



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

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

PROCESSO ADMINISTRATIVO - PMAP Nº 035/2024

CHAMAMENTO PÚBLICO - PMAP Nº 001/2024

INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO - PMAP Nº 007/2024

CRENCIAMENTO PÚBLICO DE PESSOAS JURÍDICAS, 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 de Contratação, designada por ato do Chefe do Poder Executivo Municipal, portaria nº 046/2024, conformidade com a Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 14.133/2021, e demais legislações aplicáveis torna pública a realização do **CRENCIAMENTO PÚBLICO DE PESSOAS JURÍDICAS, 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 CRENCIAMENTO:

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.

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

4 – FORMA DE INSCRIÇÃO NO CRENCIAMENTO:

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



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

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

expediente no Paço Municipal, situado na Avenida Pedro Amaro dos Santos, n°. 900, Centro, Cep: 87.528-000 Alto Paraíso – PR, em envelope fechado com as seguintes indicações:

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. 0001/2024 – PMAP.

CRENCIAMENTO 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:

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 correccional (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 CI/RG 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;
 - > Declaração de Débitos junto ao Conselho de Classe de Pessoa Física do Prestador de Serviço;
- p) Comprovante do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), atualizado;



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

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

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.

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\$ 300.000,00 (Trezentos Mil Reais)**.



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

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

9.3 – O prazo de execução será do dia **01 de JUNHO DE 2024 ao dia 31 de MAIO DE 2025**, 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 – Os serviços serão prestados em conformidade com o Art. 79; Inciso II da Lei 14.133/2021, **“COM SELEÇÃO A CRITÉRIO DE TERCEIROS: CASO EM QUE A SELEÇÃO DO CONTRATADO ESTÁ A CARGO DO BENEFICIÁRIO DIRETO DA PRESTAÇÃO”**.

9.7 – O pagamento ao CREDENCIADO será efetuado mensalmente, até o 15º (décimo quinto) dia útil, após a entrega da fatura de produção mensal ao CREDENCIANTE;

9.8 – A fatura de produção mensal deverá ser encaminhada ao Secretaria Municipal de Saúde, até o 2º (segundo) dia útil do mês subsequente à prestação do serviço, constando os procedimentos realizados com seus respectivos valores

9.9 – 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. 001/2024 - PMAP e Lei Federal nº. 8080/90, e Lei 14.133/2021, será do dia **01 de JUNHO DE 2024 ao dia 31 de MAIO DE 2025**.

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 INADIMPLENTO 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.

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 ao CREDENCIADO será efetuado mensalmente, até o 15º (décimo quinto) dia útil, após a entrega da fatura de produção mensal ao CREDENCIANTE.



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

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

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
29808	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.301.0014.2.017	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29809	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.301.0014.2.017	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29811	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29812	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29813	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29814	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29815	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29816	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29817	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29818	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29819	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29820	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29824	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.302.0014.2.044	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29825	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.302.0014.2.044	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29826	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.302.0014.2.044	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29827	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.302.0014.2.044	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29828	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.302.0014.2.044	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29849	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.302.0014.2.073	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29830	339039501000	SERVICOS E	08.02.10.304.0014.2.045	FUNDO MUNICIPAL DE



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

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

		PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A		SAUDE
29831	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.304.0014.2.045	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29832	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.304.0014.2.045	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29833	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.304.0014.2.045	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29834	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.304.0014.2.045	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29835	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.304.0014.2.045	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29836	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.304.0014.2.045	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29821	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29829	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.302.0014.2.044	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29837	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.304.0014.2.045	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29810	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.301.0014.2.017	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29822	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29823	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29851	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.301.0014.2.017	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29852	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.301.0014.2.017	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29854	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29855	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29856	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29857	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29858	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29859	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29860	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29861	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29862	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29863	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29867	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.302.0014.2.044	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29868	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.302.0014.2.044	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29869	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.302.0014.2.044	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29870	339039503000	SERVICOS E PROC. EM	08.02.10.302.0014.2.044	FUNDO MUNICIPAL DE



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

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

		SAUDE DE MEDIA E		SAUDE
29871	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.302.0014.2.044	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29892	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.302.0014.2.073	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29873	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.304.0014.2.045	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29874	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.304.0014.2.045	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29875	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.304.0014.2.045	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29876	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.304.0014.2.045	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29877	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.304.0014.2.045	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29878	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.304.0014.2.045	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29879	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.304.0014.2.045	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29864	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29872	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.302.0014.2.044	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29880	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.304.0014.2.045	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29853	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.301.0014.2.017	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29865	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29866	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

15 – RECURSOS ADMINISTRATIVOS:

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 às 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, 23 de Maio de 2024.

