



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

PROCESSO Nº 29281/2021

EDITAL PREGÃO PRESENCIAL Nº 141/22

OBJETO: Contratação de empresa especializada na 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 e Tabela CBHPM conforme relação e condições constantes neste edital, pelo período de 12 (doze) meses, para atender os pacientes da Secretaria de Saúde do Município de São Vicente.

INTEGRAM O PRESENTE EDITAL:

ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA – ESPECIFICAÇÃO DO OBJETO E VALOR ESTIMATO.

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.

ANEXO XIV – REQUERIMENTO DE PAGAMENTO



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

1. PREÂMBULO

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 maior desconto Tabela SUS**, 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.

O **PREGÃO** será realizado no dia **17 de outubro de 2022**, com início às **10:00 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 **CREDENCIAMENTO (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:

CREDENCIAMENTO E ENTREGA DOS ENVELOPES Nº 01 e 02:

O credenciamento será realizado no dia **17/10/2022 às 10:00 hs**.

O Pregoeiro responsável pelo presente certame será o **Sr. Clayton Pelikian**, 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.



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

2. OBJETO DO PREGÃO

2.1. Contratação de empresa especializada na 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 e Tabela CBHPM conforme relação e condições constantes neste edital, pelo período de 12 (doze) meses, para atender os pacientes da Secretaria de Saúde do Município de São Vicente.

3. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

3.1. As Despesas decorrentes da presente licitação onerarão os recursos orçamentários Nº

02.18.02.18.02.10.302.0017.2037.3.3.50.39.51

Diretoria de Atenção Primária à Saúde – **DAPS: 44,86%**

Diretoria Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência – **DAHUE: 39,77%**

Diretoria de Atenção Especializada – **DAE: 9,10%**

Diretoria de Vigilância em Saúde – **DVS: 6,27%**

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 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:



SECRETARIA DA SAÚDE

ENVELOPE Nº 01

PREGÃO PRESENCIAL Nº 141/22

ENVELOPE PROPOSTA

PROCESSO Nº 29281/21.

ENVELOPE Nº 02

PREGÃO PRESENCIAL Nº 141/22

ENVELOPE DE DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO.

PROCESSO Nº 29281/21.

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.**

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

5.3. Os DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO (Envelope Nº 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.



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

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, **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 no final da proposta entregue o Preço Estimado Mensal e Anual**, conforme item **6.1.g**, sabendo que o valor a ser considerado para a etapa de lances **será o valor total estimado anual** que constar na proposta inicial.

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 Estimados Mensal e Anual, 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 Mensais e Totais 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-fiscais), manutenções preventivas e



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

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. As empresas interessadas poderão vistoriar os locais informados, onde serão executados os serviços objeto desta licitação. Para a vistoria, cada licitante poderá enviar representantes até o dia anterior agendado para a sessão pública.

6.3. A Visita Técnica é **FACULTADA**, no entanto, a licitante deverá apresentar no dia da sessão pública, **DECLARAÇÃO**, informando se realizou ou não a visita, responsabilizando-se por manter as garantias da execução dos serviços.

6.4. Não serão admitidas, em hipótese alguma, alegações posteriores de desconhecimento dos serviços e de dificuldades técnicas não previstas, haja vista que será dado acesso às instalações para as licitantes interessadas em participar do certame.

6.5. O representante legal da licitante poderá dirigir-se diretamente ao local, e identificar-se perante os servidores responsáveis, mediante documento de identificação válido, com foto no seguinte endereço: Rua Ipiranga, nº 353, Centro, São Vicente.

6.6. O agendamento poderá ser feito de segunda-feira à sexta-feira, através do telefone (13) 3569-5700 (Secretaria de Saúde – Diretoria de Atenção Primária à Saúde).

6.7. Todos os custos associados à visita serão de inteira responsabilidade da licitante.

6.8. PRAZO DE PAGAMENTO

6.8.1. 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**.

6.8.2. 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, AMB/99 e Tabela CBHPM.

6.8.3. 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.



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

6.8.4. Deverá ser enviado por e-mail às Diretorias da Secretaria da Saúde de São Vicente, arquivo exportado contendo as informações referentes à competência mensal da produção, nos seguintes endereços eletrônicos:

a) Diretoria de Atenção Primária à Saúde – **DAPS:** atencaobasica@saudesaovicente.sp.gov.br e dabsesasv@gmail.com

b) Diretoria Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência – **DAHUE:** dahue@saudesaovicente.sp.gov.br

c) Diretoria de Atenção Especializada – **DAE:** dte@saudesaovicente.sp.gov.br

d) Diretoria de Vigilância em Saúde – **DVS:** divise@saudesaovicente.sp.gov.br

6.8.4.1. A Secretaria de Saúde de São Vicente fará a conferência dos documentos, e para isto terá o prazo de 10 dias úteis para aceitá-los ou rejeitá-los, a partir da data da entrega dos mesmos. Caso haja incorreções, a nota fiscal/fatura será submetida a glosas, que serão descontadas do valor total do respectivo documento fiscal;

6.8.4.2. Após a aceitação da fatura, a Secretaria de Saúde de São Vicente, deverá encaminhá-la ao Departamento de Finanças para providenciar o pagamento no prazo de 30 (trinta) dias após o término do período mensal dos serviços prestados, contados a partir da data de recebimento do documento fiscal;

6.8.5. A Nota Fiscal deverá ser acompanhada das Certidões de regularidade perante o INSS (CND) e do FGTS (CRF), e 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.**

6.8.6. O pagamento não será efetuado enquanto a empresa vencedora estiver pendente de liquidação com qualquer obrigação financeira decorrente de penalidade ou inadimplência, sem que isso gere direito a reajustamento de preços ou a correção monetária;

6.8.7. No caso de incorreção na Nota Fiscal será a mesma devolvida à **CONTRATADA** para as devidas correções, passando a contar o prazo a partir da data de sua reapresentação e consequente aprovação pela Prefeitura de São Vicente;

6.8.8. Qualquer atraso ocorrido na apresentação da nota fiscal, por parte da **CONTRATADA**, importará em prorrogação automática do prazo de vencimento da obrigação do **CONTRATANTE**;



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

6.8.9. Todos os custos com impostos, taxas, pedágios, fretes e demais despesas que por ventura ocorrerem serão de responsabilidade da empresa vencedora.

6.8.10. 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**, excetos 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**.

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.



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

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.

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:



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

7.4.1. Atestado(s) fornecido(s) por pessoa(s) jurídica(s) de direito público ou privado para comprovação de aptidão para desempenho de atividade pertinente e compatível em características e quantidades com o objeto da licitação, com quantitativo de pelo menos 50% da aquisição pretendida (obs.: será admitido o somatório dos atestados para comprovação da capacidade técnica da licitante, sem restrição quanto aos períodos dos contratos), nos termos da Súmula nº 24 e 30 do TCE/SP;

Justifica-se, portanto que, por meio desta documentação, será possível comprovar que a empresa já forneceu os produtos objeto deste certame e assim dimensionar se possui requisitos profissionais e operacionais para execução do contrato.

7.4.2. Certificado de regularidade e inscrição da sociedade junto ao órgão de classe competente, ou documento equivalente, com a indicação do responsável técnico;

7.4.3. Conforme o Regulamento Técnico, criado pela ANVISA, a RDC 302/2005 que determina as normas de funcionamento dos laboratórios de análises clínicas, determinando a obrigatoriedade de um alvará de funcionamento junto a um órgão sanitário responsável.

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 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 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 Nº 8080/90.

7.5.3. Declaração de que possui todas as condições necessárias para desenvolver as atividades contratadas, bem como de que disporá de instalação adequada e equipamentos técnicos para o cumprimento do objeto.

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

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



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

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

7.5.7. 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.

7.5.8. Declaração de que aceita as diretrizes e normas previstas na Constituição Federal e na Lei Nº 8.080/90 e Nº 8.142/90.

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

7.5.10. Não serão aceitos protocolos e nem documentos com prazo de validade vencido. No caso das certidões, quando não consignarem prazo de validade, serão consideradas válidas as expedidas com data não superior a 180 (Cento e oitenta) dias anteriores à data limite para o recebimento dos envelopes de credenciamento.

7.5.11. 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**, excetos 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.

7.6. DO JULGAMENTO DA HABILITAÇÃO

7.6.1. No dia e horário estabelecidos, na presença dos interessados serão abertos os envelopes de HABILITAÇÃO, pelo funcionário designado do Departamento de Compras e membros da equipe técnica convocados, os quais serão rubricados por todos os presentes, ocasião em que ocorrerá a apreciação dos envelopes.



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

7.6.2. Será considerada inabilitada a empresa que não apresentar a documentação pertinente à sua participação, conforme disposto no item 5 e seus subitens deste Edital, ou que apresentar os documentos exigidos com vícios ou defeitos que impossibilitem o seu aproveitamento.

7.6.3. Após o exame dos documentos, pelo funcionário designado do Departamento de Compras e membros da equipe técnica convocados cientificará os interessados sobre o resultado de habilitação.

7.6.4. Transcorridos os prazos de recurso, ou decididos os recursos eventualmente interpostos, serão retomados os trabalhos, com a convocação dos PRESTADORES habilitados para a próxima fase.

8. CONSULTA, DIVULGAÇÃO E ENTREGA DO EDITAL

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

8.2. O aviso do **EDITAL** será publicado em Jornal Local e no Boletim Oficial Municipal, podendo ser consultado e extraído por meio do sítio eletrônico www.saovicente.sp.gov.br – **Licitações – Pregão Presencial Nº 141/22 (SESAU/FUMDES)**.

9. ESCLARECIMENTOS DO EDITAL

9.1. Também será aceito pedido de esclarecimento encaminhado por meio dos e-mails: compras@saudesaovicente.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.

9.2. 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.

10. PROVIDÊNCIAS / IMPUGNAÇÃO AO EDITAL

10.1. É facultada 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.



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

10.2. 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@saudesaovicente.sp.gov.br / sesasvcompras@yahoo.com.br, cujos documentos originais deverão ser entregues no endereço acima mencionado e no prazo indicado no subitem **10.1**.

10.3. 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.

10.4. 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.

11. CREDENCIAMENTO E HABILITAÇÃO

11.1. 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.

11.2. 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.



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

SECRETARIA DA SAÚDE

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

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.

11.3. 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.

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

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

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

11.7. 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.

11.8. 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**



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

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 serem entregues fora do envelope Proposta de Preços.

Desenvolvido o CREDENCIAMENTO 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.

12. RECEBIMENTO DOS ENVELOPES PROPOSTA DE PREÇOS e DOCUMENTOS de HABILITAÇÃO

12.1. 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:

12.2. 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 Empresa Proponente, com os dizeres, conforme disposto no item 5.1 deste Edital.

13. ABERTURA DOS ENVELOPES PROPOSTA

13.1. 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.

14. EXAME E CLASSIFICAÇÃO PRELIMINAR DAS PROPOSTAS

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

14.2. 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.



SECRETARIA DA SAÚDE

14.3. 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, constando da Ata o motivo das que eventualmente, neste momento forem preliminarmente desclassificadas.

15. DESCLASSIFICAÇÃO DAS PROPOSTAS

15.1. 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.
- 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 inexequível.
- e) Apresentar item com preço simbólico, valor zero.
- f) Valor acima da tabela SIA/SUS.

16. DEFINIÇÃO DOS PROPONENTES PARA O OFERECIMENTO DE LANCES VERBAIS

16.1. 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.

16.1.1 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 **16.1.2.**

16.1.2. 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:



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

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

Na hipótese da ocorrência das previsões colacionadas no subitem **16.1.2.**, 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.

16.1.3. 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.

17. OFERECIMENTO / INEXISTÊNCIA DE LANCES VERBAIS

17.1. 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 R\$ 1.000,00 (mil reais) de desconto sobre o Valor Total da Proposta, que no ato do lance deverá ser convertido em moeda nacional corrente, do último lance ofertado.**

17.2. O **PREGOEIRO** convidará individualmente as proponentes classificadas para **OFERECIMENTO DE LANCES VERBAIS**, de forma seqüencial, a partir da proponente da proposta de maior preço e as demais em ordem decrescente de valor, sendo que a proponente da proposta de menor preço 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**.

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



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

SECRETARIA DA SAÚDE

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

17.3. 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.

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

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

17.6. 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, ou seja, da primeira classificada, decidindo motivadamente a respeito. Quando convocado pelo **PREGOEIRO**, na própria sessão pública, o licitante deverá comprovar as condições de exequibilidade financeira de sua proposta/lance.

17.7. O **PREGOEIRO** decidirá motivadamente pela negociação com a proponente de proposta de menor valor, para que seja obtido preço melhor.

17.8. Na hipótese de não realização de lances verbais, o **PREGOEIRO** verificará a conformidade entre a proposta escrita de menor preço e o valor estimado para a contratação.

17.9. 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 para que seja obtido preço melhor.

17.10. 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.

17.11. 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.

17.11.2. 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.



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

17.11.3. Serão consideradas equivalentes, propostas de Microempresas ou Empresas de Pequeno Porte de igual valor, para efeito de que dispõe a Lei Complementar Nº 123 de 14/12/2006 atualizada pela Lei Complementar Nº 147 de 07/08/14.

17.12. 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.

17.13. 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.

17.14. 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 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 ou o lance verbal de menor preço que apresentar.

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

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

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

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

17.19. Se a oferta não for aceitável ou se a proponente desatender às exigências habilitatórias, o **PREGOEIRO** examinará a oferta subsequente de menor preço, decidindo sobre sua aceitabilidade



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

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.

17.20. 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.

17.21. 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**.

17.22. 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.

18. RECURSO ADMINISTRATIVO

18.1. 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(o) manifestar imediata e motivadamente a(s) intenção(ões) de recorrer.

18.2. 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.

18.3. 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**.

18.4. 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.

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



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

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

19. ADJUDICAÇÃO

19.1. 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.

19.2. 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.

20. HOMOLOGAÇÃO

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

21. DIVULGAÇÃO DO RESULTADO FINAL DO PREGÃO

21.1. O resultado final do **PREGÃO** será publicado no Boletim Oficial Municipal e estampado na Internet nos endereços constantes deste Edital.

22. CONTRATAÇÃO

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

23. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE E CONTRATADA:

23.1. Compete à **CONTRATADA**:

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**.



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

- b) 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.
- c) Executar a manutenção preventiva e corretiva e calibração de todos os equipamentos utilizados, mantendo-os em perfeito estado de uso.
- d) Responsabilizar-se integralmente pelos serviços contratados, nos termos da Legislação vigente.
- e) A **CONTRATADA** deverá manter no próprio laboratório estoque de material de consumo, necessário ao desempenho dos serviços.
- f) 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.
- g) Para todos os exames automatizados a **CONTRATADA** fornecerá os insumos compatíveis com os equipamentos.
- h) 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.
- i) Os exames não relacionados na Tabela SIA/SUS como tabela AMB, só serão realizados se devidamente autorizados pelo Departamento de Auditoria e Superintendência da Secretaria de Saúde de São Vicente.
- j) Realizar execução de controle de pragas (desintetização e desratização), conforme determina legislação sanitária.

23.2. O prestador de serviço deverá ainda responsabilizar-se por:

- a) Transporte, processamento e liberação dos exames oriundos da Rede de Saúde de São Vicente, os quais serão coletados pelos profissionais 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,



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

as quais deverão ser solicitadas em impresso próprio de Requisição de Serviços de Diagnose e Terapia (SADT) carimbado e assinado pelo profissional solicitante;

b) A Empresa deverá providenciar a implantação de laboratório que funcionará no Hospital Municipal de São Vicente, na Rua Minas Gerais, nº 19, Vila São Jorge, onde a **CONTRATADA** se responsabilizará pela adaptação do local, se necessário, instalará seus equipamentos e deverá prestar os 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, e Urgência e Emergência e recebimento dos exames oriundos da Rede de Saúde de São Vicente, constantes no Edital;

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) 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 22 de Julho de 2020 e Lei Estadual 10083/98, para fins de fiscalização sanitária municipal;

f) A Empresa **CONTRATADA** ficará obrigada a atender todos os pedidos ou reclamações efetuados durante a vigência do contrato;

g) A **CONTRATADA** fornecerá todos os equipamentos de proteção individual e coletiva para o manuseio do material biológico.

h) A **CONTRATADA** deverá usar 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;

23.3. 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



SECRETARIA DA SAÚDE

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.

23.4. O sistema deve permitir integração com sistema de terceiros através de API (Application Programming Interface) onde os conjuntos de dados possam ser transitados de um sistema para o outro em tempo real.

23.5. Caberá também a **CONTRATADA** a entrega dos resultados impressos nos postos de coleta e também disponibilizá-los pela Internet.

23.6. DOS EQUIPAMENTOS MÍNIMOS OBRIGATÓRIOS POR SETOR LABORATORIAL:

23.7. 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 Memorial Descritivo e ainda:

- a) Treinamento e reciclagem periódica com os profissionais de coleta com emissão de certificados;
- b) Treinamento e reciclagem com os profissionais da área técnica e todos os envolvidos no sistema com emissão de certificados;
- c) Formulários e processos para elaboração de Pop's;
- d) Controle de qualidade interno;
- e) Controle de qualidade externo.
- f) Os equipamentos disponibilizados pela empresa vencedora deverão ter Registro da ANVISA e controle de Calibração de equipamentos, apresentando documentação toda vez que for necessário ou quando solicitado pela **CONTRATANTE**;
- g) Auditorias internas;
- h) A empresa vencedora deverá atender às exigências de sustentabilidade ambiental. Ressalta-se que as contratações realizadas pela Administração Pública devem primar pela utilização de materiais recicláveis, com vida útil mais longa, que contenham menor quantidade de materiais perigosos ou tóxicos, consumam menor quantidade de matéria-prima e energia, e orientem as cadeias produtivas a práticas mais sustentáveis de gerenciamento e gestão. Os materiais deverão apresentar padrões de produção de bens e serviços a partir de critérios, procedimentos administrativos e jurídicos que



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

signalizem, para o **CONTRATANTE**, os patamares de custos e padrões produtivos/tecnológicos mais adequados sob o ponto de vista da sustentabilidade econômica, social e ambiental.

23.8. É nesse sentido que o **CONTRATANTE** tem seu foco na proteção ao meio ambiente com produtos e serviços de menor impacto ambiental, e sinalizando assim para as empresas a necessidade de adaptação de seus processos produtivos aos novos padrões ambientais, sociais e econômicos, sob pena de exclusão do mercado das compras públicas. (Constituição Federal/1988, art. 225 inciso VI, c/c art.170, inciso VI; Lei nº 8.666/1993, art. 3º; Instrução Normativa nº1/2010, da Secretaria de Logística e Tecnologia da Informação do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão).

23.9. A empresa CONTRATADA, quando couber, adotará as seguintes práticas de sustentabilidade definidas no art. 2º do Decreto nº 43.629, de 05 de junho de 2012, ou outras que o Poder Executivo venha a estabelecer, tais como: I - economia no consumo de água e energia; II - minimização da geração de resíduos e destinação final ambientalmente adequada dos que forem gerados; III - racionalização do uso de matérias-primas; IV - redução da emissão de poluentes; V - adoção de tecnologias menos agressivas ao meio ambiente; VI - implementação de medidas que reduzam as emissões de gases de efeito estufa e aumentem os sumidouros; VII - utilização de produtos de baixa toxicidade; VIII - utilização de produtos com a origem ambiental sustentável comprovada, quando existir certificação para o produto.

23.10. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE:

23.10.1. 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 Gabinete da Secretaria de Saúde de São Vicente.

23.10.2. Cabe a **CONTRATANTE** efetuar o pagamento a **CONTRATADA**, de acordo com as condições de preço e prazo estabelecidas neste contrato e ainda:

- a) Promover o acompanhamento e a fiscalização dos serviços objeto do presente contrato, sob aspecto quantitativos e qualitativos, anotando as falhas detectadas e comunicando as ocorrências de quaisquer fatos que, a seu critério, exijam medidas corretivas por parte da **CONTRATADA**;
- b) Propiciar todas as condições para o bom desempenho dos serviços contratados;
- c) Fornecer a documentação solicitada, colocando à disposição toda informação necessária; inclusive as informações dos pacientes (nome completo, sem abreviações, data de nascimento, idade, filiação,



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

endereço, telefone para contato); informes clínicos e o pedido original e legível do médico assistente, frascos identificados/rotulados com os dados da **CONTRATADA**;

d) Propiciar todas as condições para o bom desempenho dos serviços contratados;

e) Zelar para que os serviços ora contratados sejam executados com diligência e perfeição;

f) Permitir o acesso do (s) empregado (s) da **CONTRATADA** às suas instalações, quando em serviço, de acordo com as normas de segurança.

24. GESTOR DO CONTRATO

24.1. A **CONTRATANTE** será representada durante a execução do contrato pelos fiscais:

a) Diretoria da Atenção Primária à Saúde - Dr^a Paola Almeida Bueno de Camargo Canas.

b) Diretoria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência - Dr. Sandro Mendes Cação do Carmo.

c) Diretoria de Atenção Especializada – Enf.^a Liliana Dall’Amico de Angelis.

d) Diretoria de Vigilância em Saúde – Débora Mendonça Rabelo Carvalho.

25. PRAZO E CONDIÇÕES PARA INÍCIO DO CONTRATO

25.1. Após a homologação do resultado, será lavrado o contrato, convocado o vencedor para a sua assinatura, no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis, contados da data de sua convocação.

25.1.1. O prazo para assinatura do contrato poderá ser prorrogado por uma vez, por igual período, quando solicitado pela empresa vencedora durante seu transcurso e desde que ocorra motivo justificado.

25.1.2. O contrato a ser firmado entre o Município e a empresa vencedora do certame terá validade de 12 (doze) meses, contados a partir de sua assinatura.

25.3. Os quantitativos totais expressos são estimativos e representam as previsões para o fornecimento durante o período de 12 (doze) meses.

25.4. No ato da assinatura do contrato, o Fornecedor se obriga a assinar o Termo de Ciência e Notificação, que o presente estará sujeito a remessa ao Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, conforme à Instrução nº 02/2016 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

25.4.1. Quando o Licitante vencedor comparecer para a assinatura do contrato deverá fornecer endereço de e-mail, o qual terá a finalidade de receber o envio da Autorização de Serviço.

25.5. Este contrato poderá ser REVOGADO quando o Órgão Gerenciador não obtiver êxito nas negociações de revisão e adotará as medidas cabíveis para obtenção da contratação mais vantajosa.

25.6. Este contrato poderá ser CANCELADO quando ocorrer fato superveniente, decorrente de caso fortuito ou força maior, que prejudique o cumprimento do contrato, devidamente comprovados e justificados:

a) Por razão de interesse público;

b) A pedido do Fornecedor.

25.7. O Órgão Gerenciador poderá recusar os Objetos entregues em desacordo com as especificações.

25.7.1. Por ocasião da entrega dos Objetos, em conjunto com o mesmo deverá ser entregue a Nota fiscal/Fatura.

26. FORMAS DE RECEBIMENTO DOS RESULTADOS DOS EXAMES, LOCAL DE ENTREGA E PRAZO DE ENTREGA

26.1. Os resultados dos exames deverão ser entregues impressos nas unidades de saúde da atenção primária com etiquetas e protocolo para consulta do resultado online.

26.2. Na Rede de Urgência e Emergência, os exames serão solicitados impressos nas unidades de origem, sendo exames de culturas com dupla via para o serviço de Infecção Hospitalar.

26.3. A empresa CONTRATADA deverá 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.

26.4. Local de entrega:

DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - DAPS

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE – U.B.S.

✓ **Dia/Horário de coleta** das Unidades Básicas da Área Insular das 07:00 às 09:00 horas, exceto ESF Japuí e UBS/ESF Parque Bitaru com início das 08:00 às 10:00 horas.



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

- ✓ **Dia/Horário de coleta** das Unidades da Área Continental a partir das 10:00 horas.

ÁREA INSULAR

- ✓ **UBS Catiapoã** - Av. Pérsio de Queiroz Filho, nº 733/734, Catiapoã, tel: 3467-2887;
- ✓ **ESF Sá Catarina** - Travessa do parque, s/nº, Catarina de Moraes, tel: 3466-3797;
- ✓ **UBS Central** - Avenida Antônio Emmerich, nº 509, Vila Mello, tel: 3569-0300;
- ✓ **ESF Japuí** - Avenida Tupiniquins, s/nº, Japuí, tel: 3567-1344;
- ✓ **UBS/ESF Jardim Guassu** - Rua Lagarto, nº 101, Jardim Guassu, tel: 3561-2004;
- ✓ **UBS/ESF JIP** - Rua Roberto Koch, nº 584, Jóquei Clube, tel: 3464-2533;
- ✓ **UBS/ESF Náutica III** - Rua Nicolau Patrício Moreira, nº 225, Cidade Náutica, tel: 3463-8266;
- ✓ **UBS/ESF Parque Bitaru** - Praça Infante Dom Henrique, s/nº, Parque Bitaru, tel: 3467-1757;
- ✓ **ESF Parque São Vicente** - Praça Dom Pedro I, s/nº, Parque São Vicente, tel: 3464-1565;
- ✓ **UBS/EACS Pompeba** - Rua Antonio da Costa, s/nº, Pompeba, tel: 3464-1815;
- ✓ **UBS/ESF Praça Vitória** - Praça Vitória, s/nº, Vila Voturuá, tel: 3561-1042;
- ✓ **UBS/ESF Sambaiatuba** - Praça Dom Bosco, s/nº, Jóquei Clube, tel: 3463-8727;
- ✓ **ESF Saquare/ESF México 70** - Rua do Meio, s/nº, Vila Margarida, tel: 3464-0550;
- ✓ **UBS/EACS Tancredo Neves** - Rua Luiz Meirelles Araújo, s/nº, Tancredo Neves, tel: 3464-1262;
- ✓ **UBS/ESF Vila Margarida** - Rua Polydorio de Oliveira Bittencourt, nº 299, Vila Margarida, tel: 3463-2324
- ✓ **ESF/Esplanda dos Barreiros** - Avenida Brasil, s/n, Esplanada dos Barreiros, tel: 3464-1257.

