



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

PROCESSO Nº 4722/2018.

EDITAL PREGÃO PRESENCIAL Nº 0160/18.

(LICITAÇÃO NÃO DIFERENCIADA DE AMPLA PARTICIPAÇÃO).

OBJETO: Contratação de Empresa para Prestação de Serviços de análises clínicas histológicas e citológicas compreendidos na Tabela SIA/SUS, grupo 2- Procedimentos com Finalidade Diagnóstica em Laboratório Clínico e Subgrupo 02 e 03 e exames estimados na Tabela AMB/99, com implantação de laboratório e posto de coleta devidamente equipados no HMSV por conta da Contratada, pelo período de 12 (Doze) meses, conforme especificações e obrigações constantes no Termo de Referência – Especificações do objeto (Anexo I) deste edital.

INTEGRAM O PRESENTE EDITAL:

ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA – ESPECIFICAÇÃO DO OBJETO.

ANEXO II – MINUTA DE CONTRATO.

ANEXO III – MODELO DE PROCURAÇÃO PARA CREDENCIAMENTO.

ANEXO IV – MODELO DE DECLARAÇÃO DE QUE A PROPONENTE CUMPRE OS REQUISITOS DE HABILITAÇÃO.

ANEXO V – MODELO DE DECLARAÇÃO DE MICROEMPRESA E EMPRESA DE PEQUENO PORTE.

ANEXO VI – RECIBO DE RETIRADA DO EDITAL.

ANEXO VII – MODELO DE DECLARAÇÃO DE SITUAÇÃO REGULAR PERANTE O MINISTÉRIO DO TRABALHO.

ANEXO VIII – MODELO DE PROPOSTA.

ANEXO IX – MODELO DE DECLARAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO.

ANEXO X – MODELO DE DECLARAÇÃO DE FATOS IMPEDITIVOS.

ANEXO XI – MODELO DE DECLARAÇÃO DE INDICAÇÃO DE PESSOA LEGALMENTE RESPONSÁVEL.

ANEXO XII – TERMO DE CIÊNCIA E NOTIFICAÇÃO.

ANEXO XIII – CADASTRO DE RESPONSÁVEL PELA CONTRATADA.

1. PREÂMBULO:



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

A **SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO VICENTE** torna público para conhecimento de todos os interessados que no dia e hora abaixo indicados, será realizada licitação na modalidade **PREGÃO PRESENCIAL, com critério de julgamento de MENOR PREÇO POR LOTE**, que será regido pela Lei Federal Nº 10.520, de 17/07/2002, com aplicação subsidiária da Lei Federal Nº 8.666/93 e suas alterações, Lei Complementar Nº 123 de 14/12/2006 atualizada pela Lei Complementar Nº 147 de 07/08/14, além das demais disposições legais aplicáveis, e pelas condições estabelecidas no presente Edital e seus anexos.

O **PREGÃO** será conduzido pelo **PREGOEIRO**, auxiliado pela **EQUIPE DE APOIO**, conforme designação contida nos autos do processo.

Caso a empresa prefira poderá realizar **Vistoria Técnica Facultativa** que ocorrerá do **dia 21/11/18 até o dia 29/11/18, com horário previamente agendado junto a Diretoria de Atenção Hospitalar, Urgências e Emergências (DAHUE), através do Telefone (13) 3569-5700 ramais 5779/5780**. Na ocasião da vistoria técnica, o interessado deverá estar munido de documento de identificação pessoal com foto e a **Declaração de Realização de Vistoria, devidamente preenchida com os dados da empresa e de seu representante em papel timbrado da empresa**.

O **PREGÃO** será realizado no dia **30 de Novembro de 2018**, com início às **14:30 horas**, na Rua Padre Anchieta, Nº 462, Centro, São Vicente, CEP 11.310-040, no Auditório localizado no 5º andar quando deverão ser apresentados, no início, o(s) documento(s) para **CRENCIAMENTO (conforme Item 11): a Procuração para Credenciamento, se for o caso (Anexo III), documento de Identificação com foto do representante presente no Credenciamento, a Declaração de que a proponente cumpre os requisitos de Habilitação (Anexo IV) e a Declaração de Microempresa ou de Empresa de Pequeno Porte (Anexo V) que deverão serem entregues fora dos envelopes Proposta de Preços e Habilitação, na fase de Credenciamento, como segue:**

CRENCIAMENTO E ENTREGA DOS ENVELOPES Nº 01 e 02:

O credenciamento será realizado no dia **30/11/18 às 14:30 hs**.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

INÍCIO DA SESSÃO DE DISPUTA DE PREÇOS:

O início da Sessão de Disputa será realizado no dia **30/11/18 às 14:30 hs.**

O Pregoeiro responsável pelo presente certame será o **Sr. Nelson Rodrigues Varanda**, nomeado através da Portaria nº 785 – GP.

Na hipótese de não ser concluído o pregão durante o expediente normal, a sua suspensão e retomada será no dia e hora comunicado pelo pregoeiro.

2. OBJETO DO PREGÃO:

2.1. Contratação de Empresa para Prestação de Serviços de análises clínicas histológicas e citológicas compreendidos na Tabela SIA/SUS, grupo 2- Procedimentos com Finalidade Diagnóstica em Laboratório Clínico e Subgrupo 02 e 03 e exames estimados na Tabela AMB/99, com implantação de laboratório e posto de coleta devidamente equipados no HMSV por conta da Contratada, pelo período de 12 (Doze) meses, conforme especificações e obrigações constantes no Termo de Referência – Especificações do objeto (Anexo I) deste edital.

3. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

3.1. As Despesas decorrentes da presente licitação onerarão os recursos orçamentários Nº 0218.021802.10.302.0019.2043.3.3.90.39.05. Fonte de Recurso: Transferência Federal (05) – Convênio: PAB e MAC.

4. CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO:

4.1. Poderão participar deste **PREGÃO** os interessados do ramo de atividade pertinente ao objeto da contratação que atenderem a todas as exigências constantes deste **Edital e seus Anexos**.

4.2. Não será permitida a participação de Empresas estrangeiras que não funcionem no País, de consórcio de Empresas, qualquer que seja sua forma de



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

constituição, estando também abrangidos pela proibição aqueles que tenham sido punidos com suspensão do direito de licitar e contratar com este Órgão, ou declarados inidôneos para licitar ou contratar com a **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**.

5. FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS ENVELOPES Nº 01 (PROPOSTA DE PREÇOS) E Nº 02 (DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO).

5.1. Os **ENVELOPES Nº 01 e Nº 02**, respectivamente **PROPOSTA DE PREÇOS (01)** e **DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO (02)** deverão ser apresentados, **fechados e indevassáveis**, contendo cada um deles, em sua parte externa, além do **Nome da Proponente**, os seguintes dizeres:

ENVELOPE Nº 01

PREGÃO PRESENCIAL Nº 0160/18

ENVELOPE PROPOSTA

PROCESSO Nº 4722/18.

ENVELOPE Nº 02

PREGÃO PRESENCIAL Nº 0160/18

ENVELOPE DE DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO.

PROCESSO Nº 4722/18.

5.2. Os documentos constantes dos envelopes deverão ser apresentados em 01 (uma) via, redigida com clareza, em língua portuguesa, salvo quanto às expressões técnicas de uso corrente, sem rasuras ou entrelinhas que prejudiquem sua análise, numeradas, sendo a proposta datada e assinada na última folha e rubricadas nas demais pelo representante legal ou pelo Procurador, juntando-se a procuração.

5.2.1. A apresentação dos documentos integrantes do **ENVELOPE PROPOSTA (Envelope Nº 01)** obedecerá também os comandos contemplados nos subitens **5.3, 5.3.1, 5.3.2 e 5.3.3**.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

5.2.2. A proponente somente poderá apresentar uma única **PROPOSTA**.

5.3. Os DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO (Envelope N° 02)

Poderão ser apresentados em original ou cópias autenticadas por cartório competente ou por Servidor da Administração, ou por meio de publicação em órgão da imprensa oficial, inclusive expedido via Internet.

O documento expedido via Internet, inclusive outros apresentados poderão ter sempre que necessário, suas autenticidades/validades comprovadas por parte do **PREGOEIRO**.

5.3.1. O **PREGOEIRO** não se responsabilizará pela eventual indisponibilidade dos meios eletrônicos de informações, no momento da verificação. Ocorrendo a indisponibilidade referida, e não tendo sido apresentados os documentos preconizados, inclusive quanto à forma exigida, a proponente será inabilitada.

5.3.2. Os documentos apresentados por qualquer proponente, se expressos em língua estrangeira, deverão ser autenticados por autoridade brasileira no país de origem e traduzidos para o português por tradutor público juramentado.

5.3.3. Inexistindo prazo de validade nas Certidões, serão aceitas aquelas cujas expedições/emissões não ultrapassem a 180 (Cento e oitenta) dias da data final para entrega dos envelopes.

5.3.4. Não serão aceitos protocolos e nem documentos com os prazos de validade vencidos, com exceção de documentações fiscais, conforme casos e prazos previstos na Legislação.

6. CONTEÚDO DA PROPOSTA:

6.1. A **PROPOSTA** deverá:

a) Ser apresentada datilografada ou digitada, sem emendas, rasuras, entrelinhas ou ressalvas e com Valor Estimado Global Anual para o Lote 01 a



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

ser disputado no certame, e o **Percentual de Desconto aplicado sobre o Valor Teto Estimado Global Anual do Lote**, considerando-se que, para o **item 01 Desconto sobre a Tabela SIA/SUS** e para o **item 02 Desconto sobre a Tabela AMB/99, conforme Anexos I – Lote 01**.

b) Conter o número do Processo e número deste **PREGÃO**.

c) A Razão Social da Proponente, C.N.P.J., endereço completo, telefone e endereço eletrônico (E-Mail) para contato.

d) Apresentar descrição do item do **PREGÃO**, em conformidade com as especificações contidas nos **ANEXO I - Lote 01** sem alternativa de preços ou qualquer outra condição que induza o julgamento a ter mais de um resultado por item, mas devendo estar especificado na proposta entregue o Preço Teto Estimado Global Anual, conforme item **6.1.g**, sabendo que o valor a ser considerado para a etapa de lances **será o Maior Percentual de Desconto sobre o Valor Teto Estimado Global Anual**.

e) O nome, o telefone de contato e o endereço eletrônico (E-Mail), do responsável pela venda.

f) O prazo de validade não inferior a 90 (Noventa) dias corridos, a contar da data de sua apresentação.

g) Apresentar os Preços: Valor Teto Estimado Global Anual e o Percentual de Desconto sobre este, conforme **Anexos I – Lote 01** do Edital, com 02 (Duas) casas decimais após a vírgula, expresso em moeda corrente nacional, em algarismo, fixo e irrevogável, apurado à data da apresentação da proposta, sem inclusão de qualquer encargo financeiro ou previsão inflacionária. Em caso de divergência entre os Valores serão considerados o de menor valor efetivo do Lote.

Nota 01: Os preços propostos serão considerados completos e abrangem todos os tributos (impostos, taxas, emolumentos, contribuições fiscais e para-



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

fiscais), manutenções preventivas e corretivas com reposição de peças dos seus equipamentos utilizados, salários, encargos sociais, transporte e alimentação dos seus funcionários, impostos e taxas incidentes sobre a modalidade de serviço objeto desta contratação e qualquer despesa, acessória e/ou necessária, não especificada neste Edital.

6.2. PRAZO DE PAGAMENTO:

6.2.1. Os pagamentos serão efetuados em parcelas Mensais através de ordem de crédito bancária emitida pela Contratante, devendo o contratado informar o Nº da Conta e o Banco a ser creditado ao Departamento de Financeiro da **SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO VICENTE.**

6.2.2. O pagamento será efetuado em parcelas Mensais no prazo de até 10 (Dez) dias, após o término do período mensal da prestação dos serviços, objeto desta licitação, mediante apresentação do Relatório de Exames, Relatório de Desconto aplicado sobre as Tabelas SIA/SUS e AMB/99 e das Notas Fiscais/Faturas, juntamente com as Certidões de regularidade perante o INSS (CND) e do FGTS (CRF), devidamente atestadas pelo representante indicado pela **SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO VICENTE.** As Notas Fiscais/Faturas deverão ser emitidas em nome de: **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE – CNPJ Nº: 11.899.413/0001-76 – ENDEREÇO: RUA PADRE ANCHIETA Nº 462 – CENTRO – SÃO VICENTE – S.P. – CEP: 11.310-040.**

6.2.3. O faturamento deverá ser mensal e os preços propostos e o Percentual de Desconto licitado serão fixos e irrevogáveis pelo período da contratação, podendo ter reajuste de acordo com os valores da Tabela SIA/SUS para os procedimentos, devendo este reajuste ser solicitado pela **CONTRATADA**, através de requerimento de reajuste por escrito e sendo anexados juntamente os novos valores da Tabela SIA/SUS e a Portaria do M. S. autorizando o



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

reajuste na Tabela SIA/SUS, assim como uma proposta contendo os valores iniciais contratados, índice de reajuste da Tabela SIA/SUS para o procedimento e os valores reajustados, para análise e posterior reajuste, para que este seja aceito pela **CONTRATANTE**.

6.2.4. No caso de devolução da documentação fiscal para correção e/ou da Certidão de Débitos Relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União (PGFN) e da Certidão de Regularidade com o F.G.T.S. (CRF) válidas na data de emissão da Nota Fiscal, o prazo para pagamento fluirá a partir de sua reapresentação.

6.2.5. Se o término do prazo para pagamento ocorrer em dia sem expediente no Órgão Licitante, o pagamento deverá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente.

7. HABILITAÇÃO/DOCUMENTAÇÃO

Os documentos apresentados na fase de Habilitação deverão ser autenticados (via cartório ou autenticação eletrônica, nos casos em que couber) ou apresentados em seus originais, para conferência do **Pregoeiro**, estando os mesmos com o prazo de validade em vigor, na data desta licitação. Nos casos em que forem apresentadas certidões emitidas pela **Internet**, o **Pregoeiro** efetuará consulta nos **sites oficiais**, confirmando sua autenticidade.

Se o licitante for a **Matriz**, todos os documentos deverão estar em nome da **Matriz** e, se for a **Filial**, todos os documentos deverão estar em nome da **Filial**, exceto aqueles documentos que pela própria natureza, comprovadamente, forem emitidos somente em nome da **Matriz**. Caso a licitante pretenda que um de seus estabelecimentos, que não o participante da licitação, execute o futuro contrato, deverá apresentar toda a documentação de ambos os estabelecimentos na forma e condições previstas neste item.

A Habilitação da empresa vencedora está condicionada a apresentação de todos os documentos previstos nos subitens **7.1, 7.2, 7.3, 7.4 e 7.5**.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

7.1. REGULARIDADE JURÍDICA

7.1.1. Registro Comercial, no caso de empresa individual.

7.1.2. Ato Constitutivo, estatuto ou contrato social e seus aditivos em vigor, devidamente registrados, em se tratando de sociedades comerciais, e no caso de sociedade de ações, acompanhadas de documentos de eleição de seus administradores.

7.1.3. Inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício.

7.1.4. Decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo Órgão competente, quando a atividade assim o exigir.

7.2. REGULARIDADE FISCAL.

7.2.1. Prova de Inscrição no CADASTRO NACIONAL DE PESSOAS JURIDICAS (**CNPJ**) do Ministério da Fazenda.

7.2.2. Certificado de Regularidade do **F.G.T.S. (C.R.F.)**, demonstrando a situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por Lei.

7.2.3. Certidão Negativa ou, Positiva com Efeitos de Negativa, de Débitos relativos aos Tributos Federais e a Dívida da União que também abrangem as contribuições sociais (INSS), conforme a Portaria Conjunta RFB/PGFN Nº 1751, de 02/10/2014.

7.2.4. Certidão Negativa ou, Positiva com Efeitos de Negativa, de Débitos junto à Fazenda Estadual, expedida pela Secretaria da Fazenda do Estado da sede da licitante.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

7.2.5. Certidão Negativa ou, Positiva com Efeitos de Negativa, de Débitos junto à Fazenda Municipal, expedida pela Secretaria da Fazenda do Município da sede da licitante.

7.2.6. Certidão Negativa ou, Positiva com Efeitos de Negativa, de Débitos perante a Justiça do Trabalho, referente aos Débitos Trabalhistas, expedida pelo Tribunal Superior do Trabalho (de acordo com a Lei Federal Nº 12.440/2011).

7.3. QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA:

7.3.1. Certidão Negativa, ou Positiva com efeito de Negativa, de Falência, expedida pelo cartório distribuidor da comarca da sede da pessoa jurídica ou de execução de pessoa física a, no máximo, cuja pesquisa obedeça ao disposto no **item 5.3.3.**

7.3.2. Balanço Patrimonial e Demonstrações Contábeis do último exercício social, já exigíveis e apresentados na forma da lei, que comprovem a boa situação financeira da empresa, vedada a substituição por balancetes ou balanços provisórios, podendo ser atualizados por índices oficiais quando encerrado há mais de 03 (três) meses da data da apresentação da proposta.

7.3.3. Comprovação de possuir Capital Social ou o valor do patrimônio líquido correspondente a, no mínimo, 10% (dez por cento) do valor total estimado para cada item que o licitante for participar, devendo a comprovação ser feita relativamente à data apresentação da proposta, na forma da lei, admitida a atualização para esta data através de índices oficiais.

7.4. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA:

7.4.1. Atestado(s) de Capacidade Técnica emitido(s) por pessoa jurídica de direito público ou privado, obrigatoriamente em nome da empresa licitante, que comprove(m) a execução de serviços similares de complexidade tecnológica e



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

operacional equivalente ou superior aos serviços pertinentes ao objeto licitado com quantidades de no mínimo 50% (cinquenta por cento) para cada item arrematado pelo licitante, conforme Súmula 24 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

7.4.1.1. O(s) atestado(s) exigido(s) na alínea “7.4.1” deve(m) estar em papel timbrado, com a devida identificação e assinatura do responsável, devendo possuir ainda o nome, endereço, telefone e e-mail do contato do emitente do atestado, além da descrição dos serviços realizados.

7.4.2. Prova de que a licitante dispõe na data de abertura do certame, integrando seu quadro de pessoal permanente, profissional de nível superior graduado na área de Médico, Farmacêutico ou Biomédico, conforme Item 4.10 da Portaria CVS – 13 de 04/11/05, que seja detentor de Atestado de Responsabilidade Técnica pela execução de serviços pertinentes e compatíveis com o objeto deste certame. Será admitida a indicação de profissional autônomo contratado para tal fim.

7.4.3. Prova de Registro e/ou Inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

7.4.4. Alvará sanitário ou licença de funcionamento expedida pela autoridade sanitária da sede da licitante. A autorização deve ser pertinente ao ramo de atividade do objeto licitado.

7.4.5. Declaração de sócios e diretores de que não ocupam cargo ou função de chefia, assessoramento ou função de confiança no Sistema Único de Saúde a nível Municipal, Estadual ou Federal, nos termos do parágrafo 4º do Artigo 26 da Lei Federal Nº 8.080/90.

7.5. DOCUMENTAÇÃO COMPLEMENTAR.

7.5.1. Declaração da Licitante de que tomou conhecimento de todas as informações e condições para o cumprimento das obrigações do objeto da



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

Licitação. A **não** apresentação desta declaração será entendida pelo **Pregoeiro** como concordância com o teor do Edital e seus Anexos.

7.5.2. Declaração de que a empresa não possui trabalhadores menores de 18 anos realizando trabalho noturno, perigoso ou insalubre e de qualquer trabalho a menor de 16 anos, segundo determina o Inciso V do Artigo 27 da Lei Federal Nº 8.666/93 (com redação dada pela Lei Nº 9854 de 27 de outubro de 1999), salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 anos, na forma da Lei, conforme modelo facultativo no **Anexo VII**.

7.5.3. Declaração da Licitante de que possui pessoal qualificado, equipamentos e estão disponíveis ao cumprimento do objeto desta licitação, com utilização facultativa do **Anexo IX**.

7.5.4. Declaração de que a empresa não se acha declarada inidônea para licitar e contratar com o Poder Público ou suspensa do direito de licitar ou contratar com a Administração Estadual, com utilização facultativa do **Anexo X**.

7.5.5. Declaração de Indicação de Pessoa legalmente responsável para a assinatura do Contrato de Prestação de Serviços, conforme modelo facultativo no **Anexo XI**.

7.5.6. Cadastro de Responsável pela Contratada, conforme **Anexo XIII**, devendo todos os campos deste cadastro ter preenchimento obrigatório, obedecendo ao disposto na Instrução Nº 02/16 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

7. CONSULTA, DIVULGAÇÃO E ENTREGA DO EDITAL:

7.1. O **EDITAL** poderá ser consultado por qualquer interessado no sítio eletrônico oficial até a data aprazada para recebimento dos documentos e dos envelopes **“PROPOSTA”** e **“DOCUMENTAÇÃO”**.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

7.2. O aviso do **EDITAL** será publicado em Jornal Local e no Diário Oficial do Estado de São Paulo, podendo ser consultado e extraído por meio do sítio eletrônico www.saovicante.sp.gov.br – Licitações – Pregão Presencial Nº 0160/18 (SESAU/FUMDES).

8. ESCLARECIMENTOS DO EDITAL:

8.1. Também será aceito pedido de esclarecimento encaminhado por meio dos e-mails: compras@saudesao Vicente.sp.gov.br / sesasvcompras@yahoo.com.br aos cuidados do **Pregoeiro** responsável pela licitação ou dúvidas de caráter estritamente informal através do telefone (13) 3569-5710 – Departamento de Compras.

8.2. Os esclarecimentos deverão ser prestados no prazo de 01 (um) dia útil, a contar do requerimento da solicitação por parte da autoridade subscritora de Edital, passando a integrar os autos do **PREGÃO**, dando-se ciência às demais licitantes, através do sítio eletrônico oficial.

9. PROVIDÊNCIAS / IMPUGNAÇÃO AO EDITAL:

9.1. É facultado a qualquer interessado a apresentação de pedido de providências ou de impugnação ao ato convocatório do **PREGÃO** e seus anexos, observando para tanto, o prazo de até 02 (dois) dias úteis anteriores à data fixada para recebimento das propostas.

9.2. As medidas referidas no subitem 10.1 poderão ser formalizadas por meio de requerimento endereçado à autoridade subscritora do **EDITAL**, devidamente protocolada na **SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO VICENTE**, Rua Padre Anchieta, 462, Centro, São Vicente, São Paulo, CEP 11310-040, Térreo - Protocolo. Também será aceito pedido de providências ou de impugnação encaminhado por meio dos e-mails: compras@saudesao Vicente.sp.gov.br / sesasvcompras@yahoo.com.br, cujos



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

documentos originais deverão ser entregues no endereço acima mencionado e no prazo indicado no subitem **10.1**.

9.3. A decisão sobre o pedido de providências ou de impugnação será proferida pela autoridade subscritora do ato convocatório do **PREGÃO** no prazo de 01 (um) dia útil, a contar do recebimento da peça indicada por parte da autoridade referida que, além de comportar divulgação, deverá também ser juntada aos autos do **PREGÃO** e divulgada no sítio eletrônico oficial.

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

10. CREDENCIAMENTO E HABILITAÇÃO:

10.1. Aberta a fase para **CREDENCIAMENTO** dos eventuais participantes do **PREGÃO**, consoante previsão estabelecida no subitem **11.2** deste **EDITAL**, o representante da proponente entregará ao **PREGOEIRO** documento que o credencie a participar do aludido procedimento, respondendo por sua autenticidade e legitimidade, devendo, ainda, identificar-se e exibir a Carteira de Identidade ou outro documento equivalente, com fotografia.