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 (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 **CRENCIAMENTO 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 001/2024.

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 2024.

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 (44) 3664-1320.

ANEXO II

(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 **CRENCIAMENTO 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 2024.

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 (44) 3664-1320.

ANEXO III

CHAMAMENTO PÚBLICO - PMAP Nº. 001/2024

CRENCIAMENTO 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 n°..... / 2024.

INEXIGIBILIDADE Nº ... / 2024.

CONTRATO Nº / 2024.

Pela presente Ordem de Execução de Serviços sob n°. ... / 2024, 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, n°. 900 neste ato representado pelo Senhor Prefeito Municipal, **DERCIO JARDIM JUNIOR**, Prefeito Municipal, Portador da Cédula de Identidade n° 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, n° 1986, CEP: 87528-000, neste ato representado pelo Sr. **RODRIGO WESLEY SOBREIRA REVESSO**, brasileiro, Secretário Municipal de Saúde, portador da Cédula de Identidade n° 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 n°., com sede na Avenida, na cidade de, Estado do, neste ato representado pela (o) Sra (o), brasileira (o), Médica (o) portadora (a) da CI/RG n°: SSP/..., devidamente inscrita (o) no CPF/MF n°., CRF/PR, autorizada (o) a iniciar a prestação dos Serviços sendo **ANÁLISES CLÍNICAS LABORATÓRIAS AMBULATORIAL**, objeto do Chamamento Público n°. 001/2024, do **CRENCIAMENTO 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 / 2024, 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 n°. 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 n°. 001/2024 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 / 2024.	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 n°. 001/2024, bem como atender 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 (44) 3664-1320.

- 3) - O valor dos Serviços objetos dessa Ordem de Execução de Serviço para o período de / **2024, 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.
- 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 / **2024** 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 senão 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.
- 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 2024.

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 (44) 3664-1320.

ANEXO IV.

CRENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA ÁREA DA SAÚDE Nº 001/2024, NA ÁREA DA SAÚDE, PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ANÁLISES CLÍNICAS LABORATORIAIS, SENDO ATENDIMENTO AMBULATORIAL, EXISTENTES NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, TERMO DE INEXIGIBILIDADE ... / 2024, PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE ALTO PARAÍSO.

TERMO DE CONTRATO Nº _____ / 2024 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 **CRENCIANTE** e _____, empresa Jurídica de direitos privados, inscrita no CNPJ nº: _____, com sede na Rua _____ nº _____, na cidade de _____, doravante denominada simplesmente **CRENCIADO**, perante as testemunhas abaixo firmadas, pactuam o presente termo, cuja celebração foi autorizada de acordo com o Edital de Credenciamento Universal nº 001/2024, Termo de Inexigibilidade nº ____/2024, Processo nº ____/2024 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 CRENCIADO 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. A prestação do serviço será em regime **mensal, das 7 às 18 horas, excetuando-se sábados, domingos e feriados**, sendo a solicitação dos exames encaminhada pela Secretaria Municipal de Saúde ao CRENCIADO, junto com o paciente e requisição emitida pelo médico, em que o paciente tem até 72h, após encaminhado pela SMS, para comparecer ao laboratório para agenda, e o CRENCIADO deve realizar o exame no menor tempo possível.

2.2. Os serviços serão prestados em conformidade com o Art. 79; Inciso II da Lei 14.133/2021, **“COM SELEÇÃO A CRITÉRIO DE TERCEIROS: CASO EM QUE A SELEÇÃO DO CONTRATADO ESTÁ A CARGO DO BENEFICIÁRIO DIRETO DA PRESTAÇÃO”**.



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

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

2.3. O Município de Alto Paraíso, Estado do Paraná, reserva-se ao direito de fiscalizar de forma permanente, a prestação do Serviço, podendo o prestador ser descredenciado, em caso de comprovação de irregularidades, com garantia do contraditório e da ampla defesa.