ÁREA CONTINENTAL

- ✓ **ESF Humaitá I, II e III** - Rua Maria Rocco, s/nº, Humaitá, tel: 3406-2870;
- ✓ **ESF Jardim Rio Branco II e III** - Rua Eduardo Cação, s/nº, Jardim Rio Branco, tel: 3566-1188/3566-3595;
- ✓ **UBS/ESF Parque das Bandeiras** - Praça Dario Aredes Lacerda, nº 70, Loja 11, Parque das Bandeiras, tel: 3566-2163;
- ✓ **UBS/ESF Samaritá** - Rua Sergipe, nº 70, Samaritá, tel: 3566-1544;



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

- ✓ **Unidade de Saúde da Mulher** - Rua Salvador, nº 60, Jardim Irmã Dolores, tel: 3576-5828;
- ✓ **UBS/ESF Vila Ponte Nova E ESF Quarentenário** - Rua Salvador, s/nº, Vila Ponte Nova, tel: 3566-1155;
- ✓ **ESF Gleba II** - Avenida Dr. Celso Santos, nº 510, Parque das Bandeiras, tel: 3566-2456;
- ✓ **ESF Jardim Rio Branco I** - Rua Antônio Riscalla Husne, nº 1760, Jardim Rio Branco, tel: 3566-2773;
- ✓ **ESF Jardim Rio Negro** - Rua E, nº 110, Jardim Rio Negro, tel: 3566-8321;
- ✓ **ESF Nova São Vicente e ESF Vila Ema** - Rua Eliseu Almeida Melo, nº 10, Vila Ema, tel: 3566-4219;
- ✓ **ESF Parque Continental I e ESF Parque Continental II** - Avenida Central, nº 940, Parque Continental, tel: 3564-1424.

DIRETORIA DE ATENÇÃO HOSPITALAR, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – DAHUE

- ✓ **Hospital Municipal de São Vicente:** Rua Ipiranga, nº 353, Centro, São Vicente/SP.
- ✓ **Hospital Municipal de São Vicente - ANEXO I :** Rua Minas Gerais, nº 19, Vila São Jorge, São Vicente/SP.
- ✓ **Maternidade Municipal de São Vicente:** Rua Ipiranga, nº 370, Centro, São Vicente/SP.
- ✓ **Hospital Dr. Olavo Horneaux de Moura:** Rua Alfredo Chammas, s/nº, Humaitá, São Vicente/SP.

Dia/Horário de coleta: 24 (vinte e quatro) horas / 07 (sete) dias da semana, ininterruptamente.

DIRETORIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA – DAE

Unidade de Saúde do Adolescente: R. Polydoro de Oliveira Bittencourt, nº 299, VI. Margarida, tel: 3463-9557;

Dias/Horário de Coleta: Semanalmente às quintas-feiras, das 07:00 às 09:00 horas.

- ✓ **CAPS III Mater R. Padre Anchieta, nº 211, Centro, tel: 3467-1413;**

Dias/Horário de Coleta: Semanalmente às quartas-feiras, das 07:00 às 10:00 horas.

- ✓ **Centro Médico Martim Afonso** - Av. Marechal Cândido Mariano da Silva Rondon, nº 425, V. Margarida – tel: 3569-1430;



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

Dias/Horário de retirada dos exames de cultura: Semanalmente às sextas-feiras, às 10:00 horas.

Informamos ainda que os exames solicitados pela Clínica de Nefrologia e Dialise são realizados no Hospital Municipal de São Vicente.

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – DVS

✓ **CENTRO DE ATENDIMENTO DE TUBERCULOSE E HANSENÍASE – CATH** - Rua Benedito Calixto, nº 275, Boa Vista, Telefone: 13 3468-2870;

Dias/Horário de Coleta: de segunda a sexta-feira das 07:00 às 16:00 horas.

✓ **SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO – SAE** – Avenida Quintino Bocaiúva, nº 1261, Centro, Telefone: 13 3569-3500;

Dias/Horário de Coleta: de segunda à quinta-feira, das 07:00 às 10:00 horas.

✓ **CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO BETINHO – CTA BETINHO** – Avenida Quintino Bocaiúva, nº 1261 – terceiro andar - Centro, Telefone: 13 3569-3525

Dias/Horário de Coleta: de segunda à sexta-feira, das 15:30 às 16:00 horas.

26.5. A **CONTRATADA** deverá entregar os resultados dos exames de rotina no prazo de até 03 (três) dias corridos, 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, bem como os exames de rotina do pré natal, obedecendo rigorosamente o prazo de entrega, sendo que sorologias positivas devem ser antecipadamente notificadas unidades de origem e a Diretoria de Atenção Primária à Saúde, no caso de exames de pré-natal, sabendo ser este a responsabilidade da **CONTRATADA**.

26.6. 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**.

27. SANÇÕES ADMINISTRATIVAS:

27.1. Ficará impedido 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:



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

- 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.

27.2. A aplicação da penalidade capitulada no subitem anterior não impossibilitará a incidência das demais cominações legais contempladas na Lei Federal N° 8.666/93, 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.

27.3. 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.

27.4. 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.

28. DISPOSIÇÕES GERAIS



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

28.1. 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.

28.2. 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.

28.3. 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.

28.4. 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.

28.5. 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**.

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

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

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

28.9. 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.

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



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

28.11. 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.

28.12. 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, 29 de setembro de 2022

Michelle Luis Santos

Secretária de Saúde de São Vicente



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

SECRETARIA DA SAÚDE

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

ANEXO I

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 29281/21

PREGÃO PRESENCIAL Nº 141/22

TERMO DE REFERÊNCIA – ESPECIFICAÇÃO DO OBJETO E VALOR ESTIMATO.

TERMO DE REFERÊNCIA SERVIÇOS DE ANÁLISES CLÍNICAS

DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

DIRETORIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

DIRETORIA DE ATENÇÃO HOSPITALAR, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

1. OBJETO

MODALIDADE: Pregão

TIPO DE LICITAÇÃO: Contrato

FORMA DE CONTRATAÇÃO: Maior desconto - TABELA SUS

Consitui objeto da presente licitação a contratação de empresa especializada na 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 e Tabela CBHPM conforme relação e condições constantes neste edital, pelo período de 12 (doze) meses, para atender os pacientes da Secretaria de Saúde do Município de São Vicente.

2. JUSTIFICATIVA



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

Segundo preceito Constitucional “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”;

Considerando a necessidade de se 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 essenciais/necessários como apoio ao diagnóstico de inúmeras patologias, sendo, a contratação de Empresa de Laboratórios para a prestação de serviços de Análises Clínicas histológicas e citológicas indispensáveis, como instrumento para complementar a assistência médico-ambulatorial realizada nas Unidades Básicas de Saúde de Saúde, Atenção Especializada, Serviço de Vigilância em Saúde, bem como na Rede de Urgência e Emergência do Município de São Vicente;

Considerando que a População Estimada do Município de São Vicente é de 365.798 habitantes **(estimativa IBGE 2019)**, atualmente a Secretária da Saúde realiza anualmente aproximadamente 900.000 exames, abrangendo cerca de 70% da população do município;

Considerando que a Secretaria Municipal de Saúde de São Vicente não dispõe de equipamentos e recursos humanos especializados, para a realização dos exames aqui mencionados, se faz necessária a presente contratação de empresa de prestação de serviços de análises clínicas histológicas e citológicas, por período de 12 meses, conforme quantidades, especificações e obrigações constantes nesse 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 e suas atualizações, grupo 2- Procedimentos com finalidade Diagnóstica em Laboratório Clínico e Subgrupo 02 e 03, e excepcionais contidos na Tabela AMB/99 e Tabela CBHPM.

Justificativa para Pregão Presencial

Considerando que a Administração Pública tem o poder discricionário para decidir sobre as modalidades licitatórias de acordo com sua necessidade e conveniência desde que motivadas; para a licitação em tela, a escolha da modalidade Pregão Presencial é a que melhor se adequa a aquisição do objeto certame, em razão dos inúmeros problemas operacionais para a execução do contrato.



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

Justifica-se a inviabilidade de utilização do Pregão na forma Eletrônica considerando a possibilidade de se imprimir maior celebridade a contratação do serviço, sem prejuízo à competitividade e a segurança da contratação; ademais, considerando, ainda, a possibilidade de que a realização do Pregão na forma Eletrônica poderá acarretar sérios problemas para a administração, especialmente no que tange ao cumprimento contratual, por conta, em grande parte, da distância de um provável vencedor do certame e desinteresse posterior, decorrente daquela, quando da adjudicação, vindo a resultar em prejuízo, em diversos aspectos, como econômico, material e temporal, para o órgão, o mesmo não ocorrendo quando do Pregão na sua forma Presencial, que demanda, e demonstra, maior interesse por parte dos participantes, justamente pela necessidade da presença física desses, assegurando geralmente, desta forma, a contratação; dessa forma e sendo que o Pregão Presencial, além de mais prático, fácil, simples, direto e acessível, atinge o seu fim, e fim único de toda licitação, qual seja garantir a observância do princípio constitucional da isonomia, permitindo a participação de quaisquer interessados que atendam aos requisitos exigidos, e a selecionar proposta mais vantajosa para a Administração, mediante sessão pública, por meio de propostas de preços escritas e lances verbais, além e ser eminentemente público e aberto, não resultando, desta forma, sem qualquer prejuízo para a Administração, eis porque se justifica a inviabilidade da utilização do Pregão na forma Eletrônica optando-se, como aqui se faz, pela utilização do Pregão Presencial.

3. ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

RELAÇÃO DE EXAMES ESTIMADOS PELO PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES.

DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – DAPS

Código	Descrição do exame	Valor	Qtde. Anual	Total
02.02.01.002-3	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R\$2,01	16	R\$32,16
02.02.01.004-0	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$3,63	1790	R\$6.497,70
02.02.01.007-4	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	R\$10,00	258	R\$2.580,00
02.02.01.011-2	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R\$2,01	2	R\$4,02
02.02.01.012-0	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$1,85	3983	R\$7.368,55
02.02.01.014-7	DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$3,68	24	R\$88,32
02.02.01.015-5	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	R\$3,68	1	R\$3,68
02.02.01.016-3	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R\$3,68	44	R\$161,92
02.02.01.018-0	DOSAGEM DE AMILASE	R\$2,25	280	R\$630,00
02.02.01.020-1	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$2,01	1418	R\$2.850,18
02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CALCIO	R\$1,85	4818	R\$8.913,30
02.02.01.022-8	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$3,51	222	R\$779,22
02.02.01.025-2	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	R\$3,68	2	R\$7,36
02.02.01.026-0	DOSAGEM DE CLORETO	R\$1,85	22	R\$40,70
02.02.01.027-9	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$3,51	26650	R\$93.541,50
02.02.01.028-7	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$3,51	25810	R\$90.593,10
02.02.01.029-5	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$1,85	31608	R\$58.474,80
02.02.01.031-7	DOSAGEM DE CREATININA	R\$1,85	23742	R\$43.922,70
02.02.01.032-5	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$3,68	4504	R\$16.574,72



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

02.02.01.033-3	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$4,12	76	R\$313,12
02.02.01.036-8	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA	R\$3,68	368	R\$1.354,24
02.02.01.038-4	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$15,59	2274	R\$35.451,66
02.02.01.039-2	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$3,51	2740	R\$9.617,40
02.02.01.040-6	DOSAGEM DE FOLATO	R\$15,65	672	R\$10.516,80
02.02.01.041-4	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	R\$ 2,01	2	R\$ 4,02
02.02.01.042-2	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$2,01	1120	R\$2.251,20
02.02.01.043-0	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$1,85	100	R\$185,00
02.02.01.046-5	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$3,51	1940	R\$6.809,40
02.02.01.047-3	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$1,85	44218	R\$81.803,30
02.02.01.048-1	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	R\$ 3,68	2	R\$ 7,36
02.02.01.050-3	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$7,86	17232	R\$135.443,52
02.02.01.055-4	DOSAGEM DE LIPASE	R\$2,25	66	R\$148,50
02.02.01.056-2	DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$2,01	310	R\$623,10
02.02.01.060-0	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$1,85	6582	R\$12.176,70
02.02.01.061-9	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$1,40	8	R\$11,20
02.02.01.062-7	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$1,85	148	R\$273,80
02.02.01.063-5	DOSAGEM DE SODIO	R\$1,85	5856	R\$10.833,60
02.02.01.064-3	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALAC	R\$2,01	14008	R\$28.156,08
02.02.01.065-1	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVI	R\$2,01	13446	R\$27.026,46
02.02.01.066-0	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$4,12	96	R\$395,52
02.02.01.067-8	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$3,51	30428	R\$106.802,28
02.02.01.069-4	DOSAGEM DE UREIA	R\$1,85	17716	R\$32.774,60
02.02.01.070-8	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$15,24	2174	R\$33.131,76
02.02.01.072-4	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$4,42	44	R\$194,48
02.02.01.073-2	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE)	R\$15,65	2	R\$31,30
02.02.01.074-0	PROVA DA D-XILOSE	R\$3,68	2	R\$7,36
02.02.01.076-7	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$15,24	5926	R\$90.312,24
02.02.02.002-9	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$2,73	20	R\$54,60
02.02.02.003-7	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$2,73	146	R\$398,58
02.02.02.013-4	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$5,77	1032	R\$5.954,64
02.02.02.014-2	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$2,73	1046	R\$2.855,58
02.02.02.015-0	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS)	R\$2,73	1566	R\$4.275,18
02.02.02.016-9	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R\$4,11	2	R\$8,22
02.02.02.017-7	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$6,48	2	R\$12,96
02.02.02.030-4	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$1,53	8	R\$12,24
02.02.02.035-5	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$5,41	2392	R\$12.940,72
02.02.02.036-3	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R\$2,73	6	R\$16,38
02.02.02.037-1	HEMATOCRITO	R\$1,53	8	R\$12,24
02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$4,11	43912	R\$180.478,32
02.02.02.044-4	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R\$2,73	10	R\$27,30
02.02.02.046-0	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	R\$ 2,73	2	R\$ 5,46
02.02.02.054-1	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$2,73	4	R\$10,92
02.02.02.055-0	DOSAGEM DE PROTEINA C FUNCIONAL	R\$ 75,00	4	R\$ 300,00
02.02.02.057-6	PESQUISA DE ANTICOAGULANTE LUPICO	R\$ 110,00	8	R\$ 880,00
02.02.03.006-7	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	R\$9,25	12	R\$111,00
02.02.03.007-5	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R\$2,83	1080	R\$3.056,40
02.02.03.009-1	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$15,06	38	R\$572,28
02.02.03.010-5	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$16,42	6376	R\$104.693,92
02.02.03.011-3	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$13,55	10	R\$135,50
02.02.03.012-1	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$17,16	40	R\$686,40
02.02.03.013-0	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$17,16	42	R\$720,72
02.02.03.015-6	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$17,16	238	R\$4.084,08
02.02.03.016-4	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$9,25	520	R\$4.810,00
02.02.03.018-0	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$17,16	42	R\$720,72
02.02.03.020-2	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$2,83	2166	R\$6.129,78
02.02.03.022-9	IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 17,16	2	R\$ 34,32
02.02.03.023-7	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCA	R\$ 80,00	2	R\$ 160,00
02.02.03.025-3	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	R\$10,00	8	R\$80,00
02.02.03.026-1	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10,00	38	R\$ 380,00
02.02.03.027-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$8,67	54	R\$468,18
02.02.03.028-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$17,16	32	R\$549,12
02.02.03.030-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$10,00	114	R\$1.140,00
02.02.03.031-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$18,55	28	R\$519,40
02.02.03.032-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RN	R\$17,16	14	R\$240,24
02.02.03.033-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R\$5,74	2	R\$11,48
02.02.03.034-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$17,16	32	R\$549,12
02.02.03.035-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$18,55	38	R\$704,90



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

02.02.03.036-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$18,55	38	R\$704,90
02.02.03.039-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	R\$9,25	10	R\$92,50
02.02.03.045-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	R\$10,00	12	R\$120,00
02.02.03.047-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$2,83	772	R\$2.184,76
02.02.03.053-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	R\$4,10	2	R\$8,20
02.02.03.054-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	R\$5,50	2	R\$11,00
02.02.03.055-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$17,16	232	R\$3.981,12
02.02.03.056-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	R\$17,16	8	R\$137,28
02.02.03.058-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	R\$17,16	8	R\$137,28
02.02.03.059-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	R\$17,16	730	R\$12.526,80
02.02.03.062-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$17,16	206	R\$3.534,96
02.02.03.063-6	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$18,55	3202	R\$59.397,10
02.02.03.064-4	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$18,55	50	R\$927,50
02.02.03.065-2	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	R\$7,78	2	R\$15,56
02.02.03.067-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$18,55	7546	R\$139.978,30
02.02.03.068-7	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D	R\$18,55	4	R\$74,20
02.02.03.069-5	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO	R\$9,25	4	R\$37,00
02.02.03.070-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCID	R\$4,10	4	R\$16,40
02.02.03.073-3	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$2,83	30	R\$84,90
02.02.03.074-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$11,00	762	R\$8.382,00
02.02.03.076-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$16,97	4164	R\$70.663,08
02.02.03.077-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSO	R\$9,25	58	R\$536,50
02.02.03.078-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)	R\$18,55	1468	R\$27.231,40
02.02.03.079-2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVI	R\$30,00	4	R\$120,00
02.02.03.080-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A	R\$18,55	54	R\$1.001,70
02.02.03.081-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$17,16	484	R\$8.305,44
02.02.03.082-2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 17,16	6	R\$ 102,96
02.02.03.083-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$17,16	6	R\$102,96
02.02.03.084-9	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES S	R\$17,16	6	R\$102,96
02.02.03.085-7	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$11,61	762	R\$8.846,82
02.02.03.086-5	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANI	R\$10,00	2	R\$20,00
02.02.03.087-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$18,55	4190	R\$77.724,50
02.02.03.088-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSO	R\$ 9,25	22	R\$ 203,50
02.02.03.089-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL	R\$18,55	286	R\$5.305,30
02.02.03.090-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVI	R\$20,00	4	R\$80,00
02.02.03.091-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE	R\$18,55	52	R\$964,60
02.02.03.092-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$17,16	482	R\$8.271,12
02.02.03.094-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$17,16	6	R\$102,96
02.02.03.095-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES S	R\$17,16	6	R\$102,96
02.02.03.096-2	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$13,35	708	R\$9.451,80
02.02.03.097-0	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$18,55	7836	R\$145.357,80
02.02.03.098-9	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBE)	R\$18,55	36	R\$667,80
02.02.03.101-2	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$4,10	22	R\$90,20
02.02.03.103-9	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	R\$9,25	1540	R\$14.245,00
02.02.03.104-7	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLORESCEN	R\$ 10,00	12	R\$ 120,00
02.02.03.108-0	HEPATITE C (PCR- QUANTITATIVO - CARGAL V	R\$168,48	4	R\$673,92
02.02.03.109-8	REACAO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$4,10	6938	R\$28.445,80
02.02.03.111-0	TESTE DE VDRL P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$2,83	2758	R\$7.805,14
02.02.03.112-8	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$10,00	6612	R\$66.120,00
02.02.03.113-6	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$10,00	6620	R\$66.200,00
02.02.03.117-9	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	R\$2,83	2094	R\$5.926,02
02.02.03.118-7	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE (IGA)	R\$18,55	12	R\$222,60
02.02.03.120-9	DOSAGEM DE TROPONINA	R\$9,00	8	R\$72,00
02.02.03.121-7	DOSAGEM DO ANTIGENO CA 125	R\$13,35	172	R\$2.296,20
02.02.04.002-0	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	R\$3,04	4	R\$12,16
02.02.04.005-4	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIUR	R\$ 1,65	2	R\$ 3,30
02.02.04.007-0	PESQUISA DE GORDURA FECAL	R\$ 1,65	4	R\$ 6,60
02.02.04.009-7	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R\$ 1,65	4	R\$ 6,60
02.02.04.012-7	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$1,65	22664	R\$37.395,60
02.02.04.014-3	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$1,65	1276	R\$2.105,40
02.02.04.015-1	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	R\$1,65	2	R\$3,30
02.02.04.016-0	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	R\$ 1,65	2	R\$ 3,30
02.02.05.001-7	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS	R\$3,70	36538	R\$135.190,60
02.02.05.002-5	CLEARANCE DE CREATININA	R\$3,51	70	R\$245,70
02.02.05.008-4	DOSAGEM DE CITRATO	R\$2,01	8	R\$16,08
02.02.05.009-2	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$8,12	812	R\$6.593,44
02.02.05.010-6	DOSAGEM DE OXALATO	R\$3,68	8	R\$29,44



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

02.02.05.011-4	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$2,04	334	R\$681,36
02.02.05.019-0	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	R\$2,04	2	R\$4,08
02.02.06.002-0	T3 LIVRE	R\$12,54	108	R\$1.354,32
02.02.06.003-9	DETERMINACAO DE T3 REVERSO	R\$ 14,69	2	R\$ 29,38
02.02.06.004-7	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R\$10,20	44	R\$448,80
02.02.06.008-0	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$14,12	4	R\$56,48
02.02.06.009-8	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$11,89	52	R\$618,28
02.02.06.011-0	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$ 11,53	38	R\$ 438,14
02.02.06.013-6	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$9,86	118	R\$1.163,48
02.02.06.014-4	DOSAGEM DE DEHIDROPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$11,25	36	R\$405,00
02.02.06.015-2	DOSAGEM DE DEHIDROTOSTERONA (DHT)	R\$11,71	8	R\$93,68
02.02.06.016-0	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$10,15	642	R\$6.516,30
02.02.06.017-9	DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$11,55	16	R\$184,80
02.02.06.018-7	DOSAGEM DE ESTRONA	R\$11,12	8	R\$88,96
02.02.06.020-9	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE T	R\$ 15,35	2	R\$ 30,70
02.02.06.021-7	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$7,85	848	R\$6.656,80
02.02.06.022-5	DOSAGEM DE HORMONIO DO CRESCIMENTO (HGH)	R\$10,21	58	R\$592,18
02.02.06.023-3	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$7,89	784	R\$6.185,76
02.02.06.024-1	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$8,97	662	R\$5.938,14
02.02.06.025-0	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$8,96	24942	R\$223.480,32
02.02.06.026-8	DOSAGEM DE INSULINA	R\$10,17	356	R\$3.620,52
02.02.06.027-6	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$43,13	28	R\$1.207,64
02.02.06.028-4	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 15,35	6	R\$ 92,10
02.02.06.029-2	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$10,22	190	R\$1.941,80
02.02.06.030-6	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$10,15	368	R\$3.735,20
02.02.06.031-4	DOSAGEM DE RENINA	R\$13,19	2	R\$26,38
02.02.06.032-2	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF-1)	R\$15,35	56	R\$859,60
02.02.06.033-0	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R\$13,11	26	R\$340,86
02.02.06.034-9	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$10,43	586	R\$6.111,98
02.02.06.035-7	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$13,11	118	R\$1.546,98
02.02.06.036-5	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$15,35	38	R\$583,30
02.02.06.037-3	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$8,76	4294	R\$37.615,44
02.02.06.038-1	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$11,60	12820	R\$148.712,00
02.02.06.039-0	DOSAGEM DE TRIODOTIRONINA (T3)	R\$8,71	3392	R\$29.544,32
02.02.07.005-0	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R\$15,65	6	R\$93,90
02.02.07.012-3	DOSAGEM DE BARBITURATOS	R\$13,13	12	R\$157,56
02.02.07.015-8	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$17,53	26	R\$455,78
02.02.07.019-0	DOSAGEM DE COBRE	R\$3,51	14	R\$49,14
02.02.07.020-4	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R\$8,97	2	R\$17,94
02.02.07.022-0	DOSAGEM DE FENITOINA	R\$35,22	4	R\$140,88
02.02.07.025-5	DOSAGEM DE LITIO	R\$2,25	108	R\$243,00
02.02.07.035-2	DOSAGEM DE ZINCO	R\$15,65	22	R\$344,30
02.02.08.001-3	ANTIBIOGRAMA	R\$4,98	2086	R\$10.388,28
02.02.08.002-1	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA	R\$ 13,33	6	R\$ 79,98
02.02.08.004-8	BACIOSCOPIA DIRETA P/ BAAR	R\$4,20	860	R\$3.612,00
02.02.08.007-2	BACTEROSCOPIA (GRAM)	R\$2,80	3674	R\$10.287,20
02.02.08.008-0	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$5,62	16308	R\$91.650,96
02.02.08.011-0	CULTURA PARA BAAR	R\$5,63	6	R\$33,78
02.02.08.013-7	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$4,19	14	R\$58,66
02.02.08.014-5	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$2,80	26	R\$72,80
02.02.08.015-3	HEMOCULTURA	R\$11,49	2	R\$22,98
02.02.09.021-3	ESPERMOGRAMA (CADA ANALISE)	R\$9,70	354	R\$3.433,80
02.02.10.003-0	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$160,00	10	R\$1.600,00
02.02.10.003-0	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$160,00	4	R\$640,00
02.02.12.002-3	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO A	R\$1,37	4786	R\$6.556,82
02.02.12.008-2	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$1,37	4786	R\$6.556,82
02.02.12.009-0	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$2,73	474	R\$1.294,02
TOTAL			560876	R\$ 2.898.662,83

