R\$8,43  | 006 - Exames hormonais |





# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

|     |                |                                        |          |                                                |
|-----|----------------|----------------------------------------|----------|------------------------------------------------|
| 354 | 02.02.06.047-0 | PESQUISA DE MACROPROLACTINA            | R\$12,15 | 006 - Exames hormonais                         |
| 355 | 02.02.07.001-8 | DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO | R\$2,06  | 008 - Exames toxicológicos ou de monitorização |
| 356 | 02.02.07.002-6 | DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO              | R\$2,23  | 008 - Exames toxicológicos ou de monitorização |
| 357 | 02.02.07.003-4 | DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO             | R\$3,68  | 008 - Exames toxicológicos ou de monitorização |
| 358 | 02.02.07.004-2 | DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO        | R\$2,04  | 008 - Exames toxicológicos ou de monitorização |
| 359 | 02.02.07.005-0 | DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO             | R\$15,65 | 008 - Exames toxicológicos ou de monitorização |
| 360 | 02.02.07.006-9 | DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE             | R\$3,51  | 008 - Exames toxicológicos ou de monitorização |
| 361 | 02.02.07.007-7 | DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO              | R\$2,01  | 008 - Exames toxicológicos ou de monitorização |
| 362 | 02.02.07.008-5 | DOSAGEM DE ALUMINIO                    | R\$27,50 | 008 - Exames toxicológicos ou de monitorização |
| 363 | 02.02.07.009-3 | DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS            | R\$10,00 | 008 - Exames toxicológicos ou de monitorização |
| 364 | 02.02.07.010-7 | DOSAGEM DE ANFETAMINAS                 | R\$10,00 | 008 - Exames toxicológicos ou de monitorização |
| 365 | 02.02.07.011-5 | DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS | R\$10,00 | 008 - Exames toxicológicos ou de monitorização |
| 366 | 02.02.07.012-3 | DOSAGEM DE BARBITURATOS                | R\$13,13 | 008 - Exames toxicológicos ou de monitorização |
| 367 | 02.02.07.013-1 | DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS           | R\$13,48 | 008 - Exames toxicológicos ou de monitorização |
| 368 | 02.02.07.014-0 | DOSAGEM DE CADMIO                      | R\$6,55  | 008 - Exames toxicológicos ou de monitorização |
| 369 | 02.02.07.015-8 | DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA               | R\$17,53 | 008 - Exames toxicológicos ou de monitorização |
| 370 | 02.02.07.016-6 | DOSAGEM DE CARBOXY-HEMOGLOBINA         | R\$4,11  | 008 - Exames toxicológicos ou de monitorização |
| 371 | 02.02.07.017-4 | DOSAGEM DE CHUMBO                      | R\$8,83  | 008 - Exames toxicológicos ou de monitorização |
| 372 | 02.02.07.018-2 | DOSAGEM DE CICLOSPORINA                | R\$58,61 | 008 - Exames toxicológicos ou de monitorização |
| 373 | 02.02.07.019-0 | DOSAGEM DE COBRE                       | R\$3,51  | 008 - Exames toxicológicos ou de               |