2.4. 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 Maio de 2025**, 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
29808	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.301.0014.2.017	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29809	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.301.0014.2.017	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29811	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29812	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29813	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29814	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29815	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29816	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29817	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29818	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29819	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29820	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29824	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.302.0014.2.044	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29825	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.302.0014.2.044	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29826	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES	08.02.10.302.0014.2.044	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

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

		EM A		
29827	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.302.0014.2.044	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29828	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.302.0014.2.044	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29849	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.302.0014.2.073	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29830	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.304.0014.2.045	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29831	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.304.0014.2.045	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29832	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.304.0014.2.045	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29833	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.304.0014.2.045	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29834	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.304.0014.2.045	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29835	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.304.0014.2.045	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29836	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.304.0014.2.045	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29821	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29829	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.302.0014.2.044	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29837	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.304.0014.2.045	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29810	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.301.0014.2.017	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29822	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29823	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTOS COMP.ES EM A	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29851	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.301.0014.2.017	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29852	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.301.0014.2.017	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29854	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29855	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29856	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29857	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29858	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29859	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29860	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29861	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	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 (44) 3664-1320.

29862	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29863	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29867	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.302.0014.2.044	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29868	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.302.0014.2.044	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29869	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.302.0014.2.044	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29870	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.302.0014.2.044	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29871	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.302.0014.2.044	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29892	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.302.0014.2.073	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29873	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.304.0014.2.045	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29874	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.304.0014.2.045	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29875	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.304.0014.2.045	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29876	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.304.0014.2.045	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29877	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.304.0014.2.045	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29878	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.304.0014.2.045	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29879	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.304.0014.2.045	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29864	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29872	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.302.0014.2.044	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29880	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.304.0014.2.045	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29853	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.301.0014.2.017	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29865	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
29866	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

CLÁUSULA QUINTA - DOS REAJUSTES

5.1. O preço proposto é fixo e irrevogável até o prazo de **31 de Maio de 2025**. 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. O pagamento ao CREDENCIADO será efetuado mensalmente, até o 15º (décimo quinto) dia útil, após a entrega da fatura de produção mensal ao CREDENCIANTE.

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 (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, conseqüentemente, 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 Xambê, 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.

Alto Paraíso, Estado do Paraná, ___ de _____ de 2024.

DERCIO JARDIM JUNIOR
REVISSO

PREFEITO MUNICIPAL

RODRIGO WESLEY SOBREIRA

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 (44) 3664-1320.

ANEXO V. PLANILHA DE VALORES. PROCESSO DE CREDENCIAMENTO 001/2024.

CRENCIAMENTO 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

Anexo V.II – Tabela Geral.

Código	Procedimento	valor tabela SUS	Sub-Grupo - Forma de Organização
02.02.01.001-5	CLEARANCE OSMOLAR	R\$3,51	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.002-3	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R\$2,01	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.003-1	DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS	R\$15,65	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.004-0	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$3,63	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.005-8	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (5 DOSAGENS)	R\$6,55	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.006-6	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	R\$3,68	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.007-4	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	R\$10,00	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.008-2	DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE	R\$3,51	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.009-0	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	R\$3,51	001 - Exames Bioquímicos



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

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

02.02.01.010-4	DOSAGEM DE ACETONA	R\$1,85	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.011-2	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R\$2,01	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.012-0	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$1,85	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.013-9	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	R\$9,00	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.014-7	DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$3,68	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.015-5	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	R\$3,68	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.016-3	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R\$3,68	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.017-1	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	R\$3,68	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.018-0	DOSAGEM DE AMILASE	R\$2,25	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.019-8	DOSAGEM DE AMONIA	R\$3,51	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.020-1	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$2,01	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CALCIO	R\$1,85	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.022-8	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$3,51	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.023-6	DOSAGEM DE CAROTENO	R\$2,01	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.025-2	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	R\$3,68	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.026-0	DOSAGEM DE CLORETO	R\$1,85	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.027-9	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$3,51	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.028-7	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$3,51	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.029-5	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$1,85	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.030-9	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R\$3,68	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.031-7	DOSAGEM DE CREATININA	R\$1,85	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.032-5	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$3,68	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.033-3	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$4,12	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.034-1	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA- HIDROXIBUTIRICA	R\$3,51	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.035-0	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	R\$3,51	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.036-8	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R\$3,68	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.037-6	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	R\$3,68	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.038-4	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$15,59	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.039-2	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$3,51	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.040-6	DOSAGEM DE FOLATO	R\$15,65	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.041-4	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	R\$2,01	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.042-2	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$2,01	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.043-0	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$1,85	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.044-9	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	R\$2,01	001 - Exames Bioquímicos