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



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

Tabela de preço: AMB				
Código	Descrição do exame	Valor	Qtde. Anual	Total
28061667	CA 15-3	R\$63,72	58	R\$3.695,76
28061934	ANTINEUTROFILOS (ANCA) P	R\$27,00	12	R\$324,00
28062000	COMPLEMENTO C3A [FATOR B - C3 PRO-ATIVADOR]	R\$13,00	2	R\$26,00
28062612	HEPATITE E (HEV)	R\$60,00	2	R\$120,00
28170075	HEPATITE B - PCR QUANTITATIVO [CARGA VIRAL]	R\$335,00	4	R\$1.340,00
28170164	FATOR V LEIDEN E MUTACAO DA PROTROMBINA	R\$195,00	2	R\$390,00
28.01.088-4	FOSFOLIPIDIOS	R\$4,00	2	R\$8,00
28.01.157-0	LACTOSE, TESTE DE TOLERANCIA A	R\$21,60	20	R\$432,00
28.01.167-8	APOLIPO B	R\$21,60	4	R\$86,40
28.01.174-0	FOSFATASE A OSSEA	R\$42,00	2	R\$84,00
28.01.179-1	HOMOCISTEINA	R\$60,00	2	R\$120,00
28.05.084-3	COMPOSTO S [11 DESOXI-CORTISOL]	R\$40,50	4	R\$162,00
28.05.093-2	ERITROPOIETINA	R\$93,80	2	R\$187,60
28.05.097-5	TRAB - ANTICORPO E ANTIRECEPTOR TSH	R\$67,50	16	R\$1.080,00
28.05.098-3	SHBG	R\$62,50	10	R\$625,00
28.05.099-1	1,25 DIIDROXICOLECALCIFEROL (VIT D3 1,25 DIIDROXI)	R\$52,50	2	R\$105,00
28.05.100-9	ANTI GAD	R\$60,00	6	R\$360,00
28.06.017-2	ANTIDESOXIRIBONUCLEASE B	R\$12,00	2	R\$24,00
28.06.061-0	IMUNOGLOBULINA IGG	R\$13,50	24	R\$324,00
28.06.159-4	CA 19-9	R\$63,72	116	R\$7.391,52
28.06.172-1	ANTICORPOS ANTI-GLIADINA (GLUTEN) - IGG	R\$25,00	4	R\$100,00
28.06.174-8	CA 72-4	R\$63,72	2	R\$127,44
28.06.177-2	GIARDIA LAMBLIA - PESQ. ANTIGENO (FEZES)	R\$32,40	2	R\$64,80
28.06.187-0	ANTI-JO1	R\$24,30	8	R\$194,40
28.06.201-9	CA - 50	R\$59,00	2	R\$118,00
28.06.235-3	TOXOPLASMOSE IGA	R\$27,00	6	R\$162,00
28.06.251-5	PSA LIVRE	R\$62,00	222	R\$13.764,00
28.06.256-6	HLA B27	R\$84,00	2	R\$168,00
28.06.267-1	ENDOMISIO, ANTICORPOS IGA	R\$190,00	6	R\$1.140,00
28.09.012-8	VIRUS INFLUENZA TIPO B, IGG/IGM	R\$21,60	2	R\$43,20
28.13.044-8	METANEFRIAS URINARIAS	R\$30,00	2	R\$60,00
28.15.035-0	SELENIO	R\$150,00	2	R\$300,00
28.17.024-5	PARVOVIRUS	R\$127,50	4	R\$510,00
TOTAL			556	R\$ 33.637,12

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

Tabela de preço: CBHPM				
Código	Descrição do exame	Valor	Qtde. Anual	Total
40304507	PROTEINA C	R\$64,76	2	R\$129,52
40304515	PROTEINA S	R\$94,05	2	R\$188,10
40306461	AVIDEZ – TOXOPLASMOSE	R\$38,88	82	R\$3.188,16
40308804	PEPTIDEO CITRULINADO CICLICO (CCP), AUTO-ANTICORPO	R\$184,85	252	R\$46.582,20
40306593	CAXUMBA, ANTICORPOS IGG	R\$56,17	4	R\$224,68
C35	AC. LIGADORES AO RECEPTOR DE ACETILCOLINA	R\$86,34	2	R\$172,68
TOTAL			344	R\$ 50.485,34

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

DIRETORIA DE ATENÇÃO HOSPITALAR, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – DAHUE

Hospital Municipal:

PROCEDIMENTO TABELA SIA/SUS	Valor	Qtde. Anual	Total
-----------------------------	-------	-------------	-------



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

0202010023 DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R\$ 2,01	3	R\$5,63
0202010040 DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 3,63	608	R\$2.205,59
0202010112 DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R\$ 2,01	8	R\$16,88
0202010120 DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$ 1,85	672	R\$1.243,20
0202010163 DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R\$ 3,68	3	R\$10,30
0202010180 DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 2,25	5093	R\$11.459,70
0202010201 DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 2,01	3315	R\$6.663,55
0202010210 DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 1,85	6706	R\$12.406,10
0202010228 DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$ 3,51	45	R\$157,25
0202010260 DOSAGEM DE CLORETO	R\$ 1,85	123	R\$227,92
0202010279 DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 3,51	1504	R\$5.277,64
0202010287 DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 3,51	28	R\$98,28
0202010295 DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 1,85	1400	R\$2.590,00
0202010317 DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 1,85	25200	R\$46.620,00
0202010325 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 3,68	8400	R\$30.912,00
0202010333 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$ 4,12	7560	R\$31.147,20
0202010368 DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R\$ 3,68	5040	R\$18.547,20
0202010384 DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 15,59	101	R\$1.571,47
0202010392 DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$ 3,51	185	R\$648,65
0202010406 DOSAGEM DE FOLATO	R\$ 15,65	28	R\$438,20
0202010422 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,01	2747	R\$5.521,07
0202010430 DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 1,85	90	R\$165,76
0202010465 DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,51	3360	R\$11.793,60
0202010473 DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 1,85	7560	R\$13.986,00
0202010503 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 7,86	504	R\$3.961,44
0202010538 DOSAGEM DE LACTATO	R\$ 3,68	2520	R\$9.273,60
0202010554 DOSAGEM DE LIPASE	R\$ 2,25	112	R\$252,00
0202010562 DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 2,01	6216	R\$12.494,16
0202010570 DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	R\$ 2,01	3	R\$5,63
0202010600 DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 1,85	21000	R\$38.850,00
0202010619 DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$ 1,40	20	R\$27,44
0202010627 DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 1,85	207	R\$383,32
0202010635 DOSAGEM DE SODIO	R\$ 1,85	21000	R\$38.850,00
0202010643 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 2,01	11788	R\$23.693,88
0202010651 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 2,01	9523	R\$19.140,83
0202010660 DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,12	8	R\$34,61
0202010678 DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 3,51	34	R\$117,94
0202010694 DOSAGEM DE UREIA	R\$ 1,85	22980	R\$42.512,26
0202010708 DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 15,24	112	R\$1.706,88
0202010724 ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 4,42	20	R\$86,63
0202010732 GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	R\$ 15,65	2990	R\$46.799,76
0202010767 DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 15,24	207	R\$3.157,73
0202020029 CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 2,72	896	R\$2.437,12
0202020037 CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$ 2,72	42	R\$114,24
0202020070 DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	R\$ 2,72	4166	R\$11.332,61
0202020096 DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R\$ 2,73	4166	R\$11.374,27
0202020134 DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 5,77	9254	R\$53.395,58
0202020142 DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 2,73	9447	R\$25.790,86
0202020150 DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSIDIMENTACAO (VHS)	R\$ 2,73	3338	R\$9.111,65
0202020304 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 1,53	1148	R\$1.756,44
0202020355 ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 5,41	6	R\$30,30
0202020371 HEMATOCRITO	R\$ 1,53	1148	R\$1.756,44
0202020380 HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11	56000	R\$230.160,00
0202020398 LEUCOGRAMA	R\$ 2,73	11	R\$30,58
0202020541 TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$ 2,73	3	R\$7,64
0202030075 DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 2,83	42	R\$118,86



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

0202030091 DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$ 15,06	3	R\$42,17
0202030105 DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 16,42	221	R\$3.632,10
0202030121 DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 17,16	6	R\$96,10
0202030164 DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 9,25	8	R\$77,70
0202030180 DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 17,16	8	R\$144,14
0202030202 DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 2,83	2590	R\$7.329,70
0202030270 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 8,67	6	R\$48,55
0202030288 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$ 17,16	11	R\$192,19
0202030318 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 18,55	3	R\$51,94
0202030342 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$ 17,16	3	R\$48,05
0202030350 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$ 18,55	6	R\$103,88
0202030474 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$ 2,83	31	R\$87,16
0202030555 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$ 17,16	6	R\$96,10
0202030598 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	R\$ 17,16	39	R\$672,67
0202030628 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$ 17,16	8	R\$144,14
0202030636 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 18,55	512	R\$9.505,02
0202030679 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 18,55	554	R\$10.284,12
0202030733 PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 2,83	17	R\$47,54
0202030741 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,00	36	R\$400,40
0202030768 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 16,97	34	R\$570,19
0202030776 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25	20	R\$181,30
0202030784 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	R\$ 18,55	445	R\$8.258,46
0202030806 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55	64	R\$1.194,62
0202030814 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16	28	R\$480,48
0202030857 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,61	39	R\$455,11
0202030873 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,55	34	R\$623,28
0202030890 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 18,55	470	R\$8.725,92
0202030911 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55	64	R\$1.194,62
0202030920 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16	28	R\$480,48
0202030962 PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$ 13,35	36	R\$485,94
0202030970 PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$ 18,55	543	R\$10.076,36
0202031012 PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$ 4,10	17	R\$68,88
0202031098 TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 4,10	6	R\$22,96
0202031110 TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 2,83	944	R\$2.670,39
0202031128 TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00	297	R\$2.968,00
0202031136 TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00	31	R\$308,00
0202031209 DOSAGEM DE TROPONINA	R\$ 9,00	8400	R\$75.600,00
0202031217 DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	R\$ 13,35	8	R\$112,14
0202040127 PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 1,65	286	R\$471,24
0202040143 PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 1,65	84	R\$138,60
0202050017 ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$ 3,70	27532	R\$101.869,88
0202050025 CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 3,51	45	R\$157,25
0202050092 DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8,12	8	R\$68,21
0202050114 DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 2,04	14	R\$28,56
0202060080 DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$ 14,12	3	R\$39,54
0202060136 DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 9,86	17	R\$165,65
0202060144 DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 11,25	3	R\$31,50
0202060152 DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 11,71	3	R\$32,79
0202060160 DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 10,15	28	R\$284,20
0202060179 DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$ 11,55	8	R\$97,02
0202060187 DOSAGEM DE ESTRONA	R\$ 11,12	8	R\$93,41
0202060217 DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 7,85	445	R\$3.494,82
0202060233 DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 7,89	42	R\$331,38
0202060241 DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 8,97	31	R\$276,28
0202060250 DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 8,96	888	R\$7.952,90



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

0202060268 DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 10,17	8	R\$85,43
0202060276 DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 43,13	17	R\$724,58
0202060284 DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 15,35	3	R\$42,98
0202060292 DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 10,22	17	R\$171,70
0202060349 DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 10,43	34	R\$350,45
0202060357 DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 13,11	8	R\$110,12
0202060365 DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$ 15,35	3	R\$42,98
0202060373 DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 8,76	224	R\$1.962,24
0202060381 DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 11,60	504	R\$5.846,40
0202060390 DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 8,71	188	R\$1.634,00
0202070255 DOSAGEM DE LITIO	R\$ 2,25	140	R\$315,00
0202070352 DOSAGEM DE ZINCO	R\$ 15,65	3	R\$43,82
0202080013 ANTIBIOGRAMA	R\$ 4,98	700	R\$3.486,00
0202080048 BACIOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$ 4,20	350	R\$1.470,00
0202080072 BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$ 2,80	16800	R\$47.040,00
0202080080 CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 5,62	5600	R\$31.472,00
0202080153 HEMOCULTURA	R\$ 11,49	2800	R\$32.172,00
0202090051 CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89	168	R\$317,52
0202090060 CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89	168	R\$317,52
0202090213 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R\$ 9,70	224	R\$2.172,80
0202090230 PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$ 1,89	168	R\$317,52
0202090299 PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIP	R\$ 1,89	168	R\$317,52
0202120023 DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37	45	R\$61,38
0202120082 PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37	48	R\$65,21
0202080080 CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 5,62	559	R\$3.139,33
0202080110 CULTURA PARA BAAR	R\$ 5,63	0	R\$0,00
0202080137 CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$ 4,19	0	R\$0,00
0202080145 EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$ 2,80	0	R\$0,00
0202080153 HEMOCULTURA	R\$ 11,49	133	R\$1.528,17
0202090051 CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89	34	R\$63,50
0202090060 CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89	35	R\$66,15
0202090167 ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,56	42	R\$275,52
0202090213 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R\$ 9,70	112	R\$1.086,40
0202090230 PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$ 1,89	35	R\$66,15
0202090299 PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIP	R\$ 1,89	27	R\$50,27
0202120023 DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37	22	R\$30,69
0202120082 PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37	24	R\$32,61
0202120090 TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$ 2,73	7	R\$19,11
Total	1.083,93	343125	R\$1.192.388,96

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

Notas:

PROCEDIMENTO TABELA AMB	Valor	Qtde. Anual	Total
2806159-4 CA199 - CA 19/9	R\$ 63,72	28	R\$1.784,16
2806251-5 PSAL - LIVRE, ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO	R\$ 62,00	21	R\$1.302,00
2809021-7 ADA - ADENOSINA DEAMINASE (ADA)	R\$ 48,20	14	R\$674,80
2806166-7 CA 153 - CA15-3	R\$ 63,72	3	R\$178,42
2805082-7 T3 L- T3 LIVRE	R\$ 22,95	14	R\$321,30
2810028-0 CRIP 2- CRIPTOCOCOSE, TINTA DA CHINA	R\$ 4,50	4	R\$18,90
2809016-0 IGG - IMUNOGLOBULINA G (IgG)	R\$ 27,00	3	R\$75,60
TOTAL	R\$ 292,09	87	R\$4.355,18



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

OUTROS EXAMES FORA TABELA SUS E TABELA AMB	Valor	Qtde. Anual	Total
0202080196 PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$ 4,33	140	R\$606,20
0202080218 PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$ 4,33	140	R\$606,20
D-Dímero	R\$ 75,00	210	R\$15.750,00
Total	R\$ 83,66	490	R\$16.962,40

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

Notas:

MATERNIDADE MUNICIPAL DE SÃO VICENTE (ALOJAMENTO CONJUNTO, UNIDADE NEONATAL E PRÉ PARTO)			
PROCEDIMENTO TABELA SIA/SUS	VALOR TABELA SUS	QUANTIDADE ANUAL ESTIMADA	VALOR TOTAL
0202010120 DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$1,85	3650	R\$6.752,50
0202010180 DOSAGEM DE AMILASE	R\$2,25	365	R\$821,25
0202010201 DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$2,01	3650	R\$7.336,50
0202010210 DOSAGEM DE CALCIO	R\$1,85	350	R\$647,50
0202010228 DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$3,51	10	R\$35,10
0202010260 DOSAGEM DE CLORETO	R\$1,85	730	R\$1.350,50
0202010279 DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$3,51	30	R\$105,30
0202010287 DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$3,51	30	R\$105,30
0202010295 DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$1,85	30	R\$55,50
0202010317 DOSAGEM DE CREATININA	R\$1,85	5000	R\$9.250,00
0202010325 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$3,68	150	R\$552,00
0202010333 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$4,12	150	R\$618,00
0202010368 DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R\$3,68	3650	R\$13.432,00
0202010384 DOSAGEM DE FERRITINA	R\$15,59	24	R\$374,16
0202010392 DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$3,51	24	R\$84,24
0202010422 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$2,01	365	R\$733,65
0202010430 DOSAGEM DE FOSFORO	R\$1,85	64	R\$118,40
0202010465 DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$3,51	365	R\$1.281,15
0202010473 DOSAGEM DE GLICOSE	R\$1,85	150	R\$277,50
0202010503 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$7,86	150	R\$1.179,00
0202010538 DOSAGEM DE LACTATO	R\$3,68	500	R\$1.840,00
0202010554 DOSAGEM DE LIPASE	R\$2,25	365	R\$821,25
0202010562 DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$2,01	730	R\$1.467,30
0202010600 DOSAGEM DE POTASSIO	R\$1,85	3650	R\$6.752,50
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



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

0202010635 DOSAGEM DE SODIO	R\$1,85	3650	R\$6.752,50
0202010643 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$2,01	3650	R\$7.336,50
0202010651 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$2,01	3650	R\$7.336,50
0202010660 DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$4,12	6	R\$24,72
0202010678 DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$3,51	30	R\$105,30
0202010694 DOSAGEM DE UREIA	R\$1,85	5000	R\$9.250,00
0202010732 GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	R\$15,65	450	R\$7.042,50
0202010767 DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$15,24	10	R\$152,40
0202020070 DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	R\$2,72	1485	R\$4.039,20
0202020096 DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R\$2,73	1485	R\$4.054,05
0202020134 DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$5,77	3650	R\$21.060,50
0202020142 DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$2,73	3650	R\$9.964,50
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	6	R\$32,46
0202020371 HEMATOCRITO	R\$1,53	820	R\$1.254,60
0202020380 HEMOGRAMA COMPLETO	R\$4,11	16800	R\$69.048,00
0202030202 DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$2,83	2384	R\$6.746,72
0202030636 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$18,55	250	R\$4.637,50
0202030741 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$11,00	150	R\$1.650,00
0202030784 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	R\$18,55	250	R\$4.637,50
0202030806 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$18,55	12	R\$222,60
0202030814 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$17,16	150	R\$2.574,00
0202030857 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$11,61	100	R\$1.161,00
0202030890 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$18,55	250	R\$4.637,50
0202030911 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$18,55	12	R\$222,60
0202030920 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$17,16	100	R\$1.716,00
0202030970 PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$18,55	250	R\$4.637,50



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

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	8000	R\$22.640,00
0202031128	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$10,00	1825	R\$18.250,00
0202031136	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$10,00	1825	R\$18.250,00
0202040127	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$1,65	30	R\$49,50
0202040143	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$1,65	30	R\$49,50
0202050017	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$3,70	16800	R\$62.160,00
0202050025	CLEARANCE DE CREATININA	R\$3,51	60	R\$210,60
0202050114	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$2,04	350	R\$714,00
0202060217	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$7,85	800	R\$6.280,00
	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG) QUANTITATIVO	R\$100,00	365	R\$36.500,00
0202060250	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$8,96	30	R\$268,80
0202060268	DOSAGEM DE INSULINA	R\$10,17	48	R\$488,16
0202060365	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$15,35	30	R\$460,50
0202060373	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$8,76	30	R\$262,80
0202060381	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$11,60	30	R\$348,00
0202060390	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$8,71	30	R\$261,30
0202080013	ANTIBIOGRAMA	R\$4,98	3800	R\$18.924,00
0202080048	BACIOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$4,20	12	R\$50,40
0202080072	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$2,80	16800	R\$47.040,00
0202080080	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$5,62	3800	R\$21.356,00
0202080153	HEMOCULTURA	R\$11,49	500	R\$5.745,00
0202090051	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$1,89	250	R\$472,50
0202090060	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$1,89	250	R\$472,50
0202090230	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$1,89	250	R\$472,50
0202090299	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIP	R\$1,89	144	R\$272,16
0202120023	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$1,37	15000	R\$20.550,00
0202120082	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$1,37	15000	R\$20.550,00
	SOROLOGIA PARA HIV 1 (ELISA 02.02.03.030-0, WESTERN BLOT	R\$10,00	24	R\$240,00
	02.02.03.029-6 IMUNOFLUORESCÊNCIA)	R\$85,00	24	R\$2.040,00
	02.02.03.084-9 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLIS	R\$17,16	10	R\$171,60
	02.02.03.111-0 VDRL NO LÍQUOR	R\$2,83	250	R\$707,50
	02.02.12.009-0 COOMBS INDIRETO	R\$2,73	13500	R\$36.855,00



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

02.02.02.054-1 COOMBS DIRETO	R\$2,73	13500	R\$36.855,00
02.02.10.001-4 DETERMINACAO DE <i>CARIOTIPO</i> EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE <i>BANDAS</i>).	R\$180,00	12	R\$2.160,00
02.02.08.013-7 CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$4,19	40	R\$167,60
02.02.07.012-3 FENO FENOBARBITAL	R\$13,13	24	R\$315,12
VANCOGINEMIA	R\$13,00	24	R\$312,00
0202080048 BACIOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$4,20	15	R\$63,00
02.02.05.011-4 DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$2,04	200	R\$408,00
02.02.05.002-5 <i>CLEARANCE DE CREATININA</i>	R\$3,51	200	R\$702,00
02.02.05.021-1 - PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	R\$2,04	12	R\$24,48
02.02.02.029-0 - DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R\$4,60	365	R\$1.679,00
02.02.03.085-7 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTI- <i>CITOMEGALOVIRUS</i>	R\$11,61	10	R\$116,10
02.02.01.019-8 DOSAGEM DE AMONIA SERICA	R\$3,51	12	R\$42,12
1 02.02.01.021-0 DOSAGEM DE CALCIO	R\$1,85	24	R\$44,40
DOSAGEM SERICA DE DGPD	R\$29,00	12	R\$348,00
02.02.01.004-0 DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA	R\$3,63	150	R\$544,50
02.02.08.008-0 CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$5,62	36	R\$202,32
02.02.08.022-6 PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	R\$2,80	6	R\$16,80
*SOROLOGIA PARA DENGUE, CHICUNGUNYA E ZICA VIRUS 02.02.03.079-2 IGG	R\$30,00	15	R\$450,00
02.02.03.091 IGM			
02.02.03.079-2 IGG	R\$18,55	15	R\$278,25
02.02.03.091 IGM	R\$30,00	15	R\$450,00
D - DIMERO	R\$75,00	20	R\$1.500,00
		190406	R\$ 634.150,98

P.A. Parque das Bandeiras			
PROCEDIMENTO TABELA SIA/SUS	VALOR UNITARIO	QTDE ANUAL ESTIMADA	VALOR TOTAL ESTIMADO ANUAL
0202010023 DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R\$ 2,01	1	R\$ 2,01
0202010040 DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 3,63	217	R\$ 787,71
0202010112 DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R\$ 2,01	3	R\$ 6,03
0202010120 DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$ 1,85	240	R\$ 444,00
0202010163 DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R\$ 3,68	1	R\$ 3,68
0202010180 DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 2,25	1819	R\$ 4.092,75
0202010201 DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 2,01	1184	R\$ 2.379,84
0202010210 DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 1,85	2395	R\$ 4.430,75
0202010228 DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$ 3,51	16	R\$ 56,16
0202010260 DOSAGEM DE CLORETO	R\$ 1,85	44	R\$ 81,40
0202010279 DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 3,51	537	R\$ 1.884,87
0202010287 DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 3,51	10	R\$ 35,10
0202010295 DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 1,85	500	R\$ 925,00



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

0202010317 DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 1,85	9000	R\$ 16.650,00
0202010325 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 3,68	3000	R\$ 11.040,00
0202010333 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$ 4,12	2700	R\$ 11.124,00
0202010368 DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA	R\$ 3,68	1800	R\$ 6.624,00
0202010384 DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 15,59	36	R\$ 561,24
0202010392 DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$ 3,51	66	R\$ 231,66
0202010406 DOSAGEM DE FOLATO	R\$ 15,65	10	R\$ 156,50
0202010422 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,01	981	R\$ 1.971,81
0202010430 DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 1,85	32	R\$ 59,20
0202010465 DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,51	1200	R\$ 4.212,00
0202010473 DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 1,85	2700	R\$ 4.995,00
0202010503 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 7,86	180	R\$ 1.414,80
0202010538 DOSAGEM DE LACTATO	R\$ 3,68	900	R\$ 3.312,00
0202010554 DOSAGEM DE LIPASE	R\$ 2,25	40	R\$ 90,00
0202010562 DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 2,01	2220	R\$ 4.462,20
0202010570 DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	R\$ 2,01	1	R\$ 2,01
0202010600 DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 1,85	7500	R\$ 13.875,00
0202010619 DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$ 1,40	7	R\$ 9,80
0202010627 DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 1,85	74	R\$ 136,90
0202010635 DOSAGEM DE SODIO	R\$ 1,85	7500	R\$ 13.875,00
0202010643 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 2,01	4210	R\$ 8.462,10
0202010651 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 2,01	3401	R\$ 6.836,01
0202010660 DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,12	3	R\$ 12,36
0202010678 DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 3,51	12	R\$ 42,12
0202010694 DOSAGEM DE UREIA	R\$ 1,85	8207	R\$ 15.182,95
0202010708 DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 15,24	40	R\$ 609,60
0202010724 ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 4,42	7	R\$ 30,94
0202010732 GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	R\$ 15,65	1068	R\$ 16.714,20
0202010767 DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 15,24	74	R\$ 1.127,76
0202020029 CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 2,72	320	R\$ 870,40
0202020037 CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$ 2,72	15	R\$ 40,80
0202020070 DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	R\$ 2,72	1488	R\$ 4.047,36
0202020096 DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R\$ 2,73	1488	R\$ 4.062,24
0202020134 DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 5,77	3305	R\$ 19.069,85
0202020142 DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 2,73	3374	R\$ 9.211,02
0202020150 DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTACAO (VHS)	R\$ 2,73	1192	R\$ 3.254,16
0202020304 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 1,53	410	R\$ 627,30
0202020355 ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 5,41	2	R\$ 10,82
0202020371 HEMATOCRITO	R\$ 1,53	410	R\$ 627,30
0202020380 HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11	20000	R\$ 82.200,00
0202020398 LEUCOGRAMA	R\$ 2,73	4	R\$ 10,92
0202020541 TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$ 2,73	1	R\$ 2,73
0202030075 DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 2,83	15	R\$ 42,45
0202030091 DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$ 15,06	1	R\$ 15,06
0202030105 DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 16,42	79	R\$ 1.297,18
0202030121 DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 17,16	2	R\$ 34,32
0202030164 DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 9,25	3	R\$ 27,75
0202030180 DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 17,16	3	R\$ 51,48