10.2. O **CREDENCIAMENTO** far-se-á por meio de instrumento público de procuração ou instrumento particular, com poderes específicos para, além de representar a proponente em todas as etapas/fases do **PREGÃO**, formular verbalmente lances ou ofertas na(s) etapa(s) de lances, desistir verbalmente de formular lances ou ofertas na(s) etapa(s) de lance(s), negociar a redução de preço, desistir expressamente da intenção de interpor recurso administrativo ao final da sessão, manifestar-se imediata e motivadamente sobre intenção de interpor recurso administrativo ao final da sessão, assinar a ata da sessão, prestar todos os esclarecimentos solicitados pelo **PREGOEIRO**, enfim, praticar todos os demais atos pertinentes ao certame.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

Na hipótese de apresentação de procuração por instrumento particular, a mesma deverá vir acompanhada do Ato Constitutivo da Proponente ou de outro documento, onde esteja expressa a capacidade/competência do outorgante para constituir mandatário.

11.2.1. O não credenciamento ou sua não aceitação implica em desistência da formulação de lances e de recursos.

10.3. Se o representante da proponente ostentar a condição de sócio, proprietário, dirigente ou assemelhado da empresa proponente, ao invés de instrumento público de procuração ou instrumento particular, deverá apresentar cópia do respectivo Estatuto/Contrato Social ou documento equivalente, no qual estejam expressos seus poderes para exercer direitos e assumir obrigações em decorrência de tal investidura.

É admitido somente um representante por proponente.

A ausência da documentação referida neste item ou apresentação em desconformidade com as exigências previstas impossibilitará a participação da proponente neste **PREGÃO**, exclusivamente no tocante à formulação de lances e demais atos, inclusive recurso.

10.4. Iniciada esta etapa/fase, o **PREGOEIRO** receberá e examinará a declaração de que a proponente cumpre os requisitos de habilitação.

10.5. A ausência da referida Declaração ou a apresentação em desconformidade com a exigência prevista, inviabilizará a participação da proponente neste PREGÃO.

10.6. As empresas que se enquadrem como Empresa de Pequeno Porte ou Micro Empresa, conforme Lei Complementar Nº 123 de 14/12/2006 atualizada pela Lei Complementar Nº 147 de 07/08/14 deverão apresentar a declaração, conforme modelo facultativo do **Anexo V** deste Edital, declarando expressamente que a empresa é uma **ME ou EPP**, e que não se enquadram nos impedimentos



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

dos artigos da Lei Complementar Nº 123 de 14/12/2006 atualizada pela Lei Complementar Nº 147 de 07/08/14.

10.7. A não entrega da **DECLARAÇÃO DE MICROEMPRESA OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE NOS TERMOS DO ANEXO V** no ato do Credenciamento indicará que a Licitante optou por **NÃO** utilizar os benefícios da Lei Complementar Nº 123/2006 atualizada pela Lei Complementar Nº 147 de 07/08/14.

10.8. As empresas deverão apresentar as seguintes declarações no ato do **CRENCIAMENTO**: a **Procuração para Credenciamento**, se for o caso (**Anexo III**), **documento de Identificação com foto do representante presente no Credenciamento**, a **Declaração de que a proponente cumpre os requisitos de Habilitação (Anexo IV)** e, se for o caso, a **Declaração de Microempresa ou de Empresa de Pequeno Porte (Anexo V)**, serão recebidas exclusivamente nesta oportunidade e deverão ser entregues fora do envelope **Proposta de Preços**.

Desenvolvido o **CRENCIAMENTO** das proponentes que comparecerem, o **PREGOEIRO** declarará encerrada esta etapa/fase, iniciando-se o procedimento seguinte consistente no recebimento/conferência dos **ENVELOPES PROPOSTA DE PREÇOS** e **DOCUMENTOS de HABILITAÇÃO** exigidos neste Edital.

11. RECEBIMENTO DOS ENVELOPES PROPOSTA DE PREÇOS e DOCUMENTOS de HABILITAÇÃO:

O recebimento dos envelopes Proposta de Preços e Documentos de Habilitação para conferência e rubricas do Pregoeiro, Equipe de Apoio e dos Representantes presentes na sessão deverão ser identificados conforme item 5 deste Edital e como segue abaixo:

Os **ENVELOPES Nº 01 e Nº 02**, respectivamente **PROPOSTA DE PREÇOS (01)** e **DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO (02)** deverão ser apresentados, **fechados e**



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

indevassáveis, contendo cada um deles, em sua parte externa, além do **Nome da Empresa Proponente**, com os dizeres, conforme disposto no **item 5.1** deste Edital.

12. ABERTURA DOS ENVELOPES PROPOSTA:

12.1. Compete ao **PREGOEIRO** proceder à abertura dos **Envelopes “Proposta de Preços”**, conservando intactos os envelopes documentos de habilitação e sob a guarda do **PREGOEIRO / ÓRGÃO LICITANTE**.

13. EXAME E CLASSIFICAÇÃO PRELIMINAR DAS PROPOSTAS:

13.1. O **PREGOEIRO** examinará as **PROPOSTAS** sempre levando em conta as exigências fixadas no **item 5 e 6**.

13.1.2. O exame envolvendo o(s) objeto(s) ofertado(s) implicará na constatação da conformidade do(s) mesmo(s) com as especificações estabelecidas no **Edital** e seus **Anexos**, para atendimento das necessidades do órgão licitante, o **PREGOEIRO** sempre decidirá em favor da disputa.

13.2. Definidas as **PROPOSTAS** que atendam às exigências retro, envolvendo o objeto, o **PREGOEIRO** elaborará a classificação preliminar das mesmas, sempre em obediência ao critério do Menor Preço Global (Maior Percentual de Desconto Global), constando da Ata o motivo das que eventualmente, neste momento forem preliminarmente desclassificadas.

14. DESCLASSIFICAÇÃO DAS PROPOSTAS:

14.1. Será desclassificada a **PROPOSTA** que:

a) Deixar de atender quaisquer das exigências preconizadas para a correspondente apresentação.

b) Apresentar rasuras ou entrelinhas que prejudiquem sua análise.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

- c) Oferecer vantagem não prevista neste **EDITAL**, inclusive financiamentos subsídios ou a fundo perdido, ou ainda vantagem baseada nas ofertas das demais proponentes.
- d) Apresentar item com preço manifestadamente inexecutável.
- e) Apresentar item com preço simbólico, valor zero.
- f) **As propostas que apresentarem valores superiores ao Valor Teto Estimado Global Anual do Lote 01, conforme Anexo I.**

15. DEFINIÇÃO DOS PROPONENTES PARA O OFERECIMENTO DE LANCES VERBAIS:

15.1. Para efeito de **OFERECIMENTO DE LANCES VERBAIS**, o **PREGOEIRO** selecionará, sempre com base na classificação preliminar, a proponente que tenha apresentado a proposta de menor preço e todas aquelas que hajam oferecido propostas em valores sucessivos e superiores em até 10% (dez por cento) dessa.

15.1.1. Não havendo, pelo menos 03 (três) propostas em conformidade com a previsão estabelecida no subitem **15.1.**, o **PREGOEIRO** selecionará, sempre com base na classificação provisória, a melhor proposta e as duas propostas imediatamente superiores, quando houver, para que suas proponentes participem dos lances quaisquer que tenham sido os preços oferecidos nas propostas, observados a previsão estampada no subitem **15.1.2.**

15.1.2. Em caso de empate entre duas ou mais propostas, observar-se-ão, também para efeito da definição das proponentes que poderão oferecer lances, as seguintes regras:

- a) Proposta de menor preço (Maior Percentual de Desconto) e todas as outras cujos valores sejam superiores até 10% (dez por cento) àquela de



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

menor preço devendo existir nesta situação, no mínimo, 03 (três) propostas válidas para a etapa de lances, conforme previsto no subitem **15.1.**, ou

b) Todas as propostas coincidentes com um dos 03 (três) menores valores ofertados, se houver.

15.1.3. Na hipótese da ocorrência das previsões colacionadas no subitem 15.1.2., letras “a” e “b”, para efeito do estabelecimento da ordem da classificação provisória das proponentes empatadas, a correspondente definição será levada a efeito por meio de sorteio; cabe à vencedora do sorteio definir o momento em que oferecerá oferta/lance.

15.1.4. Havendo uma única proponente ou tão somente uma proposta válida, o **PREGOEIRO** poderá decidir, justificadamente pela suspensão do **PREGÃO**, inclusive para melhor avaliação das regras editalícias, das limitações de mercado envolvendo quaisquer outros aspectos pertinentes e o próprio preço cotado, ou pela repetição do **PREGÃO** ou ainda, dar prosseguimento ao **PREGÃO** condicionando, em todas as hipóteses à inexistência de prejuízos ao órgão licitante.

16. OFERECIMENTO / INEXISTÊNCIA DE LANCES VERBAIS:

16.1. Definidos os aspectos pertinentes às proponentes que poderão oferecer ofertas/lances verbais, dar-se-á início ao **OFERECIMENTO DE LANCES VERBAIS**, que deverão ser formulados em valores distintos e decrescentes, inferiores à proposta ou lance de menor preço e ainda com **redução mínima de 1% (hum por cento) de desconto sobre o Valor Total da Proposta, que no ato do lance deverá ser convertido em moeda nacional corrente, do último lance ofertado, sendo que o percentual de redução do último lance ofertado será o mesmo e o utilizado para as Tabelas SIA/SUS e AMB/99.**



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

16.2. O **PREGOEIRO** convidará individualmente as proponentes classificadas para **OFERECIMENTO DE LANCES VERBAIS**, de forma seqüencial, a partir da proponente da proposta de maior preço (menor percentual de desconto) e as demais em ordem decrescente de valor, sendo que a proponente da proposta de menor preço (maior percentual de desconto) será a última a **OFERECER LANCE VERBAL**. Havendo propostas escritas empatadas, a ordem seqüencial de convocação para lances é a de credenciamento, decrescente, conforme previsto sistema eletrônico do **PREGÃO PRESENCIAL**.

16.2.1. Não poderá haver desistência dos lances ofertados sujeitando-se o licitante desistente às penalidades constantes deste Edital.

16.3. Quando o convocado pelo **PREGOEIRO**, o proponente que desistir de apresentar lance verbal será excluído desta etapa, ficando sua última proposta registrada para classificação final.

16.4. A etapa de **OFERECIMENTO DE LANCES VERBAIS** terá prosseguimento enquanto houver disponibilidade para tanto por parte das proponentes.

16.5. O encerramento da etapa de **OFERECIMENTO DE LANCES VERBAIS** ocorrerá quando todos os proponentes declinarem da correspondente formulação.

16.6. Declarada encerrada a etapa de **OFERECIMENTO DE LANCES** e classificadas as propostas na ordem crescente de valor, incluindo aquelas que declinaram do oferecimento de lance(s), sempre com base no último preço/lance apresentado, o **PREGOEIRO** examinará a aceitabilidade do valor daquela de menor preço (Maior Percentual de Desconto), ou seja, da primeira classificada, decidindo motivadamente a respeito. Quando convocado pelo **PREGOEIRO**, na própria sessão pública, o licitante deverá comprovar as condições de exeqüibilidade financeira de sua proposta/lance.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

16.7. O **PREGOEIRO** decidirá motivadamente pela negociação com a proponente de proposta de menor valor (Maior Percentual de Desconto), para que seja obtido preço melhor.

16.8. Na hipótese de não realização de lances verbais, o **PREGOEIRO** verificará a conformidade entre a proposta escrita de menor preço (Maior Percentual de Desconto) e o valor estimado para a contratação.

16.9. Ocorrendo a previsão delineada no subitem anterior, durante o exame da aceitabilidade do objeto e do preço, também é facultado ao **PREGOEIRO** negociar com a proponente da proposta de menor preço (Maior Percentual de Desconto) para que seja obtido preço melhor.

16.10. Havendo propostas ou lances, conforme o caso, de Microempresa ou Empresas de Pequeno Porte, com intervalo de até 5% (cinco por cento) superiores à licitante originalmente melhor classificada no certame, serão essas consideradas empatadas, com direito de preferência pela ordem de classificação, nos termos do Artigo 44, da Lei Complementar Nº 123 de 14/12/2006 atualizada pela Lei Complementar Nº 147 de 07/08/14, para oferecer proposta.

16.11. Não sendo exercido o direito de preferência com apresentação de proposta/lance inferior pela Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte, conforme o caso, no prazo de 05 (cinco) minutos após o encerramento de lances, a contar da convocação do **PREGOEIRO**, ocorrerá a preclusão e a contratação da proposta originalmente mais bem classificada, ou revogação do certame.

16.11.1. O exercício do direito de preferência somente será aplicado quando a melhor oferta de base de lances não tiver sido apresentada pela própria Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte.

16.11.2. Serão consideradas equivalentes, propostas de Microempresas ou Empresas de Pequeno Porte de igual valor, para efeito de que dispõe a Lei



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

Complementar Nº 123 de 14/12/2006 atualizada pela Lei Complementar Nº 147 de 07/08/14.

16.12. O instituto de preferência da contratação no exame das propostas previsto no presente edital, somente se aplicará na hipótese da proposta inicial não ter sido apresentada por microempresa ou empresa de pequeno porte.

16.13. O **PREGOEIRO** deverá comparar os preços apresentados com atuais praticados no mercado ou até mesmo propostos em licitações anteriores, utilizando-se da pesquisa realizada, que será juntada aos autos por ocasião do julgamento, e/ou de todos os meios possíveis para a correspondente verificação.

16.14. O **PREGOEIRO** pode solicitar a demonstração de exequibilidade dos preços propostos após o término da fase competitiva e, ao mesmo tempo, o proponente de menor preço global (Maior Percentual de Desconto) tem o dever de portar informações acerca dos custos (planilhas e demonstrativos) em que incorrerá para atendimento do objeto do **PREGÃO**, suficientes para justificar a proposta escrita de menor preço global (Maior Percentual de Desconto) ou o lance verbal de menor preço que apresentar.

16.15. A não apresentação dos elementos referidos no subitem anterior ou a apresentação de elementos insuficientes para justificar a proposta escrita de menor preço global (Maior Percentual de Desconto) ou o lance verbal de menor preço acarretará a desclassificação do proponente, nos termos do **item 14**, salvo rasuras que não comprometam partes essenciais.

16.16. Considerada aceitável a oferta de menor preço, será aberto o envelope contendo os **DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO** da sua proponente.

16.17. Na própria sessão ou no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas, a vencedora da licitação deverá apresentar proposta atualizada compatibilizando o preço do lote com o lance vencedor, sendo que nesta proposta atualizada os valores declarados para cada um dos Itens do lote



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

devem manter, na atualização, a mesma proporcionalidade dos valores que constam na proposta de preços inicial.

16.18. Constatado o atendimento das exigências habilitatórias previstas no **EDITAL**, a proponente será declarada vencedora.

16.19. Se a oferta não for aceitável ou se a proponente desatender às exigências habilitatórias, o **PREGOEIRO** examinará a oferta subsequente de menor preço (Maior Percentual de Desconto), decidindo sobre sua aceitabilidade quanto ao preço, no caso de oferecimento de lances, ou quanto ao objeto e preço na hipótese de não realização de lances verbais, observadas as previsões estampadas nos subitens antecedentes.

16.20. Sendo a proposta aceitável, o **PREGOEIRO** verificará as condições da habilitação da proponente, e assim sucessivamente, até a apuração de uma oferta aceitável cuja proponente atenda aos requisitos de habilitação, caso em que será declarada vencedora: observando-se igualmente as previsões estampadas nos subitens antecedentes e a preferência prevista neste edital.

16.21. Conforme o art. 43, parágrafo 1º da Lei Complementar Nº 147 de 07/08/2014, aberto o invólucro "**DOCUMENTAÇÃO**", em havendo restrição quanto à Regularidade Fiscal no caso de Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte, fica concedido um prazo de 05 (cinco) dias para sua regularização, sendo prorrogável por igual período mediante justificativa e aceita pelo **PREGOEIRO**.

16.22. A não Regularização Fiscal no prazo estabelecido no subitem **16.21**, implicará decadência do direito à contratação, sendo facultado à Administração convocar os licitantes remanescentes, na ordem de classificação, para negociar nos termos do disposto do Artigo 4º, Inciso XXIII, da Lei Federal Nº 10.520, de 17 de julho de 2002.

17. RECURSO ADMINISTRATIVO:



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

17.1. Por ocasião do final da sessão, após a declaração do vencedor pelo pregoeiro, a(s) proponente(s) que participou(ram) do **PREGÃO** ou que tenha(m) sido impedido(s) de fazê-lo(s), se presente(s) à sessão, deverá(ao) manifestar imediata e motivadamente a(s) intenção(ões) de recorrer.

17.2. Havendo intenção de interposição de recurso contra qualquer etapa/fase/procedimento do **PREGÃO**, a proponente interessada deverá motivar a respeito, procedendo-se, inclusive, registro das razões em ata, juntando memorial no prazo de 03 (três) dias, a contar da ocorrência.

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

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

17.5. Os autos do **PREGÃO** permanecerão com vista franqueada aos interessados.

17.6. O recurso terá efeito suspensivo, sendo que seu acolhimento importará aos interessados, dos autos insuscetíveis de aproveitamento.

18. ADJUDICAÇÃO:

18.1. A falta de manifestação imediata e motivada da intenção de interpor recurso, por parte da(s) proponente(s), importará na decadência do direito de recurso, competindo ao **PREGOEIRO** adjudicar o objeto do certame à proponente vencedora.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

18.2. Existindo recurso(s) e constatada a regularidade dos atos praticados e após a decisão do(s) mesmo(s), a autoridade competente deve praticar o ato de adjudicação do objeto do certame à proponente vencedora.

19. HOMOLOGAÇÃO:

19.1. Compete à **Autoridade Competente** homologar o **PREGÃO**.

20. DIVULGAÇÃO DO RESULTADO FINAL DO PREGÃO:

20.1. O resultado final do **PREGÃO** será publicado em Jornal Local, na Imprensa Oficial do Estado de São Paulo e estampado na Internet nos endereços constantes deste Edital.

21. CONTRATAÇÃO:

21.1. Os itens, objeto deste **PREGÃO**, serão registrados em Nota de Empenho consoante às regras próprias do Sistema e em Contrato de Prestação de Serviços.

22. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA E DA CONTRATANTE

22.1. O vencedor da Licitação (**CONTRATADA**) se obriga a:

23.1.1. A **Contratada** deverá executar o serviço, objeto deste contrato, de acordo com todos os termos deste Edital e seus Anexos.

23.1.2. Não é permitida a terceirização ou a subcontratação por parte **Contratada** de qualquer dos serviços, objeto deste instrumento contratual.

23.1.3. A **Contratada** deve arcar com todos os tributos (impostos, taxas, emolumentos, contribuições fiscais e para-fiscais), manutenções preventivas e corretivas com reposição de peças dos seus equipamentos utilizados, salários, encargos sociais, transporte e alimentação dos seus funcionários, impostos e



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

taxas incidentes sobre a modalidade de serviço objeto desta contratação e qualquer despesa, acessória e/ou necessária, não especificada neste Edital.

23.1.4. A Contratada deverá facilitar a ação da fiscalização na inspeção dos serviços, prestando prontamente, os esclarecimentos que forem solicitados pela **CONTRATANTE**.

23.1.5. A Contratada deverá responsabilizar-se por eventuais danos causados diretamente ao **SESAU/FUMDES** ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução desta contratação, não excluindo ou reduzindo esta responsabilidade à fiscalização e acompanhamento exercido por representante da **Contratante**.

23.1.6. A Contratada deverá adotar procedimentos de segurança que garantam a integridade física de seus empregados, responsabilizando-se por eventuais acidentes que os mesmos venham a sofrer durante a execução dos serviços objeto desta contratação.

23.1.7. A Contratada deverá disponibilizar telefone(s) em que a **Contratante** poderá acioná-la sempre que necessário, sendo o(s) seguinte(s) telefone(s) (XX) XXXX-XXXX e (XX) XXXX-XXXX no horário comercial.

23.1.8. A CONTRATADA tem a obrigação de manifestar-se, quanto ao interesse na PRORROGAÇÃO, ou da NÃO PRORROGAÇÃO do Contrato de Prestação de Serviços e de seus Aditivos, no prazo de no mínimo 90 (noventa) dias antes de seu(s) vencimento(s).

23.1.9. A CONTRATADA deverá obedecer e executar os serviços de acordo com os procedimentos e suas demais obrigações elencadas e que constem no Termo de Referência (Anexo I) deste Edital e na **Claúsula Primeira** do Instrumento Contratual.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

23.1.10. A **CONTRATADA** será representada durante a execução do contrato na qualidade de seu preposto, pelo(a) **Sr(a) XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX, R.G Nº XXXXXXXXXXXX e C.P.F. Nº XXXXXXXXXXXX,** especialmente designado para esse fim e aceito pela Contratante.

23.2. A **SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO VICENTE (CONTRATANTE)** se obriga a:

23.2.1. A **Contratante** deverá facilitar o livre acesso de funcionários da Contratada no que diz respeito exclusivamente a prestação dos serviços, objeto deste Contrato, desde que estejam devidamente identificados, trajando uniforme e usando crachá.

23.2.2. A **CONTRATANTE** deverá acompanhar a execução dos serviços de acordo com os procedimentos e suas demais obrigações elencadas e que constem no Termo de Referência (Anexo I) deste Edital e na **Claúsula Primeira** do Instrumento Contratual.

23.2.3. A **CONTRATANTE** será representada durante a execução do contrato pelo(a) **Sr(a). xx, R.G Nº XXXXXXXXXXXX e C.P.F. Nº XXXXXXXXXXXX** no cargo de **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX** ou a quem vier a substituí-lo(a) no cargo, representante da **SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO VICENTE.**

23. PRAZO PARA INÍCIO DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS:

23.1. A prestação dos serviços, objeto desta Licitação deverá ser iniciado em **até 15 (quinze) dias úteis**, após a assinatura do Contrato de Prestação de Serviços e ao recebimento da Nota de Empenho emitida pela **SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO VICENTE.**



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

24. DA SUBCONTRATAÇÃO:

25.1. Fica vedada qualquer subcontratação, bem como faturamento por parte de terceiros.

25. DO REAJUSTE E PRORROGAÇÃO DA CONTRATAÇÃO:

25.1. Os preços propostos e o Percentual de Desconto licitado serão fixos e irreajustáveis pelo período da contratação, podendo ter reajuste de acordo com os valores da Tabela SIA/SUS para os procedimentos, devendo este reajuste ser solicitado pela **CONTRATADA**, através de requerimento de reajuste por escrito e sendo anexados juntamente os novos valores da Tabela SIA/SUS e a Portaria do M. S. autorizando o reajuste na Tabela SIA/SUS, assim como uma proposta contendo os valores iniciais contratados, índice de reajuste da Tabela SIA/SUS para o procedimento e os valores reajustados, para análise e posterior reajuste, para que este seja aceito pela **CONTRATANTE**.

26. SANÇÕES ADMINISTRATIVAS:

26.1. Ficarão impedidos de licitar e contratar com a **SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO VICENTE**, pelos prazos abaixo previstos ou enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição:

a) deixar de manter a proposta ou lance no prazo de validade: Impedimento de contratar com a Administração por 02 (dois) anos.

b) deixar de entregar documento de habilitação exigido para o certame: impedimento de contratar com a Administração por 03 (três) anos.

c) apresentar documentação falsa exigida para o certame, fraudar na execução do objeto, comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude fiscal: impedimento de contratar com a Administração por 05 (cinco) anos.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

26.2. A aplicação da penalidade capitulada no subitem anterior não impossibilitará a incidência das demais cominações legais contempladas na Lei Federal N° 8.666, de 21/06/1993, publicada no D.O.U. de 22/06/1993, especialmente:

- a) As multas poderão ser cumulativas, reiteradas e aplicadas em dobro, sempre que se repetir o motivo.
- b) Ocorrendo atraso na execução do objeto contratado será aplicada multa moratória de 0,2% (zero vírgula dois por cento) por dia de atraso, até o limite de 20% (vinte por cento) sobre o valor total do pedido.
- c) No descumprimento de quaisquer obrigações licitatórias / contratuais, poderá ser aplicada multa indenizatória de 10% (dez por cento) do valor total do objeto licitado.
- d) A multa será aplicada e descontada da(s) fatura(s) ou cobrada judicialmente ou extrajudicialmente, a critério do Município.