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

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

02.02.01.045-7	DOSAGEM DE GALACTOSE	R\$3,51	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.046-5	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$3,51	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.047-3	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$1,85	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.048-1	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	R\$3,68	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.049-0	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	R\$3,68	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.050-3	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$7,86	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.051-1	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	R\$3,68	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.052-0	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	R\$3,51	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.053-8	DOSAGEM DE LACTATO	R\$3,68	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.054-6	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	R\$3,51	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.055-4	DOSAGEM DE LIPASE	R\$2,25	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.056-2	DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$2,01	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.057-0	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	R\$2,01	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.058-9	DOSAGEM DE PIRUVATO	R\$3,68	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.059-7	DOSAGEM DE PORFIRINAS	R\$3,51	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.060-0	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$1,85	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.061-9	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$1,40	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.062-7	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$1,85	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.063-5	DOSAGEM DE SODIO	R\$1,85	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.064-3	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$2,01	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.065-1	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$2,01	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.066-0	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$4,12	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.067-8	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$3,51	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.068-6	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	R\$3,51	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.069-4	DOSAGEM DE UREIA	R\$1,85	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.070-8	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$15,24	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.071-6	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$3,68	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.072-4	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$4,42	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.073-2	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	R\$15,65	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.074-0	PROVA DA D-XILOSE	R\$3,68	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.075-9	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	R\$6,55	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.076-7	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$15,24	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.077-5	DETERMINAÇÃO DE CREMATÓCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO	R\$1,53	001 - Exames Bioquímicos



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

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

02.02.01.078-3	ACIDEZ TITULÁVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)	R\$3,04	001 - Exames Bioquímicos
02.02.02.001-0	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	R\$6,48	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.002-9	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$2,73	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.003-7	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$2,73	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.004-5	DETERMINACAO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR	R\$2,73	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.005-3	DETERMINACAO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	R\$2,73	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.006-1	DETERMINACAO DE SULFO-HEMOGLOBINA	R\$2,73	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.007-0	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	R\$2,73	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.008-8	DETERMINACAO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	R\$2,73	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.009-6	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO - DUKE	R\$2,73	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.010-0	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	R\$9,00	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.011-8	DETERMINACAO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	R\$5,79	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.012-6	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA	R\$2,85	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.013-4	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$5,77	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.014-2	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$2,73	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.015-0	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTACAO (VHS)	R\$2,73	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.016-9	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R\$4,11	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.017-7	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$6,48	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.018-5	DOSAGEM DE FATOR II	R\$5,31	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.019-3	DOSAGEM DE FATOR IX	R\$7,61	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.020-7	DOSAGEM DE FATOR V	R\$4,73	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.021-5	DOSAGEM DE FATOR VII	R\$8,09	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.022-3	DOSAGEM DE FATOR VIII	R\$6,63	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 (44) 3664-1320.

			hemostasia
02.02.02.023-1	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	R\$15,00	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.024-0	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	R\$18,91	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.025-8	DOSAGEM DE FATOR X	R\$6,66	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.026-6	DOSAGEM DE FATOR XI	R\$9,11	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.027-4	DOSAGEM DE FATOR XII	R\$10,51	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.028-2	DOSAGEM DE FATOR XIII	R\$6,66	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.029-0	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R\$4,60	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.030-4	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$1,53	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.031-2	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	R\$2,73	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.032-0	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	R\$2,73	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.033-9	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	R\$2,73	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.034-7	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	R\$4,11	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.035-5	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$5,41	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.036-3	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R\$2,73	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.037-1	HEMATOCRITO	R\$1,53	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$4,11	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.039-8	LEUCOGRAMA	R\$2,73	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.040-1	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	R\$25,00	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.041-0	PESQUISA DE CELULAS LE	R\$4,11	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.042-8	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	R\$2,73	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.043-6	PESQUISA DE FILARIA	R\$2,73	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.044-4	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R\$2,73	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.046-0	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	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 (44) 3664-1320.

			hemostasia
02.02.02.048-7	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R\$4,11	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.049-5	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R\$2,73	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.050-9	PROVA DO LACO	R\$2,73	
02.02.02.051-7	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	R\$2,73	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.052-5	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	R\$12,00	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.053-3	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	R\$2,73	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.054-1	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$2,73	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.03.001-6	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	R\$15,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.002-4	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	R\$15,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.003-2	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	R\$15,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.004-0	DETECCAO DE ÁCIDOS NUCLEICOS DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R\$65,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.005-9	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	R\$96,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.006-7	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	R\$9,25	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.007-5	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R\$2,83	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.008-3	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	R\$9,25	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.009-1	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$15,06	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.010-5	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$16,42	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.011-3	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$13,55	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.012-1	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.013-0	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.014-8	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	R\$2,83	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.015-6	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.016-4	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$9,25	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 (44) 3664-1320.