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

0202030202 DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 2,83	925	R\$ 2.617,75
0202030270 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 8,67	2	R\$ 17,34
0202030288 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$ 17,16	4	R\$ 68,64
0202030318 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 18,55	1	R\$ 18,55
0202030342 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$ 17,16	1	R\$ 17,16
0202030350 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$ 18,55	2	R\$ 37,10
0202030474 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$ 2,83	11	R\$ 31,13
0202030555 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$ 17,16	2	R\$ 34,32
0202030598 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	R\$ 17,16	14	R\$ 240,24
0202030628 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$ 17,16	3	R\$ 51,48
0202030636 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 18,55	183	R\$ 3.394,65
0202030679 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 18,55	198	R\$ 3.672,90
0202030733 PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 2,83	6	R\$ 16,98
0202030741 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,00	13	R\$ 143,00
0202030768 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 16,97	12	R\$ 203,64
0202030776 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25	7	R\$ 64,75
0202030784 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	R\$ 18,55	159	R\$ 2.949,45
0202030806 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55	23	R\$ 426,65
0202030814 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16	10	R\$ 171,60
0202030857 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,61	14	R\$ 162,54
0202030873 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,55	12	R\$ 222,60
0202030890 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 18,55	168	R\$ 3.116,40
0202030911 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55	23	R\$ 426,65
0202030920 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16	10	R\$ 171,60
0202030962 PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$ 13,35	13	R\$ 173,55
0202030970 PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$ 18,55	194	R\$ 3.598,70
0202031012 PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALEER-ROSE)	R\$ 4,10	6	R\$ 24,60
0202031098 TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 4,10	2	R\$ 8,20
0202031110 TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 2,83	337	R\$ 953,71
0202031128 TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00	106	R\$ 1.060,00
0202031136 TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00	11	R\$ 110,00
0202031209 DOSAGEM DE TROPONINA	R\$ 9,00	3000	R\$ 27.000,00
0202031217 DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	R\$ 13,35	3	R\$ 40,05
0202040127 PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 1,65	102	R\$ 168,30
0202040143 PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 1,65	30	R\$ 49,50
0202050017 ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$ 3,70	9833	R\$ 36.382,10
0202050025 CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 3,51	16	R\$ 56,16
0202050092 DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8,12	3	R\$ 24,36
0202050114 DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 2,04	5	R\$ 10,20
0202060080 DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$ 14,12	1	R\$ 14,12
0202060136 DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 9,86	6	R\$ 59,16
0202060144 DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 11,25	1	R\$ 11,25
0202060152 DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 11,71	1	R\$ 11,71
0202060160 DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 10,15	10	R\$ 101,50
0202060179 DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$ 11,55	3	R\$ 34,65
0202060187 DOSAGEM DE ESTRONA	R\$ 11,12	3	R\$ 33,36
0202060217 DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 7,85	159	R\$ 1.248,15
0202060233 DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 7,89	15	R\$ 118,35



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

0202060241 DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 8,97	11	R\$ 98,67
0202060250 DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 8,96	317	R\$ 2.840,32
0202060268 DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 10,17	3	R\$ 30,51
0202060276 DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 43,13	6	R\$ 258,78
0202060284 DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 15,35	1	R\$ 15,35
0202060292 DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 10,22	6	R\$ 61,32
0202060349 DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 10,43	12	R\$ 125,16
0202060357 DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 13,11	3	R\$ 39,33
0202060365 DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$ 15,35	1	R\$ 15,35
0202060373 DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 8,76	160	R\$ 1.401,60
0202060381 DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 11,60	180	R\$ 2.088,00
0202060390 DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 8,71	67	R\$ 583,57
0202070255 DOSAGEM DE LITIO	R\$ 2,25	50	R\$ 112,50
0202070352 DOSAGEM DE ZINCO	R\$ 15,65	1	R\$ 15,65
0202080013 ANTIBIOGRAMA	R\$ 4,98	250	R\$ 1.245,00
0202080048 BACIOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$ 4,20	125	R\$ 525,00
0202080072 BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$ 2,80	6000	R\$ 16.800,00
0202080080 CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 5,62	2000	R\$ 11.240,00
0202080153 HEMOCULTURA	R\$ 11,49	1000	R\$ 11.490,00
0202090051 CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89	60	R\$ 113,40
0202090060 CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89	60	R\$ 113,40
0202090213 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R\$ 9,70	80	R\$ 776,00
0202090230 PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$ 1,89	60	R\$ 113,40
0202090299 PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIP	R\$ 1,89	60	R\$ 113,40
0202120023 DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37	16	R\$ 21,92
0202120082 PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37	17	R\$ 23,29
0202080080 CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 5,62	200	R\$ 1.124,00
0202080110 CULTURA PARA BAAR	R\$ 5,63	0	R\$ 0,00
0202080137 CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$ 4,19	0	R\$ 0,00
0202080145 EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$ 2,80	0	R\$ 0,00
0202080153 HEMOCULTURA	R\$ 11,49	48	R\$ 551,52
0202090051 CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89	12	R\$ 22,68
0202090060 CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89	13	R\$ 24,57
0202090167 ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,56	15	R\$ 98,40
0202090213 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R\$ 9,70	40	R\$ 388,00
0202090230 PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$ 1,89	13	R\$ 24,57
0202090299 PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIP	R\$ 1,89	10	R\$ 18,90
0202120023 DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37	8	R\$ 10,96
0202120082 PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37	9	R\$ 12,33
0202120090 TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$ 2,73	3	R\$ 8,19
Total	R\$ 1.142,95	122628	R\$ 426.567,44

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

Notas:

PROCEDIMENTO TABELA AMB	VALOR UNITÁRIO	QTDE ANUAL ESTIMADA	VALOR TOTAL ESTIMADO
2806159-4 CA199 - CA 19/9	R\$ 63,72	10	R\$ 637,20
2806251-5 PSAL - LIVRE, ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO	R\$ 62,00	8	R\$ 496,00



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

2809021-7 ADA - ADENOSINA DEAMINASE (ADA)	R\$ 48,20	5	R\$ 241,00
2806166-7 CA 153 - CA15-3	R\$ 63,72	1	R\$ 63,72
2805082-7 T3 L- T3 LIVRE	R\$ 22,95	5	R\$ 114,75
2810028-0 CRIP 2- CRIPTOCOCOSE, TINTA DA CHINA	R\$ 4,50	2	R\$ 9,00
2809016-0 IGG - IMUNOGLOBULINA G (IgG)	R\$ 27,00	1	R\$ 27,00
TOTAL	R\$ 292,09	32	R\$ 1.588,67

OUTROS EXAMES FORA TABELA SUS E TABELA AMB	VALOR UNITÁRIO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL ESTIMADO
0202080196 PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$ 4,33	100	R\$ 433,00
0202080218 PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$ 4,33	100	R\$ 433,00
D-Dímero	R\$ 75,00	50	R\$ 3.750,00
Total	R\$ 83,66	250	R\$ 4.616,00

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

Notas:

Hospital Dr. Olavo:

PROCEDIMENTO TABELA SIA/SUS	VALOR UNITARIO	QTDE ANUAL ESTIMADA	VALOR TOTAL ESTIMADO ANUAL
0202010023 DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R\$ 2,01	1	R\$2,61
0202010040 DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 3,63	142	R\$514,37
0202010112 DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R\$ 2,01	3	R\$5,23
0202010120 DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$ 1,85	156	R\$288,60
0202010163 DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R\$ 3,68	1	R\$4,78
0202010180 DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 2,25	1183	R\$2.661,75
0202010201 DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 2,01	770	R\$1.546,90
0202010210 DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 1,85	1557	R\$2.881,19
0202010228 DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$ 3,51	10	R\$36,50
0202010260 DOSAGEM DE CLORETO	R\$ 1,85	29	R\$52,91
0202010279 DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 3,51	350	R\$1.227,45
0202010287 DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 3,51	7	R\$22,82
0202010295 DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 1,85	325	R\$601,25
0202010317 DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 1,85	5850	R\$10.822,50
0202010325 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 3,68	1950	R\$7.176,00
0202010333 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$ 4,12	1755	R\$7.230,60
0202010368 DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R\$ 3,68	1170	R\$4.305,60
0202010384 DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 15,59	23	R\$364,81
0202010392 DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$ 3,51	43	R\$150,58
0202010406 DOSAGEM DE FOLATO	R\$ 15,65	7	R\$101,73
0202010422 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,01	638	R\$1.282,98
0202010430 DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 1,85	21	R\$38,48
0202010465 DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,51	780	R\$2.737,80
0202010473 DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 1,85	1755	R\$3.246,75
0202010503 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 7,86	117	R\$919,62
0202010538 DOSAGEM DE LACTATO	R\$ 3,68	585	R\$2.152,80
0202010554 DOSAGEM DE LIPASE	R\$ 2,25	26	R\$58,50
0202010562 DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 2,01	1443	R\$2.900,43
0202010570 DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	R\$ 2,01	1	R\$2,61
0202010600 DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 1,85	4875	R\$9.018,75
0202010619 DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$ 1,40	5	R\$7,28
0202010627 DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 1,85	48	R\$88,99
0202010635 DOSAGEM DE SODIO	R\$ 1,85	4875	R\$9.018,75
0202010643 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 2,01	2737	R\$5.500,37
0202010651 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 2,01	2211	R\$4.444,71



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

0202010660 DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,12	3	R\$10,71
0202010678 DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 3,51	8	R\$27,38
0202010694 DOSAGEM DE UREIA	R\$ 1,85	5335	R\$9.870,12
0202010708 DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 15,24	26	R\$396,24
0202010724 ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 4,42	5	R\$22,98
0202010732 GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	R\$ 15,65	1388	R\$21.728,46
0202010767 DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 15,24	48	R\$733,04
0202020029 CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 2,72	208	R\$565,76
0202020037 CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$ 2,72	10	R\$28,29
0202020070 DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	R\$ 2,72	1430	R\$3.889,60
0202020096 DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R\$ 2,73	1430	R\$3.903,90
0202020134 DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 5,77	2148	R\$12.391,65
0202020142 DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 2,73	2730	R\$7.452,90
0202020150 DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS)	R\$ 2,73	930	R\$2.537,54
0202020304 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 1,53	390	R\$596,70
0202020355 ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 5,41	1	R\$7,03
0202020371 HEMATOCRITO	R\$ 1,53	390	R\$596,70
0202020380 HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11	26000	R\$106.860,00
0202020398 LEUCOGRAMA	R\$ 2,73	5	R\$14,20
0202020541 TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$ 2,73	1	R\$3,55
0202030075 DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 2,83	20	R\$55,19
0202030091 DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$ 15,06	1	R\$19,58
0202030105 DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 16,42	53	R\$875,19
0202030121 DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 17,16	3	R\$44,62
0202030164 DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 9,25	4	R\$36,08
0202030180 DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 17,16	4	R\$66,92
0202030202 DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 2,83	910	R\$2.575,30
0202030270 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 8,67	3	R\$22,54
0202030288 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$ 17,16	5	R\$89,23
0202030318 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 18,55	1	R\$24,12
0202030342 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$ 17,16	1	R\$22,31
0202030350 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$ 18,55	3	R\$48,23
0202030474 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$ 2,83	14	R\$40,47
0202030555 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$ 17,16	3	R\$44,62
0202030598 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	R\$ 17,16	18	R\$312,31
0202030628 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$ 17,16	4	R\$66,92
0202030636 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 18,55	238	R\$4.413,05
0202030679 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 18,55	257	R\$4.774,77
0202030733 PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 2,83	8	R\$22,07
0202030741 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,00	17	R\$185,90
0202030768 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 16,97	16	R\$264,73
0202030776 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25	9	R\$84,18
0202030784 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	R\$ 18,55	207	R\$3.834,29
0202030806 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55	30	R\$554,65
0202030814 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16	13	R\$223,08
0202030857 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,61	18	R\$211,30
0202030873 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,55	16	R\$289,38
0202030890 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 18,55	218	R\$4.051,32
0202030911 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55	30	R\$554,65
0202030920 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16	13	R\$223,08
0202030962 PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$ 13,35	17	R\$225,62
0202030970 PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$ 18,55	252	R\$4.678,31
0202031012 PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$ 4,10	8	R\$31,98
0202031098 TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 4,10	3	R\$10,66



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

0202031110	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 2,83	169	R\$478,27
0202031128	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00	69	R\$689,00
0202031136	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00	8	R\$78,00
0202031209	DOSAGEM DE TROPONINA	R\$ 9,00	1950	R\$17.550,00
0202031217	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	R\$ 13,35	3	R\$34,71
0202040127	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 1,65	27	R\$45,05
0202040143	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 1,65	20	R\$32,18
0202050017	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$ 3,70	6392	R\$23.650,77
0202050025	CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 3,51	10	R\$36,50
0202050092	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8,12	3	R\$21,11
0202050114	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 2,04	4	R\$7,96
0202060080	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$ 14,12	1	R\$18,36
0202060136	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 9,86	4	R\$38,45
0202060144	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 11,25	1	R\$14,63
0202060152	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 11,71	1	R\$15,22
0202060160	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 10,15	7	R\$65,98
0202060179	DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$ 11,55	3	R\$30,03
0202060187	DOSAGEM DE ESTRONA	R\$ 11,12	3	R\$28,91
0202060217	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 7,85	104	R\$816,40
0202060233	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 7,89	10	R\$82,06
0202060241	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 8,97	8	R\$69,97
0202060250	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 8,96	207	R\$1.852,03
0202060268	DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 10,17	3	R\$26,44
0202060276	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 43,13	4	R\$168,21
0202060284	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 15,35	1	R\$19,96
0202060292	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 10,22	4	R\$39,86
0202060349	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 10,43	8	R\$81,35
0202060357	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 13,11	3	R\$34,09
0202060365	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$ 15,35	1	R\$19,96
0202060373	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 8,76	104	R\$911,04
0202060381	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 11,60	117	R\$1.357,20
0202060390	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 8,71	44	R\$384,98
0202070255	DOSAGEM DE LITIO	R\$ 2,25	33	R\$73,13
0202070352	DOSAGEM DE ZINCO	R\$ 15,65	1	R\$20,35
0202080013	ANTIBIOGRAMA	R\$ 4,98	163	R\$809,25
0202080048	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$ 4,20	82	R\$343,98
0202080072	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$ 2,80	3900	R\$10.920,00
0202080080	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 5,62	1300	R\$7.306,00
0202080153	HEMOCULTURA	R\$ 11,49	650	R\$7.468,50
0202090051	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89	39	R\$73,71
0202090060	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89	39	R\$73,71
0202090213	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R\$ 9,70	52	R\$504,40
0202090230	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$ 1,89	39	R\$73,71
0202090299	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIP)	R\$ 1,89	39	R\$73,71
0202120023	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37	10	R\$14,25
0202120082	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37	12	R\$16,03
0202080080	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 5,62	260	R\$1.461,20
0202080110	CULTURA PARA BAAR	R\$ 5,63	0	R\$0,00
0202080137	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$ 4,19	0	R\$0,00
0202080145	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$ 2,80	0	R\$0,00
0202080153	HEMOCULTURA	R\$ 11,49	62	R\$716,98
0202090051	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89	16	R\$29,48
0202090060	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89	17	R\$31,94
0202090167	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,56	20	R\$127,92
0202090213	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R\$ 9,70	52	R\$504,40



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

0202090230 PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$ 1,89	17	R\$31,94
0202090299 PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIP)	R\$ 1,89	13	R\$24,57
0202120023 DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37	10	R\$14,25
0202120082 PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37	12	R\$16,03
0202120090 TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$ 2,73	4	R\$10,65
Total	R\$ 1.142,95	96482	R\$361.469,07

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

Notas:

PROCEDIMENTO TABELA AMB	VALOR UNITÁRIO	QTDE ANUAL ESTIMADA	VALOR TOTAL ESTIMADO
2806159-4 CA199 - CA 19/9	R\$ 63,72	7	R\$414,18
2806251-5 PSAL - LIVRE, ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO	R\$ 62,00	5	R\$322,40
2809021-7 ADA - ADENOSINA DEAMINASE (ADA)	R\$ 48,20	4	R\$187,98
2806166-7 CA 153 - CA15-3	R\$ 63,72	1	R\$82,84
2805082-7 T3 L- T3 LIVRE	R\$ 22,95	4	R\$89,51
2810028-0 CRIP 2- CRIPTOCOCOSE, TINTA DA CHINA	R\$ 4,50	1	R\$5,85
2809016-0 IGG - IMUNOGLOBULINA G (IgG)	R\$ 27,00	1	R\$35,10
TOTAL	R\$ 292,09	23	R\$1.137,85

OUTROS EXAMES FORA TABELA SUS E TABELA AMB	VALOR UNITÁRIO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL ESTIMADO
0202080196 PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$ 4,33	130	R\$562,90
0202080218 PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$ 4,33	130	R\$562,90
Total	R\$ 8,66	260	R\$1.125,80

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

Notas:

DIRETORIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA – DAE

DESCRIÇÃO DO EXAME	VALOR	QUANTIDADE TOTAL	TOTAL
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



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

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
02030636 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



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

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	78760	R\$ 604.717,92

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – DVS

Código	Descrição do exame	Valor	Qtde. Anual	Total
02.02.01.012-0	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$ 1,85	50	R\$ 92,50
02.02.01.018-0	DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 2,25	800	R\$ 1.800,00
02.02.01.020-1	DOSAGEM DE BILIRRUBINAS TOTAL E FRAÇÕES	R\$ 2,01	1500	R\$ 3.015,00
02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 1,85	1000	R\$ 1.850,00
02.02.01.022-8	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$ 3,51	250	R\$ 877,50
02.02.01.027-9	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 3,51	2000	R\$ 7.020,00
02.02.01.028-7	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 3,51	2000	R\$ 7.020,00
02.02.01.029-5	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 1,85	2000	R\$ 3.700,00
02.02.01.031-7	DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 1,85	2500	R\$ 4.625,00
02.02.01.032-5	DOSAGEM DE CREATINO FOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 3,68	1500	R\$ 5.520,00
02.02.01.036-8	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R\$ 3,68	50	R\$ 184,00
02.02.01.038-4	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 15,59	30	R\$ 467,70
02.02.01.039-2	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$ 3,51	50	R\$ 175,50
02.02.01.040-6	DOSAGEM DE FOLATO	R\$ 15,65	20	R\$ 313,00
02.02.01.042-2	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,01	1100	R\$ 2.211,00
02.02.01.043-0	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 1,85	300	R\$ 555,00
02.02.01.046-5	DOSAGEM DE GAMA GLUTAMIL TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,51	1000	R\$ 3.510,00
02.02.01.047-3	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 1,85	1500	R\$ 2.775,00
02.02.01.050-3	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 7,86	850	R\$ 6.681,00
02.02.01.060-0	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 1,85	300	R\$ 555,00
02.02.01.062-7	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRAÇÕES	R\$ 1,85	130	R\$ 240,50
02.02.01.063-5	DOSAGEM DE SODIO	R\$ 1,85	300	R\$ 555,00
02.02.01.064-3	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO OXALAC	R\$ 2,01	2500	R\$ 5.025,00
02.02.01.065-1	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO PIRUVI	R\$ 2,01	2500	R\$ 5.025,00
02.02.01.067-8	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 3,51	2000	R\$ 7.020,00



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

02.02.01.069-4	DOSAGEM DE UREIA	R\$ 1,85	2500	R\$ 4.625,00
02.02.01.070-8	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 15,24	300	R\$ 4.572,00
02.02.01.076-7	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 15,24	1500	R\$ 22.860,00
02.02.02.013-4	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	R\$ 5,77	15	R\$ 86,55
02.02.02.014-2	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA	R\$ 2,73	20	R\$ 54,60
02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11	2500	R\$ 10.275,00
02.02.03.009-1	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$ 15,06	200	R\$ 3.012,00
02.02.03.010-5	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 16,42	150	R\$ 2.463,00
02.02.03.020-2	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 2,83	50	R\$ 141,50
02.02.03.029-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$ 85,00	50	R\$ 4.250,00
02.02.03.030-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI HIV 1 + ANTI HIV 2 (ELISA)	R\$ 10,00	4,000	R\$ 40.000,00
02.02.03.031-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI HTLV I/II	R\$ 18,55	30	R\$ 556,50
02.02.03.053-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	R\$ 4,10	10	R\$ 41,00
02.02.03.055-5	PESQUISA DE ANTICORPO ANTIMICROSSOMAS	R\$ 17,16	20	R\$ 343,20
02.02.03.062-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI TIREOGLOBULINA	R\$ 17,16	20	R\$ 343,20
02.02.03.063-6	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B - ANTI HBS	R\$ 18,55	1000	R\$ 18.550,00
02.02.03.064-4	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B - ANTI HBE	R\$ 18,55	50	R\$ 927,50
02.02.03.067-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C - ANTI - HCV	R\$ 18,55	2500	R\$ 46.375,00
02.02.03.069-5	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA VIRUS DO SARAMPO	R\$ 9,25	10	R\$ 92,50
02.02.03.074-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,00	150	R\$ 1.650,00
02.02.03.076-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 16,97	150	R\$ 2.545,50
02.02.03.077-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSO	R\$ 9,25	10	R\$ 92,50
02.02.03.078-4	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B - ANTI HBC	R\$ 18,55	2500	R\$ 46.375,00
02.02.03.080-6	PESQUISA DE ANTICORPO IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A	R\$ 18,55	40	R\$ 742,00
02.02.03.081-4	PESQUISA DE ANTICORPO IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16	100	R\$ 1.716,00
02.02.03.084-9	PESQUISA DE ANTICORPO IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A	R\$ 17,16	10	R\$ 171,60
02.02.03.085-7	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,61	150	R\$ 1.741,50
02.02.03.087-3	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,55	150	R\$ 2.782,50
02.02.03.091-1	PESQUISA DE ANTICORPO IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A	R\$ 18,55	40	R\$ 742,00
02.02.03.092-0	PESQUISA DE ANTICORPO IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16	110	R\$ 1.887,60
02.02.03.095-4	PESQUISA DE ANTICORPO IGM CONTRA O VIRUS DA HERPES S	R\$ 17,16	10	R\$ 171,60
02.02.03.097-0	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B - HBSAG	R\$ 18,55	2500	R\$ 46.375,00
02.02.03.098-9	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B - HBE	R\$ 18,55	50	R\$ 927,50
02.02.03.109-8	REAÇÃO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) PARA DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS	R\$ 4,10	1000	R\$ 4.100,00
02.02.03.111-0	TESTE DE VDRL PARA DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS	R\$ 2,83	3000	R\$ 8.490,00
02.02.03.112-8	TESTE DE FTA-ABS IGG PARA DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS	R\$ 10,00	200	R\$ 2.000,00
02.02.03.113-6	TESTE DE FTA-ABS IGM PARA DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS	R\$ 10,00	200	R\$ 2.000,00
02.02.04.012-7	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 1,65	150	R\$ 247,50
02.02.04.014-3	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 1,65	30	R\$ 49,50



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

02.02.05.001-7	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS	R\$ 3,70	2300	R\$ 8.510,00
02.02.05.002-5	CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 3,51	300	R\$ 1.053,00
02.02.05.009-2	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8,12	60	R\$ 487,20
02.02.05.011-4	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24H)	R\$ 2,04	300	R\$ 612,00
02.02.06.021-7	DOSAGEM DE GONADOTROPINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 7,85	50	R\$ 392,50
02.02.06.025-0	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (THS)	R\$ 8,96	1500	R\$ 13.440,00
02.02.06.029-2	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 10,22	20	R\$ 204,40
02.02.06.034-9	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 10,43	30	R\$ 312,90
02.02.06.038-1	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 11,60	950	R\$ 11.020,00
02.02.06.039-0	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 8,71	20	R\$ 174,20
02.02.08.004-8	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR	R\$ 4,20	5,600	R\$23.520,00
02.02.08.005-6	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR HANSENIASE	R\$4,20	300	R\$1.260,00
02.02.08.007-2	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$ 2,80	50	R\$ 140,00
02.02.08.008-0	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICAÇÃO	R\$ 5,62	50	R\$ 281,00
02.02.12.002-3	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37	50	R\$ 68,50
02.02.12.008-2	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37	50	R\$ 68,50
TOTAL			63,335	R\$416.732,75

IDENTIFICAÇÃO DE ROTINAS

Para facilitar o atendimento a demandas específicas dentro da atenção primária, serão criadas algumas “rotinas” com exames pré determinados, sendo devidamente identificados, com código de barras específicos com as identificações: “**Rotina Adulto**”, “**Perfil Pré Natal 1**” e “**Perfil Pré Natal 2**” (a seguir):

ABERTURA PRÉ-NATAL	
PERFIL PRÉ NATAL 1	Tipagem sanguínea (ABO/Rh)
	Hemograma
	Glicemia jejum
	Eletroforese de Hemoglobina
	Sorologia para Toxoplasmose IgM/IgG (Avidez se necessário)
	VDRL / FtaAbs
	HBsAg / Anti HBs
	Anti-HCV
	Urina I / Urocultura
	PPF
28 SEMANAS	
PERFIL PRÉ NATAL 2	Hemograma completo
	Glicemia jejum
	VDRL / FtaAbs



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

	Urina I / Urocultura
--	----------------------

Em casos excepcionais, os exames solicitados e não referenciados na tabela SUS, poderão ser prescritos desde que devidamente justificados e autorizados pelo setor de auditoria médica da Secretária de Saúde. Estes exames terão como referência a Tabela AMB e/ou CHMPB, a que tiver o menor preço.