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

|     |                |                                                       |          | monitoriz ação                                  |
|-----|----------------|-------------------------------------------------------|----------|-------------------------------------------------|
| 374 | 02.02.07.020-4 | DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)         | R\$8,97  | 008 - Exames toxicológicos ou de monitoriz ação |
| 375 | 02.02.07.021-2 | DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA                               | R\$15,65 | 008 - Exames toxicológicos ou de monitoriz ação |
| 376 | 02.02.07.022-0 | DOSAGEM DE FENITOINA                                  | R\$35,22 | 008 - Exames toxicológicos ou de monitoriz ação |
| 377 | 02.02.07.023-9 | DOSAGEM DE FENOL                                      | R\$2,05  | 008 - Exames toxicológicos ou de monitoriz ação |
| 378 | 02.02.07.024-7 | DOSAGEM DE FORMALDEIDO                                | R\$3,51  | 008 - Exames toxicológicos ou de monitoriz ação |
| 379 | 02.02.07.025-5 | DOSAGEM DE LITIO                                      | R\$2,25  | 008 - Exames toxicológicos ou de monitoriz ação |
| 380 | 02.02.07.026-3 | DOSAGEM DE MERCURIO                                   | R\$2,04  | 008 - Exames toxicológicos ou de monitoriz ação |
| 381 | 02.02.07.027-1 | DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA                           | R\$4,11  | 008 - Exames toxicológicos ou de monitoriz ação |
| 382 | 02.02.07.028-0 | DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA                     | R\$10,00 | 008 - Exames toxicológicos ou de monitoriz ação |
| 383 | 02.02.07.029-8 | DOSAGEM DE METOTREXATO                                | R\$10,00 | 008 - Exames toxicológicos ou de monitoriz ação |
| 384 | 02.02.07.030-1 | DOSAGEM DE QUINIDINA                                  | R\$10,00 | 008 - Exames toxicológicos ou de monitoriz ação |
| 385 | 02.02.07.031-0 | DOSAGEM DE SALICILATOS                                | R\$2,01  | 008 - Exames toxicológicos ou de monitoriz ação |
| 386 | 02.02.07.032-8 | DOSAGEM DE SULFATOS                                   | R\$3,51  | 008 - Exames toxicológicos ou de monitoriz ação |
| 387 | 02.02.07.033-6 | DOSAGEM DE TEOFILINA                                  | R\$15,65 | 008 - Exames toxicológicos ou de monitoriz ação |
| 388 | 02.02.07.034-4 | DOSAGEM DE TIOCIANATO                                 | R\$3,68  | 008 - Exames toxicológicos ou de monitoriz ação |
| 389 | 02.02.07.035-2 | DOSAGEM DE ZINCO                                      | R\$15,65 | 008 - Exames toxicológicos ou de monitoriz ação |
| 390 | 02.02.08.001-3 | ANTIBIOGRAMA                                          | R\$4,98  | 009 - Exames microbiológicos                    |
| 391 | 02.02.08.002-1 | ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA        | R\$13,33 | 009 - Exames microbiológicos                    |
| 392 | 02.02.08.003-0 | ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS                         | R\$13,33 | 009 - Exames microbiológicos                    |
| 393 | 02.02.08.004-8 | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA) | R\$4,20  | 009 - Exames microbiológicos                    |





# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

|     |                |                                                                |          |                                            |
|-----|----------------|----------------------------------------------------------------|----------|--------------------------------------------|
| 394 | 02.02.08.005-6 | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)                       | R\$4,20  | 009 - Exames microbiológicos               |
| 395 | 02.02.08.006-4 | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)              | R\$4,20  | 009 - Exames microbiológicos               |
| 396 | 02.02.08.007-2 | BACTERIOSCOPIA (GRAM)                                          | R\$2,80  | 009 - Exames microbiológicos               |
| 397 | 02.02.08.008-0 | CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO                          | R\$5,62  | 009 - Exames microbiológicos               |
| 398 | 02.02.08.009-9 | CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO)                    | R\$5,62  | 009 - Exames microbiológicos               |
| 399 | 02.02.08.010-2 | CULTURA P/ HERPESVIRUS                                         | R\$4,33  | 009 - Exames microbiológicos               |
| 400 | 02.02.08.011-0 | CULTURA PARA BAAR                                              | R\$5,63  | 009 - Exames microbiológicos               |
| 401 | 02.02.08.012-9 | CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS                             | R\$10,25 | 009 - Exames microbiológicos               |
| 402 | 02.02.08.013-7 | CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS                           | R\$4,19  | 009 - Exames microbiológicos               |
| 403 | 02.02.08.014-5 | EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)                         | R\$2,80  | 009 - Exames microbiológicos               |
| 404 | 02.02.08.015-3 | HEMOCULTURA                                                    | R\$11,49 | 009 - Exames microbiológicos               |
| 405 | 02.02.08.016-1 | IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS                  | R\$5,63  | 009 - Exames microbiológicos               |
| 406 | 02.02.08.017-0 | PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI                                  | R\$4,33  | 009 - Exames microbiológicos               |
| 407 | 02.02.08.018-8 | PESQUISA DE BACILO DIFTERICO                                   | R\$2,80  | 009 - Exames microbiológicos               |
| 408 | 02.02.08.019-6 | PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A          | R\$4,33  | 009 - Exames microbiológicos               |
| 409 | 02.02.08.020-0 | PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY                                 | R\$2,80  | 009 - Exames microbiológicos               |
| 410 | 02.02.08.021-8 | PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI                                | R\$4,33  | 009 - Exames microbiológicos               |
| 411 | 02.02.08.022-6 | PESQUISA DE LEPTOSPIRAS                                        | R\$2,80  | 009 - Exames microbiológicos               |
| 412 | 02.02.08.023-4 | PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM                                 | R\$5,04  | 009 - Exames microbiológicos               |
| 413 | 02.02.08.024-2 | PROVA CONFIRMATÓRIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES | R\$5,62  | 009 - Exames microbiológicos               |
| 414 | 02.02.09.001-9 | ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOIAL E DERRAMES                      | R\$1,89  | 010 - Exames em outros líquidos biológicos |
| 415 | 02.02.09.002-7 | ADENOGRAMA                                                     | R\$5,79  | 010 - Exames em outros líquidos biológicos |
| 416 | 02.02.09.003-5 | CITOLOGIA P/ CLAMIDIA                                          | R\$4,33  | 010 - Exames em outros líquidos biológicos |
| 417 | 02.02.09.004-3 | CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS                                       | R\$4,33  | 010 - Exames em outros líquidos biológicos |
| 418 | 02.02.09.005-1 | CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR                       | R\$1,89  | 010 - Exames em outros líquidos biológicos |
| 419 | 02.02.09.006-0 | CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR                           | R\$1,89  | 010 - Exames em outros líquidos biológicos |