02.02.03.018-0	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.019-9	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	R\$9,25	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.020-2	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$2,83	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.021-0	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	R\$298,43	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.022-9	IMUNOELETOFORESE DE PROTEINAS	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.023-7	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$80,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.025-3	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	R\$10,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.026-1	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R\$10,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.027-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$8,67	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.028-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.029-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$85,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.030-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$10,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.031-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$18,55	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.032-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.033-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R\$5,74	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.034-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.035-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$18,55	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.036-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$18,55	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.037-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	R\$9,25	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.038-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	R\$10,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.039-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	R\$9,25	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.040-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	R\$3,70	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.041-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	R\$5,83	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 (44) 3664-1320.

02.02.03.042-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R\$10,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.043-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.044-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	R\$9,25	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.045-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	R\$10,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.046-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	R\$9,70	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.047-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$2,83	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.048-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	R\$10,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.050-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	R\$10,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.051-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	R\$10,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.052-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.053-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	R\$4,10	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.054-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	R\$5,50	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.055-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.056-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.057-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.058-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.059-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.060-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.061-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	R\$10,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.062-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.063-6	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$18,55	003 - Exames sorológicos e imunológicos
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
02.02.03.065-2	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA	R\$7,78	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 (44) 3664-1320.

	HISTOPLASMA		imunológicos
02.02.03.066-0	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	R\$9,71	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.067-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$18,55	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.068-7	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	R\$18,55	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.069-5	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	R\$9,25	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.070-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	R\$4,10	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.071-7	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO	R\$18,55	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.072-5	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.073-3	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$2,83	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.074-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$11,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.075-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	R\$9,25	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.076-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$16,97	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.077-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$9,25	003 - Exames sorológicos e imunológicos
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
02.02.03.079-2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS	R\$30,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
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
02.02.03.081-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.082-2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.083-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.084-9	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.085-7	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$11,61	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.086-5	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	R\$10,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.087-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	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 (44) 3664-1320.

02.02.03.088-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$9,25	003 - Exames sorológicos e imunológicos
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
02.02.03.090-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS	R\$20,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.091-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$18,55	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.092-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.093-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.094-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.095-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.096-2	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$13,35	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.097-0	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$18,55	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.098-9	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R\$18,55	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.099-7	DETECÇÃO DE CLAMÍDIA E GONOCOCO POR BIOLOGIA MOLECULAR	R\$60,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.100-4	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	R\$2,83	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.101-2	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER- ROSE)	R\$4,10	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.102-0	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLORESCENCIA	R\$10,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.103-9	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	R\$9,25	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.104-7	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLORESCENCIA)	R\$10,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.105-5	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	R\$1,77	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.106-3	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	R\$1,77	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.107-1	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	R\$18,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.108-0	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	R\$168,48	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.109-8	TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$4,10	003 - Exames sorológicos e imunológicos
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 (44) 3664-1320.

			imunológicos
02.02.03.111-0	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$2,83	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.112-8	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$10,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.113-6	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$10,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.114-4	TESTES ALERGICOS DE CONTATO	R\$1,77	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.115-2	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	R\$1,77	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.117-9	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTES	R\$2,83	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.118-7	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA	R\$18,55	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.119-5	DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.120-9	DOSAGEM DE TROPONINA	R\$9,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.121-7	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	R\$13,35	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.122-5	EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER I	R\$80,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.123-3	EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER II	R\$120,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.125-0	DETECÇÃO DE RNA DO HTLV-1	R\$65,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.126-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-CORPOS ANTI-HTLV-1 (WESTERN-BLOT)	R\$85,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.04.001-1	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	R\$1,65	004 - Exames coprológicos
02.02.04.002-0	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	R\$3,04	004 - Exames coprológicos
02.02.04.003-8	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	R\$3,04	004 - Exames coprológicos
02.02.04.004-6	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	R\$1,65	004 - Exames coprológicos
02.02.04.005-4	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	R\$1,65	004 - Exames coprológicos
02.02.04.006-2	PESQUISA DE EOSINOFILOS	R\$1,65	004 - Exames coprológicos
02.02.04.007-0	PESQUISA DE GORDURA FECAL	R\$1,65	004 - Exames coprológicos
02.02.04.008-9	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	R\$1,65	004 - Exames coprológicos
02.02.04.009-7	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R\$1,65	004 - Exames coprológicos
02.02.04.010-0	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	R\$1,65	004 - Exames coprológicos
02.02.04.011-9	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)	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 (44) 3664-1320.