26.3. Independentemente da aplicação das penalidades retro indicadas, a(s) proponentes(s) ficará(ão) sujeita(s), ainda, à condição das perdas e danos causados à Administração e decorrentes de sua inadimplência, bem como arcará(ão) com a correspondente diferença de preços verificada em nova contratação, na hipótese da(s) proponente(s) classificada(s) não aceitar(em) a contratação pelos mesmos preços e prazos fixados pela inadimplente.

26.4. Qualquer penalidade aplicada deverá ser registrada; tratando-se de penalidade que implique no impedimento de licitar e contratar com este Órgão, ou de declaração de inidoneidade, será obrigatória a comunicação do ato ao Tribunal de Contas do Estado.

A aplicação da penalidade capitulada no subitem anterior não impossibilitará a incidência das demais comunicações legais



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

contempladas na Lei Federal Nº 8.666, de 21/6/1993, publicada no D.O.U. de 22/6/1993.

27. DISPOSIÇÕES GERAIS:

27.1. As normas disciplinadoras deste **PREGÃO** serão interpretadas em favor da ampliação da disputa, observada a igualdade de oportunidades entre as proponentes, sem comprometimento do interesse público, da finalidade e da segurança do Contrato dela decorrente.

27.2. Na contagem dos prazos estabelecidos neste **PREGÃO**, excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o do vencimento, e considerar-se-ão os dias consecutivos, exceto quando for explicitamente disposto em contrário. Só se iniciam e vencem os prazos referidos neste artigo em dia de expediente no Órgão ou na Entidade.

27.3. Não havendo expediente no órgão licitante ou ocorrendo qualquer ato / fato superveniente que impeça a realização do certame na data marcada, a sessão será automaticamente transferida para o primeiro dia útil subsequente, no horário e local estabelecidos neste **EDITAL**, deste que não haja comunicação do **PREGOEIRO** em sentido contrário.

27.4. A **Autoridade Competente** para determinar a contratação poderá revogar a licitação por razões de interesse público superveniente, devendo invalidá-la por ilegalidade de ofício ou por provocação de qualquer pessoa, mediante ato escrito e fundamentado, sem que caiba direito a qualquer indenização.

27.5. O desatendimento de exigências formais não essenciais deixará de importar no afastamento da proponente, desde que possíveis a exata compreensão de sua proposta e a aferição da sua qualificação, durante a realização da sessão pública do **PREGÃO**.

27.6. A(s) proponente(s) assume(m) o(s) custo(s) para a preparação e apresentação de sua(s) proposta(s), sendo que o Órgão Licitante não se



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

responsabilizará, em qualquer hipótese, por esta(s) despesa(s), independentemente da condução ou do resultado do **PREGÃO**.

27.7. A apresentação da “**Proposta de Preços**” implicará na aceitação, por parte da proponente, das condições previstas neste **EDITAL** e seus **ANEXOS**.

27.8. A Proponente é responsável pela fidelidade e legitimidade das informações e dos documentos colacionados em qualquer fase do **PREGÃO**.

27.9. A proponente contratada ficará obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessários, até 25% (vinte cinco por cento) do valor da Nota de Empenho, salvo as supressões resultantes de acordo celebrado entre as partes, que poderão reduzir o limite indicado.

27.10. A adjudicação do item objeto deste **PREGÃO** não implicará em direito à contratação.

27.11. Os casos omissos neste **EDITAL DE PREGÃO** serão solucionados pelo **PREGOEIRO**, com base na Legislação Estadual e, subsidiariamente, nos termos da Legislação Federal e princípios gerais de direito.

27.12. Será competente o foro da Comarca de São Vicente, com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja para solução de questões oriundas deste **PREGÃO**.

São Vicente, 14 de Novembro de 2018.

Carlos Alberto de Brito Barbosa
Coordenador do Fundo Municipal de Saúde de São Vicente



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

ANEXO I

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 4722/18

PREGÃO PRESENCIAL Nº 0160/18

TERMO DE REFERÊNCIA – ESPECIFICAÇÕES DO OBJETO

1 – DO OBJETO:

Contratação de Empresa para Prestação de Serviços de análises clínicas histológicas e citológicas, por período de 12 (doze) meses, conforme quantidades, especificações e obrigações constantes neste termo de referência, incluindo os materiais para coleta/re-coleta e transporte do material biológico, até a liberação dos resultados, com fornecimento de sistema de gerenciamento laboratorial, máquinas/equipamentos atualizados no mercado e todos os insumos necessários para a perfeita realização de todos os exames, compreendidos na Tabela SIA/SUS, grupo 2- Procedimentos com Finalidade Diagnóstica em Laboratório Clínico e Subgrupo 02 e 03 e exames estimados na Tabela AMB/99, conforme relação constante neste edital.

Os exames solicitados não constantes na Tabela SIA/SUS e Tabela AMB/99 somente serão realizados mediante justificativa do solicitante por escrito e autorização prévia do Departamento de Auditoria e Superintendência da Secretaria de Saúde de São Vicente.

O prestador de serviço deverá responsabilizar-se por:

- a) Transporte, processamento e liberação dos exames oriundos da Rede de Saúde de São Vicente.
- b) A Empresa deverá providenciar a implantação de laboratório que funcionará no Hospital Municipal de São Vicente, sito a Rua Ipiranga, 353, Centro, onde a contratada se responsabilizará pela adaptação do local, se necessário, instalará seus equipamentos e deverá prestar serviços de Coleta e Análises Clínicas em conformidade com normas sanitárias vigentes, cujo funcionamento deverá ser de 24 (vinte e quatro) horas / 07 (sete) dias na semana ininterruptamente, para realização dos exames das Unidades da Diretoria de



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

Atenção Hospitalar de Urgência e Emergência e recebimento dos exames oriundos da Rede de Saúde de São Vicente, constantes no Edital. **Ressaltando que há planejamento de reformas no Hospital Municipal prevista para 2019 e caso necessário a Contratada deverá por sua conta realocar o laboratório, posto de coleta e seus equipamentos para Unidade de Saúde a ser designada pela administração sem qualquer ônus para a Contratante.**

c) Disponibilizar o número de funcionários necessários para realização de coleta de amostras e análises clínicas laboratoriais, nas 24 (vinte e quatro) horas de forma ininterruptas de Segunda a Domingo, a fim de que os exames sejam disponibilizados nos prazos descritos neste edital.

d) Disponibilizar de Laboratório próprio da Contratada onde deverão ser realizados cerca de 80% (Oitenta por cento) de todos os exames laboratoriais solicitados pelos profissionais autorizados.

e) Comprovação de serviços prestados e qualificação técnica atestada através de Atestado de Capacidade Técnica emitido por pessoa jurídica de direito público ou privado, em nome do licitante, que comprovem a execução de serviços similares de complexidade tecnológica e operacional equivalente ou superior aos serviços objeto desta licitação.

f) Prova de que a licitante dispõe na data de abertura do certame, integrando seu quadro de pessoal permanente, profissional de nível superior graduado Médico, Farmacêutico ou Biomédico, conforme Portaria CVS- 13 de 04/11/05, que seja detentor de Atestado de responsabilidade Técnica pela execução de serviços pertinentes e compatíveis com o objeto deste certame, sendo admitida a indicação de profissional autônomo contratado para este fim, bem como providenciar alvarás de autorização junto aos órgãos municipais /estaduais competentes, apresentando-os sempre que solicitado.

g) Prova de Registro e/ou Inscrição no Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde- CNES.

h) Declaração de Sócios e diretores de que não ocupam cargo ou função de chefia, assessoramento ou função de Confiança no Sistema Único de Saúde a



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

nível Municipal, Estadual, Federal, nos termos do parágrafo 4º do Artigo 26 da Lei 8.080/90.

i) Juntamente com os documentos terá que ser apresentada para fins de habilitação uma declaração de que a empresa possui pessoal qualificado, instalações e equipamentos de automação e informatização das análises clínicas com capacidade de atendimento do volume de exames previstos; com configuração tecnológica vigente e de confiabilidade (técnica de dosagem, velocidade de testes, parâmetros e limites de detecção de quantificação) que permitam cumprir com o objeto da Licitação.

j) A Empresa vencedora deverá providenciar abertura e inscrição de CNPJ no município de São Vicente, após assinatura do contrato de prestação de serviços, sendo concedido prazo de 90 dias para abertura da filial no município com base na Portaria CVS nº 01 de 02 de Janeiro de 2018 e Lei Estadual 10083/98, para fins de fiscalização sanitária municipal.

k) Empresa deverá apresentar licença sanitária da Matriz.

l) A Empresa contratada ficará obrigada a atender todos os pedidos ou reclamações efetuados durante a vigência do contrato.

2 – DO TRANSPORTE

a) Será também de responsabilidade da Contratada disponibilizar os veículos identificados a serviço da Prefeitura de São Vicente e com simbologia de material biológico e infectante e funcionários necessários para o transporte do material biológico, os quais serão coletados pelos auxiliares de enfermagem das unidades da Rede de Saúde, conforme descrito neste edital, excetuando - se no posto de coleta a ser instituído no Hospital Municipal de São Vicente com funcionamento 24 (vinte e quatro) horas por dia e 07 (sete) dias na semana ininterruptamente, onde a contratada deverá disponibilizar profissionais para realizarem as coletas de amostras de sangue, as quais deverão ser solicitadas em impresso próprio de Requisição de Serviços de Diagnóstico e Terapia (SADT) carimbado e assinado pelo profissional solicitante.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

b) Caberá também a Contratada a entrega dos resultados impressos nos postos de coleta e também disponibilizá-los pela Internet.

3 – DA ADMISSÃO E EMISSÃO DE LAUDOS INFORMATIZADOS

a) A Contratada instalará sistema de gerenciamento laboratorial em rede, para o fornecimento de estatísticas individualizadas de cada posto de atendimento, histórico de resultados por paciente, estatística de solicitação de exames por médico, faturamento, assinatura eletrônica de laudos, qualquer tipo de estatística solicitado pela Secretaria de Saúde de São Vicente, disponibilidade de resultados via internet, emissão de protocolos para pacientes, e mapas de trabalho. Deverá interligar os computadores de toda a Rede de Saúde de São Vicente ao Laboratório, com disponibilidade de conexão, e os laudos deverão ser impressos em papel da Contratada com o logotipo da Prefeitura Municipal de São Vicente e cabeçalho da SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO VICENTE.

b) Toda a identificação dos tubos dos pacientes deverá ser com etiquetas de códigos de barras as quais serão disponibilizadas pela Contratada, através do sistema de gerenciamento laboratorial, juntamente com impressora de código de barras, controle de qualidade nacional para todos os analisados.

4 – DOS EQUIPAMENTOS MÍNIMOS OBRIGATÓRIOS POR SETOR LABORATORIAL

a) A Contratada instalará no Hospital Municipal de São Vicente laboratório com equipamentos mínimos para realização de exames de emergência, posto de coleta e recebimento de amostras, conforme **item 6** deste Memorial Descritivo.

5 – DAS OBRIGAÇÕES CONTRATUAIS EXIGIDAS

a) A Contratada deverá realizar os exames mediante prévia requisição dos profissionais da área médica, enfermeiros, dentistas ou outros profissionais prestadores de serviços da Contratante.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

b) A **CONTRATADA** deverá entregar os resultados dos exames de rotina no prazo de 03 (três) dias úteis, quando for tecnicamente possível e os resultados de urgência em no máximo 02 (duas) horas, priorizando emissão de resultados de exames de pacientes em Unidades de Urgência e Emergência e Críticas e exames de rotina do pré natal, obedecendo rigorosamente o prazo de entrega, sendo que sorologias positivas devem ser antecipadamente notificadas unidades de origem e Diretoria de Atenção Básica, no caso de exames de pré-natal, sabendo ser este a responsabilidade da contratada.

c) Manter laboratório equipado e posto de coleta para realização de exames de emergência no Hospital Municipal de São Vicente, em perfeitas condições de instalações para seu funcionamento, onde a Contratada se responsabilizará pela adaptação do local, cabeamento de rede, instalação de equipamentos para o atendimento de seus métodos de trabalho, atendendo à legislação e normas sanitárias recomendadas pela ANVISA, Vigilância Sanitária Municipal e Estadual.

d) A **CONTRATADA** deverá encaminhar as Notas Fiscais referentes aos exames realizados nos prazos estipulados em Contrato, para a efetivação do pagamento pela Contratante, nas condições estabelecidas na tabela SIA/SUS e AMB/99 sobre o valor total da fatura desses exames. Os exames realizados deverão ser digitados em sistema de informação ambulatorial, disponibilizado pelo Datasus – Ministério da Saúde (acesso via internet) ou fornecidos pelo setor NAC – Núcleo de Avaliação e Controle. Deverá ser enviado por e-mail a este setor da Secretaria da Saúde, arquivo exportado contendo as informações referentes à competência mensal da produção.

e) Entregar resultados impressos nas unidades de saúde da atenção básica, e fornecer etiquetas e protocolo para consulta do resultado online. Na Rede de Urgência e Emergência entregar os exames solicitados impressos nas unidades de origem, sendo exames de culturas com dupla via para o serviço de Infecção Hospitalar.

f) Executar a manutenção preventiva e corretiva e calibração de todos os equipamentos utilizados, mantendo-os em perfeito estado de uso.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

- g)** Fornecer e entregar todos os materiais de consumo necessários para a coleta e re-coleta de material biológico, para a realização dos exames objeto do contrato.
- h)** Responsabilizar-se integralmente pelos serviços contratados, nos termos da Legislação vigente.
- i)** A Contratada deverá manter no próprio laboratório estoque de material de consumo, necessário ao desempenho dos serviços.
- j)** Garantir a não paralisação dos serviços contratados por motivos de falta de insumos/equipamentos transporte ou recursos humanos. A Contratada deverá ter recursos sobressalentes para que o serviço não sofra descontinuidade.
- k)** Para todos os exames automatizados a Contratada fornecerá os insumos compatíveis com os equipamentos.
- l)** Para os exames manuais a Contratada fornecerá insumos de 1ª linha, mantendo o padrão de qualidade; os quais poderão ser adequados ao controle de qualidade interno e externo conforme RDC 302/2005.
- m)** Os exames não relacionados na Tabela SIA/SUS e tabela AMB, só serão realizados se devidamente autorizados pelo Departamento de Auditoria e Superintendência da Secretaria de saúde de São Vicente.
- n)** No caso de necessidade de re-coleta dos exames prejudicados estes não deverão ultrapassar 07 (sete) dias da coleta inicial para os Exames de Rotina, para urgência e emergência a re-coleta deverá ser imediata e o setor notificado após a constatação da necessidade, sem ônus para a contratante.
- o)** Compete à Contratada: apresentar Certificado de Participação Ativa pelo menos um Programa de Avaliação Externa de Qualidade oferecida por provedores habilitados, de forma regular e com abrangência apropriada.
 - Treinamento e reciclagem periódica com os profissionais de coleta com emissão de certificados.
 - Treinamento e reciclagem com os profissionais da área técnica e todos os envolvidos no sistema com emissão de certificados.
 - Formulários e processos para elaboração de Pop's.
 - Controle de qualidade interno.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

- Controle de qualidade externo.
- Calibração de equipamentos.
- Auditorias internas.

p) Rotina de exames de Pré- Natal: os exames colhidos nas Unidades de Saúde deverão ser devidamente identificados com código de barras específicos com a identificação "**Pré – Natal**" cedido pela contratada, e deverão ser priorizados obedecendo rigorosamente o prazo de entrega, o qual deverá ser de 72 (setenta e duas) horas para resultados parciais e de 7 (sete) dias para resultados finais. Resultados de sorologias positivas deverão ser comunicados imediatamente a Unidade de Origem com cópia para a Diretoria de Atenção Básica, através de email, sabendo ser este a responsabilidade da contratada. Para todos os testes sorológicos (IgM) positivos os mesmos deverão ser repetidos através de teste confirmatórios pelas metodologias Elisa e/ou IFI. Para todo resultado de toxoplasmose IGM positivo a contratada deverá realizar automaticamente o teste de Avidéz para toxoplasmose sem a necessidade de realização de nova coleta.

q) A Contratada fornecerá todos os equipamentos de proteção individual e coletiva para o manuseio do material biológico.

r) A sorologia para o HIV será realizada pelo município, sendo que em casos excepcionais, a critério da administração, e mediante prévia autorização, poderão ser realizados pela Contratada.

s) Exames de hemoculturas e culturas deverão ser obrigatoriamente entregues em 48 (quarenta e oito) horas os resultados parciais e o resultado final em até 07 (sete) dias para a Unidade solicitante com cópia para o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar da Unidade.

t) Realizar exames de swab de vigilância quando necessário e solicitado pelo Serviço de Infecção Hospitalar da Unidade requisitante.

u) Exames de Pesquisa de BK em escarro em Rede de Urgência deverão ter resultados entregues em até 4 (quatro) horas.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

- v) Disponibilizar testes rápidos de HIV quando necessários para cobertura das solicitações por motivo de vítimas de violência sexual, acidentes com material biológico.
- x) Realizar execução de controle de pragas (desintetização e desratização), conforme determina legislação sanitária.

6 – Relação de equipamentos mínimos a serem disponibilizados pela Contratada.

Solicitamos equipamentos com tecnologia avançada atuais no mercado em bom estado de conservação, compatíveis com a demanda de exames estimada pelas Unidades de Saúde e cumprimento dos prazos de entrega solicitados neste termo de referência.

6.1 – Analizador automático de Células Sangüíneas

1. Análise de no mínimo 26 (vinte e seis) parâmetros.
 - Contagem total de leucócitos (WBC).
 - Contagem total de eritrócitos (RBC).
 - Leitura espectrofométrica de hemoglobina (cianometahemoglobina) (HGB).
 - Determinação hematócrito (HCT).
 - Determinação de volume corpuscular médio (VCM).
 - Determinação de hemoglobina corpuscular média determinação de anisocitose (RDW).
 - Concentração média de hemoglobina corpuscular média (CHCM).
 - Contagem total de plaquetas (PLT).
 - Determinação do volume plaquetário médio (VPM).
 - Determinação da amplitude da distribuição de plaquetas (PDW).
 - Contagem de linfócitos (valor absoluto).
 - Contagem de linfócitos (valor relativo).
 - Contagem de monócitos (valor relativo).



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

- Contagem de monócitos (valor absoluto).
 - Contagem de neutrófilos (valor absoluto).
 - Contagem de neutrófilos (valor relativo).
 - Contagem de eosinófilos (valor absoluto).
 - Contagem de eosinófilos (valor relativo).
 - Contagem de basófilos (valor absoluto).
 - Contagem de basófilos (valor relativo).
 - Contagem de linfócitos atípicos (valor absoluto).
 - Contagem de linfócitos atípicos (valor relativo).
 - Contagem de grandes células imaturas (valor absoluto).
 - Contagem de grandes células imaturas (valor relativo)
2. Contagem de células pelos métodos: Impedância, Citoquímica e Citometria de Fluxo.
 3. Dosagem de hemoglobina: método fotométrico.
 4. Capacidade mínima 60 (sessenta) amostras/hora.

6.2 – Analisador de gases sanguíneos

- Parâmetros medidos: pH, pCO₂, pO₂ e pressão barométrica.
- Parâmetros calculados: BE, buffer, BB, Bicarbonato, stHCO₃, TCO₂, stpH, O₂sat, O₂cont, cH⁺, AaDO₂.
- Parâmetros introduzidos: temperatura do paciente, tbG, tipo de Hb, p50, FIO₂, RQ, número do paciente, idade, sexo e tipo de amostra.
- Tempo de leitura aproximado de 20 (vinte) segundos. Execução de aproximadamente 32 (trinta e dois) testes hora.
- Impressora térmica embutida.
- Avançado programa de controle de qualidade.
- Auto diagnóstico, comandado p/ microprocessador.

6.3 – Analisador Bioquímico



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

- a) Equipamento deve ser com acesso Randômico e contínuo com análise por amostra e/ou teste seletivo. Capacidade de aproximadamente 144 (cento e quarenta e quatro) testes/hora ou 216 (duzentos e dezesseis) testes/hora com eletrólitos.
- b) Priorização das emergências, sem interromper a lista de trabalho.
- c) Manipulação das amostras através de tubo primário de 5, 7 ou 10 ml ou em sample cup.
- d) Capacidade de armazenamento de aproximadamente 104 (cento e quatro) testes, 26 (vinte e seis) perfis e 26 (vinte e seis) cálculos.
- e) Analisador automático de coagulação:
 - Dosagem de tempo de tromboplastina ativada.
 - Dosagem de tempo de protrombina.
 - Determinação do INR.

7 – REL AÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE A SEREM ATENDIDAS

7.1 – Diretoria de Atenção Hospitalar Urgência e Emergência

Dr. Anderson Galdo Rodrigues

Rede Urgência e Emergência

- **Dia/Horário de Coleta:** 24 (vinte e quatro) horas / 07 (sete) dias na semana ininterruptamente

Quantidade Estimada de exames por um período de 12 meses Rede Dahue

PROCEDIMENTO TABELA SIA/SUS	VALOR UNITARIO	QTDE ANUAL ESTIMADA	VALOR TOTAL ESTIMADO ANUAL
0202010023 DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R\$ 2,01	2	R\$ 4,02
0202010040 DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 3,63	434	R\$ 1.575,42
0202010112 DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R\$ 2,01	6	R\$ 12,06
0202010120 DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$ 1,85	480	R\$ 888,00
0202010163 DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R\$ 3,68	2	R\$ 7,36
0202010180 DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 2,25	3638	R\$ 8.185,50
0202010201 DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 2,01	2368	R\$ 4.759,68
0202010210 DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 1,85	4790	R\$ 8.861,50
0202010228 DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$ 3,51	32	R\$ 112,32
0202010260 DOSAGEM DE CLORETO	R\$ 1,85	88	R\$ 162,80



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

0202010279 DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 3,51	1074	R\$ 3.769,74
0202010287 DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 3,51	20	R\$ 70,20
0202010295 DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 1,85	1000	R\$ 1.850,00
0202010317 DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 1,85	18000	R\$ 33.300,00
0202010325 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 3,68	6000	R\$ 22.080,00
0202010333 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$ 4,12	5400	R\$ 22.248,00
0202010368 DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R\$ 3,68	3600	R\$ 13.248,00
0202010384 DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 15,59	72	R\$ 1.122,48
0202010392 DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$ 3,51	132	R\$ 463,32
0202010406 DOSAGEM DE FOLATO	R\$ 15,65	20	R\$ 313,00
0202010422 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,01	1962	R\$ 3.943,62
0202010430 DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 1,85	64	R\$ 118,40
0202010465 DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,51	2400	R\$ 8.424,00
0202010473 DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 1,85	5400	R\$ 9.990,00
0202010503 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 7,86	360	R\$ 2.829,60
0202010538 DOSAGEM DE LACTATO	R\$ 3,68	1800	R\$ 6.624,00
0202010554 DOSAGEM DE LIPASE	R\$ 2,25	80	R\$ 180,00
0202010562 DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 2,01	4440	R\$ 8.924,40
0202010570 DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	R\$ 2,01	2	R\$ 4,02
0202010600 DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 1,85	15000	R\$ 27.750,00
0202010619 DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$ 1,40	14	R\$ 19,60
0202010627 DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 1,85	148	R\$ 273,80
0202010635 DOSAGEM DE SODIO	R\$ 1,85	15000	R\$ 27.750,00
0202010643 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 2,01	8420	R\$ 16.924,20
0202010651 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 2,01	6802	R\$ 13.672,02
0202010660 DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,12	6	R\$ 24,72
0202010678 DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 3,51	24	R\$ 84,24
0202010694 DOSAGEM DE UREIA	R\$ 1,85	16414	R\$ 30.365,90
0202010708 DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 15,24	80	R\$ 1.219,20
0202010724 ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 4,42	14	R\$ 61,88
0202010732 GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	R\$ 15,65	2136	R\$ 33.428,40
0202010767 DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 15,24	148	R\$ 2.255,52
0202020029 CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 2,72	640	R\$ 1.740,80
0202020037 CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$ 2,72	30	R\$ 81,60
0202020070 DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	R\$ 2,72	2976	R\$ 8.094,72
0202020096 DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R\$ 2,73	2976	R\$ 8.124,48
0202020134 DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 5,77	6610	R\$ 38.139,70
0202020142 DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 2,73	6748	R\$ 18.422,04
0202020150 DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTACAO (VHS)	R\$ 2,73	2384	R\$ 6.508,32
0202020304 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 1,53	820	R\$ 1.254,60
0202020355 ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 5,41	4	R\$ 21,64
0202020371 HEMATOCRITO	R\$ 1,53	820	R\$ 1.254,60
0202020380 HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11	40000	R\$ 164.400,00
0202020398 LEUCOGRAMA	R\$ 2,73	8	R\$ 21,84
0202020541 TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$ 2,73	2	R\$ 5,46
0202030075 DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 2,83	30	R\$ 84,90
0202030091 DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$ 15,06	2	R\$ 30,12
0202030105 DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 16,42	158	R\$ 2.594,36
0202030121 DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 17,16	4	R\$ 68,64
0202030164 DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 9,25	6	R\$ 55,50
0202030180 DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 17,16	6	R\$ 102,96
0202030202 DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 2,83	1850	R\$ 5.235,50
0202030270 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 8,67	4	R\$ 34,68