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

|     |                |                                                                                      |         |                                            |
|-----|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------------------|
| 420 | 02.02.09.007-8 | DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO | R\$6,56 | 010 - Exames em outros líquidos biológicos |
| 421 | 02.02.09.008-6 | DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO                                           | R\$1,89 | 010 - Exames em outros líquidos biológicos |
| 422 | 02.02.09.009-4 | DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA                                             | R\$2,01 | 010 - Exames em outros líquidos biológicos |
| 423 | 02.02.09.010-8 | DOSAGEM DE FRUTOSE                                                                   | R\$2,01 | 010 - Exames em outros líquidos biológicos |
| 424 | 02.02.09.011-6 | DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA                                                        | R\$2,01 | 010 - Exames em outros líquidos biológicos |
| 425 | 02.02.09.012-4 | DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES                                    | R\$1,89 | 010 - Exames em outros líquidos biológicos |
| 426 | 02.02.09.013-2 | DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES                                  | R\$1,89 | 010 - Exames em outros líquidos biológicos |
| 427 | 02.02.09.015-9 | ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR                                  | R\$5,23 | 010 - Exames em outros líquidos biológicos |
| 428 | 02.02.09.016-7 | ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO                                              | R\$6,56 | 010 - Exames em outros líquidos biológicos |
| 429 | 02.02.09.017-5 | ESPLENOGRAMA                                                                         | R\$5,79 | 010 - Exames em outros líquidos biológicos |
| 430 | 02.02.09.018-3 | EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS                  | R\$1,89 | 010 - Exames em outros líquidos biológicos |
| 431 | 02.02.09.019-1 | MIELOGRAMA                                                                           | R\$5,79 | 010 - Exames em outros líquidos biológicos |
| 432 | 02.02.09.021-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES ( ELISA )                                 | R\$9,70 | 010 - Exames em outros líquidos biológicos |
| 433 | 02.02.09.022-1 | DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA                                                | R\$2,01 | 010 - Exames em outros líquidos biológicos |
| 434 | 02.02.09.023-0 | PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR                                             | R\$1,89 | 010 - Exames em outros líquidos biológicos |
| 435 | 02.02.09.024-8 | PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS                                                     | R\$1,89 | 010 - Exames em outros líquidos biológicos |
| 436 | 02.02.09.025-6 | PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA                                               | R\$1,89 | 010 - Exames em outros líquidos biológicos |
| 437 | 02.02.09.026-4 | PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)                                        | R\$4,80 | 010 - Exames em outros líquidos biológicos |
| 438 | 02.02.09.027-2 | PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES                                 | R\$1,89 | 010 - Exames em outros líquidos biológicos |
| 439 | 02.02.09.028-0 | PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)                                               | R\$9,70 | 010 - Exames em                            |