02.02.04.012-7	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$1,65	004 - Exames coprológicos
02.02.04.013-5	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	R\$10,25	004 - Exames coprológicos
02.02.04.014-3	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$1,65	004 - Exames coprológicos
02.02.04.015-1	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	R\$1,65	004 - Exames coprológicos
02.02.04.016-0	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	R\$1,65	004 - Exames coprológicos
02.02.04.017-8	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	R\$1,65	004 - Exames coprológicos
02.02.05.001-7	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$3,70	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.002-5	CLEARANCE DE CREATININA	R\$3,51	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.003-3	CLEARANCE DE FOSFATO	R\$3,51	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.004-1	CLEARANCE DE UREIA	R\$3,51	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.005-0	CONTAGEM DE ADDIS	R\$2,01	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.006-8	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	R\$3,70	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.007-6	IDENTIFICAÇÃO DE GLICÍDIOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA)	R\$3,70	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.008-4	DOSAGEM DE CITRATO	R\$2,01	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.009-2	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$8,12	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.010-6	DOSAGEM DE OXALATO	R\$3,68	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.011-4	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$2,04	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.012-2	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	R\$3,04	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.013-0	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	R\$3,70	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.014-9	PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	R\$3,70	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.015-7	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	R\$2,04	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.016-5	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	R\$3,70	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.017-3	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	R\$2,04	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.018-1	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	R\$2,40	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.019-0	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	R\$2,04	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.020-3	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	R\$2,04	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.021-1	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	R\$3,70	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.022-0	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	R\$2,04	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.023-8	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	R\$2,04	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.024-6	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	R\$3,36	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.026-2	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	R\$2,04	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.027-0	PESQUISA DE LACTOSE 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 (44) 3664-1320.

02.02.05.028-9	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	R\$3,70	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.029-7	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	R\$2,04	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.030-0	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	R\$4,44	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.031-9	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	R\$2,04	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.032-7	PROVA DE DILUICAO (URINA)	R\$2,04	005 - Exames de uroanálise
02.02.06.001-2	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	R\$12,54	006 - Exames hormonais
02.02.06.002-0	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	R\$12,54	006 - Exames hormonais
02.02.06.003-9	DETERMINACAO DE T3 REVERSO	R\$14,69	006 - Exames hormonais
02.02.06.004-7	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R\$10,20	006 - Exames hormonais
02.02.06.005-5	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	R\$6,72	006 - Exames hormonais
02.02.06.006-3	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	R\$6,72	006 - Exames hormonais
02.02.06.007-1	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	R\$6,72	006 - Exames hormonais
02.02.06.008-0	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$14,12	006 - Exames hormonais
02.02.06.009-8	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$11,89	006 - Exames hormonais
02.02.06.010-1	DOSAGEM DE AMP CICLICO	R\$12,01	006 - Exames hormonais
02.02.06.011-0	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$11,53	006 - Exames hormonais
02.02.06.012-8	DOSAGEM DE CALCITONINA	R\$14,38	006 - Exames hormonais
02.02.06.013-6	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$9,86	006 - Exames hormonais
02.02.06.014-4	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$11,25	006 - Exames hormonais
02.02.06.015-2	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$11,71	006 - Exames hormonais
02.02.06.016-0	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$10,15	006 - Exames hormonais
02.02.06.017-9	DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$11,55	006 - Exames hormonais
02.02.06.018-7	DOSAGEM DE ESTRONA	R\$11,12	006 - Exames hormonais
02.02.06.019-5	DOSAGEM DE GASTRINA	R\$14,15	006 - Exames hormonais
02.02.06.020-9	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	R\$15,35	006 - Exames hormonais
02.02.06.021-7	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$7,85	006 - Exames hormonais
02.02.06.022-5	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$10,21	006 - Exames hormonais
02.02.06.023-3	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$7,89	006 - Exames hormonais
02.02.06.024-1	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$8,97	006 - Exames hormonais
02.02.06.025-0	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$8,96	006 - Exames hormonais
02.02.06.026-8	DOSAGEM DE INSULINA	R\$10,17	006 - Exames hormonais