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

0202030288 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$ 17,16	8	R\$ 137,28
0202030318 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 18,55	2	R\$ 37,10
0202030342 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$ 17,16	2	R\$ 34,32
0202030350 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$ 18,55	4	R\$ 74,20
0202030474 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$ 2,83	22	R\$ 62,26
0202030555 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$ 17,16	4	R\$ 68,64
0202030598 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	R\$ 17,16	28	R\$ 480,48
0202030628 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$ 17,16	6	R\$ 102,96
0202030636 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 18,55	366	R\$ 6.789,30
0202030679 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 18,55	396	R\$ 7.345,80
0202030733 PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 2,83	12	R\$ 33,96
0202030741 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,00	26	R\$ 286,00
0202030768 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 16,97	24	R\$ 407,28
0202030776 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25	14	R\$ 129,50
0202030784 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	R\$ 18,55	318	R\$ 5.898,90
0202030806 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55	46	R\$ 853,30
0202030814 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16	20	R\$ 343,20
0202030857 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,61	28	R\$ 325,08
0202030873 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,55	24	R\$ 445,20
0202030890 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 18,55	336	R\$ 6.232,80
0202030911 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55	46	R\$ 853,30
0202030920 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16	20	R\$ 343,20
0202030962 PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$ 13,35	26	R\$ 347,10
0202030970 PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$ 18,55	388	R\$ 7.197,40
0202031012 PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$ 4,10	12	R\$ 49,20
0202031098 TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 4,10	4	R\$ 16,40
0202031110 TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 2,83	674	R\$ 1.907,42
0202031128 TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00	212	R\$ 2.120,00
0202031136 TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00	22	R\$ 220,00
0202031209 DOSAGEM DE TROPONINA	R\$ 9,00	6000	R\$ 54.000,00
0202031217 DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	R\$ 13,35	6	R\$ 80,10
0202040127 PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 1,65	204	R\$ 336,60
0202040143 PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 1,65	60	R\$ 99,00
0202050017 ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$ 3,70	19666	R\$ 72.764,20
0202050025 CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 3,51	32	R\$ 112,32
0202050092 DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8,12	6	R\$ 48,72
0202050114 DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 2,04	10	R\$ 20,40
0202060080 DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$ 14,12	2	R\$ 28,24
0202060136 DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 9,86	12	R\$ 118,32
0202060144 DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 11,25	2	R\$ 22,50
0202060152 DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 11,71	2	R\$ 23,42
0202060160 DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 10,15	20	R\$ 203,00
0202060179 DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$ 11,55	6	R\$ 69,30
0202060187 DOSAGEM DE ESTRONA	R\$ 11,12	6	R\$ 66,72
0202060217 DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 7,85	318	R\$ 2.496,30



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

0202060233 DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 7,89	30	R\$ 236,70
0202060241 DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 8,97	22	R\$ 197,34
0202060250 DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 8,96	634	R\$ 5.680,64
0202060268 DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 10,17	6	R\$ 61,02
0202060276 DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 43,13	12	R\$ 517,56
0202060284 DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 15,35	2	R\$ 30,70
0202060292 DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 10,22	12	R\$ 122,64
0202060349 DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 10,43	24	R\$ 250,32
0202060357 DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 13,11	6	R\$ 78,66
0202060365 DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$ 15,35	2	R\$ 30,70
0202060373 DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 8,76	160	R\$ 1.401,60
0202060381 DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 11,60	360	R\$ 4.176,00
0202060390 DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 8,71	134	R\$ 1.167,14
0202070255 DOSAGEM DE LITIO	R\$ 2,25	100	R\$ 225,00
0202070352 DOSAGEM DE ZINCO	R\$ 15,65	2	R\$ 31,30
0202080013 ANTIBIOGRAMA	R\$ 4,98	500	R\$ 2.490,00
0202080048 BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$ 4,20	250	R\$ 1.050,00
0202080072 BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$ 2,80	12000	R\$ 33.600,00
0202080080 CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 5,62	4000	R\$ 22.480,00
0202080153 HEMOCULTURA	R\$ 11,49	2000	R\$ 22.980,00
0202090051 CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89	120	R\$ 226,80
0202090060 CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89	120	R\$ 226,80
0202090213 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R\$ 9,70	160	R\$ 1.552,00
0202090230 PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$ 1,89	120	R\$ 226,80
0202090299 PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIP	R\$ 1,89	120	R\$ 226,80
0202120023 DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37	32	R\$ 43,84
0202120082 PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37	34	R\$ 46,58
total			R\$ 847.165,04

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

PROCEDIMENTO TABELA AMB	VALOR UNITÁRIO	QTDE ANUAL ESTIMADA	VALOR TOTAL ESTIMADO
2806159-4 CA199 - CA 19/9	R\$ 63,72	20	R\$ 1.274,40
2806251-5 PSAL - LIVRE, ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO	R\$ 62,00	15	R\$ 930,00
2809021-7 ADA - ADENOSINA DEAMINASE (ADA)	R\$ 24,10	10	R\$ 241,00
2806166-7 CA 153 - CA15-3	R\$ 63,72	2	R\$ 127,44
2805082-7 T3 L- T3 LIVRE	R\$ 22,95	10	R\$ 229,50
2810028-0 CRIP 2- CRIPTOCOCOSE, TINTA DA CHINA	R\$ 4,50	3	R\$ 13,50
2809016-0 IGG - IMUNOGLOBULINA G (IgG)	R\$ 27,00	2	R\$ 54,00
TOTAL			R\$ 2.869,84

Fonte tabela AMB 99

VALOR ESTIMADO TOTAL HMSV:	R\$ 850.034,88
-----------------------------------	-----------------------

Dr. Anderson Galdo Rodrigues
Diretoria Atenção Hospitalar Urgência e Emergência (DAHUE)



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

7.2 – Diretoria de Atenção Básica

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE – U.B.S.

- **Dia/Horário de coleta** das Unidades Básicas da Área Insular das 07h00min as 09h00min horas, exceto ESF Japuí com início das 08h00min as 10h00min.
- **Dia/Horário de Coleta** da Unidades da Área Continental a partir das 10h00min.

ÁREA INSULAR

- **UBS Catiapoã / ESF Sá Catarina**
Av. Pérsio de Queiroz Filho, 733/734 – 11370-300 – Catiapoã – tel: 3467-2887
- **UBS Central**
Avenida Antônio Emmerich, 509 – 11390-001 – Vila Mello – tel: 3469-8984
- **ESF Japuí**
Avenida Tupiniquins, s/n – Japuí – 11325-000 – tel: 3567-1344
- **UBS/ ESF Jardim Guassu**
Rua Lagarto, 101 – Jardim Guassu – 11370-580 – tel: 3561-2004
- **UBS/ESF JIP**
Rua Roberto Koch, 584 – Jôquei Clube – 11360-190 – tel: 3464-2533
- **UBS /ESF Náutica III**
Rua Nicolau Patrício Moreira, 225 – Cidade Náutica – 11340-380 – tel: 3463-8266
- **UBS/ESF Parque Bitaru**
Praça Infante Dom Henrique, s/n – Parque Bitaru – 11330-205 – tel: 3467-1757
- **ESF Parque São Vicente**
Praça Dom Pedro I, s/n – Parque São Vicente – 11360-240 – tel: 3464-1565
- **UBS/EACS Pompeba**
Rua Antonio da Costa, s/n – Pompeba – 11355-150 – tel: 3464-1815
- **UBS/ ESF Praça Vitória**
Praça Vitória, s/n – Vila Voturuá – 11380-410 – tel: 3561-1042



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

- **UBS/ ESF Sambaiatuba**
Praça Dom Bosco, s/n – 11365-180 – Jôquei Clube – tel: 3463-8727
- **ESF Saquaré / ESF México 70**
Rua do Meio, s/n – Vila Margarida – tel: 3464-0550
- **UBS/ EACS Tancredo Neves**
Rua Luiz Meirelles Araújo, s/n – 11350-560 – Tancredo Neves – tel: 3464-1262
- **UBS / ESF Vila Margarida**
Rua Polydorio de Oliveira Bittencourt , 299 – 11330-570 – Vila Margarida – tel: 3463-2324

ÁREA CONTINENTAL

- **ESF Humaitá I, II e III**
Rua Alfredo das Neves, s/nº – 11349-190 – Humaitá – tel: 3406-2870
- **ESF Jardim Rio Branco II e III**
Rua Eduardo Cação, s/n – Jardim Rio Branco – 11347-150 – tel: 3566-1188 / 3566-3595
- **UBS/ESF Parque das Bandeiras**
Praça Dario Aredes Lacerda, 70 Loja 11 – 11346-005 – Parque das Bandeiras – tel: 3566-2163
- **UBS /ESF Samaritá**
Rua Sergipe, 70 – Samaritá – 11345-050 – tel: 3566-1544
- **Unidade de Saúde da Mulher**
Rua Salvador, 60 – 11347-725 – Jardim Irmã Dolores – tel: 3576-5828
- **UBS/ESF Vila Ponte Nova E ESF Quarentenário**
Rua Salvador, s/n – 11347-725 – Vila Ponte Nova – tel: 3566-1155
- **ESF Gleba II**
Avenida Dr. Celso Santos, 510 – 11346-250 – Parque das Bandeiras – tel: 3566-2456
- **ESF Jardim Rio Branco I**
Rua Antônio Riscalla Husne, 1760 – 11347-020 – Jardim Rio Branco – tel: 3566-2773
- **ESF Jardim Rio Negro**
Rua E, 110 – Jardim Rio Negro – 11347-430 – tel: 3566-8321
- **ESF Nova São Vicente e ESF Vila Ema**



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

Rua Eliseu Almeida Melo, 10 – 11345-350 – Vila Ema – tel: 3566-4219

- **ESF Parque Continental I e ESF Parque Continental II**
Avenida Central, 940 – 11348-000 – Parque Continental – tel: 3564-1424
- **ESF Esplanada dos Barreiros**
Av Brasil s/nº Vila Margarida
- **ESF Sá Catarina**
Rua Francisco Monlevade s/nº - Sá Catarina
- **Esf Náutica**
Praça Imigração Japonesa s/nº - Cidade Náutica

RELAÇÃO DE EXAMES ESTIMADOS ATENÇÃO BÁSICA POR PERÍODO DE 12 MESES

PROCEDIMENTO TABELA SIA/SUS	VALOR UNITÁRIO	QTDE ANUAL ESTIMADA	VALOR TOTAL ESTIMADO
0202010023 DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	R\$ 2,01	8	R\$ 16,08
0202010074 DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA CLÁSSICA (5 DOSAGENS)	R\$ 10,00	50	R\$ 500,00
0202010040 DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 3,63	1100	R\$ 3.993,00
0202010112 DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R\$ 2,01	20	R\$ 40,20
0202010120 DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$ 1,85	8500	R\$ 15.725,00
0202010147 DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$ 3,68	105	R\$ 386,40
0202010163 DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R\$ 3,68	16	R\$ 58,88
0202010180 DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 2,25	350	R\$ 787,50
0202010201 DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 2,01	1300	R\$ 2.613,00
0202010210 DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 1,85	4200	R\$ 7.770,00
0202010228 DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$ 3,51	300	R\$ 1.053,00
0202010260 DOSAGEM DE CLORETO	R\$ 1,85	95	R\$ 175,75
0202010279 DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 3,51	23000	R\$ 80.730,00
0202010287 DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 3,51	1000	R\$ 3.510,00
0202010295 DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 1,85	28000	R\$ 51.800,00
0202010317 DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 1,85	17200	R\$ 31.820,00
0202010325 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 3,68	5000	R\$ 18.400,00
0202010333 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$ 4,12	180	R\$ 741,60
0202010368 DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA	R\$ 3,68	100	R\$ 368,00
0202010384 DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 15,59	2000	R\$ 31.180,00
0202010392 DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$ 3,51	2200	R\$ 7.722,00
0202010406 DOSAGEM DE FOLATO	R\$ 15,65	350	R\$ 5.477,50
0202010414 DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA TOTAL	R\$ 2,01	10	R\$ 20,10
0202010422 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,01	1000	R\$ 2.010,00
0202010430 DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 1,85	200	R\$ 370,00
0202010465 DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,51	1800	R\$ 6.318,00
0202010473 DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 1,85	35000	R\$ 64.750,00
0202010503 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 7,86	12000	R\$ 94.320,00
0202010538 DOSAGEM DE LACTATO	R\$ 3,68	60	R\$ 220,80
0202010554 DOSAGEM DE LIPASE	R\$ 2,25	80	R\$ 180,00
0202010562 DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 2,01	150	R\$ 301,50
0202010570 DOSAGEM DE MUÇO-PROTEINAS	R\$ 2,01	70	R\$ 140,70
0202010600 DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 1,85	5000	R\$ 9.250,00



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

0202010619 DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$ 1,40	30	R\$ 42,00
0202010627 DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 1,85	250	R\$ 462,50
0202010635 DOSAGEM DE SODIO	R\$ 1,85	4000	R\$ 7.400,00
0202010643 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 2,01	11000	R\$ 22.110,00
0202010651 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 2,01	11000	R\$ 22.110,00
0202010660 DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,12	100	R\$ 412,00
0202010678 DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 3,51	4100	R\$ 14.391,00
0202010694 DOSAGEM DE UREIA	R\$ 1,85	11000	R\$ 20.350,00
0202010708 DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 15,24	1250	R\$ 19.050,00
0202010724 ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 4,42	40	R\$ 176,80
0202010732 GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	R\$ 15,65	100	R\$ 1.565,00
0202010767 DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 15,24	400	R\$ 6.096,00
0202020029 CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 2,72	60	R\$ 163,20
0202020037 CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$ 2,72	200	R\$ 544,00
0202020070 DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	R\$ 2,72	1200	R\$ 3.264,00
0202020096 DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R\$ 2,73	1200	R\$ 3.276,00
0202020134 DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 5,77	300	R\$ 1.731,00
0202020142 DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 2,73	450	R\$ 1.228,50
0202020150 DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSIDENTACAO (VHS)	R\$ 2,73	2300	R\$ 6.279,00
0202020304 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 1,53	20	R\$ 30,60
0202020355 ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 5,41	160	R\$ 865,60
0202020371 HEMATOCRITO	R\$ 1,53	20	R\$ 30,60
0202020380 HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11	43000	R\$ 176.730,00
0202020410 PESQUISA DE CELULAS LE	R\$ 4,11	10	R\$ 41,10
0202020444 PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R\$ 2,73	30	R\$ 81,90
0202020290 DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R\$ 4,60	20	R\$ 92,00
0202020541 TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$ 2,73	100	R\$ 273,00
0202030067 DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	R\$ 9,25	35	R\$ 323,75
0202030075 DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 2,83	1500	R\$ 4.245,00
0202030083 DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 9,25	2000	R\$ 18.500,00
0202030091 DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$ 15,06	100	R\$ 1.506,00
0202030105 DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 16,42	5700	R\$ 93.594,00
0202030113 DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$ 13,55	10	R\$ 135,50
0202030121 DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 17,16	50	R\$ 858,00
0202030130 DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$ 17,16	50	R\$ 858,00
0202030156 DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$ 17,16	160	R\$ 2.745,60
0202030164 DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 9,25	400	R\$ 3.700,00
0202030180 DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 17,16	650	R\$ 11.154,00
0202030202 DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 2,83	2000	R\$ 5.660,00
0202030253 PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10,00	10	R\$ 100,00
0202030261 PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10,00	10	R\$ 100,00
0202030270 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 8,67	45	R\$ 390,15
0202030288 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$ 17,16	170	R\$ 2.917,20
0202030296 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$ 85,00	100	R\$ 8.500,00
0202030300 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 10,00	3000	R\$ 3.000,00
0202030318 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 18,55	10	R\$ 185,50
0202030326 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R\$ 17,16	10	R\$ 171,60
0202030334 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R\$ 5,74	3	R\$ 17,22
0202030342 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$ 17,16	35	R\$ 600,60
0202030350 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$ 18,55	25	R\$ 463,75
0202030369 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$ 18,55	25	R\$ 463,75
0202030474 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$ 2,83	430	R\$ 1.216,90
0202030504 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	R\$ 10,00	3	R\$ 30,00



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

0202030555 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$ 17,16	100	R\$ 1.716,00
0202030598 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	R\$ 17,16	690	R\$ 11.840,40
0202030628 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$ 17,16	150	R\$ 2.574,00
0202030636 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 18,55	2700	R\$ 50.085,00
0202030644 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$ 18,55	20	R\$ 371,00
0202030679 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 18,55	6500	R\$ 120.575,00
0202030741 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,00	4000	R\$ 44.000,00
0202030768 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 16,97	4000	R\$ 67.880,00
0202030776 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25	50	R\$ 462,50
0202030784 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	R\$ 18,55	4000	R\$ 74.200,00
0202030806 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55	250	R\$ 4.637,50
0202030814 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16	2200	R\$ 37.752,00
0202030849 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 17,16	20	R\$ 343,20
0202030857 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,61	4000	R\$ 46.440,00
0202030873 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,55	4000	R\$ 74.200,00
0202030890 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 18,55	4000	R\$ 74.200,00
0202030911 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55	250	R\$ 4.637,50
0202030920 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16	2200	R\$ 37.752,00
0202030946 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 17,16	5	R\$ 85,80
0202030954 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 17,16	20	R\$ 343,20
0202030962 PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$ 13,35	200	R\$ 2.670,00
0202030970 PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$ 18,55	5500	R\$ 102.025,00
0202030989 PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R\$ 18,55	15	R\$ 278,25
0202031012 PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$ 4,10	480	R\$ 1.968,00
0202031039 PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	R\$ 9,25	800	R\$ 7.400,00
0202031098 TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 4,10	350	R\$ 1.435,00
0202031110 TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 2,83	9000	R\$ 25.470,00
0202031128 TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00	4000	R\$ 40.000,00
0202031136 TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00	1000	R\$ 10.000,00
0202031217 DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	R\$ 13,35	150	R\$ 2.002,50
0202040070 PESQUISA DE GORDURA FECAL	R\$ 1,65	7	R\$ 11,55
0202040127 PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 1,65	19000	R\$ 31.350,00
0202040143 PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 1,65	1200	R\$ 1.980,00
0202040151 PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	R\$ 1,65	4	R\$ 6,60
0202050017 ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$ 3,70	30000	R\$ 111.000,00
0202050025 CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 3,51	150	R\$ 526,50
0202050092 DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8,12	300	R\$ 2.436,00
0202050114 DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 2,04	200	R\$ 408,00
0202060047 DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R\$ 10,20	35	R\$ 357,00
0202060080 DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$ 14,12	40	R\$ 564,80
0202060098 DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$ 11,89	4	R\$ 47,56
0202060110 DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$ 11,53	70	R\$ 807,10
0202060128 DOSAGEM DE CALCITONINA	R\$ 14,38	2	R\$ 28,76
0202060136 DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 9,86	130	R\$ 1.281,80
0202060144 DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 11,25	70	R\$ 787,50
0202060152 DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 11,71	25	R\$ 292,75



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

0202060160 DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 10,15	500	R\$ 5.075,00
0202060179 DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$ 11,55	80	R\$ 924,00
0202060187 DOSAGEM DE ESTRONA	R\$ 11,12	80	R\$ 889,60
0202060217 DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 7,85	900	R\$ 7.065,00
0202060225 DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$ 10,21	100	R\$ 1.021,00
0202060233 DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 7,89	650	R\$ 5.128,50
0202060241 DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 8,97	460	R\$ 4.126,20
0202060250 DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 8,96	17000	R\$ 152.320,00
0202060268 DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 10,17	100	R\$ 1.017,00
0202060276 DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 43,13	200	R\$ 8.626,00
0202060284 DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 15,35	16	R\$ 245,60
0202060292 DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 10,22	140	R\$ 1.430,80
0202060306 DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$ 10,15	280	R\$ 2.842,00
0202060314 DOSAGEM DE RENINA	R\$ 13,19	3	R\$ 39,57
0202060322 DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$ 15,35	50	R\$ 767,50
0202060330 DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R\$ 13,11	50	R\$ 655,50
0202060349 DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 10,43	300	R\$ 3.129,00
0202060357 DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 13,11	80	R\$ 1.048,80
0202060365 DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$ 15,35	40	R\$ 614,00
0202060373 DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 8,76	3500	R\$ 30.660,00
0202060381 DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 11,60	5500	R\$ 63.800,00
0202060390 DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 8,71	3300	R\$ 28.743,00
0202060438 TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	R\$ 12,01	7	R\$ 84,07
0202070050 DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R\$ 15,65	50	R\$ 782,50
0202070085 DOSAGEM DE ALUMINIO	R\$ 27,50	350	R\$ 9.625,00
0202070123 DOSAGEM DE BARBITURATOS	R\$ 13,13	10	R\$ 131,30
0202070158 DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$ 17,53	20	R\$ 350,60
0202070190 DOSAGEM DE COBRE	R\$ 3,51	80	R\$ 280,80
0202070220 DOSAGEM DE FENITOINA	R\$ 35,22	4	R\$ 140,80
0202070255 DOSAGEM DE LITIO	R\$ 2,25	100	R\$ 225,00
0202070352 DOSAGEM DE ZINCO	R\$ 15,65	100	R\$ 1.565,00
0202080013 ANTIBIOGRAMA	R\$ 4,98	900	R\$ 4.482,00
0202080048 BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$ 4,20	250	R\$ 1.050,00
0202080056 BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSEIASE)	R\$ 4,20	5	R\$ 21,00
0202080072 BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$ 2,80	3000	R\$ 8.400,00
0202080080 CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 5,62	12000	R\$ 67.440,00
0202080137 CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$ 4,19	3	R\$ 12,57
0202080145 EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$ 2,80	50	R\$ 140,00
0202100030 DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 160,00	5	R\$ 800,00
0202120023 DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37	4800	R\$ 6.576,00
0202120082 PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37	4800	R\$ 6.576,00
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)			Total
			R\$ 2.341.111,81



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

PROCEDIMENTO TABELA AMB	VALOR UNITÁRIO	QTDE ESTIMADA ANUAL	VALOR TOTAL ANUAL
2806159-4 CA 19/9	R\$ 63,72	150	R\$ 9.558,00
2806251-5 ANTÍGENO ESPECÍFICO PROSTÁTICO LIVRE (PSA LIVRE)	R\$ 62,00	1000	R\$ 62.000,00
2809021-7 ADENOSINA DE AMINASE (ADA)	R\$ 24,10	10	R\$ 241,00
2806166-7 CA15-3	R\$ 63,72	100	R\$ 6.372,00
2805082-7 T3 LIVRE	R\$ 22,95	300	R\$ 6.885,00
2805095-7 ANTICORPO ANTI - RECEPTOR DE TSH (TRAB)	R\$ 67,50	10	R\$ 685,00
2806181-0 ANTICENTRÔMERO	R\$ 21,50	05	R\$ 107,50
2805096-7 IGFBP-3	R\$ 50,00	10	R\$ 500,00
2806224-8 - SUBCLASSES DE IGG - IGG4	R\$ 40,00	05	R\$ 200,00
2809016-0 IGG - IMUNOGLOBULINA G (IGG)	R\$ 27,00	50	R\$ 1.350,00
2815035-0 SEL - SELÊNIO, DOSAGEM	R\$ 150,00	10	R\$1.500,00
2805098-3 GLOBULINA DE LIGAÇÃO DE HORMONIOS SEXUAIS (SHBG)	R\$ 62,50	05	R\$ 312,50
total			R\$ 89. 711,00