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

|     |                |                                                                                                                 |           |                                            |
|-----|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------|
|     |                |                                                                                                                 |           | outros líquidos biológicos                 |
| 440 | 02.02.09.029-9 | PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C) | R\$1,89   | 010 - Exames em outros líquidos biológicos |
| 441 | 02.02.09.030-2 | PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE                                                                  | R\$1,89   | 010 - Exames em outros líquidos biológicos |
| 442 | 02.02.09.031-0 | REACAO DE PANDY                                                                                                 | R\$1,89   | 010 - Exames em outros líquidos biológicos |
| 443 | 02.02.09.032-9 | REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES                                                                | R\$1,89   | 010 - Exames em outros líquidos biológicos |
| 444 | 02.02.09.033-7 | TESTE DE CLEMENTS                                                                                               | R\$1,89   | 010 - Exames em outros líquidos biológicos |
| 445 | 02.02.09.034-5 | TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS                                                 | R\$4,68   | 010 - Exames em outros líquidos biológicos |
| 446 | 02.02.09.035-3 | TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO                                                                             | R\$4,68   | 010 - Exames em outros líquidos biológicos |
| 447 | 02.02.10.001-4 | DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS)                                    | R\$180,00 | 011 - Exames de genética                   |
| 448 | 02.02.10.002-2 | DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)                       | R\$160,00 | 011 - Exames de genética                   |
| 449 | 02.02.10.003-0 | DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)                                           | R\$160,00 | 011 - Exames de genética                   |
| 450 | 02.02.10.004-9 | QUANTIFICAÇÃO/AMPLIFICAÇÃO DO HER-2                                                                             | R\$120,00 | 011 - Exames de genética                   |
| 451 | 02.02.11.001-0 | DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)                                                       | R\$8,80   | 012 - Exames para triagem neonatal         |
| 452 | 02.02.11.002-8 | DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)                                              | R\$66,00  | 012 - Exames para triagem neonatal         |
| 453 | 02.02.11.003-6 | DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)                                                           | R\$66,00  | 012 - Exames para triagem neonatal         |
| 454 | 02.02.11.004-4 | DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)                                                         | R\$5,50   | 012 - Exames para triagem neonatal         |
| 455 | 02.02.11.005-2 | DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4                                                                             | R\$12,10  | 012 - Exames para triagem neonatal         |
| 456 | 02.02.11.006-0 | DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)        | R\$20,90  | 012 - Exames para triagem neonatal         |
| 457 | 02.02.11.007-9 | DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)                                              | R\$5,50   | 012 - Exames para triagem neonatal         |
| 458 | 02.02.11.008-7 | DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)                                                       | R\$13,20  | 012 - Exames para triagem neonatal         |
| 459 | 02.02.11.009-5 | DOSAGEM DE 17 HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)                          | R\$8,00   | 012 - Exames para triagem neonatal         |
| 460 | 02.02.11.010-9 | DOSAGEM DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SANGUE EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)   | R\$5,50   | 012 - Exames para triagem neonatal         |
| 461 | 02.02.11.011-7 | DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SORO                                            | R\$137,00 | 012 - Exames para triagem neonatal         |
| 462 | 02.02.11.012-5 | DETECCÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM                                                                                | R\$66,00  | 012 - Exames para                          |



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

|     |                |                                                                                                |           |                                    |
|-----|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------------|
|     |                | HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA                                                                  |           | triagem neonatal                   |
| 463 | 02.02.11.013-3 | DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE                                    | R\$66,00  | 012 - Exames para triagem neonatal |
| 464 | 02.02.11.014-1 | DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR                                                                     | R\$150,00 | 012 - Exames para triagem neonatal |
| 465 | 02.02.12.001-5 | DETERMINAÇÃO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETÁRIOS                                                    | R\$10,65  | 013 - Exames imunohematológicos    |
| 466 | 02.02.12.002-3 | DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO                                                     | R\$1,37   | 013 - Exames imunohematológicos    |
| 467 | 02.02.12.003-1 | FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR                                                                 | R\$10,65  | 013 - Exames imunohematológicos    |
| 468 | 02.02.12.004-0 | IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS                          | R\$10,65  | 013 - Exames imunohematológicos    |
| 469 | 02.02.12.005-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO MÉTODO DA ELUIÇÃO                                      | R\$5,79   | 013 - Exames imunohematológicos    |
| 470 | 02.02.12.006-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES 37°C                                                | R\$5,79   | 013 - Exames imunohematológicos    |
| 471 | 02.02.12.007-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES A FRIO                                              | R\$5,79   | 013 - Exames imunohematológicos    |
| 472 | 02.02.12.008-2 | PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)                                                          | R\$1,37   | 013 - Exames imunohematológicos    |
| 473 | 02.02.12.009-0 | TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)                                                   | R\$2,73   | 013 - Exames imunohematológicos    |
| 474 | 02.02.12.010-4 | TITULAÇÃO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B                                                     | R\$5,79   | 013 - Exames imunohematológicos    |
| 475 |                | COLETAS DE SWAB E PROCESSAMENTO DE TESTE RÁPIDO, PARA PESQUISA DE ANTÍGENO PARA SARS-COV-2019. | R\$80,00  |                                    |
| 476 |                | DENGUE - ANTICORPOS IGG                                                                        | R\$ 25,00 |                                    |
| 477 |                | DENGUE - ANTICORPOS IGM                                                                        | R\$ 25,00 |                                    |
| 478 |                | DENGUE NS-1                                                                                    | R\$ 30,00 |                                    |

Alto Paraíso – Paraná, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

**Assinatura e Carimbo da Empresa.**