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

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

02.02.06.027-6	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$43,13	006 - Exames hormonais
02.02.06.028-4	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$15,35	006 - Exames hormonais
02.02.06.029-2	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$10,22	006 - Exames hormonais
02.02.06.030-6	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$10,15	006 - Exames hormonais
02.02.06.031-4	DOSAGEM DE RENINA	R\$13,19	006 - Exames hormonais
02.02.06.032-2	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$15,35	006 - Exames hormonais
02.02.06.033-0	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R\$13,11	006 - Exames hormonais
02.02.06.034-9	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$10,43	006 - Exames hormonais
02.02.06.035-7	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$13,11	006 - Exames hormonais
02.02.06.036-5	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$15,35	006 - Exames hormonais
02.02.06.037-3	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$8,76	006 - Exames hormonais
02.02.06.038-1	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$11,60	006 - Exames hormonais
02.02.06.039-0	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$8,71	006 - Exames hormonais
02.02.06.040-3	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	R\$12,01	006 - Exames hormonais
02.02.06.041-1	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	R\$12,01	006 - Exames hormonais
02.02.06.042-0	TESTE DE ESTIMULO COM GNRH OU COM AGONISTA GNRH	R\$12,01	006 - Exames hormonais
02.02.06.043-8	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	R\$12,01	006 - Exames hormonais
02.02.06.044-6	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	R\$12,01	006 - Exames hormonais
02.02.06.045-4	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	R\$12,01	006 - Exames hormonais
02.02.06.046-2	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	R\$8,43	006 - Exames hormonais
02.02.06.047-0	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	R\$12,15	006 - Exames hormonais
02.02.07.001-8	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	R\$2,06	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.002-6	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	R\$2,23	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.003-4	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	R\$3,68	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.004-2	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	R\$2,04	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.005-0	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R\$15,65	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.006-9	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	R\$3,51	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.007-7	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	R\$2,01	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.008-5	DOSAGEM DE ALUMINIO	R\$27,50	008 - Exames toxicológicos ou



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

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

			de monitorização
02.02.07.009-3	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	R\$10,00	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.010-7	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	R\$10,00	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.011-5	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	R\$10,00	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.012-3	DOSAGEM DE BARBITURATOS	R\$13,13	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.013-1	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	R\$13,48	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.014-0	DOSAGEM DE CADMIO	R\$6,55	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.015-8	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$17,53	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.016-6	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	R\$4,11	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.017-4	DOSAGEM DE CHUMBO	R\$8,83	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.018-2	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R\$58,61	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.019-0	DOSAGEM DE COBRE	R\$3,51	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.020-4	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R\$8,97	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.021-2	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	R\$15,65	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.022-0	DOSAGEM DE FENITOINA	R\$35,22	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.023-9	DOSAGEM DE FENOL	R\$2,05	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.024-7	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	R\$3,51	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.025-5	DOSAGEM DE LITIO	R\$2,25	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.026-3	DOSAGEM DE MERCURIO	R\$2,04	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.027-1	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	R\$4,11	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.028-0	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	R\$10,00	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.029-8	DOSAGEM DE METOTREXATO	R\$10,00	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.030-1	DOSAGEM DE QUINIDINA	R\$10,00	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.031-0	DOSAGEM DE SALICILATOS	R\$2,01	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

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

			de monitorização
02.02.07.032-8	DOSAGEM DE SULFATOS	R\$3,51	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.033-6	DOSAGEM DE TEOFILINA	R\$15,65	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.034-4	DOSAGEM DE TIOCIANATO	R\$3,68	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.035-2	DOSAGEM DE ZINCO	R\$15,65	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.08.001-3	ANTIBIOGRAMA	R\$4,98	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.002-1	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R\$13,33	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.003-0	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	R\$13,33	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.004-8	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$4,20	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.005-6	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	R\$4,20	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.006-4	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	R\$4,20	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.007-2	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$2,80	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.008-0	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$5,62	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.009-9	CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO)	R\$5,62	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.010-2	CULTURA P/ HERPESVIRUS	R\$4,33	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.011-0	CULTURA PARA BAAR	R\$5,63	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.012-9	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R\$10,25	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.013-7	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$4,19	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.014-5	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$2,80	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.015-3	HEMOCULTURA	R\$11,49	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.016-1	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	R\$5,63	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.017-0	PEQUISA DE PNEUMOCYISTI CARINI	R\$4,33	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.018-8	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	R\$2,80	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.019-6	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$4,33	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.020-0	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	R\$2,80	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.021-8	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$4,33	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.022-6	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	R\$2,80	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.023-4	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	R\$5,04	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.024-2	PROVA CONFIRMATÓRIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES	R\$5,62	009 - Exames microbiológicos
02.02.09.001-9	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	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 (44) 3664-1320.