Os exames referentes as rotinas de pré-natal 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.

Os resultados de sorologias positivas deverão ser comunicados imediatamente a Unidade de Origem com cópia para a Diretoria de Atenção Primária à Saúde, através de email, sabendo ser esta uma das responsabilidades da CONTRATADA.

Os testes sorológicos (IgM) positivos deverão ser repetidos através de teste confirmatórios pelas metodologias Elisa e/ou IFI.

Todo resultado de toxoplasmose IGM positivo a CONTRATADA deverá realizar automaticamente o teste de Aidez para toxoplasmose sem a necessidade de realização de nova coleta.

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.

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

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

Os exames sorológicos de HIV, sífilis e hepatites B e C devem seguir os fluxos contidos nos manuais técnicos de diagnóstico para essas infecções, publicados pelo Ministério da Saúde e disponíveis para consulta pelo site WWW.aids.gov.br.

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

TRANSPORTE



SECRETARIA DA SAÚDE

A EMPRESA vencedora deverá disponibilizar veículos próprios e identificados à serviço da Prefeitura de São Vicente, com simbologia de material biológico e infectante, bem como o número necessário de funcionários para o transporte do material biológico de acordo com a RDC 504, de 27 maio de 2021.

DA ADMISSÃO E EMISSÃO DE LAUDOS INFORMATIZADOS

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.

A CONTRATADA deverá usar 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.

Analisador 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).



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

- ✓ 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.

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.

Analizador Bioquímico:



SECRETARIA DA SAÚDE

- ✓ 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.
- ✓ Priorização das emergências, sem interromper a lista de trabalho.
- ✓ Manipulação das amostras através de tubo primário de 5, 7 ou 10 ml ou em sample cup.
- ✓ Capacidade de armazenamento de aproximadamente 104 (cento e quatro) testes, 26 (vinte e seis) perfis e 26 (vinte e seis) cálculos.
- ✓ Analisador automático de coagulação:
- ✓ Dosagem de tempo de tromboplastina ativada.
- ✓ Dosagem de tempo de protrombina.
- ✓ Determinação do INR.

4. DA NÃO RESERVA DE COTA PARA MEI, EPP E ME

Em que pese o Inciso III, art. 48 da Lei 123/06 determinar a obrigatoriedade de estabelecer cota de 25% do objeto para a contratação de MEI/ME/EPP, esclarecemos que, para o procedimento que origina a licitação em tela, cujo objeto diz respeito a Contratação de empresa especializada na prestação de serviço de exames laboratoriais, pelos motivos abaixo expostos, torna-se inviável a aplicação do referido artigo da Lei.

Para manter o padrão e qualidade do serviço, torna-se inviável o gerenciamento de mais de um laboratório em vista a atender todos os protocolos para o controle dos exames, o que poderia acarretar a descontinuidade do serviço.

A Lei Complementar 123/2006 com as alterações da Lei Complementar 147/2014 em seu artigo 49^a, inciso III, transcrito a seguir, entendemos que existia um prejuízo para o conjunto, caso se fracione a licitação, tendo em vista o objetivo maior deste certame, cabe aqui esclarecer que nosso entendimento é de participação para todos, independentemente do seu enquadramento, desde que seja para o item licitado como o todo.

“Art.49. Não se aplica o disposto nos artigos 47 e 48 desta Lei Complementar quando:



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

III – O tratamento diferenciado e simplificado para as microempresas e empresas de pequeno porte não for vantajoso para administração pública ou representar prejuízo ao conjunto ou complexo do objeto a ser contratado.”

Por todo o exposto, salientamos que todos os dispositivos da lei de licitações ou mesmo as definições do específico processo licitatório devem e foram interpretados à luz do princípio da isonomia e da competitividade, o qual, não objetiva a proibição de qualquer participante, pois essa ira ocorrer naturalmente com a seleção da proposta mais vantajosa à administração pública; apenas utilizou-se dos requisitos mínimos para garantir a execução do contrato de forma mais apropriada e segura para o comprimento do objeto em questão.

5. CONSÓRCIO ENTRE EMPRESAS

VIDE EDITAL.

6. HABILITAÇÃO

HABILITAÇÃO JURÍDICA:

VIDE EDITAL.

REGULARIDADE FISCAL:

VIDE EDITAL.

QUALIFICAÇÃO TÉCNICA:

a) Atestado(s) fornecido(s) por pessoa(s) jurídica(s) de direito público ou privado para comprovação de aptidão para desempenho de atividade pertinente e compatível em características e quantidades com o objeto da licitação, com quantitativo de pelo menos 50% da aquisição pretendida (obs.: será admitido o somatório dos atestados para comprovação da capacidade técnica da licitante, sem restrição quanto aos períodos dos contratos), nos termos da Súmula nº 24 e 30 do TCE/SP;



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

Justifica-se, portanto que, por meio desta documentação, será possível comprovar que a empresa já forneceu os produtos objeto deste certame e assim dimensionar se possui requisitos profissionais e operacionais para execução do contrato.

b) Certificado de regularidade e inscrição da sociedade junto ao órgão de classe competente, ou documento equivalente, com a indicação do responsável técnico;

c) Conforme o Regulamento Técnico, criado pela ANVISA, a RDC 302/2005 que determina as normas de funcionamento dos laboratórios de análises clínicas, determinando a obrigatoriedade de um alvará de funcionamento junto a um órgão sanitário responsável.

7. QUALIFICAÇÃO FINANCEIRA

VIDE EDITAL.

8. DA AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS TÉCNICOS

VIDE EDITAL.

9. PRAZO E CONDIÇÕES PARA ASSINATURA DO CONTRATO

Após a homologação do resultado, será lavrada contrato, convocado o vencedor para a sua assinatura, no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis, contados da data de sua convocação.

O prazo para assinatura do contrato poderá ser prorrogado por uma vez, por igual período, quando solicitado pela empresa vencedora durante seu transcurso e desde que ocorra motivo justificado.

O contrato a ser firmado entre o Município e a empresa vencedora do certame terá validade de 12 (doze) meses, contados a partir de sua assinatura.

Os quantitativos totais expressos são estimativos e representam as previsões para o fornecimento durante o período de 12 (doze) meses.

Quando o Licitante vencedor comparecer para a assinatura do contrato deverá fornecer endereço de e-mail, o qual terá a finalidade de receber o envio da Autorização de Serviço.



SECRETARIA DA SAÚDE

No ato da assinatura do contrato, o Fornecedor se obriga a assinar o Termo de Ciência e Notificação, que o presente estará sujeito a remessa ao Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, conforme à Instrução nº 02/2016 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

Este contrato poderá ser REVOGADO quando o Órgão Gerenciador não obtiver êxito nas negociações de revisão e adotará as medidas cabíveis para obtenção da contratação mais vantajosa.

Este contrato poderá ser CANCELADO quando ocorrer fato superveniente, decorrente de caso fortuito ou força maior, que prejudique o cumprimento da ata, devidamente comprovados e justificados:

- a) Por razão de interesse público;
- b) A pedido do Fornecedor.

O Órgão Gerenciador poderá recusar os serviços entregues em desacordo com as especificações.

Por ocasião da entrega dos serviços, em conjunto com o mesmo deverá ser entregue a Nota fiscal/Fatura.

10. FORMAS DE RECEBIMENTO DOS RESULTADOS DOS EXAMES

Os resultados dos exames deverão ser entregues impressos nas unidades de saúde da atenção primária com etiquetas e protocolo para consulta do resultado online.

Na Rede de Urgência e Emergência, os exames serão solicitados impressos nas unidades de origem, sendo exames de culturas com dupla via para o serviço de Infecção Hospitalar.

A empresa CONTRATADA deverá 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.

11. AMOSTRAS E OU VISITA TÉCNICA

As empresas interessadas **poderão** vistoriar os locais informados, onde serão executados os serviços objeto desta licitação.

Para a vistoria, cada licitante poderá enviar representantes até o dia anterior agendado para a sessão pública.



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

A Visita Técnica é **Facultada**, no entanto, a licitante deverá apresentar no dia da sessão pública, **Declaração**, informando se realizou ou não a visita, responsabilizando-se por manter as garantias da execução dos serviços.

Não serão admitidas, em hipótese alguma, alegações posteriores de desconhecimento dos serviços e de dificuldades técnicas não previstas, haja vista que será dado acesso às instalações para as licitantes interessadas em participar do certame.

O representante legal da licitante, poderá dirigir-se diretamente ao local, e identificar-se perante os servidores responsáveis, mediante documento de identificação válido, com foto no seguinte endereço: Rua Ipiranga, nº 353, Centro, São Vicente.

O agendamento poderá ser feito de segunda-feira à sexta-feira, através do telefone (13) 3569-5700 (Secretaria de Saúde – Diretoria de Atenção Primária à Saúde).

Todos os custos associados à visita serão de inteira responsabilidade da licitante.

12. LOCAL DE ENTREGA

DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - DAPS

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE – U.B.S.

✓ **Dia/Horário de coleta** das Unidades Básicas da Área Insular das 07:00 às 09:00 horas, exceto ESF Japuí e UBS/ESF Parque Bitaru com início das 08:00 às 10:00 horas.

✓ **Dia/Horário de coleta** das Unidades da Área Continental a partir das 10:00 horas.

ÁREA INSULAR

✓ **UBS Catiapoã** - Av. Pérsio de Queiroz Filho, nº 733/734, Catiapoã, tel: 3467-2887;

✓ **ESF Sá Catarina** - Travessa do parque, s/nº, Catarina de Moraes, tel: 3466-3797;

✓ **UBS Central** - Avenida Antônio Emmerich, nº 509, Vila Mello, tel: 3569-0300;

✓ **ESF Japuí** - Avenida Tupiniquins, s/nº, Japuí, tel: 3567-1344;

✓ **UBS/ESF Jardim Guassu** - Rua Lagarto, nº 101, Jardim Guassu, tel: 3561-2004;

✓ **UBS/ESF JIP** - Rua Roberto Koch, nº 584, Jóquei Clube, tel: 3464-2533;

✓ **UBS/ESF Náutica III** - Rua Nicolau Patrício Moreira, nº 225, Cidade Náutica, tel: 3463-8266;



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

- ✓ **UBS/ESF Parque Bitaru** - Praça Infante Dom Henrique, s/nº, Parque Bitaru, tel: 3467-1757;
- ✓ **ESF Parque São Vicente** - Praça Dom Pedro I, s/nº, Parque São Vicente, tel: 3464-1565;
- ✓ **UBS/EACS Pompeba** - Rua Antonio da Costa, s/nº, Pompeba, tel: 3464-1815;
- ✓ **UBS/ESF Praça Vitória** - Praça Vitória, s/nº, Vila Voturuá, tel: 3561-1042;
- ✓ **UBS/ESF Sambaiatuba** - Praça Dom Bosco, s/nº, Jóquei Clube, tel: 3463-8727;
- ✓ **ESF Saquaré/ESF México 70** - Rua do Meio, s/nº, Vila Margarida, tel: 3464-0550;
- ✓ **UBS/EACS Tancredo Neves** - Rua Luiz Meirelles Araújo, s/nº, Tancredo Neves, tel: 3464-1262;
- ✓ **UBS/ESF Vila Margarida** - Rua Polydorio de Oliveira Bittencourt, nº 299, Vila Margarida, tel: 3463-2324
- ✓ **ESF/Esplanda dos Barreiros** - Avenida Brasil, s/n, Esplanada dos Barreiros, tel: 3464-1257.

ÁREA CONTINENTAL

- ✓ **ESF Humaitá I, II e III** - Rua Maria Rocco, s/nº, Humaitá, tel: 3406-2870;
- ✓ **ESF Jardim Rio Branco II e III** - Rua Eduardo Cação, s/nº, Jardim Rio Branco, tel: 3566-1188/3566-3595;
- ✓ **UBS/ESF Parque das Bandeiras** - Praça Dario Aredes Lacerda, nº 70, Loja 11, Parque das Bandeiras, tel: 3566-2163;
- ✓ **UBS/ESF Samaritá** - Rua Sergipe, nº 70, Samaritá, tel: 3566-1544;
- ✓ **Unidade de Saúde da Mulher** - Rua Salvador, nº 60, Jardim Irmã Dolores, tel: 3576-5828;
- ✓ **UBS/ESF Vila Ponte Nova E ESF Quarentenário** - Rua Salvador, s/nº, Vila Ponte Nova, tel: 3566-1155;
- ✓ **ESF Gleba II** - Avenida Dr. Celso Santos, nº 510, Parque das Bandeiras, tel: 3566-2456;
- ✓ **ESF Jardim Rio Branco I** - Rua Antônio Riscalla Husne, nº 1760, Jardim Rio Branco, tel: 3566-2773;
- ✓ **ESF Jardim Rio Negro** - Rua E, nº 110, Jardim Rio Negro, tel: 3566-8321;
- ✓ **ESF Nova São Vicente e ESF Vila Ema** - Rua Eliseu Almeida Melo, nº 10, Vila Ema, tel: 3566-4219;



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

- ✓ **ESF Parque Continental I e ESF Parque Continental II** - Avenida Central, nº 940, Parque Continental, tel: 3564-1424.

DIRETORIA DE ATENÇÃO HOSPITALAR, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – DAHUE

- ✓ **Hospital Municipal de São Vicente:** Rua Ipiranga, nº 353, Centro, São Vicente/SP.
- ✓ **Hospital Municipal de São Vicente - ANEXO I:** Rua Minas Gerais, nº 19, Vila São Jorge, São Vicente/SP.
- ✓ **Maternidade Municipal de São Vicente:** Rua Ipiranga, nº 370, Centro, São Vicente/SP.
- ✓ **Hospital Dr. Olavo Horneaux de Moura:** Rua Alfredo Chammas, s/nº, Humaitá, São Vicente/SP.

Dia/Horário de coleta: 24 (vinte e quatro) horas / 07 (sete) dias da semana, ininterruptamente.

DIRETORIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA – DAE

Unidade de Saúde do Adolescente: R. Polydoro de Oliveira Bittencourt, nº 299, VI. Margarida, tel: 3463-9557;

Dias/Horário de Coleta: Semanalmente às quintas-feiras, das 07:00 às 09:00 horas.

- ✓ **CAPS III Mater R. Padre Anchieta, nº 211, Centro, tel: 3467-1413;**

Dias/Horário de Coleta: Semanalmente às quartas-feiras, das 07:00 às 10:00 horas.

- ✓ **Centro Médico Martim Afonso** - Av. Marechal Cândido Mariano da Silva Rondon, nº 425, V. Margarida – tel: 3569-1430;

Dias/Horário de retirada dos exames de cultura: Semanalmente às sextas-feiras, às 10:00 horas.

Informamos ainda que os exames solicitados pela Clínica de Nefrologia e Dialise são realizados no Hospital Municipal de São Vicente.

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – DVS

- ✓ **CENTRO DE ATENDIMENTO DE TUBERCULOSE E HANSENÍASE – CATH** - Rua Benedito Calixto, nº 275, Boa Vista, Telefone: 13 3468-2870;

Dias/Horário de Coleta: de segunda a sexta-feira das 07:00 às 16:00 horas.

- ✓ **SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO – SAE** – Avenida Quintino Bocaiúva, nº 1261, Centro, Telefone: 13 3569-3500



SECRETARIA DA SAÚDE

Dias/Horário de Coleta: de segunda à quinta-feira, das 07:00 às 10:00 horas.

✓ **CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO BETINHO – CTA BETINHO** – Avenida Quintino Bocaiúva, nº 1261 – terceiro andar - Centro, Telefone: 13 3569-3525

Dias/Horário de Coleta: de segunda à sexta-feira, das 15:30 às 16:00 horas.

13. PRAZOS DE ENTREGA

A **CONTRATADA** deverá entregar os resultados dos exames de rotina no prazo de até 03 (três) dias corridos, 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, bem como os exames de rotina do pré natal, obedecendo rigorosamente o prazo de entrega, sendo que sorologias positivas devem ser antecipadamente notificadas unidades de origem e a Diretoria de Atenção Primária à Saúde, no caso de exames de pré-natal, sabendo ser este a responsabilidade da **CONTRATADA**.

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**.

14. PAGAMENTO

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, AMB/99 e Tabela CBHPM.

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 às Diretorias da Secretaria da Saúde de São Vicente, arquivo exportado contendo as informações referentes à competência mensal da produção, nos seguintes endereços eletrônicos:



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

- a) Diretoria de Atenção Primária à Saúde – **DAPS:** atencaobasica@saudesaovicente.sp.gov.br e dabsesasv@gmail.com
- b) Diretoria Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência – **DAHUE:** dahue@saudesaovicente.sp.gov.br
- c) Diretoria de Atenção Especializada – **DAE:** dte@saudesaovicente.sp.gov.br
- d) Diretoria de Vigilância em Saúde – **DVS:** divise@saudesaovicente.sp.gov.br

15. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA E DA CONTRATANTE

Compete à CONTRATADA:

- 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) 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.
- c) Executar a manutenção preventiva e corretiva e calibração de todos os equipamentos utilizados, mantendo-os em perfeito estado de uso.
- d) Responsabilizar-se integralmente pelos serviços contratados, nos termos da Legislação vigente.
- e) A **CONTRATADA** deverá manter no próprio laboratório estoque de material de consumo, necessário ao desempenho dos serviços.
- f) 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.
- g) Para todos os exames automatizados a **CONTRATADA** fornecerá os insumos compatíveis com os equipamentos.
- h) 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.



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

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

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

O prestador de serviço deverá ainda responsabilizar-se por:

a) Transporte, processamento e liberação dos exames oriundos da Rede de Saúde de São Vicente, os quais serão coletados pelos profissionais 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 Diagnose e Terapia (SADT) carimbado e assinado pelo profissional solicitante;

b) A Empresa deverá providenciar a implantação de laboratório que funcionará no Hospital Municipal de São Vicente, na Rua Minas Gerais, nº 19, Vila São Jorge, onde a **CONTRATADA** se responsabilizará pela adaptação do local, se necessário, instalará seus equipamentos e deverá prestar os 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, e Urgência e Emergência e recebimento dos exames oriundos da Rede de Saúde de São Vicente, constantes no Edital;

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) 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 22 de Julho de 2020 e Lei Estadual 10083/98, para fins de fiscalização sanitária municipal;



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

- f) A Empresa **CONTRATADA** ficará obrigada a atender todos os pedidos ou reclamações efetuados durante a vigência do contrato;
- g) A **CONTRATADA** fornecerá todos os equipamentos de proteção individual e coletiva para o manuseio do material biológico.
- h) A **CONTRATADA** deverá usar 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;

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.

O sistema deve permitir integração com sistema de terceiros através de API (Application Programming Interface) onde os conjuntos de dados possam ser transitados de um sistema para o outro em tempo real.

Caberá também a **CONTRATADA** a entrega dos resultados impressos nos postos de coleta e também disponibilizá-los pela Internet.

DOS EQUIPAMENTOS MÍNIMOS OBRIGATÓRIOS POR SETOR LABORATORIAL:

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 Memorial Descritivo e ainda:

- a) Treinamento e reciclagem periódica com os profissionais de coleta com emissão de certificados;
- b) Treinamento e reciclagem com os profissionais da área técnica e todos os envolvidos no sistema com emissão de certificados;
- c) Formulários e processos para elaboração de Pop's;
- d) Controle de qualidade interno;



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

e) Controle de qualidade externo.

f) Os equipamentos disponibilizados pela empresa vencedora deverão ter Registro da ANVISA e controle de Calibração de equipamentos, apresentando documentação toda vez que for necessário ou quando solicitado pela **CONTRATANTE**;

g) Auditorias internas;

h) A empresa vencedora deverá atender às exigências de sustentabilidade ambiental. Ressalta-se que as contratações realizadas pela Administração Pública devem primar pela utilização de materiais recicláveis, com vida útil mais longa, que contenham menor quantidade de materiais perigosos ou tóxicos, consumam menor quantidade de matéria-prima e energia, e orientem as cadeias produtivas a práticas mais sustentáveis de gerenciamento e gestão. Os materiais deverão apresentar padrões de produção de bens e serviços a partir de critérios, procedimentos administrativos e jurídicos que sinalizem, para o **CONTRATANTE**, os patamares de custos e padrões produtivos/tecnológicos mais adequados sob o ponto de vista da sustentabilidade econômica, social e ambiental.

É nesse sentido que o **CONTRATANTE** tem seu foco na proteção ao meio ambiente com produtos e serviços de menor impacto ambiental, e sinalizando assim para as empresas a necessidade de adaptação de seus processos produtivos aos novos padrões ambientais, sociais e econômicos, sob pena de exclusão do mercado das compras públicas. (Constituição Federal/1988, art. 225 inciso VI, c/c art.170, inciso VI; Lei nº 8.666/1993, art. 3º; Instrução Normativa nº1/2010, da Secretaria de Logística e Tecnologia da Informação do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão).

A empresa CONTRATADA, quando couber, adotará as seguintes práticas de sustentabilidade definidas no art. 2º do Decreto nº 43.629, de 05 de junho de 2012, ou outras que o Poder Executivo venha a estabelecer, tais como: I - economia no consumo de água e energia; II - minimização da geração de resíduos e destinação final ambientalmente adequada dos que forem gerados; III - racionalização do uso de matérias-primas; IV - redução da emissão de poluentes; V - adoção de tecnologias menos agressivas ao meio ambiente; VI - implementação de medidas que reduzam as emissões de gases de efeito estufa e aumentem os sumidouros; VII - utilização de produtos de baixa toxicidade; VIII - utilização de produtos com a origem ambiental sustentável comprovada, quando existir certificação para o produto.

OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE:



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

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 Gabinete da Secretaria de Saúde de São Vicente.

Cabe a **CONTRATANTE** efetuar o pagamento a **CONTRATADA**, de acordo com as condições de preço e prazo estabelecidas neste contrato e ainda:

- a) Promover o acompanhamento e a fiscalização dos serviços objeto do presente contrato, sob aspecto quantitativos e qualitativos, anotando as falhas detectadas e comunicando as ocorrências de quaisquer fatos que, a seu critério, exijam medidas corretivas por parte da **CONTRATADA**;
- b) Propiciar todas as condições para o bom desempenho dos serviços contratados;
- c) Fornecer a documentação solicitada, colocando à disposição toda informação necessária; inclusive as informações dos pacientes (nome completo, sem abreviações, data de nascimento, idade, filiação, endereço, telefone para contato); informes clínicos e o pedido original e legível do médico assistente, frascos identificados/rotulados com os dados da **CONTRATADA**;
- d) Propiciar todas as condições para o bom desempenho dos serviços contratados;
- e) Zelar para que os serviços ora contratados sejam executados com diligência e perfeição;
- f) Permitir o acesso do (s) empregado (s) da **CONTRATADA** às suas instalações, quando em serviço, de acordo com as normas de segurança.

16. PENALIDADES

VIDE EDITAL.

17. CLASSIFICAÇÃO PROGRAMÁTICA DA DESPESA/SECRETARIA PARTICIPANTE

SECRETARIA PARTICIPANTE - Órgão 02 - 18.02

Elemento de Despesa 3.3.40.34.00

02.18.02.10.302.0019.2043.3.3.90.39.00

Diretoria de Atenção Primária à Saúde – **DAPS: 44,86%**

Diretoria Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência – **DAHUE: 39,77%**



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

Diretoria de Atenção Especializada – **DAE: 9,10%**

Diretoria de Vigilância em Saúde – **DVS: 6,27%**

18. FISCAL DO CONTRATO

Os fiscais do contrato serão:

- a) Diretoria da Atenção Primária à Saúde - Dr^a Paola Almeida Bueno de Camargo Canas.
- b) Diretoria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência - Dr. Sandro Mendes Cação do Carmo.
- c) Diretoria de Atenção Especializada – Enf.^a Liliana Dall’Amico de Angelis.
- d) Diretoria de Vigilância em Saúde – Débora Mendonça Rabelo Carvalho.

Dr^a Paola Almeida Bueno de Camargo Canas

Diretoria de Atenção Primária à Saúde

Dr. Sandro Mendes Cação do Carmo.

Diretoria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência

Enf.^a Liliana Dall’Amico de Angelis.

Diretoria de Atenção Especializada

Débora Mendonça Rabelo Carvalho

Diretoria de Vigilância em Saúde



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO II

**MINUTA
CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS Nº XXX/22
Processo Licitatório Nº 29281/21
Pregão Presencial Nº xxx/22**

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, pela Secretária de Saúde de São Vicente, a **Dr^a. Michelle Luis Santos, C.P.F. Nº XXXXXXXXXXXXX**, doravante denominada simplesmente como **“CONTRATANTE”** e, de outro lado a empresa **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, inscrita no C.N.P.J. Nº XXXXXXXXXXXXX, 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 ÚNICO: Contratação de empresa especializada na 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 e Tabela CBHPM conforme relação e condições constantes neste edital, pelo período de 12 (doze) meses, para atender os pacientes da Secretaria de Saúde do Município de São Vicente.

CLÁUSULA SEGUNDA: DAS ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

PARÁGRAFO PRIMEIRO: RELAÇÃO DE EXAMES ESTIMADOS PELO PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES.

DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – DAPS

Código	Descrição do exame	Valor	Qtde. Anual	Total
02.02.01.002-3	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R\$2,01	16	R\$32,16
02.02.01.004-0	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$3,63	1790	R\$6.497,70
02.02.01.007-4	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	R\$10,00	258	R\$2.580,00



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

02.02.01.011-2	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R\$2,01	2	R\$4,02
02.02.01.012-0	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$1,85	3983	R\$7.368,55
02.02.01.014-7	DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$3,68	24	R\$88,32
02.02.01.015-5	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	R\$3,68	1	R\$3,68
02.02.01.016-3	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R\$3,68	44	R\$161,92
02.02.01.018-0	DOSAGEM DE AMILASE	R\$2,25	280	R\$630,00
02.02.01.020-1	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$2,01	1418	R\$2.850,18
02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CALCIO	R\$1,85	4818	R\$8.913,30
02.02.01.022-8	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$3,51	222	R\$779,22
02.02.01.025-2	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	R\$3,68	2	R\$7,36
02.02.01.026-0	DOSAGEM DE CLORETO	R\$1,85	22	R\$40,70
02.02.01.027-9	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$3,51	26650	R\$93.541,50
02.02.01.028-7	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$3,51	25810	R\$90.593,10
02.02.01.029-5	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$1,85	31608	R\$58.474,80
02.02.01.031-7	DOSAGEM DE CREATININA	R\$1,85	23742	R\$43.922,70
02.02.01.032-5	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$3,68	4504	R\$16.574,72
02.02.01.033-3	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$4,12	76	R\$313,12
02.02.01.036-8	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R\$3,68	368	R\$1.354,24
02.02.01.038-4	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$15,59	2274	R\$35.451,66
02.02.01.039-2	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$3,51	2740	R\$9.617,40
02.02.01.040-6	DOSAGEM DE FOLATO	R\$15,65	672	R\$10.516,80
02.02.01.041-4	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	R\$ 2,01	2	R\$ 4,02
02.02.01.042-2	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$2,01	1120	R\$2.251,20
02.02.01.043-0	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$1,85	100	R\$185,00
02.02.01.046-5	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$3,51	1940	R\$6.809,40
02.02.01.047-3	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$1,85	44218	R\$81.803,30
02.02.01.048-1	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	R\$ 3,68	2	R\$ 7,36
02.02.01.050-3	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$7,86	17232	R\$135.443,52
02.02.01.055-4	DOSAGEM DE LIPASE	R\$2,25	66	R\$148,50
02.02.01.056-2	DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$2,01	310	R\$623,10
02.02.01.060-0	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$1,85	6582	R\$12.176,70
02.02.01.061-9	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$1,40	8	R\$11,20
02.02.01.062-7	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$1,85	148	R\$273,80
02.02.01.063-5	DOSAGEM DE SODIO	R\$1,85	5856	R\$10.833,60
02.02.01.064-3	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALAC	R\$2,01	14008	R\$28.156,08
02.02.01.065-1	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVI	R\$2,01	13446	R\$27.026,46
02.02.01.066-0	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$4,12	96	R\$395,52
02.02.01.067-8	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$3,51	30428	R\$106.802,28
02.02.01.069-4	DOSAGEM DE UREIA	R\$1,85	17716	R\$32.774,60
02.02.01.070-8	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$15,24	2174	R\$33.131,76
02.02.01.072-4	ELETOFORESE DE PROTEINAS	R\$4,42	44	R\$194,48
02.02.01.073-2	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE)	R\$15,65	2	R\$31,30
02.02.01.074-0	PROVA DA D-XILOSE	R\$3,68	2	R\$7,36
02.02.01.076-7	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$15,24	5926	R\$90.312,24
02.02.02.002-9	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$2,73	20	R\$54,60
02.02.02.003-7	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$2,73	146	R\$398,58
02.02.02.013-4	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$5,77	1032	R\$5.954,64
02.02.02.014-2	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$2,73	1046	R\$2.855,58
02.02.02.015-0	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSIDIMENTACAO (VHS)	R\$2,73	1566	R\$4.275,18
02.02.02.016-9	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R\$4,11	2	R\$8,22
02.02.02.017-7	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$6,48	2	R\$12,96
02.02.02.030-4	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$1,53	8	R\$12,24
02.02.02.035-5	ELETOFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$5,41	2392	R\$12.940,72
02.02.02.036-3	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R\$2,73	6	R\$16,38
02.02.02.037-1	HEMATOCRITO	R\$1,53	8	R\$12,24
02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$4,11	43912	R\$180.478,32
02.02.02.044-4	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R\$2,73	10	R\$27,30
02.02.02.046-0	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	R\$ 2,73	2	R\$ 5,46
02.02.02.054-1	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$2,73	4	R\$10,92
02.02.02.055-0	DOSAGEM DE PROTEINA C FUNCIONAL	R\$ 75,00	4	R\$ 300,00
02.02.02.057-6	PESQUISA DE ANTICOAGULANTE LUPICO	R\$ 110,00	8	R\$ 880,00
02.02.03.006-7	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	R\$9,25	12	R\$111,00
02.02.03.007-5	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R\$2,83	1080	R\$3.056,40



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

02.02.03.009-1	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$15,06	38	R\$572,28
02.02.03.010-5	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$16,42	6376	R\$104.693,92
02.02.03.011-3	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$13,55	10	R\$135,50
02.02.03.012-1	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$17,16	40	R\$686,40
02.02.03.013-0	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$17,16	42	R\$720,72
02.02.03.015-6	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$17,16	238	R\$4.084,08
02.02.03.016-4	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$9,25	520	R\$4.810,00
02.02.03.018-0	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$17,16	42	R\$720,72
02.02.03.020-2	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$2,83	2166	R\$6.129,78
02.02.03.022-9	IMUNOELETOFORESE DE PROTEINAS	R\$ 17,16	2	R\$ 34,32
02.02.03.023-7	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCA	R\$ 80,00	2	R\$ 160,00
02.02.03.025-3	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	R\$10,00	8	R\$80,00
02.02.03.026-1	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10,00	38	R\$ 380,00
02.02.03.027-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$8,67	54	R\$468,18
02.02.03.028-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$17,16	32	R\$549,12
02.02.03.030-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$10,00	114	R\$1.140,00
02.02.03.031-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$18,55	28	R\$519,40
02.02.03.032-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RN	R\$17,16	14	R\$240,24
02.02.03.033-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R\$5,74	2	R\$11,48
02.02.03.034-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$17,16	32	R\$549,12
02.02.03.035-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$18,55	38	R\$704,90
02.02.03.036-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$18,55	38	R\$704,90
02.02.03.039-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	R\$9,25	10	R\$92,50
02.02.03.045-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-ESCLERODERMA (SCL 70)	R\$10,00	12	R\$120,00
02.02.03.047-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-STREPTOLISINA O (ASLO)	R\$2,83	772	R\$2.184,76
02.02.03.053-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-LEPTOSPIRAS	R\$4,10	2	R\$8,20
02.02.03.054-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-LISTERIA	R\$5,50	2	R\$11,00
02.02.03.055-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$17,16	232	R\$3.981,12
02.02.03.056-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	R\$17,16	8	R\$137,28
02.02.03.058-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	R\$17,16	8	R\$137,28
02.02.03.059-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-NUCLEO	R\$17,16	730	R\$12.526,80
02.02.03.062-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-IREOGLOBULINA	R\$17,16	206	R\$3.534,96
02.02.03.063-6	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$18,55	3202	R\$59.397,10
02.02.03.064-4	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$18,55	50	R\$927,50
02.02.03.065-2	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	R\$7,78	2	R\$15,56
02.02.03.067-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$18,55	7546	R\$139.978,30
02.02.03.068-7	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D	R\$18,55	4	R\$74,20
02.02.03.069-5	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO	R\$9,25	4	R\$37,00
02.02.03.070-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCID	R\$4,10	4	R\$16,40
02.02.03.073-3	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$2,83	30	R\$84,90
02.02.03.074-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$11,00	762	R\$8.382,00
02.02.03.076-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$16,97	4164	R\$70.663,08
02.02.03.077-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSO	R\$9,25	58	R\$536,50
02.02.03.078-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)	R\$18,55	1468	R\$27.231,40
02.02.03.079-2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVI	R\$30,00	4	R\$120,00
02.02.03.080-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A	R\$18,55	54	R\$1.001,70
02.02.03.081-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$17,16	484	R\$8.305,44
02.02.03.082-2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 17,16	6	R\$ 102,96
02.02.03.083-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$17,16	6	R\$102,96
02.02.03.084-9	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES S	R\$17,16	6	R\$102,96
02.02.03.085-7	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$11,61	762	R\$8.846,82
02.02.03.086-5	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANI	R\$10,00	2	R\$20,00
02.02.03.087-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$18,55	4190	R\$77.724,50
02.02.03.088-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSO	R\$ 9,25	22	R\$ 203,50
02.02.03.089-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL	R\$18,55	286	R\$5.305,30
02.02.03.090-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVI	R\$20,00	4	R\$80,00
02.02.03.091-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE	R\$18,55	52	R\$964,60
02.02.03.092-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$17,16	482	R\$8.271,12
02.02.03.094-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$17,16	6	R\$102,96
02.02.03.095-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES S	R\$17,16	6	R\$102,96



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

02.02.03.096-2	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$13,35	708	R\$9.451,80
02.02.03.097-0	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$18,55	7836	R\$145.357,80
02.02.03.098-9	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBE)	R\$18,55	36	R\$667,80
02.02.03.101-2	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAAALER-ROSE)	R\$4,10	22	R\$90,20
02.02.03.103-9	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	R\$9,25	1540	R\$14.245,00
02.02.03.104-7	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLOURESCEN	R\$ 10,00	12	R\$ 120,00
02.02.03.108-0	HEPATITE C (PCR- QUANTITATIVO - CARGAL V	R\$168,48	4	R\$673,92
02.02.03.109-8	REACAO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$4,10	6938	R\$28.445,80
02.02.03.111-0	TESTE DE VDRL P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$2,83	2758	R\$7.805,14
02.02.03.112-8	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$10,00	6612	R\$66.120,00
02.02.03.113-6	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$10,00	6620	R\$66.200,00
02.02.03.117-9	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	R\$2,83	2094	R\$5.926,02
02.02.03.118-7	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE (IGA)	R\$18,55	12	R\$222,60
02.02.03.120-9	DOSAGEM DE TROPONINA	R\$9,00	8	R\$72,00
02.02.03.121-7	DOSAGEM DO ANTIGENO CA 125	R\$13,35	172	R\$2.296,20
02.02.04.002-0	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	R\$3,04	4	R\$12,16
02.02.04.005-4	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIUR	R\$ 1,65	2	R\$ 3,30
02.02.04.007-0	PESQUISA DE GORDURA FECAL	R\$ 1,65	4	R\$ 6,60
02.02.04.009-7	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R\$ 1,65	4	R\$ 6,60
02.02.04.012-7	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$1,65	22664	R\$37.395,60
02.02.04.014-3	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$1,65	1276	R\$2.105,40
02.02.04.015-1	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	R\$1,65	2	R\$3,30
02.02.04.016-0	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	R\$ 1,65	2	R\$ 3,30
02.02.05.001-7	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS	R\$3,70	36538	R\$135.190,60
02.02.05.002-5	CLEARANCE DE CREATININA	R\$3,51	70	R\$245,70
02.02.05.008-4	DOSAGEM DE CITRATO	R\$2,01	8	R\$16,08
02.02.05.009-2	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$8,12	812	R\$6.593,44
02.02.05.010-6	DOSAGEM DE OXALATO	R\$3,68	8	R\$29,44
02.02.05.011-4	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$2,04	334	R\$681,36
02.02.05.019-0	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	R\$2,04	2	R\$4,08
02.02.06.002-0	T3 LIVRE	R\$12,54	108	R\$1.354,32
02.02.06.003-9	DETERMINACAO DE T3 REVERSO	R\$ 14,69	2	R\$ 29,38
02.02.06.004-7	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R\$10,20	44	R\$448,80
02.02.06.008-0	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$14,12	4	R\$56,48
02.02.06.009-8	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$11,89	52	R\$618,28
02.02.06.011-0	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$ 11,53	38	R\$ 438,14
02.02.06.013-6	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$9,86	118	R\$1.163,48
02.02.06.014-4	DOSAGEM DE DEHIDROPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$11,25	36	R\$405,00
02.02.06.015-2	DOSAGEM DE DEHIDROTESTOSTERONA (DHT)	R\$11,71	8	R\$93,68
02.02.06.016-0	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$10,15	642	R\$6.516,30
02.02.06.017-9	DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$11,55	16	R\$184,80
02.02.06.018-7	DOSAGEM DE ESTRONA	R\$11,12	8	R\$88,96
02.02.06.020-9	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE T	R\$ 15,35	2	R\$ 30,70
02.02.06.021-7	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$7,85	848	R\$6.656,80
02.02.06.022-5	DOSAGEM DE HORMONIO DO CRESCIMENTO (HGH)	R\$10,21	58	R\$592,18
02.02.06.023-3	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$7,89	784	R\$6.185,76
02.02.06.024-1	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$8,97	662	R\$5.938,14
02.02.06.025-0	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$8,96	24942	R\$223.480,32
02.02.06.026-8	DOSAGEM DE INSULINA	R\$10,17	356	R\$3.620,52
02.02.06.027-6	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$43,13	28	R\$1.207,64
02.02.06.028-4	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 15,35	6	R\$ 92,10
02.02.06.029-2	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$10,22	190	R\$1.941,80
02.02.06.030-6	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$10,15	368	R\$3.735,20
02.02.06.031-4	DOSAGEM DE RENINA	R\$13,19	2	R\$26,38
02.02.06.032-2	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF-1)	R\$15,35	56	R\$859,60
02.02.06.033-0	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R\$13,11	26	R\$340,86
02.02.06.034-9	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$10,43	586	R\$6.111,98
02.02.06.035-7	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$13,11	118	R\$1.546,98
02.02.06.036-5	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$15,35	38	R\$583,30
02.02.06.037-3	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$8,76	4294	R\$37.615,44
02.02.06.038-1	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$11,60	12820	R\$148.712,00
02.02.06.039-0	DOSAGEM DE TRIODOTIRONINA (T3)	R\$8,71	3392	R\$29.544,32
02.02.07.005-0	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R\$15,65	6	R\$93,90



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

SECRETARIA DA SAÚDE

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

02.02.07.012-3	DOSAGEM DE BARBITURATOS	R\$13,13	12	R\$157,56
02.02.07.015-8	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$17,53	26	R\$455,78
02.02.07.019-0	DOSAGEM DE COBRE	R\$3,51	14	R\$49,14
02.02.07.020-4	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R\$8,97	2	R\$17,94
02.02.07.022-0	DOSAGEM DE FENITOINA	R\$35,22	4	R\$140,88
02.02.07.025-5	DOSAGEM DE LITIO	R\$2,25	108	R\$243,00
02.02.07.035-2	DOSAGEM DE ZINCO	R\$15,65	22	R\$344,30
02.02.08.001-3	ANTIBIOGRAMA	R\$4,98	2086	R\$10.388,28
02.02.08.002-1	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA	R\$ 13,33	6	R\$ 79,98
02.02.08.004-8	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR	R\$4,20	860	R\$3.612,00
02.02.08.007-2	BACTEROSCOPIA (GRAM)	R\$2,80	3674	R\$10.287,20
02.02.08.008-0	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$5,62	16308	R\$91.650,96
02.02.08.011-0	CULTURA PARA BAAR	R\$5,63	6	R\$33,78
02.02.08.013-7	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$4,19	14	R\$58,66
02.02.08.014-5	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$2,80	26	R\$72,80
02.02.08.015-3	HEMOCULTURA	R\$11,49	2	R\$22,98
02.02.09.021-3	ESPERMOGRAMA (CADA ANALISE)	R\$9,70	354	R\$3.433,80
02.02.10.003-0	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$160,00	10	R\$1.600,00
02.02.10.003-0	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$160,00	4	R\$640,00
02.02.12.002-3	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO A	R\$1,37	4786	R\$6.556,82
02.02.12.008-2	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$1,37	4786	R\$6.556,82
02.02.12.009-0	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$2,73	474	R\$1.294,02
TOTAL			560876	R\$ 2.898.662,83

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

Tabela de AMB preço:				
Código	Descrição do exame	Valor	Qtde. Anual	Total
28061667	CA 15-3	R\$63,72	58	R\$3.695,76
28061934	ANTINEUTROFILOS (ANCA) P	R\$27,00	12	R\$324,00
28062000	COMPLEMENTO C3A [FATOR B - C3 PRO-ATIVADOR]	R\$13,00	2	R\$26,00
28062612	HEPATITE E (HEV)	R\$60,00	2	R\$120,00
28170075	HEPATITE B - PCR QUANTITATIVO [CARGA VIRAL]	R\$335,00	4	R\$1.340,00
28170164	FATOR V LEIDEN E MUTACAO DA PROTROMBINA	R\$195,00	2	R\$390,00
28.01.088-4	FOSFOLIPÍDIOS	R\$4,00	2	R\$8,00
28.01.157-0	LACTOSE, TESTE DE TOLERANCIA A	R\$21,60	20	R\$432,00
28.01.167-8	APOLIPO B	R\$21,60	4	R\$86,40
28.01.174-0	FOSFATASE A OSSEA	R\$42,00	2	R\$84,00
28.01.179-1	HOMOCISTEINA	R\$60,00	2	R\$120,00
28.05.084-3	COMPOSTO S [11 DESOXI-CORTISOL]	R\$40,50	4	R\$162,00
28.05.093-2	ERITROPOIETINA	R\$93,80	2	R\$187,60
28.05.097-5	TRAB - ANTICORPO E ANTIRECEPTOR TSH	R\$67,50	16	R\$1.080,00
28.05.098-3	SHBG	R\$62,50	10	R\$625,00
28.05.099-1	1,25 DIIDROXICOLECALCIFEROL (VIT D3 1,25 DIIDROXI)	R\$52,50	2	R\$105,00
28.05.100-9	ANTI GAD	R\$60,00	6	R\$360,00
28.06.017-2	ANTIDESOXIRIBONUCLEASE B	R\$12,00	2	R\$24,00
28.06.061-0	IMUNOGLOBULINA IGG	R\$13,50	24	R\$324,00
28.06.159-4	CA 19-9	R\$63,72	116	R\$7.391,52
28.06.172-1	ANTICORPOS ANTI-GLIADINA (GLUTEN) - IGG	R\$25,00	4	R\$100,00
28.06.174-8	CA 72-4	R\$63,72	2	R\$127,44
28.06.177-2	GIARDIA LAMBLIA - PESQ. ANTIGENO (FEZES)	R\$32,40	2	R\$64,80
28.06.187-0	ANTI-JO1	R\$24,30	8	R\$194,40
28.06.201-9	CA - 50	R\$59,00	2	R\$118,00
28.06.235-3	TOXOPLASMOSE IGA	R\$27,00	6	R\$162,00
28.06.251-5	PSA LIVRE	R\$62,00	222	R\$13.764,00
28.06.256-6	HLA B27	R\$84,00	2	R\$168,00
28.06.267-1	ENDOMISIO, ANTICORPOS IGA	R\$190,00	6	R\$1.140,00
28.09.012-8	VIRUS INFLUENZA TIPO B, IGG/IGM	R\$21,60	2	R\$43,20
28.13.044-8	METANEFRIAS URINARIAS	R\$30,00	2	R\$60,00



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

28.15.035-0	SELENIO	R\$150,00	2	R\$300,00
28.17.024-5	PARVOVIRUS	R\$127,50	4	R\$510,00
TOTAL			556	R\$ 33.637,12

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações

Ambulatoriais do SUS (SAI/SUS)

Tabela de preço: CBHPM

Código	Descrição do exame	Valor	Qtde. Anual	Total
40304507	PROTEINA C	R\$64,76	2	R\$129,52
40304515	PROTEINA S	R\$94,05	2	R\$188,10
40306461	AVIDEZ - TOXOPLASMOSE	R\$38,88	82	R\$3.188,16
40308804	PEPTIDEO CITRULINADO CICLICO (CCP), AUTO-ANTICORPO	R\$184,85	252	R\$46.582,20
40306593	CAXUMBA, ANTICORPOS IGG	R\$56,17	4	R\$224,68
C35	AC. LIGADORES AO RECEPTOR DE ACETILCOLINA	R\$86,34	2	R\$172,68
TOTAL			344	R\$ 50.485,34

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações

Ambulatoriais do SUS (SAI/SUS)

DIRETORIA DE ATENÇÃO HOSPITALAR, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – DAHUE

Hospital Municipal:

PROCEDIMENTO TABELA SIA/SUS	Valor	Qtde. Anual	Total
0202010023 DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R\$ 2,01	3	R\$5,63
0202010040 DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 3,63	608	R\$2.205,59
0202010112 DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R\$ 2,01	8	R\$16,88
0202010120 DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$ 1,85	672	R\$1.243,20
0202010163 DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R\$ 3,68	3	R\$10,30
0202010180 DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 2,25	5093	R\$11.459,70
0202010201 DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 2,01	3315	R\$6.663,55
0202010210 DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 1,85	6706	R\$12.406,10
0202010228 DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$ 3,51	45	R\$157,25
0202010260 DOSAGEM DE CLORETO	R\$ 1,85	123	R\$227,92
0202010279 DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 3,51	1504	R\$5.277,64
0202010287 DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 3,51	28	R\$98,28
0202010295 DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 1,85	1400	R\$2.590,00
0202010317 DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 1,85	25200	R\$46.620,00
0202010325 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 3,68	8400	R\$30.912,00
0202010333 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$ 4,12	7560	R\$31.147,20
0202010368 DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R\$ 3,68	5040	R\$18.547,20
0202010384 DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 15,59	101	R\$1.571,47
0202010392 DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$ 3,51	185	R\$648,65
0202010406 DOSAGEM DE FOLATO	R\$ 15,65	28	R\$438,20
0202010422 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,01	2747	R\$5.521,07
0202010430 DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 1,85	90	R\$165,76
0202010465 DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,51	3360	R\$11.793,60
0202010473 DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 1,85	7560	R\$13.986,00
0202010503 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 7,86	504	R\$3.961,44
0202010538 DOSAGEM DE LACTATO	R\$ 3,68	2520	R\$9.273,60
0202010554 DOSAGEM DE LIPASE	R\$ 2,25	112	R\$252,00
0202010562 DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 2,01	6216	R\$12.494,16
0202010570 DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	R\$ 2,01	3	R\$5,63
0202010600 DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 1,85	21000	R\$38.850,00
0202010619 DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$ 1,40	20	R\$27,44



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

0202010627 DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 1,85	207	R\$383,32
0202010635 DOSAGEM DE SODIO	R\$ 1,85	21000	R\$38.850,00
0202010643 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 2,01	11788	R\$23.693,88
0202010651 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 2,01	9523	R\$19.140,83
0202010660 DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,12	8	R\$34,61
0202010678 DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 3,51	34	R\$117,94
0202010694 DOSAGEM DE UREIA	R\$ 1,85	22980	R\$42.512,26
0202010708 DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 15,24	112	R\$1.706,88
0202010724 ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 4,42	20	R\$86,63
0202010732 GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	R\$ 15,65	2990	R\$46.799,76
0202010767 DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 15,24	207	R\$3.157,73
0202020029 CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 2,72	896	R\$2.437,12
0202020037 CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$ 2,72	42	R\$114,24
0202020070 DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	R\$ 2,72	4166	R\$11.332,61
0202020096 DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R\$ 2,73	4166	R\$11.374,27
0202020134 DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 5,77	9254	R\$53.395,58
0202020142 DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 2,73	9447	R\$25.790,86
0202020150 DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS)	R\$ 2,73	3338	R\$9.111,65
0202020304 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 1,53	1148	R\$1.756,44
0202020355 ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 5,41	6	R\$30,30
0202020371 HEMATOCRITO	R\$ 1,53	1148	R\$1.756,44
0202020380 HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11	56000	R\$230.160,00
0202020398 LEUCOGRAMA	R\$ 2,73	11	R\$30,58
0202020541 TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$ 2,73	3	R\$7,64
0202030075 DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 2,83	42	R\$118,86
0202030091 DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$ 15,06	3	R\$42,17
0202030105 DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 16,42	221	R\$3.632,10
0202030121 DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 17,16	6	R\$96,10
0202030164 DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 9,25	8	R\$77,70
0202030180 DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 17,16	8	R\$144,14
0202030202 DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 2,83	2590	R\$7.329,70
0202030270 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 8,67	6	R\$48,55
0202030288 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$ 17,16	11	R\$192,19
0202030318 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 18,55	3	R\$51,94
0202030342 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$ 17,16	3	R\$48,05
0202030350 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$ 18,55	6	R\$103,88
0202030474 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$ 2,83	31	R\$87,16
0202030555 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$ 17,16	6	R\$96,10
0202030598 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	R\$ 17,16	39	R\$672,67
0202030628 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$ 17,16	8	R\$144,14
0202030636 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 18,55	512	R\$9.505,02
0202030679 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 18,55	554	R\$10.284,12
0202030733 PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 2,83	17	R\$47,54
0202030741 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,00	36	R\$400,40
0202030768 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 16,97	34	R\$570,19
0202030776 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25	20	R\$181,30
0202030784 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	R\$ 18,55	445	R\$8.258,46
0202030806 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55	64	R\$1.194,62
0202030814 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16	28	R\$480,48
0202030857 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,61	39	R\$455,11
0202030873 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,55	34	R\$623,28
0202030890 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 18,55	470	R\$8.725,92
0202030911 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55	64	R\$1.194,62
0202030920 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16	28	R\$480,48