Fonte tabela AMB 99

VALOR ESTIMADO TOTAL ATENÇÃO BÁSICA:	R\$ 2.430.822,81
---	-------------------------

Dr. Paola Almeida Bueno de Camargo Canas
Diretoria da Atenção Básica



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

7.3 – Diretoria de Especialidade

➤ Unidade de Saúde do Adolescente

R. Polydoro de Oliveira Bittencourt, 299 - V. Margarida – tel: 3463-9557

Dias/ Horário de Coleta: Semanalmente as quarta- feiras das 08h00min as 09h00min

➤ CAPS III Mater

R. Padre Anchieta, 211 - Centro - tel: 3467-1413

Dias/ Horário de Coleta: Semanalmente as quintas- feiras das 07h00min as 10h00min

RELAÇÃO DE EXAMES ESTIMADOS ATENÇÃO ESPECIALIZADA

PROCEDIMENTO TABELA SIA/SUS	VALOR UNITÁRIO	QTDE ANUAL ESTIMADA	VALOR TOTAL ESTIMADO
0202010201 DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 2,01	64	R\$ 128,64
0202010210 DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 1,85	1790	R\$ 3.311,50
0202010279 DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 3,51	2060	R\$ 7.230,60
0202010295 DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 1,85	2060	R\$ 3.811,00
0202010317 DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 1,85	1920	R\$ 3.552,00
0202010325 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 3,68	46	R\$ 169,28
0202010333 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$ 4,12	24	R\$ 98,88
0202010384 DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 15,59	1722	R\$ 26.845,98
0202010392 DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$ 3,51	1722	R\$ 6.044,22
0202010406 DOSAGEM DE FOLATO	R\$ 15,65	34	R\$ 532,10
0202010422 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,01	1750	R\$ 3.517,50
0202010430 DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 1,85	1750	R\$ 3.237,50
0202010465 DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,51	340	R\$ 1.193,40
0202010473 DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 1,85	4600	R\$ 8.510,00
0202010503 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 7,86	1260	R\$ 9.903,60
0202010562 DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 2,01	22	R\$ 44,22
0202010600 DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 1,85	1860	R\$ 3.441,00
0202010627 DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 1,85	1734	R\$ 3.207,90
0202010635 DOSAGEM DE SODIO	R\$ 1,85	1880	R\$ 3.478,00
0202010643 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 2,01	160	R\$ 321,60
0202010651 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 2,01	1860	R\$ 3.738,60
0202010660 DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,12	1700	R\$ 7.004,00
0202010694 DOSAGEM DE UREIA	R\$ 1,85	3560	R\$ 6.586,00
0202010708 DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 15,24	50	R\$ 762,00
0202010724 ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 4,42	34	R\$ 150,28
0202010732 GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	R\$ 15,65	24	R\$ 375,60
0202010767 DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 15,24	94	R\$ 1.432,56
0202020134 DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 5,77	60	R\$ 346,20
0202020142 DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 2,73	24	R\$ 65,52



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

0202020304 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 1,53	72	R\$ 110,16
0202020371 HEMATOCRITO	R\$ 1,53	72	R\$ 110,16
0202020380 HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11	4600	R\$ 18.906,00
0202030636 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 18,55	1688	R\$ 31.312,40
0202030679 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 18,55	1880	R\$ 34.874,00
0202030741 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,00	1410	R\$ 15.510,00
0202030768 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 16,97	1410	R\$ 23.927,70
0202030784 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	R\$ 18,55	1580	R\$ 29.309,00
0202030814 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16	1400	R\$ 24.024,00
0202030857 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,61	1410	R\$ 16.370,10
0202030873 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,55	1410	R\$ 26.155,50
0202030890 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 18,55	1520	R\$ 28.196,00
0202030920 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16	1400	R\$ 24.024,00
0202030970 PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$ 18,55	1640	R\$ 30.422,00
0202031012 PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$ 4,10	30	R\$ 123,00
0202031098 TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 4,10	1520	R\$ 6.232,00
0202031128 TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00	810	R\$ 8.100,00
0202031136 TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00	810	R\$ 8.100,00
0202031209 DOSAGEM DE TROPONINA	R\$ 9,00	24	R\$ 216,00
0202040127 PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 1,65	1400	R\$ 2.310,00
0202050017 ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$ 3,70	1136	R\$ 4.203,20
0202050092 DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8,12	100	R\$ 812,00
0202060217 DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 7,85	210	R\$ 1.648,50
0202060233 DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 7,89	20	R\$ 157,80
0202060241 DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 8,97	20	R\$ 179,40
0202060250 DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 8,96	368	R\$ 3.297,28
0202060268 DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 10,17	20	R\$ 203,40
0202060276 DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 43,13	1600	R\$ 69.008,00
0202060306 DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$ 10,15	30	R\$ 304,50
0202060330 DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R\$ 13,11	20	R\$ 262,20
0202060349 DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 10,43	20	R\$ 208,60
0202060357 DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 13,11	20	R\$ 262,20
0202060373 DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 8,76	1944	R\$ 17.029,44
0202060381 DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 11,60	1992	R\$ 23.107,20
0202060390 DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 8,71	1920	R\$ 16.723,20
0202070085 DOSAGEM DE ALUMINIO	R\$ 27,50	160	R\$ 4.400,00
0202070255 DOSAGEM DE LITIO	R\$ 2,25	50	R\$ 112,50
0202080072 BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$ 2,80	400	R\$ 1.120,00
0202080080 CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 5,62	2720	R\$ 15.286,40
0202080196 PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$ 4,33	400	R\$ 1.732,00
0202120023 DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37	2660	R\$ 3.644,20
0202120082 PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37	2660	R\$ 3.644,20
Total			R\$ 604.717,92

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Liliana Dall Amico de Angelis
Diretoria de Atenção Especializada



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

7.4 – Diretoria de Vigilância em Saúde

RELAÇÃO DE EXAMES ESTIMADOS DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – (POR PERÍODO DE 12 MESES).

PROCEDIMENTO TABELA SIA/SUS	VALOR UNITÁRIO	QTDE ANUAL ESTIMADA	VALOR TOTAL ESTIMADO
0202010120 DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$ 1,85	120	R\$ 222,00
0202010180 DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 2,25	600	R\$ 1.350,00
0202010201 DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 2,01	5000	R\$ 10.050,00
0202010210 DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 1,85	3000	R\$ 5.550,00
0202010228 DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$ 3,51	1000	R\$ 3.510,00
0202010279 DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 3,51	5000	R\$ 17.550,00
0202010287 DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 3,51	5000	R\$ 17.550,00
0202010295 DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 1,85	5000	R\$ 9.250,00
0202010317 DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 1,85	5200	R\$ 9.620,00
0202010325 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 3,68	3000	R\$ 11.040,00
0202010384 DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 15,59	100	R\$ 1.559,00
0202010392 DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$ 3,51	100	R\$ 351,00
0202010422 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,01	3000	R\$ 6.030,00
0202010430 DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 1,85	50	R\$ 92,50
0202010465 DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,51	5000	R\$ 17.550,00
0202010473 DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 1,85	5000	R\$ 9.250,00
0202010503 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 7,86	3000	R\$ 23.580,00
0202010554 DOSAGEM DE LIPASE	R\$ 2,25	300	R\$ 675,00
0202010562 DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 2,01	150	R\$ 301,50
0202010600 DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 1,85	500	R\$ 925,00
0202010627 DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 1,85	500	R\$ 925,00
0202010635 DOSAGEM DE SODIO	R\$ 1,85	500	R\$ 925,00
0202010643 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 2,01	5200	R\$ 10.452,00
0202010651 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 2,01	5200	R\$ 10.452,00
0202010660 DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,12	50	R\$ 206,00
0202010678 DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 3,51	5000	R\$ 17.550,00
0202010694 DOSAGEM DE UREIA	R\$ 1,85	5200	R\$ 9.620,00
0202010708 DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 15,24	3000	R\$ 45.720,00
0202010767 DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 15,24	3000	R\$ 45.720,00
0202020134 DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 5,77	1000	R\$ 5.770,00
0202020142 DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 2,73	1000	R\$ 2.730,00
0202020150 DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTACAO (VHS)	R\$ 2,73	50	R\$ 136,50
0202020380 HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11	5000	20.550,00
0202030091 DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$ 15,06	3000	R\$ 45.180,00
0202030105 DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 16,42	3000	R\$ 49.260,00
0202030202 DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 2,83	100	R\$ 283,00
0202030296 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$ 85,00	15	1.275,00
0202030300 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 10,00	600	6.000,00
0202030318 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 18,55	100	R\$ 1855,00
0202030644 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$ 18,55	50	R\$ 927,50
0202030741 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,00	500	R\$ 5.500,00
0202030768 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 16,97	500	R\$ 8.485,00
0202030806 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55	200	R\$ 3.710,00



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

0202030814 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16	500	R\$ 8.580,00
0202030849 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 17,16	100	R\$ 1.716,00
0202030857 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,61	500	R\$ 5.805,00
0202030873 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,55	500	R\$ 9.275,00
0202030890 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 18,55	1000	R\$ 18.550,00
0202030911 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55	200	R\$ 3.710,00
0202030920 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16	500	R\$ 8.580,00
0202030946 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 17,16	100	R\$ 1.716,00
0202030989 PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R\$ 18,55	1000	R\$ 18.550,00
0202031128 TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00	3010	R\$ 30.100,00
0202031136 TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00	3010	R\$ 30.100,00
0202040127 PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 1,65	3000	R\$ 4.950,00
0202050025 CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 3,51	50	R\$ 175,50
0202050092 DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8,12	100	R\$ 812,00
0202050114 DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 2,04	50	R\$ 102,00
0202060136 DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 9,86	10	R\$ 98,60
0202060250 DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 8,96	2000	R\$ 17.920,00
0202060349 DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 10,43	100	R\$ 1.043,00
0202060357 DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 13,11	100	R\$ 1.311,00
0202060373 DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 8,76	2000	R\$ 17.520,00
0202060381 DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 11,60	2000	R\$ 23.200,00
0202060390 DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 8,71	1000	R\$ 8.710,00
0202080013 ANTIBIOGRAMA	R\$ 4,98	1500	R\$ 7.470,00
0202080048 BACIOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$ 4,20	9000	R\$ 37.800,00
0202080056 BACIOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	R\$ 4,20	20	R\$ 84,00
0202080080 CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 5,62	50	R\$ 281,00
0202120023 DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37	50	R\$ 68,50
0202120082 PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37	50	R\$ 68,50
		Total	R\$ 697.534,10

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Diretoria de Vigilância em Saúde

Valor Total Estimado Tabela SIA / SUS: R\$ 4.490.528,87 (Quatro milhões quatrocentos e noventa mil, quinhentos e vinte e oito reais e oitenta e sete centavos).

Valor Total Estimado Tabela AMB/99: R\$ 92.580,84 (Noventa e dois mil, quinhentos e oitenta reais e oitenta e quatro centavos).

Valor Teto Estimado Global Anual: R\$ 4.583.109,71 (Quatro milhões, quinhentos e oitenta e três mil, cento e nove reais e setenta e um centavos).



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

Justificativa:

Considerando a necessidade de assegurar a prestação de serviço laboratorial aos munícipes de São Vicente, de forma a complementar a assistência à saúde;

Considerando que os Exames Laboratoriais são necessário como apoio para diagnóstico de inúmeras patologias, sendo, a contratação de Empresa de Laboratórios para a prestação de serviços de Análises Clínica histológicas e citológicas indispensáveis, como instrumento para complementar a assistência médico - ambulatorial realizada nas Unidades Básicas de Saúde de Saúde, Atenção Especializada e Serviço de Vigilância em Saúde, bem como na Rede de Urgência e Emergência do Município de São Vicente;

Considerando que a Secretaria Municipal de Saúde de São Vicente não dispõe de equipamentos e recursos humanos especializados para realização dos exames advindos destas Unidades de Saúde, se faz necessário a Contratação de Empresa para Prestação de Serviços de análises clínicas histológicas e citológicas, por período de 12 meses, conforme quantidades, especificações e obrigações constantes neste termo de referência, incluindo os materiais para coleta/re-coleta e transporte do material biológico, até a liberação dos resultados, com fornecimento de sistema de gerenciamento laboratorial, máquinas/equipamentos atualizados no mercado e todos os insumos necessários para a perfeita realização de todos os exames, compreendidos na Tabela SIA/SUS, grupo 2- Procedimentos com Finalidade Diagnóstica em Laboratório Clínico e Subgrupo 02 e 03 e exames estimados na Tabela AMB/99, sendo outros exames solicitados fora destas tabelas realizados mediante autorização prévia do Serviço de Auditoria e Superintendência Secretaria de Saúde de São Vicente.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

ANEXO II

MINUTA
CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS Nº XXX/18.
Processo Licitatório Nº 4722/18
Pregão Presencial Nº 0160/18

Pelo presente contrato, de um lado, a **SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO VICENTE** inscrito no C.N.P.J. Nº 11.899.413/0001-76, sediada à Rua Padre Anchieta, 462, nesta cidade, representada, neste ato, pelo Coordenador do Fundo Municipal de Saúde de São Vicente, o **Sr. Carlos Alberto de Brito Barbosa, C.P.F. Nº XXXXXXXXXXXXX**, doravante denominada simplesmente como **“CONTRATANTE”** e, de outro lado a empresa **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, inscrita no C.N.P.J. Nº XXXXXXXXXXXXXXX, sediada à XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, Bairro: XXXXXXXX, no Município de XXXXXXXXXXXX - XX, neste ato representado pela Sr.(a) **XXXXXXXXXXXXXXXXXX, R.G. Nº XXXXXXXXX e C.P.F. Nº XXXXXXXXXXXXX**, doravante denominada simplesmente **“CONTRATADA”**, tem entre si justo e acordado o seguinte:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO DO CONTRATO.

Parágrafo Primeiro: Contratação de Empresa para Prestação de Serviços de análises clínicas histológicas e citológicas compreendidos na Tabela SIA/SUS, grupo 2- Procedimentos com Finalidade Diagnóstica em Laboratório Clínico e Subgrupo 02 e 03 e exames estimados na Tabela AMB/99, com implantação de laboratório e posto de coleta devidamente equipados no HMSV por conta da Contratada, pelo período de 12 (Doze) meses, conforme especificações e obrigações constantes no Termo de Referência – Especificações do objeto (Anexo I) do edital do Pregão Presencial Nº 0160/18 e neste Instrumento Contratual.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

1 – DOS SERVIÇOS:

Contratação de Empresa para Prestação de Serviços de análises clínicas histológicas e citológicas, por período de 12 (doze) meses, conforme quantidades, especificações e obrigações constantes neste termo de referência, incluindo os materiais para coleta/re-coleta e transporte do material biológico, até a liberação dos resultados, com fornecimento de sistema de gerenciamento laboratorial, máquinas/equipamentos atualizados no mercado e todos os insumos necessários para a perfeita realização de todos os exames, compreendidos na Tabela SIA/SUS, grupo 2- Procedimentos com Finalidade Diagnóstica em Laboratório Clínico e Subgrupo 02 e 03 e exames estimados na Tabela AMB/99, conforme relação constante neste edital.

Os exames solicitados não constantes na Tabela SIA/SUS e Tabela AMB/99 somente serão realizados mediante justificativa do solicitante por escrito e autorização prévia do Departamento de Auditoria e Superintendência da Secretaria de Saúde de São Vicente.

O prestador de serviço deverá responsabilizar-se por:

- a)** Transporte, processamento e liberação dos exames oriundos da Rede de Saúde de São Vicente.
- b)** A Empresa deverá providenciar a implantação de laboratório que funcionará no Hospital Municipal de São Vicente, sito a Rua Ipiranga, 353, Centro, onde a contratada se responsabilizará pela adaptação do local, se necessário, instalará seus equipamentos e deverá prestar serviços de Coleta e Análises Clínicas em conformidade com normas sanitárias vigentes, cujo funcionamento deverá ser de 24 (vinte e quatro) horas / 07 (sete) dias na semana ininterruptamente, para realização dos exames das Unidades da Diretoria de Atenção Hospitalar de Urgência e Emergência e recebimento dos exames oriundos da Rede de Saúde de São Vicente, constantes no Edital. **Ressaltando que há planejamento de reformas no Hospital Municipal prevista para 2019 e caso necessário a Contratada deverá por sua conta realocar o laboratório, posto de coleta e seus equipamentos para Unidade**



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

de Saúde a ser designada pela administração sem qualquer ônus para a Contratante.

c) Disponibilizar o número de funcionários necessários para realização de coleta de amostras e análises clínicas laboratoriais, nas 24 (vinte e quatro) horas de forma ininterruptas de Segunda a Domingo, a fim de que os exames sejam disponibilizados nos prazos descritos neste edital.

d) Disponibilizar de Laboratório próprio da Contratada onde deverão ser realizados cerca de 80% (Oitenta por cento) de todos os exames laboratoriais solicitados pelos profissionais autorizados.

e) Comprovação de serviços prestados e qualificação técnica atestada através de Atestado de Capacidade Técnica emitido por pessoa jurídica de direito público ou privado, em nome do licitante, que comprovem a execução de serviços similares de complexidade tecnológica e operacional equivalente ou superior aos serviços objeto desta licitação.

f) Prova de que a licitante dispõe na data de abertura do certame, integrando seu quadro de pessoal permanente, profissional de nível superior graduado Médico, Farmacêutico ou Biomédico, conforme Portaria CVS- 13 de 04/11/05, que seja detentor de Atestado de responsabilidade Técnica pela execução de serviços pertinentes e compatíveis com o objeto deste certame, sendo admitida a indicação de profissional autônomo contratado para este fim, bem como providenciar alvarás de autorização junto aos órgãos municipais /estaduais competentes, apresentando-os sempre que solicitado.

g) Prova de Registro e/ou Inscrição no Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde- CNES.

h) Declaração de Sócios e diretores de que não ocupam cargo ou função de chefia, assessoramento ou função de Confiança no Sistema Único de Saúde a nível Municipal, Estadual, Federal, nos termos do parágrafo 4º do Artigo 26 da Lei 8.080/90.

i) Juntamente com os documentos terá que ser apresentada para fins de habilitação uma declaração de que a empresa possui pessoal qualificado, instalações e equipamentos de automação e informatização das análises



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

clínicas com capacidade de atendimento do volume de exames previstos; com configuração tecnológica vigente e de confiabilidade (técnica de dosagem, velocidade de testes, parâmetros e limites de detecção de quantificação) que permitam cumprir com o objeto da Licitação.

j) A Empresa vencedora deverá providenciar abertura e inscrição de CNPJ no município de São Vicente, após assinatura do contrato de prestação de serviços, sendo concedido prazo de 90 dias para abertura da filial no município com base na Portaria CVS nº 01 de 02 de Janeiro de 2018 e Lei Estadual 10083/98, para fins de fiscalização sanitária municipal.

k) Empresa deverá apresentar licença sanitária da Matriz.

l) A Empresa contratada ficará obrigada a atender todos os pedidos ou reclamações efetuados durante a vigência do contrato.

4 – DO TRANSPORTE

a) Será também de responsabilidade da Contratada disponibilizar os veículos identificados a serviço da Prefeitura de São Vicente e com simbologia de material biológico e infectante e funcionários necessários para o transporte do material biológico, os quais serão coletados pelos auxiliares de enfermagem das unidades da Rede de Saúde, conforme descrito neste edital, excetuando - se no posto de coleta a ser instituído no Hospital Municipal de São Vicente com funcionamento 24 (vinte e quatro) horas por dia e 07 (sete) dias na semana ininterruptamente, onde a contratada deverá disponibilizar profissionais para realizarem as coletas de amostras de sangue, as quais deverão ser solicitadas em impresso próprio de Requisição de Serviços de Diagnóstico e Terapia (SADT) carimbado e assinado pelo profissional solicitante.

b) Caberá também a Contratada a entrega dos resultados impressos nos postos de coleta e também disponibilizá-los pela Internet.

5 – DA ADMISSÃO E EMISSÃO DE LAUDOS INFORMATIZADOS

a) A Contratada instalará sistema de gerenciamento laboratorial em rede, para o fornecimento de estatísticas individualizadas de cada posto de atendimento,



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

histórico de resultados por paciente, estatística de solicitação de exames por médico, faturamento, assinatura eletrônica de laudos, qualquer tipo de estatística solicitado pela Secretaria de Saúde de São Vicente, disponibilidade de resultados via internet, emissão de protocolos para pacientes, e mapas de trabalho. Deverá interligar os computadores de toda a Rede de Saúde de São Vicente ao Laboratório, com disponibilidade de conexão, e os laudos deverão ser impressos em papel da Contratada com o logotipo da Prefeitura Municipal de São Vicente e cabeçalho da SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO VICENTE.

b) Toda a identificação dos tubos dos pacientes deverá ser com etiquetas de códigos de barras as quais serão disponibilizadas pela Contratada, através do sistema de gerenciamento laboratorial, juntamente com impressora de código de barras, controle de qualidade nacional para todos os analisados.

4 – DOS EQUIPAMENTOS MÍNIMOS OBRIGATÓRIOS POR SETOR LABORATORIAL

a) A Contratada instalará no Hospital Municipal de São Vicente laboratório com equipamentos mínimos para realização de exames de emergência, posto de coleta e recebimento de amostras, conforme **item 6** deste Memorial Descritivo.

5 – DAS OBRIGAÇÕES CONTRATUAIS EXIGIDAS

a) A Contratada deverá realizar os exames mediante prévia requisição dos profissionais da área médica, enfermeiros, dentistas ou outros profissionais prestadores de serviços da Contratante.

b) A **CONTRATADA** deverá entregar os resultados dos exames de rotina no prazo de 03 (três) dias úteis, quando for tecnicamente possível e os resultados de urgência em no máximo 02 (duas) horas, priorizando emissão de resultados de exames de pacientes em Unidades de Urgência e Emergência e Críticas e exames de rotina do pré natal, obedecendo rigorosamente o prazo de entrega, sendo que sorologias positivas devem ser antecipadamente notificadas unidades de origem e Diretoria de Atenção Básica, no caso de exames de pré-natal, sabendo ser este a responsabilidade da contratada.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

- c) Manter laboratório equipado e posto de coleta para realização de exames de emergência no Hospital Municipal de São Vicente, em perfeitas condições de instalações para seu funcionamento, onde a Contratada se responsabilizará pela adaptação do local, cabeamento de rede, instalação de equipamentos para o atendimento de seus métodos de trabalho, atendendo à legislação e normas sanitárias recomendadas pela ANVISA, Vigilância Sanitária Municipal e Estadual.
- d) A **CONTRATADA** deverá encaminhar as Notas Fiscais referentes aos exames realizados nos prazos estipulados em Contrato, para a efetivação do pagamento pela Contratante, nas condições estabelecidas na tabela SIA/SUS e AMB/99 sobre o valor total da fatura desses exames. Os exames realizados deverão ser digitados em sistema de informação ambulatorial, disponibilizado pelo Datasus – Ministério da Saúde (acesso via internet) ou fornecidos pelo setor NAC – Núcleo de Avaliação e Controle. Deverá ser enviado por e-mail a este setor da Secretaria da Saúde, arquivo exportado contendo as informações referentes à competência mensal da produção.
- e) Entregar resultados impressos nas unidades de saúde da atenção básica, e fornecer etiquetas e protocolo para consulta do resultado online. Na Rede de Urgência e Emergência entregar os exames solicitados impressos nas unidades de origem, sendo exames de culturas com dupla via para o serviço de Infecção Hospitalar.
- f) Executar a manutenção preventiva e corretiva e calibração de todos os equipamentos utilizados, mantendo-os em perfeito estado de uso.
- g) Fornecer e entregar todos os materiais de consumo necessários para a coleta e re-coleta de material biológico, para a realização dos exames objeto do contrato.
- h) Responsabilizar-se integralmente pelos serviços contratados, nos termos da Legislação vigente.
- i) A Contratada deverá manter no próprio laboratório estoque de material de consumo, necessário ao desempenho dos serviços.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

j) Garantir a não paralisação dos serviços contratados por motivos de falta de insumos/equipamentos transporte ou recursos humanos. A Contratada deverá ter recursos sobressalentes para que o serviço não sofra descontinuidade.

k) Para todos os exames automatizados a Contratada fornecerá os insumos compatíveis com os equipamentos.

l) Para os exames manuais a Contratada fornecerá insumos de 1ª linha, mantendo o padrão de qualidade; os quais poderão ser adequados ao controle de qualidade interno e externo conforme RDC 302/2005.

m) Os exames não relacionados na Tabela SIA/SUS e tabela AMB, só serão realizados se devidamente autorizados pelo Departamento de Auditoria e Superintendência da Secretaria de saúde de São Vicente.

n) No caso de necessidade de re-coleta dos exames prejudicados estes não deverão ultrapassar 07 (sete) dias da coleta inicial para os Exames de Rotina, para urgência e emergência a re-coleta deverá ser imediata e o setor notificado após a constatação da necessidade, sem ônus para a contratante.

o) Compete à Contratada: apresentar Certificado de Participação Ativa pelo menos um Programa de Avaliação Externa de Qualidade oferecida por provedores habilitados, de forma regular e com abrangência apropriada.