02.02.09.002-7	ADENOGRAMA	R\$5,79	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.003-5	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	R\$4,33	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.004-3	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	R\$4,33	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.005-1	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$1,89	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.006-0	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$1,89	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.007-8	DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$6,56	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.008-6	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$1,89	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.009-4	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	R\$2,01	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.010-8	DOSAGEM DE FRUTOSE	R\$2,01	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.011-6	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	R\$2,01	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.012-4	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$1,89	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.013-2	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$1,89	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.015-9	ELETOFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	R\$5,23	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.016-7	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$6,56	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.017-5	ESPLENOGRAMA	R\$5,79	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.018-3	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	R\$1,89	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.019-1	MIELOGRAMA	R\$5,79	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.021-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R\$9,70	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.022-1	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA	R\$2,01	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.023-0	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$1,89	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.024-8	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	R\$1,89	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.025-6	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	R\$1,89	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.026-4	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS	R\$4,80	010 - Exames em outros



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

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

	VASECTOMIA)		líquidos biológicos
02.02.09.027-2	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$1,89	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.028-0	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	R\$9,70	010 - Exames em outros líquidos biológicos
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
02.02.09.030-2	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R\$1,89	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.031-0	REACAO DE PANDY	R\$1,89	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.032-9	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$1,89	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.033-7	TESTE DE CLEMENTS	R\$1,89	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.034-5	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS	R\$4,68	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.035-3	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	R\$4,68	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.10.001-4	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$180,00	011 - Exames de genética
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
02.02.10.003-0	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$160,00	011 - Exames de genética
02.02.10.004-9	QUANTIFICAÇÃO/AMPLIFICAÇÃO DO HER-2	R\$120,00	011 - Exames de genética
02.02.11.001-0	DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$8,80	012 - Exames para triagem neonatal
02.02.11.002-8	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)	R\$66,00	012 - Exames para triagem neonatal
02.02.11.003-6	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)	R\$66,00	012 - Exames para triagem neonatal
02.02.11.004-4	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$5,50	012 - Exames para triagem neonatal
02.02.11.005-2	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	R\$12,10	012 - Exames para triagem neonatal
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
02.02.11.007-9	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	R\$5,50	012 - Exames para triagem neonatal
02.02.11.008-7	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$13,20	012 - Exames para triagem neonatal



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

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

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
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
02.02.11.011-7	DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SORO	R\$137,00	012 - Exames para triagem neonatal
02.02.11.012-5	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA	R\$66,00	012 - Exames para triagem neonatal
02.02.11.013-3	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE	R\$66,00	012 - Exames para triagem neonatal
02.02.11.014-1	DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR	R\$150,00	012 - Exames para triagem neonatal
02.02.12.001-5	DETERMINAÇÃO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETÁRIOS	R\$10,65	013 - Exames imunohematológicos
02.02.12.002-3	DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$1,37	013 - Exames imunohematológicos
02.02.12.003-1	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	R\$10,65	013 - Exames imunohematológicos
02.02.12.004-0	IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	R\$10,65	013 - Exames imunohematológicos
02.02.12.005-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO MÉTODO DA ELUICAO	R\$5,79	013 - Exames imunohematológicos
02.02.12.006-6	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC	R\$5,79	013 - Exames imunohematológicos
02.02.12.007-4	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO	R\$5,79	013 - Exames imunohematológicos
02.02.12.008-2	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$1,37	013 - Exames imunohematológicos
02.02.12.009-0	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$2,73	013 - Exames imunohematológicos
02.02.12.010-4	TITULAÇÃO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	R\$5,79	013 - Exames imunohematológicos
	COLETAS DE SWAB E PROCESSAMENTO DE TESTE RÁPIDO, PARA PESQUISA DE ANTÍGENO PARA SARS-COV-2019.	R\$140,00	
	EXAME SOROLOGIA IGM MÉTODO ELISA	25,00	Dengue
	EXAME SOROLOGIA IGG MÉTODO ELISA	30,00	Dengue
	DENGUE NS1 + PESQUISA DE ANTÍGENO	30,00	Dengue
	Chikungunya IGM	164,90	
	Chikungunya IGG	164,90	
	D-DIMERO	90,00	
	CITOMEGALOVIRUS IGG	100,00	



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

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

	CITOMEGALOVIRUS IGM	100,00	
	BNP – PEPTÍDEO NATRIURÉTICO	150,00	
	Preparação de Materiais para Exames.	R\$ 4,00 por coleta	

Alto Paraíso – Paraná, ___ de _____ de 2024.

Assinatura e Carimbo da Empresa.