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

0202030962 PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$ 13,35	36	R\$485,94
0202030970 PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$ 18,55	543	R\$10.076,36
0202031012 PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$ 4,10	17	R\$68,88
0202031098 TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 4,10	6	R\$22,96
0202031110 TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 2,83	944	R\$2.670,39
0202031128 TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00	297	R\$2.968,00
0202031136 TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00	31	R\$308,00
0202031209 DOSAGEM DE TROPONINA	R\$ 9,00	8400	R\$75.600,00
0202031217 DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	R\$ 13,35	8	R\$112,14
0202040127 PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 1,65	286	R\$471,24
0202040143 PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 1,65	84	R\$138,60
0202050017 ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$ 3,70	27532	R\$101.869,88
0202050025 CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 3,51	45	R\$157,25
0202050092 DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8,12	8	R\$68,21
0202050114 DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 2,04	14	R\$28,56
0202060080 DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$ 14,12	3	R\$39,54
0202060136 DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 9,86	17	R\$165,65
0202060144 DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 11,25	3	R\$31,50
0202060152 DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 11,71	3	R\$32,79
0202060160 DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 10,15	28	R\$284,20
0202060179 DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$ 11,55	8	R\$97,02
0202060187 DOSAGEM DE ESTRONA	R\$ 11,12	8	R\$93,41
0202060217 DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 7,85	445	R\$3.494,82
0202060233 DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 7,89	42	R\$331,38
0202060241 DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 8,97	31	R\$276,28
0202060250 DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 8,96	888	R\$7.952,90
0202060268 DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 10,17	8	R\$85,43
0202060276 DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 43,13	17	R\$724,58
0202060284 DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 15,35	3	R\$42,98
0202060292 DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 10,22	17	R\$171,70
0202060349 DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 10,43	34	R\$350,45
0202060357 DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 13,11	8	R\$110,12
0202060365 DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$ 15,35	3	R\$42,98
0202060373 DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 8,76	224	R\$1.962,24
0202060381 DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 11,60	504	R\$5.846,40
0202060390 DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 8,71	188	R\$1.634,00
0202070255 DOSAGEM DE LITIO	R\$ 2,25	140	R\$315,00
0202070352 DOSAGEM DE ZINCO	R\$ 15,65	3	R\$43,82
0202080013 ANTIBIOGRAMA	R\$ 4,98	700	R\$3.486,00
0202080048 BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$ 4,20	350	R\$1.470,00
0202080072 BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$ 2,80	16800	R\$47.040,00
0202080080 CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 5,62	5600	R\$31.472,00
0202080153 HEMOCULTURA	R\$ 11,49	2800	R\$32.172,00
0202090051 CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89	168	R\$317,52
0202090060 CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89	168	R\$317,52
0202090213 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R\$ 9,70	224	R\$2.172,80
0202090230 PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$ 1,89	168	R\$317,52
0202090299 PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIP	R\$ 1,89	168	R\$317,52
0202120023 DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37	45	R\$61,38
0202120082 PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37	48	R\$65,21
0202080080 CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 5,62	559	R\$3.139,33
0202080110 CULTURA PARA BAAR	R\$ 5,63	0	R\$0,00
0202080137 CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$ 4,19	0	R\$0,00
0202080145 EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$ 2,80	0	R\$0,00
0202080153 HEMOCULTURA	R\$ 11,49	133	R\$1.528,17



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

0202090051 CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89	34	R\$63,50
0202090060 CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89	35	R\$66,15
0202090167 ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,56	42	R\$275,52
0202090213 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R\$ 9,70	112	R\$1.086,40
0202090230 PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$ 1,89	35	R\$66,15
0202090299 PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIP	R\$ 1,89	27	R\$50,27
0202120023 DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37	22	R\$30,69
0202120082 PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37	24	R\$32,61
0202120090 TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$ 2,73	7	R\$19,11
Total	1.083,93	343125	R\$1.192.388,96

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

Notas:

PROCEDIMENTO TABELA AMB	Valor	Qtde. Anual	Total
2806159-4 CA199 - CA 19/9	R\$ 63,72	28	R\$1.784,16
2806251-5 PSAL - LIVRE, ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO	R\$ 62,00	21	R\$1.302,00
2809021-7 ADA - ADENOSINA DEAMINASE (ADA)	R\$ 48,20	14	R\$674,80
2806166-7 CA 153 - CA15-3	R\$ 63,72	3	R\$178,42
2805082-7 T3 L- T3 LIVRE	R\$ 22,95	14	R\$321,30
2810028-0 CRIP 2- CRIPTOCOCOSE, TINTA DA CHINA	R\$ 4,50	4	R\$18,90
2809016-0 IGG - IMUNOGLOBULINA G (IgG)	R\$ 27,00	3	R\$75,60
TOTAL	R\$ 292,09	87	R\$4.355,18

OUTROS EXAMES FORA TABELA SUS E TABELA AMB	Valor	Qtde. Anual	Total
0202080196 PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$ 4,33	140	R\$606,20
0202080218 PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$ 4,33	140	R\$606,20
D-Dímero	R\$ 75,00	210	R\$15.750,00
Total	R\$ 83,66	490	R\$16.962,40

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

Notas:

MATERNIDADE MUNICIPAL DE SÃO VICENTE (ALOJAMENTO CONJUNTO, UNIDADE NEONATAL E PRÉ PARTO)			
PROCEDIMENTO TABELA SIA/SUS	VALOR TABELA SUS	QUANTIDADE ANUAL ESTIMADA	VALOR TOTAL
0202010120 DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$1,85	3650	R\$6.752,50
0202010180 DOSAGEM DE AMILASE	R\$2,25	365	R\$821,25
0202010201 DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$2,01	3650	R\$7.336,50
0202010210 DOSAGEM DE CALCIO	R\$1,85	350	R\$647,50
0202010228 DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$3,51	10	R\$35,10
0202010260 DOSAGEM DE CLORETO	R\$1,85	730	R\$1.350,50
0202010279 DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$3,51	30	R\$105,30
0202010287 DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$3,51	30	R\$105,30
0202010295 DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$1,85	30	R\$55,50
0202010317 DOSAGEM DE CREATININA	R\$1,85	5000	R\$9.250,00
0202010325 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$3,68	150	R\$552,00
0202010333 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$4,12	150	R\$618,00
0202010368 DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R\$3,68	3650	R\$13.432,00
0202010384 DOSAGEM DE FERRITINA	R\$15,59	24	R\$374,16
0202010392 DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$3,51	24	R\$84,24
0202010422 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$2,01	365	R\$733,65
0202010430 DOSAGEM DE FOSFORO	R\$1,85	64	R\$118,40
0202010465 DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$3,51	365	R\$1.281,15



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

0202010473 DOSAGEM DE GLICOSE	R\$1,85	150	R\$277,50
0202010503 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$7,86	150	R\$1.179,00
0202010538 DOSAGEM DE LACTATO	R\$3,68	500	R\$1.840,00
0202010554 DOSAGEM DE LIPASE	R\$2,25	365	R\$821,25
0202010562 DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$2,01	730	R\$1.467,30
0202010600 DOSAGEM DE POTASSIO	R\$1,85	3650	R\$6.752,50
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	3650	R\$6.752,50
0202010643 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$2,01	3650	R\$7.336,50
0202010651 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$2,01	3650	R\$7.336,50
0202010660 DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$4,12	6	R\$24,72
0202010678 DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$3,51	30	R\$105,30
0202010694 DOSAGEM DE UREIA	R\$1,85	5000	R\$9.250,00
0202010732 GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	R\$15,65	450	R\$7.042,50
0202010767 DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$15,24	10	R\$152,40
0202020070 DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	R\$2,72	1485	R\$4.039,20
0202020096 DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R\$2,73	1485	R\$4.054,05
0202020134 DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$5,77	3650	R\$21.060,50
0202020142 DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$2,73	3650	R\$9.964,50
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	6	R\$32,46
0202020371 HEMATOCRITO	R\$1,53	820	R\$1.254,60
0202020380 HEMOGRAMA COMPLETO	R\$4,11	16800	R\$69.048,00
0202030202 DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$2,83	2384	R\$6.746,72
0202030636 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$18,55	250	R\$4.637,50
0202030741 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$11,00	150	R\$1.650,00
0202030784 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	R\$18,55	250	R\$4.637,50
0202030806 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$18,55	12	R\$222,60
0202030814 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$17,16	150	R\$2.574,00
0202030857 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$11,61	100	R\$1.161,00
0202030890 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$18,55	250	R\$4.637,50
0202030911 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$18,55	12	R\$222,60
0202030920 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$17,16	100	R\$1.716,00
0202030970 PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$18,55	250	R\$4.637,50
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	8000	R\$22.640,00
0202031128 TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$10,00	1825	R\$18.250,00
0202031136 TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$10,00	1825	R\$18.250,00
0202040127 PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$1,65	30	R\$49,50
0202040143 PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$1,65	30	R\$49,50



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

0202050017 ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$3,70	16800	R\$62.160,00
0202050025 CLEARANCE DE CREATININA	R\$3,51	60	R\$210,60
0202050114 DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$2,04	350	R\$714,00
0202060217 DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$7,85	800	R\$6.280,00
DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG) QUANTITATIVO	R\$100,00	365	R\$36.500,00
0202060250 DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$8,96	30	R\$268,80
0202060268 DOSAGEM DE INSULINA	R\$10,17	48	R\$488,16
0202060365 DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$15,35	30	R\$460,50
0202060373 DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$8,76	30	R\$262,80
0202060381 DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$11,60	30	R\$348,00
0202060390 DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$8,71	30	R\$261,30
0202080013 ANTIBIOGRAMA	R\$4,98	3800	R\$18.924,00
0202080048 BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$4,20	12	R\$50,40
0202080072 BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$2,80	16800	R\$47.040,00
0202080080 CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$5,62	3800	R\$21.356,00
0202080153 HEMOCULTURA	R\$11,49	500	R\$5.745,00
0202090051 CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$1,89	250	R\$472,50
0202090060 CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$1,89	250	R\$472,50
0202090230 PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$1,89	250	R\$472,50
0202090299 PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIP	R\$1,89	144	R\$272,16
0202120023 DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$1,37	15000	R\$20.550,00
0202120082 PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$1,37	15000	R\$20.550,00
SOROLOGIA PARA HIV 1 (ELISA 02.02.03.030-0, WESTERN BLOT	R\$10,00	24	R\$240,00
02.02.03.029-6 IMUNOFLUORESCÊNCIA)	R\$85,00	24	R\$2.040,00
02.02.03.084-9 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLIS	R\$17,16	10	R\$171,60
02.02.03.111-0 VDRL NO LÍQUOR	R\$2,83	250	R\$707,50
02.02.12.009-0 COOMBS INDIRETO	R\$2,73	13500	R\$36.855,00
02.02.02.054-1 COOMBS DIRETO	R\$2,73	13500	R\$36.855,00
02.02.10.001-4 DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS).	R\$180,00	12	R\$2.160,00
02.02.08.013-7 CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$4,19	40	R\$167,60
02.02.07.012-3 FENO FENOBARBITAL	R\$13,13	24	R\$315,12
VANCOCINEMIA	R\$13,00	24	R\$312,00
0202080048 BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$4,20	15	R\$63,00
02.02.05.011-4 DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$2,04	200	R\$408,00
02.02.05.002-5 CLEARANCE DE CREATININA	R\$3,51	200	R\$702,00
02.02.05.021-1 - PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	R\$2,04	12	R\$24,48
02.02.02.029-0 - DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R\$4,60	365	R\$1.679,00
02.02.03.085-7 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTI-CITOMEGALOVIRUS	R\$11,61	10	R\$116,10
02.02.01.019-8 DOSAGEM DE AMONIA SERICA	R\$3,51	12	R\$42,12
1 02.02.01.021-0 DOSAGEM DE CALCIO	R\$1,85	24	R\$44,40
DOSAGEM SERICA DE DGPD	R\$29,00	12	R\$348,00
02.02.01.004-0 DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA	R\$3,63	150	R\$544,50
02.02.08.008-0 CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$5,62	36	R\$202,32



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

02.02.08.022-6 PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	R\$2,80	6	R\$16,80
*SOROLOGIA PARA DENGUE, CHICUNGUNYA E ZICA VIRUS 02.02.03.079-2 IGG	R\$30,00	15	R\$450,00
02.02.03.091 IGM			
02.02.03.079-2 IGG	R\$18,55	15	R\$278,25
02.02.03.091 IGM	R\$30,00	15	R\$450,00
D - DIMERO	R\$75,00	20	R\$1.500,00
		190406	R\$ 634.150,98

P.A. Parque das Bandeiras			
PROCEDIMENTO TABELA SIA/SUS	VALOR UNITARIO	QTDE ANUAL ESTIMADA	VALOR TOTAL ESTIMADO ANUAL
0202010023 DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R\$ 2,01	1	R\$ 2,01
0202010040 DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 3,63	217	R\$ 787,71
0202010112 DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R\$ 2,01	3	R\$ 6,03
0202010120 DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$ 1,85	240	R\$ 444,00
0202010163 DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R\$ 3,68	1	R\$ 3,68
0202010180 DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 2,25	1819	R\$ 4.092,75
0202010201 DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 2,01	1184	R\$ 2.379,84
0202010210 DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 1,85	2395	R\$ 4.430,75
0202010228 DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$ 3,51	16	R\$ 56,16
0202010260 DOSAGEM DE CLORETO	R\$ 1,85	44	R\$ 81,40
0202010279 DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 3,51	537	R\$ 1.884,87
0202010287 DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 3,51	10	R\$ 35,10
0202010295 DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 1,85	500	R\$ 925,00
0202010317 DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 1,85	9000	R\$ 16.650,00
0202010325 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 3,68	3000	R\$ 11.040,00
0202010333 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$ 4,12	2700	R\$ 11.124,00
0202010368 DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R\$ 3,68	1800	R\$ 6.624,00
0202010384 DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 15,59	36	R\$ 561,24
0202010392 DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$ 3,51	66	R\$ 231,66
0202010406 DOSAGEM DE FOLATO	R\$ 15,65	10	R\$ 156,50
0202010422 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,01	981	R\$ 1.971,81
0202010430 DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 1,85	32	R\$ 59,20
0202010465 DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,51	1200	R\$ 4.212,00
0202010473 DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 1,85	2700	R\$ 4.995,00
0202010503 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 7,86	180	R\$ 1.414,80
0202010538 DOSAGEM DE LACTATO	R\$ 3,68	900	R\$ 3.312,00
0202010554 DOSAGEM DE LIPASE	R\$ 2,25	40	R\$ 90,00
0202010562 DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 2,01	2220	R\$ 4.462,20
0202010570 DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	R\$ 2,01	1	R\$ 2,01
0202010600 DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 1,85	7500	R\$ 13.875,00
0202010619 DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$ 1,40	7	R\$ 9,80
0202010627 DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 1,85	74	R\$ 136,90
0202010635 DOSAGEM DE SODIO	R\$ 1,85	7500	R\$ 13.875,00
0202010643 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 2,01	4210	R\$ 8.462,10
0202010651 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 2,01	3401	R\$ 6.836,01
0202010660 DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,12	3	R\$ 12,36
0202010678 DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 3,51	12	R\$ 42,12
0202010694 DOSAGEM DE UREIA	R\$ 1,85	8207	R\$ 15.182,95



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

0202010708 DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 15,24	40	R\$ 609,60
0202010724 ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 4,42	7	R\$ 30,94
0202010732 GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	R\$ 15,65	1068	R\$ 16.714,20
0202010767 DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 15,24	74	R\$ 1.127,76
0202020029 CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 2,72	320	R\$ 870,40
0202020037 CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$ 2,72	15	R\$ 40,80
0202020070 DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	R\$ 2,72	1488	R\$ 4.047,36
0202020096 DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R\$ 2,73	1488	R\$ 4.062,24
0202020134 DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 5,77	3305	R\$ 19.069,85
0202020142 DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 2,73	3374	R\$ 9.211,02
0202020150 DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTACAO (VHS)	R\$ 2,73	1192	R\$ 3.254,16
0202020304 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 1,53	410	R\$ 627,30
0202020355 ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 5,41	2	R\$ 10,82
0202020371 HEMATOCRITO	R\$ 1,53	410	R\$ 627,30
0202020380 HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11	20000	R\$ 82.200,00
0202020398 LEUCOGRAMA	R\$ 2,73	4	R\$ 10,92
0202020541 TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$ 2,73	1	R\$ 2,73
0202030075 DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 2,83	15	R\$ 42,45
0202030091 DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$ 15,06	1	R\$ 15,06
0202030105 DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 16,42	79	R\$ 1.297,18
0202030121 DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 17,16	2	R\$ 34,32
0202030164 DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 9,25	3	R\$ 27,75
0202030180 DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 17,16	3	R\$ 51,48
0202030202 DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 2,83	925	R\$ 2.617,75
0202030270 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 8,67	2	R\$ 17,34
0202030288 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$ 17,16	4	R\$ 68,64
0202030318 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 18,55	1	R\$ 18,55
0202030342 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$ 17,16	1	R\$ 17,16
0202030350 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$ 18,55	2	R\$ 37,10
0202030474 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$ 2,83	11	R\$ 31,13
0202030555 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$ 17,16	2	R\$ 34,32
0202030598 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	R\$ 17,16	14	R\$ 240,24
0202030628 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$ 17,16	3	R\$ 51,48
0202030636 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 18,55	183	R\$ 3.394,65
0202030679 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 18,55	198	R\$ 3.672,90
0202030733 PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 2,83	6	R\$ 16,98
0202030741 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,00	13	R\$ 143,00
0202030768 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 16,97	12	R\$ 203,64
0202030776 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25	7	R\$ 64,75
0202030784 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	R\$ 18,55	159	R\$ 2.949,45
0202030806 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55	23	R\$ 426,65
0202030814 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16	10	R\$ 171,60
0202030857 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,61	14	R\$ 162,54
0202030873 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,55	12	R\$ 222,60
0202030890 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 18,55	168	R\$ 3.116,40
0202030911 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55	23	R\$ 426,65
0202030920 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16	10	R\$ 171,60



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

0202030962 PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$ 13,35	13	R\$ 173,55
0202030970 PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$ 18,55	194	R\$ 3.598,70
0202031012 PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$ 4,10	6	R\$ 24,60
0202031098 TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 4,10	2	R\$ 8,20
0202031110 TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 2,83	337	R\$ 953,71
0202031128 TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00	106	R\$ 1.060,00
0202031136 TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00	11	R\$ 110,00
0202031209 DOSAGEM DE TROPONINA	R\$ 9,00	3000	R\$ 27.000,00
0202031217 DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	R\$ 13,35	3	R\$ 40,05
0202040127 PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 1,65	102	R\$ 168,30
0202040143 PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 1,65	30	R\$ 49,50
0202050017 ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$ 3,70	9833	R\$ 36.382,10
0202050025 CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 3,51	16	R\$ 56,16
0202050092 DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8,12	3	R\$ 24,36
0202050114 DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 2,04	5	R\$ 10,20
0202060080 DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$ 14,12	1	R\$ 14,12
0202060136 DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 9,86	6	R\$ 59,16
0202060144 DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 11,25	1	R\$ 11,25
0202060152 DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 11,71	1	R\$ 11,71
0202060160 DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 10,15	10	R\$ 101,50
0202060179 DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$ 11,55	3	R\$ 34,65
0202060187 DOSAGEM DE ESTRONA	R\$ 11,12	3	R\$ 33,36
0202060217 DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 7,85	159	R\$ 1.248,15
0202060233 DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 7,89	15	R\$ 118,35
0202060241 DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 8,97	11	R\$ 98,67
0202060250 DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 8,96	317	R\$ 2.840,32
0202060268 DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 10,17	3	R\$ 30,51
0202060276 DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 43,13	6	R\$ 258,78
0202060284 DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 15,35	1	R\$ 15,35
0202060292 DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 10,22	6	R\$ 61,32
0202060349 DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 10,43	12	R\$ 125,16
0202060357 DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 13,11	3	R\$ 39,33
0202060365 DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$ 15,35	1	R\$ 15,35
0202060373 DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 8,76	160	R\$ 1.401,60
0202060381 DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 11,60	180	R\$ 2.088,00
0202060390 DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 8,71	67	R\$ 583,57
0202070255 DOSAGEM DE LITIO	R\$ 2,25	50	R\$ 112,50
0202070352 DOSAGEM DE ZINCO	R\$ 15,65	1	R\$ 15,65
0202080013 ANTIBIOGRAMA	R\$ 4,98	250	R\$ 1.245,00
0202080048 BACIOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$ 4,20	125	R\$ 525,00
0202080072 BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$ 2,80	6000	R\$ 16.800,00
0202080080 CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 5,62	2000	R\$ 11.240,00
0202080153 HEMOCULTURA	R\$ 11,49	1000	R\$ 11.490,00
0202090051 CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89	60	R\$ 113,40
0202090060 CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89	60	R\$ 113,40
0202090213 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R\$ 9,70	80	R\$ 776,00
0202090230 PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$ 1,89	60	R\$ 113,40
0202090299 PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIP	R\$ 1,89	60	R\$ 113,40
0202120023 DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37	16	R\$ 21,92



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

0202120082 PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37	17	R\$ 23,29
0202080080 CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 5,62	200	R\$ 1.124,00
0202080110 CULTURA PARA BAAR	R\$ 5,63	0	R\$ 0,00
0202080137 CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$ 4,19	0	R\$ 0,00
0202080145 EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$ 2,80	0	R\$ 0,00
0202080153 HEMOCULTURA	R\$ 11,49	48	R\$ 551,52
0202090051 CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89	12	R\$ 22,68
0202090060 CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89	13	R\$ 24,57
0202090167 ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,56	15	R\$ 98,40
0202090213 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R\$ 9,70	40	R\$ 388,00
0202090230 PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$ 1,89	13	R\$ 24,57
0202090299 PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIP	R\$ 1,89	10	R\$ 18,90
0202120023 DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37	8	R\$ 10,96
0202120082 PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37	9	R\$ 12,33
0202120090 TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$ 2,73	3	R\$ 8,19
Total	R\$ 1.142,95	122628	R\$ 426.567,44

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

Notas:

PROCEDIMENTO TABELA AMB	VALOR UNITÁRIO	QTDE ANUAL ESTIMADA	VALOR TOTAL ESTIMADO
2806159-4 CA199 - CA 19/9	R\$ 63,72	10	R\$ 637,20
2806251-5 PSAL - LIVRE, ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO	R\$ 62,00	8	R\$ 496,00
2809021-7 ADA - ADENOSINA DEAMINASE (ADA)	R\$ 48,20	5	R\$ 241,00
2806166-7 CA 153 - CA15-3	R\$ 63,72	1	R\$ 63,72
2805082-7 T3 L- T3 LIVRE	R\$ 22,95	5	R\$ 114,75
2810028-0 CRIP 2- CRIPTOCOCOSE, TINTA DA CHINA	R\$ 4,50	2	R\$ 9,00
2809016-0 IGG - IMUNOGLOBULINA G (IgG)	R\$ 27,00	1	R\$ 27,00
TOTAL	R\$ 292,09	32	R\$ 1.588,67

OUTROS EXAMES FORA TABELA SUS E TABELA AMB	VALOR UNITÁRIO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL ESTIMADO
0202080196 PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$ 4,33	100	R\$ 433,00
0202080218 PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$ 4,33	100	R\$ 433,00
D-Dímero	R\$ 75,00	50	R\$ 3.750,00
Total	R\$ 83,66	250	R\$ 4.616,00

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

Notas:

Hospital Dr. Olavo

PROCEDIMENTO TABELA SIA/SUS	VALOR UNITARIO	QTDE ANUAL ESTIMADA	VALOR TOTAL ESTIMADO ANUAL
0202010023 DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R\$ 2,01	1	R\$2,61
0202010040 DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 3,63	142	R\$514,37
0202010112 DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R\$ 2,01	3	R\$5,23
0202010120 DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$ 1,85	156	R\$288,60
0202010163 DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R\$ 3,68	1	R\$4,78
0202010180 DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 2,25	1183	R\$2.661,75
0202010201 DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 2,01	770	R\$1.546,90
0202010210 DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 1,85	1557	R\$2.881,19
0202010228 DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$ 3,51	10	R\$36,50
0202010260 DOSAGEM DE CLORETO	R\$ 1,85	29	R\$52,91