- Treinamento e reciclagem periódica com os profissionais de coleta com emissão de certificados.

- Treinamento e reciclagem com os profissionais da área técnica e todos os envolvidos no sistema com emissão de certificados.

- Formulários e processos para elaboração de Pop's.

- Controle de qualidade interno.

- Controle de qualidade externo.

- Calibração de equipamentos.

- Auditorias internas.

p) Rotina de exames de Pré- Natal: os exames colhidos nas Unidades de Saúde deverão ser devidamente identificados com código de barras específicos com a identificação "**Pré – Natal**" cedido pela contratada, e deverão ser priorizados obedecendo rigorosamente o prazo de entrega , o qual



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

deverá ser de 72 (setenta e duas) horas para resultados parciais e de 7 (sete) dias para resultados finais. Resultados de sorologias positivas deverão ser comunicados imediatamente a Unidade de Origem com cópia para a Diretoria de Atenção Básica, através de email, sabendo ser este a responsabilidade da contratada. Para todos os testes sorológicos (IgM) positivos os mesmos deverão ser repetidos através de teste confirmatórios pelas metodologias Elisa e/ou IFI. Para todo resultado de toxoplasmose IGM positivo a contratada deverá realizar automaticamente o teste de Avidéz para toxoplasmose sem a necessidade de realização de nova coleta.

q) A Contratada fornecerá todos os equipamentos de proteção individual e coletiva para o manuseio do material biológico.

r) A sorologia para o HIV será realizada pelo município, sendo que em casos excepcionais, a critério da administração, e mediante prévia autorização, poderão ser realizados pela Contratada.

s) Exames de hemoculturas e culturas deverão ser obrigatoriamente entregue em 48 (quarenta e oito) horas os resultados parciais e o resultado final em até 07 (sete) dias para a Unidade solicitante com cópia para o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar da Unidade.

t) Realizar exames de swab de vigilância quando necessário e solicitado pelo Serviço de Infecção Hospitalar da Unidade requisitante.

u) Exames de Pesquisa de BK em escarro em Rede de Urgência deverão ter resultados entregues em até 4 (quatro) horas.

v) Disponibilizar testes rápidos de HIV quando necessários para cobertura das solicitações por motivo de vítimas de violência sexual, acidentes com material biológico.

x) Realizar execução de controle de pragas (desintetização e desratização), conforme determina legislação sanitária.

6 – Relação de equipamentos mínimos a serem disponibilizados pela Contratada.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

Solicitamos equipamentos com tecnologia avançada atuais no mercado em bom estado de conservação, compatíveis com a demanda de exames estimada pelas Unidades de Saúde e cumprimento dos prazos de entrega solicitados neste termo de referência.

6.1 – Analizador automático de Células Sangüíneas

1. Análise de no mínimo 26 (vinte e seis) parâmetros.
 - Contagem total de leucócitos (WBC).
 - Contagem total de eritrócitos (RBC).
 - Leitura espectrofométrica de hemoglobina (cianometahemoglobina) (HGB).
 - Determinação hematócrito (HCT).
 - Determinação de volume corpuscular médio (VCM).
 - Determinação de hemoglobina corpuscular média determinação de anisocitose (RDW).
 - Concentração média de hemoglobina corpuscular média (CHCM).
 - Contagem total de plaquetas (PLT).
 - Determinação do volume plaquetário médio (VPM).
 - Determinação da amplitude da distribuição de plaquetas (PDW).
 - Contagem de linfócitos (valor absoluto).
 - Contagem de linfócitos (valor relativo).
 - Contagem de monócitos (valor relativo).
 - Contagem de monócitos (valor absoluto).
 - Contagem de neutrófilos (valor absoluto).
 - Contagem de neutrófilos (valor relativo).
 - Contagem de eosinófilos (valor absoluto).
 - Contagem de eosinófilos (valor relativo).
 - Contagem de basófilos (valor absoluto).
 - Contagem de basófilos (valor relativo).
 - Contagem de linfócitos atípicos (valor absoluto).
 - Contagem de linfócitos atípicos (valor relativo).



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

- Contagem de grandes células imaturas (valor absoluto).
- Contagem de grandes células imaturas (valor relativo)
- 2. Contagem de células pelos métodos: Impedância, Citoquímica e Citometria de Fluxo.
- 3. Dosagem de hemoglobina: método fotométrico.
- 4. Capacidade mínima 60 (sessenta) amostras/hora.

6.2 – Analizador de gases sanguíneos

- Parâmetros medidos: pH, pCO₂, pO₂ e pressão barométrica.
- Parâmetros calculados: BE, buffer, BB, Bicarbonato, stHCO₃, TCO₂, stpH, O₂sat, O₂cont, cH⁺, AaDO₂.
- Parâmetros introduzidos: temperatura do paciente, tbG, tipo de Hb, p50, FIO₂, RQ, número do paciente, idade, sexo e tipo de amostra.
- Tempo de leitura aproximado de 20 (vinte) segundos. Execução de aproximadamente 32 (trinta e dois) testes hora.
- Impressora térmica embutida.
- Avançado programa de controle de qualidade.
- Auto diagnóstico, comandado p/ microprocessador.

6.3 – Analizador Bioquímico

- a) Equipamento deve ser com acesso Randômico e contínuo com análise por amostra e/ou teste seletivo. Capacidade de aproximadamente 144 (cento e quarenta e quatro) testes/hora ou 216 (duzentos e dezesseis) testes/hora com eletrólitos.
- b) Priorização das emergências, sem interromper a lista de trabalho.
- c) Manipulação das amostras através de tubo primário de 5, 7 ou 10 ml ou em sample cup.
- d) Capacidade de armazenamento de aproximadamente 104 (cento e quatro) testes, 26 (vinte e seis) perfis e 26 (vinte e seis) cálculos.
- e) Analisador automático de coagulação:
 - Dosagem de tempo de tromboplastina ativada.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

- Dosagem de tempo de protrombina.
- Determinação do INR.

7 – REL AÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE A SEREM ATENDIDAS

7.1 – Diretoria de Atenção Hospitalar Urgência e Emergência

Dr. Anderson Galdo Rodrigues

Rede Urgência e Emergência

- **Dia/Horário de Coleta:** 24 (vinte e quatro) horas / 07 (sete) dias na semana ininterruptamente

Quantidade Estimada de exames por um período de 12 meses Rede Dahue

PROCEDIMENTO TABELA SIA/SUS	VALOR UNITARIO	QTDE ANUAL ESTIMADA	VALOR TOTAL ESTIMADO ANUAL
0202010023 DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R\$ 2,01	2	R\$ 4,02
0202010040 DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 3,63	434	R\$ 1.575,42
0202010112 DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R\$ 2,01	6	R\$ 12,06
0202010120 DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$ 1,85	480	R\$ 888,00
0202010163 DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R\$ 3,68	2	R\$ 7,36
0202010180 DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 2,25	3638	R\$ 8.185,50
0202010201 DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 2,01	2368	R\$ 4.759,68
0202010210 DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 1,85	4790	R\$ 8.861,50
0202010228 DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$ 3,51	32	R\$ 112,32
0202010260 DOSAGEM DE CLORETO	R\$ 1,85	88	R\$ 162,80
0202010279 DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 3,51	1074	R\$ 3.769,74
0202010287 DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 3,51	20	R\$ 70,20
0202010295 DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 1,85	1000	R\$ 1.850,00
0202010317 DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 1,85	18000	R\$ 33.300,00
0202010325 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 3,68	6000	R\$ 22.080,00
0202010333 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$ 4,12	5400	R\$ 22.248,00
0202010368 DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R\$ 3,68	3600	R\$ 13.248,00
0202010384 DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 15,59	72	R\$ 1.122,48
0202010392 DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$ 3,51	132	R\$ 463,32
0202010406 DOSAGEM DE FOLATO	R\$ 15,65	20	R\$ 313,00
0202010422 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,01	1962	R\$ 3.943,62
0202010430 DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 1,85	64	R\$ 118,40
0202010465 DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,51	2400	R\$ 8.424,00
0202010473 DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 1,85	5400	R\$ 9.990,00
0202010503 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 7,86	360	R\$ 2.829,60
0202010538 DOSAGEM DE LACTATO	R\$ 3,68	1800	R\$ 6.624,00
0202010554 DOSAGEM DE LIPASE	R\$ 2,25	80	R\$ 180,00
0202010562 DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 2,01	4440	R\$ 8.924,40
0202010570 DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	R\$ 2,01	2	R\$ 4,02
0202010600 DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 1,85	15000	R\$ 27.750,00



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

0202010619 DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$ 1,40	14	R\$ 19,60
0202010627 DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 1,85	148	R\$ 273,80
0202010635 DOSAGEM DE SODIO	R\$ 1,85	15000	R\$ 27.750,00
0202010643 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 2,01	8420	R\$ 16.924,20
0202010651 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 2,01	6802	R\$ 13.672,02
0202010660 DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,12	6	R\$ 24,72
0202010678 DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 3,51	24	R\$ 84,24
0202010694 DOSAGEM DE UREIA	R\$ 1,85	16414	R\$ 30.365,90
0202010708 DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 15,24	80	R\$ 1.219,20
0202010724 ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 4,42	14	R\$ 61,88
0202010732 GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	R\$ 15,65	2136	R\$ 33.428,40
0202010767 DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 15,24	148	R\$ 2.255,52
0202020029 CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 2,72	640	R\$ 1.740,80
0202020037 CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$ 2,72	30	R\$ 81,60
0202020070 DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	R\$ 2,72	2976	R\$ 8.094,72
0202020096 DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R\$ 2,73	2976	R\$ 8.124,48
0202020134 DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 5,77	6610	R\$ 38.139,70
0202020142 DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 2,73	6748	R\$ 18.422,04
0202020150 DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS)	R\$ 2,73	2384	R\$ 6.508,32
0202020304 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 1,53	820	R\$ 1.254,60
0202020355 ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 5,41	4	R\$ 21,64
0202020371 HEMATOCRITO	R\$ 1,53	820	R\$ 1.254,60
0202020380 HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11	40000	R\$ 164.400,00
0202020398 LEUCOGRAMA	R\$ 2,73	8	R\$ 21,84
0202020541 TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$ 2,73	2	R\$ 5,46
0202030075 DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 2,83	30	R\$ 84,90
0202030091 DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$ 15,06	2	R\$ 30,12
0202030105 DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 16,42	158	R\$ 2.594,36
0202030121 DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 17,16	4	R\$ 68,64
0202030164 DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 9,25	6	R\$ 55,50
0202030180 DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 17,16	6	R\$ 102,96
0202030202 DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 2,83	1850	R\$ 5.235,50
0202030270 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 8,67	4	R\$ 34,68
0202030288 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$ 17,16	8	R\$ 137,28
0202030318 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 18,55	2	R\$ 37,10
0202030342 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$ 17,16	2	R\$ 34,32
0202030350 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$ 18,55	4	R\$ 74,20
0202030474 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$ 2,83	22	R\$ 62,26
0202030555 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$ 17,16	4	R\$ 68,64
0202030598 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	R\$ 17,16	28	R\$ 480,48
0202030628 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$ 17,16	6	R\$ 102,96
0202030636 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 18,55	366	R\$ 6.789,30
0202030679 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 18,55	396	R\$ 7.345,80
0202030733 PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 2,83	12	R\$ 33,96
0202030741 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,00	26	R\$ 286,00
0202030768 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 16,97	24	R\$ 407,28
0202030776 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25	14	R\$ 129,50
0202030784 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	R\$ 18,55	318	R\$ 5.898,90



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

0202030806 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55	46	R\$ 853,30
0202030814 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16	20	R\$ 343,20
0202030857 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,61	28	R\$ 325,08
0202030873 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,55	24	R\$ 445,20
0202030890 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 18,55	336	R\$ 6.232,80
0202030911 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55	46	R\$ 853,30
0202030920 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16	20	R\$ 343,20
0202030962 PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$ 13,35	26	R\$ 347,10
0202030970 PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$ 18,55	388	R\$ 7.197,40
0202031012 PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$ 4,10	12	R\$ 49,20
0202031098 TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 4,10	4	R\$ 16,40
0202031110 TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 2,83	674	R\$ 1.907,42
0202031128 TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00	212	R\$ 2.120,00
0202031136 TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00	22	R\$ 220,00
0202031209 DOSAGEM DE TROPONINA	R\$ 9,00	6000	R\$ 54.000,00
0202031217 DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	R\$ 13,35	6	R\$ 80,10
0202040127 PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 1,65	204	R\$ 336,60
0202040143 PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 1,65	60	R\$ 99,00
0202050017 ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$ 3,70	19666	R\$ 72.764,20
0202050025 CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 3,51	32	R\$ 112,32
0202050092 DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8,12	6	R\$ 48,72
0202050114 DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 2,04	10	R\$ 20,40
0202060080 DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$ 14,12	2	R\$ 28,24
0202060136 DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 9,86	12	R\$ 118,32
0202060144 DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 11,25	2	R\$ 22,50
0202060152 DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 11,71	2	R\$ 23,42
0202060160 DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 10,15	20	R\$ 203,00
0202060179 DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$ 11,55	6	R\$ 69,30
0202060187 DOSAGEM DE ESTRONA	R\$ 11,12	6	R\$ 66,72
0202060217 DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 7,85	318	R\$ 2.496,30
0202060233 DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 7,89	30	R\$ 236,70
0202060241 DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 8,97	22	R\$ 197,34
0202060250 DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 8,96	634	R\$ 5.680,64
0202060268 DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 10,17	6	R\$ 61,02
0202060276 DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 43,13	12	R\$ 517,56
0202060284 DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 15,35	2	R\$ 30,70
0202060292 DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 10,22	12	R\$ 122,64
0202060349 DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 10,43	24	R\$ 250,32
0202060357 DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 13,11	6	R\$ 78,66
0202060365 DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$ 15,35	2	R\$ 30,70
0202060373 DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 8,76	160	R\$ 1.401,60
0202060381 DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 11,60	360	R\$ 4.176,00
0202060390 DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 8,71	134	R\$ 1.167,14
0202070255 DOSAGEM DE LITIO	R\$ 2,25	100	R\$ 225,00
0202070352 DOSAGEM DE ZINCO	R\$ 15,65	2	R\$ 31,30
0202080013 ANTIBIOGRAMA	R\$ 4,98	500	R\$ 2.490,00
0202080048 BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$ 4,20	250	R\$ 1.050,00
0202080072 BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$ 2,80	12000	R\$ 33.600,00
0202080080 CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 5,62	4000	R\$ 22.480,00



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

0202080153 HEMOCULTURA	R\$ 11,49	2000	R\$ 22.980,00
0202090051 CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89	120	R\$ 226,80
0202090060 CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89	120	R\$ 226,80
0202090213 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R\$ 9,70	160	R\$ 1.552,00
0202090230 PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$ 1,89	120	R\$ 226,80
0202090299 PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIP	R\$ 1,89	120	R\$ 226,80
0202120023 DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37	32	R\$ 43,84
0202120082 PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37	34	R\$ 46,58
		total	R\$ 847.165,04

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

PROCEDIMENTO TABELA AMB	VALOR UNITÁRIO	QTDE ANUAL ESTIMADA	VALOR TOTAL ESTIMADO
2806159-4 CA199 - CA 19/9	R\$ 63,72	20	R\$ 1.274,40
2806251-5 PSAL - LIVRE, ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO	R\$ 62,00	15	R\$ 930,00
2809021-7 ADA - ADENOSINA DEAMINASE (ADA)	R\$ 24,10	10	R\$ 241,00
2806166-7 CA 153 - CA15-3	R\$ 63,72	2	R\$ 127,44
2805082-7 T3 L- T3 LIVRE	R\$ 22,95	10	R\$ 229,50
2810028-0 CRIP 2- CRIPTOCOCOSE, TINTA DA CHINA	R\$ 4,50	3	R\$ 13,50
2809016-0 IGG - IMUNOGLOBULINA G (IgG)	R\$ 27,00	2	R\$ 54,00
		TOTAL	R\$ 2.869,84

Fonte tabela AMB 99

VALOR ESTIMADO TOTAL HMSV:	R\$ 850.034,88
-----------------------------------	-----------------------

7.2 – Diretoria de Atenção Básica

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE – U.B.S.

- **Dia/Horário de coleta** das Unidades Básicas da Área Insular das 07h00min as 09h00min horas, exceto ESF Japuú com início das 08h00min as 10h00min.
- **Dia/Horário de Coleta** da Unidades da Área Continental a partir das 10h00min.

ÁREA INSULAR

- **UBS Catiapoã / ESF Sá Catarina**
Av. Pérsio de Queiroz Filho, 733/734 – 11370-300 – Catiapoã – tel: 3467-2887
- **UBS Central**
Avenida Antônio Emmerich, 509 – 11390-001 – Vila Mello – tel: 3469-8984
- **ESF Japuú**
Avenida Tupiniquins, s/n – Japuú – 11325-000 – tel: 3567-1344



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

- **UBS/ ESF Jardim Guassu**
Rua Lagarto, 101 – Jardim Guassu – 11370-580 – tel: 3561-2004
- **UBS/ESF JIP**
Rua Roberto Koch, 584 – Jóquei Clube – 11360-190 – tel: 3464-2533
- **UBS /ESF Náutica III**
Rua Nicolau Patrício Moreira, 225 – Cidade Náutica – 11340-380 – tel: 3463-8266
- **UBS/ESF Parque Bitaru**
Praça Infante Dom Henrique, s/n – Parque Bitaru – 11330-205 – tel: 3467-1757
- **ESF Parque São Vicente**
Praça Dom Pedro I, s/n – Parque São Vicente – 11360-240 – tel: 3464-1565
- **UBS/EACS Pompeba**
Rua Antonio da Costa, s/n – Pompeba – 11355-150 – tel: 3464-1815
- **UBS/ ESF Praça Vitória**
Praça Vitória, s/n – Vila Voturuá – 11380-410 – tel: 3561-1042
- **UBS/ ESF Sambaiatuba**
Praça Dom Bosco, s/n – 11365-180 – Jóquei Clube – tel: 3463-8727
- **ESF Saquaré / ESF México 70**
Rua do Meio, s/n – Vila Margarida – tel: 3464-0550
- **UBS/ EACS Tancredo Neves**
Rua Luiz Meirelles Araújo, s/n – 11350-560 – Tancredo Neves – tel: 3464-1262
- **UBS / ESF Vila Margarida**
Rua Polydorio de Oliveira Bittencourt , 299 – 11330-570 – Vila Margarida – tel: 3463-2324

ÁREA CONTINENTAL

- **ESF Humaitá I, II e III**
Rua Alfredo das Neves, s/nº – 11349-190 – Humaitá – tel: 3406-2870
- **ESF Jardim Rio Branco II e III**
Rua Eduardo Cação, s/n – Jardim Rio Branco – 11347-150 – tel: 3566-1188 / 3566-3595
- **UBS/ESF Parque das Bandeiras**



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

Praça Dario Aredes Lacerda, 70 Loja 11 – 11346-005 – Parque das Bandeiras
– tel: 3566-2163

- **UBS /ESF Samaritá**
Rua Sergipe, 70 – Samaritá – 11345-050 – tel: 3566-1544
- **Unidade de Saúde da Mulher**
Rua Salvador, 60 – 11347-725 – Jardim Irmã Dolores – tel: 3576-5828
- **UBS/ESF Vila Ponte Nova E ESF Quarentenário**
Rua Salvador, s/n – 11347-725 – Vila Ponte Nova – tel: 3566-1155
- **ESF Gleba II**
Avenida Dr. Celso Santos, 510 – 11346-250 – Parque das Bandeiras – tel:
3566-2456
- **ESF Jardim Rio Branco I**
Rua Antônio Riscalla Husne, 1760 – 11347-020 – Jardim Rio Branco – tel:
3566-2773
- **ESF Jardim Rio Negro**
Rua E, 110 – Jardim Rio Negro – 11347-430 – tel: 3566-8321
- **ESF Nova São Vicente e ESF Vila Ema**
Rua Eliseu Almeida Melo, 10 – 11345-350 – Vila Ema – tel: 3566-4219
- **ESF Parque Continental I e ESF Parque Continental II**
Avenida Central, 940 – 11348-000 – Parque Continental – tel: 3564-1424
- **ESF Esplanada dos Barreiros**
Av Brasil s/nº Vila Margarida
- **ESF Sá Catarina**
Rua Francisco Monlevade s/nº - Sá Catarina
- **Esf Náutica**
Praça Imigração Japonesa s/nº - Cidade Náutica

RELAÇÃO DE EXAMES ESTIMADOS ATENÇÃO BÁSICA POR PERÍODO DE 12 MESES

PROCEDIMENTO TABELA SIA/SUS	VALOR UNITÁRIO	QTDE ANUAL ESTIMADA	VALOR TOTAL ESTIMADO
0202010023 DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	R\$ 2,01	8	R\$ 16,08
0202010074 DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA CLÁSSICA (5 DOSAGENS)	R\$ 10,00	50	R\$ 500,00
0202010040 DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 3,63	1100	R\$ 3.993,00
0202010112 DOSAGEM DE ÁCIDO ASCORBICO	R\$ 2,01	20	R\$ 40,20
0202010120 DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO	R\$ 1,85	8500	R\$ 15.725,00
0202010147 DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$ 3,68	105	R\$ 386,40



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

0202010163 DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R\$ 3,68	16	R\$ 58,88
0202010180 DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 2,25	350	R\$ 787,50
0202010201 DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 2,01	1300	R\$ 2.613,00
0202010210 DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 1,85	4200	R\$ 7.770,00
0202010228 DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$ 3,51	300	R\$ 1.053,00
0202010260 DOSAGEM DE CLORETO	R\$ 1,85	95	R\$ 175,75
0202010279 DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 3,51	23000	R\$ 80.730,00
0202010287 DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 3,51	1000	R\$ 3.510,00
0202010295 DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 1,85	28000	R\$ 51.800,00
0202010317 DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 1,85	17200	R\$ 31.820,00
0202010325 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 3,68	5000	R\$ 18.400,00
0202010333 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$ 4,12	180	R\$ 741,60
0202010368 DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R\$ 3,68	100	R\$ 368,00
0202010384 DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 15,59	2000	R\$ 31.180,00
0202010392 DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$ 3,51	2200	R\$ 7.722,00
0202010406 DOSAGEM DE FOLATO	R\$ 15,65	350	R\$ 5.477,50
020210414 DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA TOTAL	R\$ 2,01	10	R\$ 20,10
0202010422 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,01	1000	R\$ 2.010,00
0202010430 DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 1,85	200	R\$ 370,00
0202010465 DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,51	1800	R\$ 6.318,00
0202010473 DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 1,85	35000	R\$ 64.750,00
0202010503 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 7,86	12000	R\$ 94.320,00
0202010538 DOSAGEM DE LACTATO	R\$ 3,68	60	R\$ 220,80
0202010554 DOSAGEM DE LIPASE	R\$ 2,25	80	R\$ 180,00
0202010562 DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 2,01	150	R\$ 301,50
0202010570 DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	R\$ 2,01	70	R\$ 140,70
0202010600 DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 1,85	5000	R\$ 9.250,00
0202010619 DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$ 1,40	30	R\$ 42,00
0202010627 DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 1,85	250	R\$ 462,50
0202010635 DOSAGEM DE SODIO	R\$ 1,85	4000	R\$ 7.400,00
0202010643 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 2,01	11000	R\$ 22.110,00
0202010651 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 2,01	11000	R\$ 22.110,00
0202010660 DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,12	100	R\$ 412,00
0202010678 DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 3,51	4100	R\$ 14.391,00
0202010694 DOSAGEM DE UREIA	R\$ 1,85	11000	R\$ 20.350,00
0202010708 DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 15,24	1250	R\$ 19.050,00
0202010724 ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 4,42	40	R\$ 176,80
0202010732 GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	R\$ 15,65	100	R\$ 1.565,00
0202010767 DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 15,24	400	R\$ 6.096,00
0202020029 CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 2,72	60	R\$ 163,20
0202020037 CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$ 2,72	200	R\$ 544,00
0202020070 DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	R\$ 2,72	1200	R\$ 3.264,00
0202020096 DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R\$ 2,73	1200	R\$ 3.276,00
0202020134 DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 5,77	300	R\$ 1.731,00
0202020142 DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 2,73	450	R\$ 1.228,50
0202020150 DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSIDENTACAO (VHS)	R\$ 2,73	2300	R\$ 6.279,00
0202020304 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 1,53	20	R\$ 30,60
0202020355 ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 5,41	160	R\$ 865,60
0202020371 HEMATOCRITO	R\$ 1,53	20	R\$ 30,60
0202020380 HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11	43000	R\$ 176.730,00
0202020410 PESQUISA DE CELULAS LE	R\$ 4,11	10	R\$ 41,10
0202020444 PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R\$ 2,73	30	R\$ 81,90
0202020290 DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R\$ 4,60	20	R\$ 92,00



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

0202020541	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$ 2,73	100	R\$ 273,00
0202030067	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	R\$ 9,25	35	R\$ 323,75
0202030075	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 2,83	1500	R\$ 4.245,00
0202030083	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 9,25	2000	R\$ 18.500,00
0202030091	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$ 15,06	100	R\$ 1.506,00
0202030105	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 16,42	5700	R\$ 93.594,00
0202030113	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$ 13,55	10	R\$ 135,50
0202030121	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 17,16	50	R\$ 858,00
0202030130	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$ 17,16	50	R\$ 858,00
0202030156	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$ 17,16	160	R\$ 2.745,60
0202030164	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 9,25	400	R\$ 3.700,00
0202030180	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 17,16	650	R\$ 11.154,00
0202030202	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 2,83	2000	R\$ 5.660,00
0202030253	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10,00	10	R\$ 100,00
0202030261	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10,00	10	R\$ 100,00
0202030270	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 8,67	45	R\$ 390,15
0202030288	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$ 17,16	170	R\$ 2.917,20
0202030296	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$ 85,00	100	R\$ 8.500,00
0202030300	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 10,00	3000	R\$ 3.000,00
0202030318	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 18,55	10	R\$ 185,50
0202030326	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R\$ 17,16	10	R\$ 171,60
0202030334	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R\$ 5,74	3	R\$ 17,22
0202030342	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$ 17,16	35	R\$ 600,60
0202030350	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$ 18,55	25	R\$ 463,75
0202030369	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$ 18,55	25	R\$ 463,75
0202030474	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$ 2,83	430	R\$ 1.216,90
0202030504	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	R\$ 10,00	3	R\$ 30,00
0202030555	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$ 17,16	100	R\$ 1.716,00
0202030598	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	R\$ 17,16	690	R\$ 11.840,40
0202030628	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$ 17,16	150	R\$ 2.574,00
0202030636	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 18,55	2700	R\$ 50.085,00
0202030644	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$ 18,55	20	R\$ 371,00
0202030679	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 18,55	6500	R\$ 120.575,00
0202030741	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,00	4000	R\$ 44.000,00
0202030768	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 16,97	4000	R\$ 67.880,00
0202030776	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25	50	R\$ 462,50
0202030784	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	R\$ 18,55	4000	R\$ 74.200,00
0202030806	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55	250	R\$ 4.637,50
0202030814	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16	2200	R\$ 37.752,00
0202030849	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLIS	R\$ 17,16	20	R\$ 343,20
0202030857	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,61	4000	R\$ 46.440,00
0202030873	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,55	4000	R\$ 74.200,00
0202030890	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 18,55	4000	R\$ 74.200,00
0202030911	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55	250	R\$ 4.637,50
0202030920	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16	2200	R\$ 37.752,00
0202030946	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 17,16	5	R\$ 85,80
0202030954	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLIS	R\$ 17,16	20	R\$ 343,20
0202030962	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$ 13,35	200	R\$ 2.670,00



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

0202030970 PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$ 18,55	5500	R\$ 102.025,00
0202030989 PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R\$ 18,55	15	R\$ 278,25
0202031012 PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$ 4,10	480	R\$ 1.968,00
0202031039 PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	R\$ 9,25	800	R\$ 7.400,00
0202031098 TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 4,10	350	R\$ 1.435,00
0202031110 TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 2,83	9000	R\$ 25.470,00
0202031128 TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00	4000	R\$ 40.000,00
0202031136 TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00	1000	R\$ 10.000,00
0202031217 DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	R\$ 13,35	150	R\$ 2.002,50
0202040070 PESQUISA DE GORDURA FECAL	R\$ 1,65	7	R\$ 11,55
0202040127 PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 1,65	19000	R\$ 31.350,00
0202040143 PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 1,65	1200	R\$ 1.980,00
0202040151 PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	R\$ 1,65	4	R\$ 6,60
0202050017 ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$ 3,70	30000	R\$ 111.000,00
0202050025 CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 3,51	150	R\$ 526,50
0202050092 DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8,12	300	R\$ 2.436,00
0202050114 DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 2,04	200	R\$ 408,00
0202060047 DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R\$ 10,20	35	R\$ 357,00
0202060080 DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$ 14,12	40	R\$ 564,80
0202060098 DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$ 11,89	4	R\$ 47,56
0202060110 DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$ 11,53	70	R\$ 807,10
0202060128 DOSAGEM DE CALCITONINA	R\$ 14,38	2	R\$ 28,76
0202060136 DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 9,86	130	R\$ 1.281,80
0202060144 DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 11,25	70	R\$ 787,50
0202060152 DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 11,71	25	R\$ 292,75
0202060160 DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 10,15	500	R\$ 5.075,00
0202060179 DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$ 11,55	80	R\$ 924,00
0202060187 DOSAGEM DE ESTRONA	R\$ 11,12	80	R\$ 889,60
0202060217 DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 7,85	900	R\$ 7.065,00
0202060225 DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$ 10,21	100	R\$ 1.021,00
0202060233 DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 7,89	650	R\$ 5.128,50
0202060241 DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 8,97	460	R\$ 4.126,20
0202060250 DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 8,96	17000	R\$ 152.320,00
0202060268 DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 10,17	100	R\$ 1.017,00
0202060276 DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 43,13	200	R\$ 8.626,00
0202060284 DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 15,35	16	R\$ 245,60
0202060292 DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 10,22	140	R\$ 1.430,80
0202060306 DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$ 10,15	280	R\$ 2.842,00
0202060314 DOSAGEM DE RENINA	R\$ 13,19	3	R\$ 39,57
0202060322 DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$ 15,35	50	R\$ 767,50
0202060330 DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R\$ 13,11	50	R\$ 655,50
0202060349 DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 10,43	300	R\$ 3.129,00
0202060357 DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 13,11	80	R\$ 1.048,80
0202060365 DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$ 15,35	40	R\$ 614,00
0202060373 DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 8,76	3500	R\$ 30.660,00
0202060381 DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 11,60	5500	R\$ 63.800,00
0202060390 DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 8,71	3300	R\$ 28.743,00
0202060438 TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	R\$ 12,01	7	R\$ 84,07
0202070050 DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R\$ 15,65	50	R\$ 782,50
0202070085 DOSAGEM DE ALUMINIO	R\$ 27,50	350	R\$ 9.625,00
0202070123 DOSAGEM DE BARBITURATOS	R\$ 13,13	10	R\$ 131,30
0202070158 DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$ 17,53	20	R\$ 350,60



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

0202070190 DOSAGEM DE COBRE	R\$ 3,51	80	R\$ 280,80
0202070220 DOSAGEM DE FENITOINA	R\$ 35,22	4	R\$ 140,80
0202070255 DOSAGEM DE LITIO	R\$ 2,25	100	R\$ 225,00
0202070352 DOSAGEM DE ZINCO	R\$ 15,65	100	R\$ 1.565,00
0202080013 ANTIBIOGRAMA	R\$ 4,98	900	R\$ 4.482,00
0202080048 BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$ 4,20	250	R\$ 1.050,00
0202080056 BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	R\$ 4,20	5	R\$ 21,00
0202080072 BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$ 2,80	3000	R\$ 8.400,00
0202080080 CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 5,62	12000	R\$ 67.440,00
0202080137 CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$ 4,19	3	R\$ 12,57
0202080145 EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$ 2,80	50	R\$ 140,00
0202100030 DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 160,00	5	R\$ 800,00
0202120023 DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37	4800	R\$ 6.576,00
0202120082 PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37	4800	R\$ 6.576,00
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)			Total
			R\$ 2.341.111,81

PROCEDIMENTO TABELA AMB	VALOR UNITÁRIO	QTDE ESTIMADA ANUAL	VALOR TOTAL ANUAL
2806159-4 CA 19/9	R\$ 63,72	150	R\$ 9.558,00
2806251-5 ANTÍGENO ESPECÍFICO PROSTÁTICO LIVRE (PSA LIVRE)	R\$ 62,00	1000	R\$ 62.000,00
2809021-7 ADENOSINA DE AMINASE (ADA)	R\$ 24,10	10	R\$ 241,00
2806166-7 CA15-3	R\$ 63,72	100	R\$ 6.372,00
2805082-7 T3 LIVRE	R\$ 22,95	300	R\$ 6.885,00
2805095-7 ANTICORPO ANTI - RECEPTOR DE TSH (TRAB)	R\$ 67,50	10	R\$ 685,00
2806181-0 ANTICENTRÔMERO	R\$ 21,50	05	R\$ 107,50
2805096-7 IGFBP-3	R\$ 50,00	10	R\$ 500,00
2806224-8 - SUBCLASSES DE IGG - IGG4	R\$ 40,00	05	R\$ 200,00
2809016-0 IGG - IMUNOGLOBULINA G (IGG)	R\$ 27,00	50	R\$ 1.350,00
2815035-0 SEL - SELÊNIO, DOSAGEM	R\$ 150,00	10	R\$1.500,00
2805098-3 GLOBULINA DE LIGAÇÃO DE HORMONIOS SEXUAIS (SHBG)	R\$ 62,50	05	R\$ 312,50
total			R\$ 89. 711,00

Fonte tabela AMB 99

VALOR ESTIMADO TOTAL ATENÇÃO BÁSICA:	R\$ 2.430.822,81
---	-------------------------



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

7.3 – Diretoria de Especialidade

➤ Unidade de Saúde do Adolescente

R. Polydoro de Oliveira Bittencourt, 299 - V. Margarida – tel: 3463-9557

Dias/ Horário de Coleta: Semanalmente as quarta- feiras das 08h00min as 09h00min

➤ CAPS III Mater

R. Padre Anchieta, 211 - Centro - tel: 3467-1413

Dias/ Horário de Coleta: Semanalmente as quintas- feiras das 07h00min as 10h00min

RELAÇÃO DE EXAMES ESTIMADOS ATENÇÃO ESPECIALIZADA

PROCEDIMENTO TABELA SIA/SUS	VALOR UNITÁRIO	QTDE ANUAL ESTIMADA	VALOR TOTAL ESTIMADO
0202010201 DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 2,01	64	R\$ 128,64
0202010210 DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 1,85	1790	R\$ 3.311,50
0202010279 DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 3,51	2060	R\$ 7.230,60
0202010295 DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 1,85	2060	R\$ 3.811,00
0202010317 DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 1,85	1920	R\$ 3.552,00
0202010325 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 3,68	46	R\$ 169,28
0202010333 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$ 4,12	24	R\$ 98,88
0202010384 DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 15,59	1722	R\$ 26.845,98
0202010392 DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$ 3,51	1722	R\$ 6.044,22
0202010406 DOSAGEM DE FOLATO	R\$ 15,65	34	R\$ 532,10
0202010422 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,01	1750	R\$ 3.517,50
0202010430 DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 1,85	1750	R\$ 3.237,50
0202010465 DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,51	340	R\$ 1.193,40
0202010473 DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 1,85	4600	R\$ 8.510,00
0202010503 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 7,86	1260	R\$ 9.903,60
0202010562 DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 2,01	22	R\$ 44,22
0202010600 DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 1,85	1860	R\$ 3.441,00
0202010627 DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 1,85	1734	R\$ 3.207,90
0202010635 DOSAGEM DE SODIO	R\$ 1,85	1880	R\$ 3.478,00
0202010643 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 2,01	160	R\$ 321,60
0202010651 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 2,01	1860	R\$ 3.738,60
0202010660 DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,12	1700	R\$ 7.004,00
0202010694 DOSAGEM DE UREIA	R\$ 1,85	3560	R\$ 6.586,00
0202010708 DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 15,24	50	R\$ 762,00
0202010724 ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 4,42	34	R\$ 150,28
0202010732 GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	R\$ 15,65	24	R\$ 375,60
0202010767 DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 15,24	94	R\$ 1.432,56
0202020134 DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 5,77	60	R\$ 346,20
0202020142 DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 2,73	24	R\$ 65,52
0202020304 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 1,53	72	R\$ 110,16
0202020371 HEMATOCRITO	R\$ 1,53	72	R\$ 110,16
0202020380 HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11	4600	R\$ 18.906,00



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

0202030636 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 18,55	1688	R\$ 31.312,40
0202030679 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 18,55	1880	R\$ 34.874,00
0202030741 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,00	1410	R\$ 15.510,00
0202030768 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 16,97	1410	R\$ 23.927,70
0202030784 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	R\$ 18,55	1580	R\$ 29.309,00
0202030814 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16	1400	R\$ 24.024,00
0202030857 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,61	1410	R\$ 16.370,10
0202030873 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,55	1410	R\$ 26.155,50
0202030890 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 18,55	1520	R\$ 28.196,00
0202030920 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16	1400	R\$ 24.024,00
0202030970 PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$ 18,55	1640	R\$ 30.422,00
0202031012 PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$ 4,10	30	R\$ 123,00
0202031098 TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 4,10	1520	R\$ 6.232,00
0202031128 TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00	810	R\$ 8.100,00
0202031136 TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00	810	R\$ 8.100,00
0202031209 DOSAGEM DE TROPONINA	R\$ 9,00	24	R\$ 216,00
0202040127 PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 1,65	1400	R\$ 2.310,00
0202050017 ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$ 3,70	1136	R\$ 4.203,20
0202050092 DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8,12	100	R\$ 812,00
0202060217 DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 7,85	210	R\$ 1.648,50
0202060233 DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 7,89	20	R\$ 157,80
0202060241 DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 8,97	20	R\$ 179,40
0202060250 DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 8,96	368	R\$ 3.297,28
0202060268 DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 10,17	20	R\$ 203,40
0202060276 DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 43,13	1600	R\$ 69.008,00
0202060306 DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$ 10,15	30	R\$ 304,50
0202060330 DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R\$ 13,11	20	R\$ 262,20
0202060349 DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 10,43	20	R\$ 208,60
0202060357 DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 13,11	20	R\$ 262,20
0202060373 DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 8,76	1944	R\$ 17.029,44
0202060381 DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 11,60	1992	R\$ 23.107,20
0202060390 DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 8,71	1920	R\$ 16.723,20
0202070085 DOSAGEM DE ALUMINIO	R\$ 27,50	160	R\$ 4.400,00
0202070255 DOSAGEM DE LITIO	R\$ 2,25	50	R\$ 112,50
0202080072 BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$ 2,80	400	R\$ 1.120,00
0202080080 CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 5,62	2720	R\$ 15.286,40
0202080196 PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$ 4,33	400	R\$ 1.732,00
0202120023 DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37	2660	R\$ 3.644,20
0202120082 PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37	2660	R\$ 3.644,20
Total			R\$ 604.717,92

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

7.4 – Diretoria de Vigilância em Saúde

RELAÇÃO DE EXAMES ESTIMADOS DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – (POR PERÍODO DE 12 MESES).



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

PROCEDIMENTO TABELA SIA/SUS	VALOR UNITÁRIO	QTDE ANUAL ESTIMADA	VALOR TOTAL ESTIMADO
0202010120 DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$ 1,85	120	R\$ 222,00
0202010180 DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 2,25	600	R\$ 1.350,00
0202010201 DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 2,01	5000	R\$ 10.050,00
0202010210 DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 1,85	3000	R\$ 5.550,00
0202010228 DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$ 3,51	1000	R\$ 3.510,00
0202010279 DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 3,51	5000	R\$ 17.550,00
0202010287 DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 3,51	5000	R\$ 17.550,00
0202010295 DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 1,85	5000	R\$ 9.250,00
0202010317 DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 1,85	5200	R\$ 9.620,00
0202010325 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 3,68	3000	R\$ 11.040,00
0202010384 DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 15,59	100	R\$ 1.559,00
0202010392 DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$ 3,51	100	R\$ 351,00
0202010422 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,01	3000	R\$ 6.030,00
0202010430 DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 1,85	50	R\$ 92,50
0202010465 DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,51	5000	R\$ 17.550,00
0202010473 DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 1,85	5000	R\$ 9.250,00
0202010503 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 7,86	3000	R\$ 23.580,00
0202010554 DOSAGEM DE LIPASE	R\$ 2,25	300	R\$ 675,00
0202010562 DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 2,01	150	R\$ 301,50
0202010600 DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 1,85	500	R\$ 925,00
0202010627 DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 1,85	500	R\$ 925,00
0202010635 DOSAGEM DE SODIO	R\$ 1,85	500	R\$ 925,00
0202010643 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 2,01	5200	R\$ 10.452,00
0202010651 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 2,01	5200	R\$ 10.452,00
0202010660 DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,12	50	R\$ 206,00
0202010678 DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 3,51	5000	R\$ 17.550,00
0202010694 DOSAGEM DE UREIA	R\$ 1,85	5200	R\$ 9.620,00
0202010708 DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 15,24	3000	R\$ 45.720,00
0202010767 DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 15,24	3000	R\$ 45.720,00
0202020134 DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 5,77	1000	R\$ 5.770,00
0202020142 DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 2,73	1000	R\$ 2.730,00
0202020150 DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTACAO (VHS)	R\$ 2,73	50	R\$ 136,50
0202020380 HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11	5000	20.550,00
0202030091 DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$ 15,06	3000	R\$ 45.180,00
0202030105 DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 16,42	3000	R\$ 49.260,00
0202030202 DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 2,83	100	R\$ 283,00
0202030296 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$ 85,00	15	1.275,00
0202030300 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 10,00	600	6.000,00
0202030318 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 18,55	100	R\$ 1855,00
0202030644 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$ 18,55	50	R\$ 927,50
0202030741 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,00	500	R\$ 5.500,00
0202030768 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 16,97	500	R\$ 8.485,00
0202030806 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55	200	R\$ 3.710,00
0202030814 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16	500	R\$ 8.580,00
0202030849 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 17,16	100	R\$ 1.716,00
0202030857 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,61	500	R\$ 5.805,00
0202030873 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,55	500	R\$ 9.275,00
0202030890 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 18,55	1000	R\$ 18.550,00
0202030911 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55	200	R\$ 3.710,00



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

0202030920 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16	500	R\$ 8.580,00
0202030946 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 17,16	100	R\$ 1.716,00
0202030989 PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R\$ 18,55	1000	R\$ 18.550,00
0202031128 TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00	3010	R\$ 30.100,00
0202031136 TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00	3010	R\$ 30.100,00
0202040127 PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 1,65	3000	R\$ 4.950,00
0202050025 CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 3,51	50	R\$ 175,50
0202050092 DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8,12	100	R\$ 812,00
0202050114 DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 2,04	50	R\$ 102,00
0202060136 DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 9,86	10	R\$ 98,60
0202060250 DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 8,96	2000	R\$ 17.920,00
0202060349 DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 10,43	100	R\$ 1.043,00
0202060357 DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 13,11	100	R\$ 1.311,00
0202060373 DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 8,76	2000	R\$ 17.520,00
0202060381 DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 11,60	2000	R\$ 23.200,00
0202060390 DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 8,71	1000	R\$ 8.710,00
0202080013 ANTIBIOGRAMA	R\$ 4,98	1500	R\$ 7.470,00
0202080048 BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$ 4,20	9000	R\$ 37.800,00
0202080056 BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	R\$ 4,20	20	R\$ 84,00
0202080080 CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 5,62	50	R\$ 281,00
0202120023 DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37	50	R\$ 68,50
0202120082 PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37	50	R\$ 68,50
Total			R\$ 697.534,10

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA.

Parágrafo Primeiro: A **Contratada** deverá executar o serviço, objeto deste contrato, de acordo com todos os termos deste instrumento contratual do Edital do Pregão Presencial Nº 0160/18 e seus Anexos.

Parágrafo Segundo: Não é permitida a terceirização ou a subcontratação por parte **Contratada** de qualquer dos serviços, objeto deste instrumento contratual.

Parágrafo Terceiro: A **Contratada** deve arcar com todos os tributos (impostos, taxas, emolumentos, contribuições fiscais e para-fiscais), manutenções preventivas e corretivas com reposição de peças dos seus equipamentos utilizados, salários, encargos sociais, transporte e alimentação dos seus funcionários, impostos e taxas incidentes sobre a modalidade de serviço objeto desta contratação e qualquer despesa, acessória e/ou necessária, não especificada neste Edital.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

Parágrafo Quarto: A **Contratada** deverá facilitar a ação da fiscalização na inspeção dos serviços, prestando prontamente, os esclarecimentos que forem solicitados pela **CONTRATANTE**.

Parágrafo Quinto: A **Contratada** deverá responsabilizar-se por eventuais danos causados diretamente ao **SESAU/FUMDES** ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução desta contratação, não excluindo ou reduzindo esta responsabilidade à fiscalização e acompanhamento exercido por representante da **Contratante**.

Parágrafo Sexto: A **Contratada** deverá adotar procedimentos de segurança que garantam a integridade física de seus empregados, responsabilizando-se por eventuais acidentes que os mesmos venham a sofrer durante a execução dos serviços objeto desta contratação.

Parágrafo Sétimo: A **Contratada** deverá disponibilizar telefone(s) em que a **Contratante** poderá acioná-la sempre que necessário, sendo o(s) seguinte(s) telefone(s) (XX) XXXX-XXXX e (XX) XXXX-XXXX no horário comercial.

Parágrafo Oitavo: A **CONTRATADA** tem a obrigação de manifestar-se, quanto ao interesse na PRORROGAÇÃO, ou da NÃO PRORROGAÇÃO do Contrato de Prestação de Serviços e de seus Aditivos, no prazo de no mínimo 90 (noventa) dias antes de seu(s) vencimento(s).

Parágrafo Nono: A **CONTRATADA** deverá obedecer e executar os serviços de acordo com os procedimentos e suas demais obrigações elencadas e que constem no Termo de Referência (Anexo I) do Edital e na **Cláusula Primeira** deste Instrumento Contratual.

Parágrafo Décimo: A **CONTRATADA** será representada durante a execução do contrato na qualidade de seu preposto, pelo(a) **Sr(a) XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX**, R.G Nº **XXXXXXXXXX** e C.P.F. Nº **XXXXXXXXXXXX**, especialmente designado para esse fim e aceito pela **Contratante**.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

informar o Nº da Conta e o Banco a ser creditado ao Departamento de Financeiro da **SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO VICENTE.**

Parágrafo Segundo: O pagamento será efetuado em parcelas Mensais no prazo de até 10 (Dez) dias, após o término do período mensal da prestação dos serviços, objeto desta licitação, mediante apresentação do Relatório de Exames, Relatório de Desconto aplicado sobre as Tabelas SIA/SUS e AMB/99 e das Notas Fiscais/Faturas, juntamente com as Certidões de regularidade perante o INSS (CND) e do FGTS (CRF), devidamente atestadas pelo representante indicado pela **SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO VICENTE.** As Notas Fiscais/Faturas deverão ser emitidas em nome de: **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE – CNPJ Nº: 11.899.413/0001-76 – ENDEREÇO: RUA PADRE ANCHIETA Nº 462 – CENTRO – SÃO VICENTE – S.P. – CEP: 11.310-040.**

Parágrafo Terceiro: O faturamento deverá ser mensal e os preços propostos e o Percentual de Desconto licitado serão fixos e irrevogáveis pelo período da contratação, podendo ter reajuste de acordo com os valores da Tabela SIA/SUS para os procedimentos, devendo este reajuste ser solicitado pela **CONTRATADA**, através de requerimento de reajuste por escrito e sendo anexados juntamente os novos valores da Tabela SIA/SUS e a Portaria do M. S. autorizando o reajuste na Tabela SIA/SUS, assim como uma proposta contendo os valores iniciais contratados, índice de reajuste da Tabela SIA/SUS para o procedimento e os valores reajustados, para análise e posterior reajuste, para que este seja aceito pela **CONTRATANTE.**

Parágrafo Quarto: No caso de devolução da documentação fiscal para correção e/ou a não apresentação da Certidão de Débitos Relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União (PGFN) e da Certidão de Regularidade com o FGTS (CRF) válidas na data de emissão da Nota Fiscal, o prazo para pagamento fluirá a partir de sua reapresentação.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

Parágrafo Quinto: Se o término do prazo para pagamento ocorrer em dia sem expediente no Órgão Licitante, o pagamento deverá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente.

CLÁUSULA SEXTA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA E REAJUSTE.

Parágrafo Primeiro: O prazo de vigência do presente Contrato é de 12 (doze) meses, de XX/XX/XX a XX/XX/XX. Os preços propostos e o Percentual de Desconto licitado serão fixos e irrevogáveis pelo período da contratação, podendo ter reajuste de acordo com os valores da Tabela SIA/SUS para os procedimentos, devendo este reajuste ser solicitado pela **CONTRATADA**, através de requerimento de reajuste por escrito e sendo anexados juntamente os novos valores da Tabela SIA/SUS e a Portaria do M. S. autorizando o reajuste na Tabela SIA/SUS, assim como uma proposta contendo os valores iniciais contratados, índice de reajuste da Tabela SIA/SUS para o procedimento e os valores reajustados, para análise e posterior reajuste, para que este seja aceito pela **CONTRATANTE**, podendo a contratação, a critério da **CONTRATANTE**, ser prorrogada por iguais e sucessivos períodos, mediante assinatura de Termos Aditivos.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA.

Parágrafo Primeiro: A despesa com a execução do presente Contrato correrá por conta da dotação orçamentária Nº 0218.021802.10.302.0019.2043.3.3.90.39.05. Fonte de Recurso: Transferência Federal (05) – Convênios: PAB e MAC do orçamento vigente.

CLÁUSULA OITAVA – PRAZO PARA INICIO DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS.

Parágrafo Primeiro: A prestação dos serviços, objeto desta Licitação deverá ser iniciada em até 15 (quinze) dias úteis, após a assinatura do Contrato de Prestação de Serviços e ao recebimento da Nota de Empenho emitida pela **SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO VICENTE.**



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

CLÁUSULA NONA – DAS PENALIDADES E DAS MULTAS.

Parágrafo Primeiro: Independentemente das demais penalidades previstas na legislação vigente, a Contratada ficará sujeita às seguintes multas e penalidades descritas nas Cláusulas a seguir:

Parágrafo Segundo: No caso de inadimplência parcial ou total do presente Contrato, a **CONTRATANTE** aplicará as sanções administrativas previstas em Lei, ficando a **CONTRATADA** sujeita ainda, a Multa Contratual no momento correspondente a 10% (Dez por cento), calculada sobre o valor total do Contrato, devidamente corrigida à data do respectivo pagamento requisitado, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste Contrato e na Legislação aplicável.

Parágrafo Terceiro: A **CONTRATANTE** poderá aceitar, a seu critério, as justificativas apresentadas para eximir a **CONTRATADA** da penalidade prevista neste instrumento.

Parágrafo Quarto: Ocorrendo atraso na execução do objeto contratado será aplicada multa moratória de 0,2% (zero vírgula dois por cento) por dia de atraso, até o limite de 20% (vinte por cento) sobre o valor total do pedido.

Parágrafo Quinto: A multa, aplicada após regular processo administrativo, será descontada da(s) fatura(s), cobrada judicialmente ou extrajudicialmente, a critério do Município.

Parágrafo Sexto: As multas poderão ser cumulativas, reiteradas e aplicadas em dobro, sempre que se repetir o motivo.

Parágrafo Sétimo: As penalidades acima referidas, não impedem que a **CONTRATANTE** rescinda unilateralmente o Contrato ou aplique outras sanções previstas na Lei Federal Nº 8.666 de 21 de Junho de 1.993.

CLÁUSULA DÉCIMA – DOS CASOS DE RESCISÃO.

Parágrafo Primeiro: Este contrato poderá ser rescindido, de pleno direito, a juízo exclusivo da **CONTRATANTE**, independentemente de interpelação judicial ou



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

extrajudicial, caso a **CONTRATADA** deixe de executar os Serviços, ou, ante a superveniência de fatos considerados graves pela **CONTRATANTE**.

Parágrafo Segundo: A inexecução total ou parcial do Contrato enseja a sua rescisão, com as conseqüências previstas neste Contrato e aquelas constantes da Lei Federal Nº 8.666/93.

Parágrafo Terceiro: O presente Contrato poderá ser rescindido no caso de se verificar algumas das hipóteses previstas no Artigo 78 da Lei Federal Nº 8.666/93, observando o disposto no Artigo 79 da referida Lei.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL.

Parágrafo Primeiro: O presente Contrato é regulado, expressamente pela Lei Federal Nº 8.666/93, além das demais disposições legais pertinentes, aplicáveis, inclusive aos casos omissos.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA ADEQUAÇÃO DO CONTRATO À LEGISLAÇÃO SUPERVENIENTE.

Parágrafo Primeiro: O presente Contrato poderá ter suas condições alteradas em razão de sua adequação às normas federais, estaduais ou municipais supervenientes, que venham a disciplinar sua execução, desde que observe o disposto no Artigo 65, parágrafo 5º da Lei Federal Nº 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DO FORO.

Parágrafo Primeiro: As partes elegem o foro da Comarca de São Vicente, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja para dirimir qualquer questão judicial oriunda deste Contrato.

Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente, em três vias, com duas testemunhas para os fins efeitos de direito.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

São Vicente, Cidade-Monumento da História Pátria, Célula Mater da Nacionalidade,
em XX de XXXXXX de 2018.

**CARLOS ALBERTO DE BRITO BARBOSA
SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO VICENTE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE
“CONTRATANTE”**

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

“CONTRATADA”

Testemunhas:

1. _____

Nome:

R.G. Nº:

2. _____

Nome:

R.G. Nº:



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

ANEXO III

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 4722/18.

PREGÃO PRESENCIAL Nº 0160/18.

MODELO DE PROCURAÇÃO PARA CREDENCIAMENTO.

(* Utilização facultativa do modelo).

Por este instrumento particular de Procuração, a _____(Razão Social da Empresa) _____, com sede _____ (endereço completo da matriz) _____ inscrita no CNPJ/MF N° _____ e Inscrição Estadual N° _____, representada neste ato por seu(s) qualificação(ões) do(s) outorgante(s) Sr(a) _____, portador(a) da Cédula de Identidade RG N° _____ e CPF N° _____, nomeia(m) e constitui(em) seu bastante Procurador o(a) Sr(a) _____, portador da Cédula de Identidade RG N° _____ e CPF N° _____, a quem confere(imos) amplos poderes para representar a _____(Razão Social da Empresa)_____ perante _____(indicação do órgão licitante)_____, no que se referir ao **PREGÃO PRESENCIAL Nº 0160/18** com poderes para tomar qualquer decisão durante todas as fases do **PREGÃO**, inclusive apresentar **DECLARAÇÃO DE QUE A PROPONENTE CUMPRE REQUISITOS DE HABILITAÇÃO, os envelopes PROPOSTA DE PREÇOS (A) e DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO (B)** em nome da Outorgante, formular verbalmente lances ou ofertas na (s) etapa(s) de lances, desistir verbalmente de formular lances ou ofertas na (s) etapa(s) de lances, negociar a redução de preço, desistir expressamente da intenção de interpor recurso administrativo ao final da sessão, manifestar-se imediata e motivadamente sobre a intenção de



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

interpor recurso administrativo ao final da sessão, ou silenciar, assinar a ata da sessão, prestar todos os esclarecimentos solicitados pelo **PREGOEIRO**, enfim, praticar todos os demais atos pertinentes ao certame, em nome da Outorgante.

A presente Procuração é válida até o dia _____

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura

Recomendação: Na hipótese de apresentação de procuração por instrumento particular, a mesma deverá vir acompanhada do contrato social da proponente ou de outro documento, onde esteja expressa a capacidade / competência do outorgante para constituir mandatário.

OBS: A presente procuração deverá apresentada pelo Representante Legal no ato do CREDENCIAMENTO.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

ANEXO IV

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 4722/18.

PREGÃO PRESENCIAL Nº 0160/18.

(* Utilização facultativa do modelo).

MODELO DE DECLARAÇÃO DE QUE A PROPONENTE CUMPRE OS REQUISITOS DE HABILITAÇÃO.

**A SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
DE SÃO VICENTE/PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO VICENTE.**

REF.: PREGÃO PRESENCIAL Nº 0160/18

Sr. Pregoeiro,

Pela presente, declaro(amos) que, nos termos do Artigo 4º, Inciso VII, da Lei Federal Nº 10.520/2002, que a Empresa _____ (indicação da razão social) _____ cumpre plenamente os requisitos de habilitação para o **PREGÃO PRESENCIAL Nº 0160/18**, cujo objeto é Contratação de Empresa para Prestação de Serviços de análises clínicas histológicas e citológicas compreendidos na Tabela SIA/SUS, grupo 2- Procedimentos com Finalidade Diagnóstica em Laboratório Clínico e Subgrupo 02 e 03 e exames estimados na Tabela AMB/99, com implantação de laboratório e posto de coleta devidamente equipados no HMSV por conta da Contratada, pelo período de 12 (Doze) meses, conforme especificações e obrigações constantes no Termo de Referência – Especificações do objeto (Anexo I) deste edital.

_____ de _____ de 2018.

Assinatura do Representante Legal

**OBS: A presente declaração deverá ser assinada por Representante Legal do
concorrente e apresentada no ato do CREDENCIAMENTO.**



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

ANEXO V

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 4722/18.

PREGÃO PRESENCIAL Nº 0160/18.

MODELO DE DECLARAÇÃO DE MICROEMPRESA OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE.

(* Utilização facultativa do modelo).

DECLARO, sob as penas da lei, sem prejuízo das sanções e multas previstas neste ato convocatório, que a Empresa _____ (denominação da pessoa jurídica) _____, CNPJ Nº _____ é Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte, nos termos do enquadramento previsto na Lei Complementar Nº 123 de 14/12/2006 atualizada pela Lei Complementar Nº 147 de 07/08/14, cujos termos, **declaro** conhecer na íntegra, estando apta, portanto, a exercer o direito de preferência como critério de desempate no procedimento licitatório do **PREGÃO PRESENCIAL Nº 0160/18**, realizado pela **Secretaria de Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente**.

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

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do representante

Nome do representante: _____

RG Nº _____

OBS: A presente declaração deverá ser assinada por Representante Legal do concorrente e apresentada no ato do CREDENCIAMENTO.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

ANEXO VI

RECIBO DE RETIRADA DE EDITAL PELA INTERNET

(enviar pelos e-mails: compras@saudesaovicente.sp.gov.br / sesasvcompras@yahoo.com.br)

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 4722/18.

PREGÃO PRESENCIAL Nº 0160/18.

OBJETO: Contratação de Empresa para Prestação de Serviços de análises clínicas histológicas e citológicas compreendidos na Tabela SIA/SUS, grupo 2- Procedimentos com Finalidade Diagnóstica em Laboratório Clínico e Subgrupo 02 e 03 e exames estimados na Tabela AMB/99, com implantação de laboratório e posto de coleta devidamente equipados no HMSV por conta da Contratada, pelo período de 12 (Doze) meses, conforme especificações e obrigações constantes no Termo de Referência – Especificações do objeto (Anexo I) deste edital.

Razão Social:

CNPJ Nº:

E-Mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

Telefone:

Fax:

Obtivemos através do acesso à página www.saovicente.sp.gov.br, Licitações – Pregão Presencial Nº 0160/18 (SESAU/FUMDES), nesta data, cópia do instrumento convocatório da licitação acima identificada.

Local: _____ de _____ de _____.

Nome do Representante: _____.

Visando à comunicação futura entre esta **SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/PREFEITURA**



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

MUNICIPAL DE SÃO VICENTE e sua empresa, solicitamos a Vossa Senhoria preencher o recibo de retirada do Edital e remetê-lo ao Departamento de Compras.

A não remessa do recibo exime a **SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO VICENTE** da comunicação, por meio de E-Mail, de eventuais esclarecimentos e retificações ocorridas no instrumento convocatório, bem como de quaisquer informações adicionais, não cabendo posteriormente qualquer reclamação.

Recomendamos, ainda, consultas à referida página para eventuais comunicações e ou esclarecimentos disponibilizados acerca do processo licitatório.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

ANEXO VII

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 4722/18.

PREGÃO PRESENCIAL Nº 0160/18.

(* Utilização facultativa do modelo).

MODELO DE DECLARAÇÃO DE SITUAÇÃO REGULAR PERANTE MINISTÉRIO DO TRABALHO.

Eu _____ (nome completo) _____, Representante Legal da Empresa _____ (denominação da pessoa jurídica) _____, portador(a) da Carteira de Identidade Nº _____ e CPF Nº _____, interessada em participar do **PREGÃO PRESENCIAL Nº 0160/18**, da **SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO VICENTE**. **Declaro** sob as penas da lei, que, a _____ (denominação da pessoa jurídica) _____ se encontra em situação regular perante o Ministério do Trabalho, no que se refere à observância do disposto no Inciso XXXIII do Artigo 7º da Constituição Federal e para fins do disposto no Inciso V do Artigo 27 da Lei Federal Nº 8.666/93, acrescido pela Lei Nº 9.854/99, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.

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

_____ de _____ de _____.

Assinatura do Representante Legal da Empresa

OBS: A presente declaração deverá ser assinada por Representante Legal do concorrente e apresentada dentro do ENVELOPE Nº 02 - HABILITAÇÃO.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

ANEXO VIII

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 4722/18.

PREGÃO PRESENCIAL Nº 0160/18.

A Razão Social da Proponente, C.N.P.J., endereço completo, telefone e endereço eletrônico (E-Mail).

MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS

(DEVERÁ SER COMPLEMENTADA E APRESENTADA CONFORME O EXIGIDO NO ITEM 6 DO EDITAL).

(* Utilização facultativa do modelo).

A SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO VICENTE.

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 4722/18.

PREGÃO PRESENCIAL Nº 0160/18.

OBJETO: Contratação de Empresa para Prestação de Serviços de análises clínicas histológicas e citológicas compreendidos na Tabela SIA/SUS, grupo 2- Procedimentos com Finalidade Diagnóstica em Laboratório Clínico e Subgrupo 02 e 03 e exames estimados na Tabela AMB/99, com implantação de laboratório e posto de coleta devidamente equipados no HMSV por conta da Contratada, pelo período de 12 (Doze) meses, conforme especificações e obrigações constantes no Termo de Referência – Especificações do objeto (Anexo I) deste edital.

LOTE 01

Item	Prestação de Serviços de Exames Laboratoriais	Quant. /Mês	Valor Estimado Total Anual	Percentual de Desconto	Valor Estimado Total Anual com Desconto
01	EXAMES DA TAVELA SIA/SUS	12	R\$	%	R\$
02	EXAMES DA TABELA AMB	12	R\$	%	R\$
VALOR ESTIMADO TOTAL ANUAL DO LOTE					R\$
VALOR ESTIMADO TOTAL MENSAL					R\$



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

Validade da proposta: 90 (Noventa) dias.

Condições de Pagamento: O pagamento será efetuado em parcelas Mensais no prazo de 10 (Dez) dias, após o término do período mensal da prestação dos serviços, conforme edital.

Declaro que os preços acima propostos serão considerados completos e abrangem todos os tributos (impostos, taxas, emolumentos, contribuições fiscais e para-fiscais), manutenções preventivas e corretivas com reposição de peças dos seus equipamentos utilizados, salários, encargos sociais, transporte e alimentação dos seus funcionários, impostos e taxas incidentes sobre a modalidade de serviço objeto desta contratação e qualquer despesa, acessória e/ou necessária, não especificada neste Edital.

Local, ____ de _____ de 2018.

Proponente – R.G. N°
Assinatura do Representante Legal

OBS: A presente Proposta deverá ser assinada por Representante Legal do concorrente e apresentada dentro do ENVELOPE N° 01 - PROPOSTA.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

ANEXO IX

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 4722/18.

PREGÃO PRESENCIAL Nº 0160/18.

(* Utilização facultativa do modelo).

MODELO DE DECLARAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO.

Declaramos, sob as penas da lei, que a Empresa _____, localizada à _____, terá a responsabilidade e proverá com pessoal qualificado, implantação das instalações e equipamentos necessários e disponíveis do Laboratório em Unidade designada pela Administração para o cumprimento do objeto desta licitação.

_____, ____ de _____ de 2018.

Empresa

OBS: A presente declaração deverá ser assinada por Representante Legal do concorrente e apresentada dentro do ENVELOPE Nº 02 - HABILITAÇÃO.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

ANEXO X

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 4722/18.

PREGÃO PRESENCIAL Nº 0160/18.

(* Utilização facultativa do modelo).

MODELO DE DECLARAÇÃO DE FATOS IMPEDITIVOS.

Para fins de participação na licitação ____ (indicar o Nº registrado no Edital) ____, a(o) _____ (NOME COMPLETO DO CONCORRENTE) _____, CNPJ Nº _____, sediada (o) _____ (ENDEREÇO COMPLETO) _____, declara, sob as penas da lei que, até a presente data inexistem fato(s) impeditivo(s) para a sua habilitação, obrigando-se a comunicar a superveniência de qualquer fato impeditivo da habilitação.

_____, ____ de _____ de 2018.

Atenciosamente,

Proponente – CNPJ/CPF

Assinatura do Representante Legal

Nome por extenso do Representante Legal: _____

Cargo: _____

Função: _____

OBS: A presente declaração deverá ser assinada por Representante Legal do concorrente e apresentada dentro do ENVELOPE Nº 02 - HABILITAÇÃO.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

ANEXO XI

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 4722/18.

PREGÃO PRESENCIAL Nº 0160/18.

(* Utilização facultativa do modelo).

MODELO DE DECLARAÇÃO DE INDICAÇÃO DE PESSOA LEGALMENTE RESPONSÁVEL.

A empresa XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, sediada à Rua (Av., Al., etc.) XXXXXXXXXXXX, bairro XXXXXXXXXXXX, cidade XXXXXXXXXXXX, estado XXXXXXXX, inscrita no C.N.P.J. Nº XXXXXXXXXXXX, indica o Sr. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, nacionalidade, estado civil, profissão, portador do R.G. Nº XXXXXXXXXXX XXX/XX, inscrito no C.P.F. Nº XXXXXXXXXXXX, domiciliado à Rua (Av., Al., etc) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, nº XXX, bairro, cidade, estado, como pessoa legalmente responsável a assinar o Contrato de Prestação de Serviços com a Secretaria de Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente.

Local, ____ de _____ de 2018.

Proponente – CNPJ/CPF

Assinatura do Representante Legal

Nome por extenso do Representante Legal: _____

Cargo: _____

Função: _____

OBS: A presente declaração deverá ser assinada por Representante Legal do concorrente e apresentada dentro do ENVELOPE Nº 02 - HABILITAÇÃO.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

ANEXO XII

TERMO DE CIÊNCIA E NOTIFICAÇÃO

Órgão: SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO VICENTE.

Contrato de Prestação de Serviços N° XXX/18.

Pregão Presencial N° 0160/18.

Objeto: Contratação de Empresa para Prestação de Serviços de análises clínicas histológicas e citológicas compreendidos na Tabela SIA/SUS, grupo 2- Procedimentos com Finalidade Diagnóstica em Laboratório Clínico e Subgrupo 02 e 03 e exames estimados na Tabela AMB/99, com implantação de laboratório e posto de coleta devidamente equipados no HMSV por conta da Contratada, pelo período de 12 (Doze) meses, conforme especificações e obrigações constantes no Termo de Referência – Especificações do objeto (Anexo I) do edital do Pregão Presencial N° 0160/18.

Contratante: SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO VICENTE

Contratada: XXXXXXXXXXXXX

Justificativa: Lei Federal N° 10.520/02.

Na qualidade de Contratante e Contratada, respectivamente, do Termo acima indicado, e, ciente do seu encaminhamento ao TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO, para fins de instrução e julgamento, damo-nos por CIENTES e NOTIFICADOS para acompanhar todos os atos da tramitação processual, até o julgamento final e sua publicação e, se for o caso e do nosso interesse, para nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito da defesa, interpor recursos e o mais que couber.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

Outrossim, declaramos estarmos cientes, do doravante, de que todos os despachos e decisões que vierem a serem tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, de conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar Nº 709, de 14 de janeiro de 1.993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais.

São Vicente, XX de XXXXXXXX de 2018.

CONTRATANTE

Nome e cargo: Carlos Alberto de Brito Barbosa – Coordenador do Fundo Municipal de Saúde de São Vicente.

E-mail institucional: gabinete@saudesaovicente.sp.gov.br

E-mail pessoal: brito2004@uol.com.br

Assinatura: _____

CONTRATADA

Nome e cargo:

E-mail institucional:

E-mail pessoal:

Assinatura: _____

OBS: O presente Termo de Ciência deverá ser assinado quando da assinatura do Contrato de Prestação de Serviços.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

ANEXO XIII

CADASTRO DE RESPONSÁVEL PELA CONTRATADA

Contrato de Prestação de Serviços

Contratante: Secretaria de Saúde de São Vicente/Fundo Municipal de Saúde de São Vicente/Prefeitura Municipal de São Vicente.

Contratada: _____(Razão Social da empresa)_____.

Objeto: Contratação de Empresa para Prestação de Serviços de análises clínicas histológicas e citológicas compreendidos na Tabela SIA/SUS, grupo 2- Procedimentos com Finalidade Diagnóstica em Laboratório Clínico e Subgrupo 02 e 03 e exames estimados na Tabela AMB/99, com implantação de laboratório e posto de coleta devidamente equipados no HMSV por conta da Contratada, pelo período de 12 (Doze) meses, conforme especificações e obrigações constantes no Termo de Referência – Especificações do objeto (Anexo I) do edital do Pregão Presencial N° 0160/18.

Nome:

Cargo:

R.G. N°:

C.P.F. N°

Endereço Residencial (completo):

Telefone Residencial/Celular:

E-mail pessoal:

E-mail institucional:

(Cidade), xx de xxxxxxxx de 2018.

Nome/Assinatura

OBS: O presente cadastro deverá ser assinado pelo responsável do concorrente e apresentado dentro do ENVELOPE N° 02 - HABILITAÇÃO.