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

0202010279 DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 3,51	350	R\$1.227,45
0202010287 DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 3,51	7	R\$22,82
0202010295 DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 1,85	325	R\$601,25
0202010317 DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 1,85	5850	R\$10.822,50
0202010325 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 3,68	1950	R\$7.176,00
0202010333 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$ 4,12	1755	R\$7.230,60
0202010368 DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R\$ 3,68	1170	R\$4.305,60
0202010384 DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 15,59	23	R\$364,81
0202010392 DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$ 3,51	43	R\$150,58
0202010406 DOSAGEM DE FOLATO	R\$ 15,65	7	R\$101,73
0202010422 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,01	638	R\$1.282,98
0202010430 DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 1,85	21	R\$38,48
0202010465 DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,51	780	R\$2.737,80
0202010473 DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 1,85	1755	R\$3.246,75
0202010503 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 7,86	117	R\$919,62
0202010538 DOSAGEM DE LACTATO	R\$ 3,68	585	R\$2.152,80
0202010554 DOSAGEM DE LIPASE	R\$ 2,25	26	R\$58,50
0202010562 DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 2,01	1443	R\$2.900,43
0202010570 DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	R\$ 2,01	1	R\$2,61
0202010600 DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 1,85	4875	R\$9.018,75
0202010619 DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$ 1,40	5	R\$7,28
0202010627 DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 1,85	48	R\$88,99
0202010635 DOSAGEM DE SODIO	R\$ 1,85	4875	R\$9.018,75
0202010643 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 2,01	2737	R\$5.500,37
0202010651 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 2,01	2211	R\$4.444,71
0202010660 DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,12	3	R\$10,71
0202010678 DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 3,51	8	R\$27,38
0202010694 DOSAGEM DE UREIA	R\$ 1,85	5335	R\$9.870,12
0202010708 DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 15,24	26	R\$396,24
0202010724 ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 4,42	5	R\$22,98
0202010732 GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	R\$ 15,65	1388	R\$21.728,46
0202010767 DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 15,24	48	R\$733,04
0202020029 CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 2,72	208	R\$565,76
0202020037 CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$ 2,72	10	R\$28,29
0202020070 DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	R\$ 2,72	1430	R\$3.889,60
0202020096 DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R\$ 2,73	1430	R\$3.903,90
0202020134 DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 5,77	2148	R\$12.391,65
0202020142 DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 2,73	2730	R\$7.452,90
0202020150 DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS)	R\$ 2,73	930	R\$2.537,54
0202020304 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 1,53	390	R\$596,70
0202020355 ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 5,41	1	R\$7,03
0202020371 HEMATOCRITO	R\$ 1,53	390	R\$596,70
0202020380 HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11	26000	R\$106.860,00
0202020398 LEUCOGRAMA	R\$ 2,73	5	R\$14,20
0202020541 TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$ 2,73	1	R\$3,55
0202030075 DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 2,83	20	R\$55,19
0202030091 DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$ 15,06	1	R\$19,58
0202030105 DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 16,42	53	R\$875,19
0202030121 DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 17,16	3	R\$44,62
0202030164 DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 9,25	4	R\$36,08
0202030180 DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 17,16	4	R\$66,92
0202030202 DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 2,83	910	R\$2.575,30
0202030270 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 8,67	3	R\$22,54
0202030288 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$ 17,16	5	R\$89,23
0202030318 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 18,55	1	R\$24,12



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

0202030342 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$ 17,16	1	R\$22,31
0202030350 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$ 18,55	3	R\$48,23
0202030474 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$ 2,83	14	R\$40,47
0202030555 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$ 17,16	3	R\$44,62
0202030598 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	R\$ 17,16	18	R\$312,31
0202030628 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$ 17,16	4	R\$66,92
0202030636 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 18,55	238	R\$4.413,05
0202030679 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 18,55	257	R\$4.774,77
0202030733 PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 2,83	8	R\$22,07
0202030741 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,00	17	R\$185,90
0202030768 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 16,97	16	R\$264,73
0202030776 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25	9	R\$84,18
0202030784 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	R\$ 18,55	207	R\$3.834,29
0202030806 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55	30	R\$554,65
0202030814 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16	13	R\$223,08
0202030857 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,61	18	R\$211,30
0202030873 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,55	16	R\$289,38
0202030890 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 18,55	218	R\$4.051,32
0202030911 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55	30	R\$554,65
0202030920 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16	13	R\$223,08
0202030962 PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$ 13,35	17	R\$225,62
0202030970 PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$ 18,55	252	R\$4.678,31
0202031012 PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$ 4,10	8	R\$31,98
0202031098 TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 4,10	3	R\$10,66
0202031110 TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 2,83	169	R\$478,27
0202031128 TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00	69	R\$689,00
0202031136 TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00	8	R\$78,00
0202031209 DOSAGEM DE TROPONINA	R\$ 9,00	1950	R\$17.550,00
0202031217 DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	R\$ 13,35	3	R\$34,71
0202040127 PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 1,65	27	R\$45,05
0202040143 PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 1,65	20	R\$32,18
0202050017 ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$ 3,70	6392	R\$23.650,77
0202050025 CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 3,51	10	R\$36,50
0202050092 DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8,12	3	R\$21,11
0202050114 DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 2,04	4	R\$7,96
0202060080 DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$ 14,12	1	R\$18,36
0202060136 DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 9,86	4	R\$38,45
0202060144 DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 11,25	1	R\$14,63
0202060152 DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 11,71	1	R\$15,22
0202060160 DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 10,15	7	R\$65,98
0202060179 DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$ 11,55	3	R\$30,03
0202060187 DOSAGEM DE ESTRONA	R\$ 11,12	3	R\$28,91
0202060217 DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 7,85	104	R\$816,40
0202060233 DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 7,89	10	R\$82,06
0202060241 DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 8,97	8	R\$69,97
0202060250 DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 8,96	207	R\$1.852,03
0202060268 DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 10,17	3	R\$26,44
0202060276 DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 43,13	4	R\$168,21
0202060284 DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 15,35	1	R\$19,96
0202060292 DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 10,22	4	R\$39,86
0202060349 DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 10,43	8	R\$81,35
0202060357 DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 13,11	3	R\$34,09
0202060365 DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$ 15,35	1	R\$19,96
0202060373 DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 8,76	104	R\$911,04



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

0202060381 DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 11,60	117	R\$1.357,20
0202060390 DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 8,71	44	R\$384,98
0202070255 DOSAGEM DE LITIO	R\$ 2,25	33	R\$73,13
0202070352 DOSAGEM DE ZINCO	R\$ 15,65	1	R\$20,35
0202080013 ANTIBIOGRAMA	R\$ 4,98	163	R\$809,25
0202080048 BACIOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$ 4,20	82	R\$343,98
0202080072 BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$ 2,80	3900	R\$10.920,00
0202080080 CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 5,62	1300	R\$7.306,00
0202080153 HEMOCULTURA	R\$ 11,49	650	R\$7.468,50
0202090051 CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89	39	R\$73,71
0202090060 CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89	39	R\$73,71
0202090213 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R\$ 9,70	52	R\$504,40
0202090230 PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$ 1,89	39	R\$73,71
0202090299 PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIP	R\$ 1,89	39	R\$73,71
0202120023 DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37	10	R\$14,25
0202120082 PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37	12	R\$16,03
0202080080 CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 5,62	260	R\$1.461,20
0202080110 CULTURA PARA BAAR	R\$ 5,63	0	R\$0,00
0202080137 CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$ 4,19	0	R\$0,00
0202080145 EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$ 2,80	0	R\$0,00
0202080153 HEMOCULTURA	R\$ 11,49	62	R\$716,98
0202090051 CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89	16	R\$29,48
0202090060 CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89	17	R\$31,94
0202090167 ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,56	20	R\$127,92
0202090213 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R\$ 9,70	52	R\$504,40
0202090230 PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$ 1,89	17	R\$31,94
0202090299 PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIP	R\$ 1,89	13	R\$24,57
0202120023 DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37	10	R\$14,25
0202120082 PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37	12	R\$16,03
0202120090 TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$ 2,73	4	R\$10,65
Total	R\$ 1.142,95	96482	R\$361.469,07

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

Notas:

PROCEDIMENTO TABELA AMB	VALOR UNITÁRIO	QTDE ANUAL ESTIMADA	VALOR TOTAL ESTIMADO
2806159-4 CA199 - CA 19/9	R\$ 63,72	7	R\$414,18
2806251-5 PSAL - LIVRE, ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO	R\$ 62,00	5	R\$322,40
2809021-7 ADA - ADENOSINA DEAMINASE (ADA)	R\$ 48,20	4	R\$187,98
2806166-7 CA 153 - CA15-3	R\$ 63,72	1	R\$82,84
2805082-7 T3 L- T3 LIVRE	R\$ 22,95	4	R\$89,51
2810028-0 CRIP 2- CRIPTOCOCOSE, TINTA DA CHINA	R\$ 4,50	1	R\$5,85
2809016-0 IGG - IMUNOGLOBULINA G (IgG)	R\$ 27,00	1	R\$35,10
TOTAL	R\$ 292,09	23	R\$1.137,85

OUTROS EXAMES FORA TABELA SUS E TABELA AMB	VALOR UNITÁRIO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL ESTIMADO
0202080196 PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$ 4,33	130	R\$562,90
0202080218 PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$ 4,33	130	R\$562,90
Total	R\$ 8,66	260	R\$1.125,80

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

Notas:



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

SECRETARIA DA SAÚDE

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

DIRETORIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA – DAE

DESCRIÇÃO DO EXAME	VALOR	QUANTIDADE TOTAL	TOTAL
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
02030636 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



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

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		78760	R\$ 604.717,92

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – DVS

Código	Descrição do exame	Valor	Qtde. Anual	Total
02.02.01.012-0	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$ 1,85	50	R\$ 92,50
02.02.01.018-0	DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 2,25	800	R\$ 1.800,00
02.02.01.020-1	DOSAGEM DE BILIRRUBINAS TOTAL E FRAÇÕES	R\$ 2,01	1500	R\$ 3.015,00
02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 1,85	1000	R\$ 1.850,00
02.02.01.022-8	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$ 3,51	250	R\$ 877,50
02.02.01.027-9	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 3,51	2000	R\$ 7.020,00
02.02.01.028-7	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 3,51	2000	R\$ 7.020,00
02.02.01.029-5	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 1,85	2000	R\$ 3.700,00
02.02.01.031-7	DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 1,85	2500	R\$ 4.625,00
02.02.01.032-5	DOSAGEM DE CREATINO FOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 3,68	1500	R\$ 5.520,00
02.02.01.036-8	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R\$ 3,68	50	R\$ 184,00
02.02.01.038-4	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 15,59	30	R\$ 467,70
02.02.01.039-2	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$ 3,51	50	R\$ 175,50
02.02.01.040-6	DOSAGEM DE FOLATO	R\$ 15,65	20	R\$ 313,00
02.02.01.042-2	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,01	1100	R\$ 2.211,00
02.02.01.043-0	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 1,85	300	R\$ 555,00
02.02.01.046-5	DOSAGEM DE GAMA GLUTAMIL TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,51	1000	R\$ 3.510,00
02.02.01.047-3	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 1,85	1500	R\$ 2.775,00
02.02.01.050-3	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 7,86	850	R\$ 6.681,00
02.02.01.060-0	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 1,85	300	R\$ 555,00
02.02.01.062-7	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRAÇÕES	R\$ 1,85	130	R\$ 240,50



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

02.02.01.063-5	DOSAGEM DE SODIO	R\$ 1,85	300	R\$ 555,00
02.02.01.064-3	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO OXALAC	R\$ 2,01	2500	R\$ 5.025,00
02.02.01.065-1	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO PIRUVI	R\$ 2,01	2500	R\$ 5.025,00
02.02.01.067-8	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 3,51	2000	R\$ 7.020,00
02.02.01.069-4	DOSAGEM DE UREIA	R\$ 1,85	2500	R\$ 4.625,00
02.02.01.070-8	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 15,24	300	R\$ 4.572,00
02.02.01.076-7	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 15,24	1500	R\$ 22.860,00
02.02.02.013-4	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	R\$ 5,77	15	R\$ 86,55
02.02.02.014-2	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA	R\$ 2,73	20	R\$ 54,60
02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11	2500	R\$ 10.275,00
02.02.03.009-1	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$ 15,06	200	R\$ 3.012,00
02.02.03.010-5	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 16,42	150	R\$ 2.463,00
02.02.03.020-2	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 2,83	50	R\$ 141,50
02.02.03.029-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$ 85,00	50	R\$ 4.250,00
02.02.03.030-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI HIV 1 + ANTI HIV 2 (ELISA)	R\$ 10,00	4,000	R\$ 40.000,00
02.02.03.031-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI HTLV I/II	R\$ 18,55	30	R\$ 556,50
02.02.03.053-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	R\$ 4,10	10	R\$ 41,00
02.02.03.055-5	PESQUISA DE ANTICORPO ANTIMICROSSOMAS	R\$ 17,16	20	R\$ 343,20
02.02.03.062-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI TIREOGLOBULINA	R\$ 17,16	20	R\$ 343,20
02.02.03.063-6	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B - ANTI HBS	R\$ 18,55	1000	R\$ 18.550,00
02.02.03.064-4	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B - ANTI HBE	R\$ 18,55	50	R\$ 927,50
02.02.03.067-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C - ANTI - HCV	R\$ 18,55	2500	R\$ 46.375,00
02.02.03.069-5	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA VIRUS DO SARAMPO	R\$ 9,25	10	R\$ 92,50
02.02.03.074-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,00	150	R\$ 1.650,00
02.02.03.076-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 16,97	150	R\$ 2.545,50
02.02.03.077-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSO	R\$ 9,25	10	R\$ 92,50
02.02.03.078-4	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B - ANTI HBC	R\$ 18,55	2500	R\$ 46.375,00
02.02.03.080-6	PESQUISA DE ANTICORPO IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A	R\$ 18,55	40	R\$ 742,00
02.02.03.081-4	PESQUISA DE ANTICORPO IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16	100	R\$ 1.716,00
02.02.03.084-9	PESQUISA DE ANTICORPO IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A	R\$ 17,16	10	R\$ 171,60
02.02.03.085-7	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,61	150	R\$ 1.741,50
02.02.03.087-3	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,55	150	R\$ 2.782,50
02.02.03.091-1	PESQUISA DE ANTICORPO IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A	R\$ 18,55	40	R\$ 742,00
02.02.03.092-0	PESQUISA DE ANTICORPO IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16	110	R\$ 1.887,60
02.02.03.095-4	PESQUISA DE ANTICORPO IGM CONTRA O VIRUS DA HERPES S	R\$ 17,16	10	R\$ 171,60
02.02.03.097-0	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B - HBSAG	R\$ 18,55	2500	R\$ 46.375,00
02.02.03.098-9	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B - HBE	R\$ 18,55	50	R\$ 927,50
02.02.03.109-8	REAÇÃO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) PARA DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS	R\$ 4,10	1000	R\$ 4.100,00
02.02.03.111-0	TESTE DE VDRL PARA DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS	R\$ 2,83	3000	R\$ 8.490,00



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

02.02.03.112-8	TESTE DE FTA-ABS IGG PARA DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS	R\$ 10,00	200	R\$ 2.000,00
02.02.03.113-6	TESTE DE FTA-ABS IGM PARA DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS	R\$ 10,00	200	R\$ 2.000,00
02.02.04.012-7	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 1,65	150	R\$ 247,50
02.02.04.014-3	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 1,65	30	R\$ 49,50
02.02.05.001-7	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS	R\$ 3,70	2300	R\$ 8.510,00
02.02.05.002-5	CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 3,51	300	R\$ 1.053,00
02.02.05.009-2	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8,12	60	R\$ 487,20
02.02.05.011-4	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24H)	R\$ 2,04	300	R\$ 612,00
02.02.06.021-7	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 7,85	50	R\$ 392,50
02.02.06.025-0	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (THS)	R\$ 8,96	1500	R\$ 13.440,00
02.02.06.029-2	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 10,22	20	R\$ 204,40
02.02.06.034-9	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 10,43	30	R\$ 312,90
02.02.06.038-1	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 11,60	950	R\$ 11.020,00
02.02.06.039-0	DOSAGEM DE TRIODOTIRONINA (T3)	R\$ 8,71	20	R\$ 174,20
02.02.08.004-8	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR	R\$ 4,20	5,600	R\$23.520,00
02.02.08.005-6	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR HANSENIASE	R\$4,20	300	R\$1.260,00
02.02.08.007-2	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$ 2,80	50	R\$ 140,00
02.02.08.008-0	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICAÇÃO	R\$ 5,62	50	R\$ 281,00
02.02.12.002-3	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37	50	R\$ 68,50
02.02.12.008-2	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37	50	R\$ 68,50
TOTAL			63,335	R\$416.732,75

IDENTIFICAÇÃO DE ROTINAS

PARÁGRAFO SEGUNDO: Para facilitar o atendimento a demandas específicas dentro da atenção primária, serão criadas algumas “rotinas” com exames pré determinados, sendo devidamente identificados, com código de barras específicos com as identificações: “Rotina Adulto”, “Perfil Pré Natal 1” e “Perfil Pré Natal 2” (a seguir):

ABERTURA PRÉ-NATAL	
PERFIL PRÉ NATAL 1	Tipagem sanguínea (ABO/Rh)
	Hemograma
	Glicemia jejum
	Eletroforese de Hemoglobina
	Sorologia para Toxoplasmose IgM/IgG (Avidez se necessário)
	VDRL / FtaAbs
	HBsAg / Anti HBs
	Anti-HCV
	Urina I / Urocultura
PPF	
28 SEMANAS	
PERFIL PRÉ NATAL 2	Hemograma completo
	Glicemia jejum
	VDRL / FtaAbs
	Urina I / Urocultura

PARÁGRAFO TERCEIRO: Em casos excepcionais, os exames solicitados e não referenciados na tabela SUS, poderão ser prescritos desde que devidamente justificados e autorizados pelo setor de auditoria



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

médica da Secretária de Saúde. Estes exames terão como referência a Tabela AMB e/ou CHMPB, a que tiver o menor preço.

PARÁGRAFO QUARTO: Os exames referentes as rotinas de pré-natal 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.

PARÁGRAFO QUINTO: Os resultados de sorologias positivas deverão ser comunicados imediatamente a Unidade de Origem com cópia para a Diretoria de Atenção Primária à Saúde, através de email, sabendo ser esta uma das responsabilidades da CONTRATADA.

PARÁGRAFO SEXTO: Os testes sorológicos (IgM) positivos deverão ser repetidos através de teste confirmatórios pelas metodologias Elisa e/ou IFI.

PARÁGRAFO SÉTIMO: Todo resultado de toxoplasmose IGM positivo a CONTRATADA deverá realizar automaticamente o teste de Aidez para toxoplasmose sem a necessidade de realização de nova coleta.

PARÁGRAFO OITAVO: Os exames sorológicos de HIV, sífilis e hepatites B e C devem seguir os fluxos contidos nos manuais técnicos de diagnóstico para essas infecções, publicados pelo Ministério da Saúde e disponíveis para consulta pelo site www.aids.gov.br.

PARÁGRAFO NONO: 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.

PARÁGRAFO DÉCIMO: Realizar exames de swab de vigilância quando necessário e solicitado pelo Serviço de Infecção Hospitalar da Unidade requisitante.

PARÁGRAFO DÉCIMO PRIMEIRO: Exames de Pesquisa de BK em escarro em Rede de Urgência deverão ter resultados entregues em até 4 (quatro) horas.

PARÁGRAFO DÉCIMO SEGUNDO: Disponibilizar testes rápidos de HIV quando necessários para cobertura das solicitações por motivo de vítimas de violência sexual, acidentes com material biológico.

TRANSPORTE

PARÁGRAFO DÉCIMO TERCEIRO: A EMPRESA vencedora deverá disponibilizar veículos próprios e identificados à serviço da Prefeitura de São Vicente, com simbologia de material biológico e



SECRETARIA DA SAÚDE

infectante, bem como o número necessário de funcionários para o transporte do material biológico de acordo com a RDC 504, de 27 maio de 2021.

DA ADMISSÃO E EMISSÃO DE LAUDOS INFORMATIZADOS

PARÁGRAFO DÉCIMO QUARTO: 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.

PARÁGRAFO DÉCIMO QUINTO: A CONTRATADA deverá usar 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.

PARÁGRAFO DÉCIMO SEXTO: Analisador 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).



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

- ✓ 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.

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.

Analizador Bioquímico:



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

- ✓ 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.
- ✓ Priorização das emergências, sem interromper a lista de trabalho.
- ✓ Manipulação das amostras através de tubo primário de 5, 7 ou 10 ml ou em sample cup.
- ✓ Capacidade de armazenamento de aproximadamente 104 (cento e quatro) testes, 26 (vinte e seis) perfis e 26 (vinte e seis) cálculos.
- ✓ Analisador automático de coagulação:
- ✓ Dosagem de tempo de tromboplastina ativada.
- ✓ Dosagem de tempo de protrombina.
- ✓ Determinação do INR.

CLÁUSULA TERCEIRA: DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE E CONTRATADA

PARÁGRAFO PRIMEIRO: COMPETE À CONTRATADA

- 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) 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.
- c) Executar a manutenção preventiva e corretiva e calibração de todos os equipamentos utilizados, mantendo-os em perfeito estado de uso.
- d) Responsabilizar-se integralmente pelos serviços contratados, nos termos da Legislação vigente.
- e) A **CONTRATADA** deverá manter no próprio laboratório estoque de material de consumo, necessário ao desempenho dos serviços.



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

- f) 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.
- g) Para todos os exames automatizados a **CONTRATADA** fornecerá os insumos compatíveis com os equipamentos.
- h) 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.
- i) Os exames não relacionados na Tabela SIA/SUS como tabela AMB, só serão realizados se devidamente autorizados pelo Departamento de Auditoria e Superintendência da Secretaria de Saúde de São Vicente.
- j) Realizar execução de controle de pragas (desintetização e desratização), conforme determina legislação sanitária.

PARÁGRAFO SEGUNDO: O prestador de serviço deverá ainda responsabilizar-se por:

- a) Transporte, processamento e liberação dos exames oriundos da Rede de Saúde de São Vicente, os quais serão coletados pelos profissionais 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) A Empresa deverá providenciar a implantação de laboratório que funcionará no Hospital Municipal de São Vicente, na Rua Minas Gerais, nº 19, Vila São Jorge, onde a **CONTRATADA** se responsabilizará pela adaptação do local, se necessário, instalará seus equipamentos e deverá prestar os 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, e Urgência e Emergência e recebimento dos exames oriundos da Rede de Saúde de São Vicente, constantes no Edital;



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

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) 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 22 de Julho de 2020 e Lei Estadual 10083/98, para fins de fiscalização sanitária municipal;

f) A Empresa **CONTRATADA** ficará obrigada a atender todos os pedidos ou reclamações efetuados durante a vigência do contrato;

g) A **CONTRATADA** fornecerá todos os equipamentos de proteção individual e coletiva para o manuseio do material biológico.

h) A **CONTRATADA** deverá usar 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;

PARÁGRAFO TERCEIRO: 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.

PARÁGRAFO QUARTO: O sistema deve permitir integração com sistema de terceiros através de API (Application Programming Interface) onde os conjuntos de dados possam ser transitados de um sistema para o outro em tempo real.

PARÁGRAFO QUINTO: Caberá também a **CONTRATADA** a entrega dos resultados impressos nos postos de coleta e também disponibilizá-los pela Internet.



SECRETARIA DA SAÚDE

PARÁGRAFO SEXTO: DOS EQUIPAMENTOS MÍNIMOS OBRIGATÓRIOS POR SETOR LABORATORIAL

PARÁGRAFO SÉTIMO: 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 Memorial Descritivo e ainda:

- a) Treinamento e reciclagem periódica com os profissionais de coleta com emissão de certificados;
- b) Treinamento e reciclagem com os profissionais da área técnica e todos os envolvidos no sistema com emissão de certificados;
- c) Formulários e processos para elaboração de Pop's;
- d) Controle de qualidade interno;
- e) Controle de qualidade externo.
- f) Os equipamentos disponibilizados pela empresa vencedora deverão ter Registro da ANVISA e controle de Calibração de equipamentos, apresentando documentação toda vez que for necessário ou quando solicitado pela **CONTRATANTE**;
- g) Auditorias internas;
- h) A empresa vencedora deverá atender às exigências de sustentabilidade ambiental. Ressalta-se que as contratações realizadas pela Administração Pública devem primar pela utilização de materiais recicláveis, com vida útil mais longa, que contenham menor quantidade de materiais perigosos ou tóxicos, consumam menor quantidade de matéria-prima e energia, e orientem as cadeias produtivas a práticas mais sustentáveis de gerenciamento e gestão. Os materiais deverão apresentar padrões de produção de bens e serviços a partir de critérios, procedimentos administrativos e jurídicos que sinalizem, para o **CONTRATANTE**, os patamares de custos e padrões produtivos/tecnológicos mais adequados sob o ponto de vista da sustentabilidade econômica, social e ambiental.

PARÁGRAFO OITAVO: É nesse sentido que o **CONTRATANTE** tem seu foco na proteção ao meio ambiente com produtos e serviços de menor impacto ambiental, e sinalizando assim para as empresas a necessidade de adaptação de seus processos produtivos aos novos padrões ambientais, sociais e econômicos, sob pena de exclusão do mercado das compras públicas. (Constituição Federal/1988, art. 225 inciso VI, c/c art.170, inciso VI; Lei nº 8.666/1993, art. 3º; Instrução Normativa nº1/2010, da Secretaria de Logística e Tecnologia da Informação do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão).



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

PARÁGRAFO NONO: A empresa CONTRATADA, quando couber, adotará as seguintes práticas de sustentabilidade definidas no art. 2º do Decreto nº 43.629, de 05 de junho de 2012, ou outras que o Poder Executivo venha a estabelecer, tais como: I - economia no consumo de água e energia; II - minimização da geração de resíduos e destinação final ambientalmente adequada dos que forem gerados; III - racionalização do uso de matérias-primas; IV - redução da emissão de poluentes; V - adoção de tecnologias menos agressivas ao meio ambiente; VI - implementação de medidas que reduzam as emissões de gases de efeito estufa e aumentem os sumidouros; VII - utilização de produtos de baixa toxicidade; VIII - utilização de produtos com a origem ambiental sustentável comprovada, quando existir certificação para o produto.

PARÁGRAFO DÉCIMO: OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

PARÁGRAFO DÉCIMO PRIMEIRO: 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 Gabinete da Secretaria de Saúde de São Vicente.

PARÁGRAFO DÉCIMO SEGUNDO: Cabe a **CONTRATANTE** efetuar o pagamento a **CONTRATADA**, de acordo com as condições de preço e prazo estabelecidas neste contrato e ainda:

- a) Promover o acompanhamento e a fiscalização dos serviços objeto do presente contrato, sob aspecto quantitativos e qualitativos, anotando as falhas detectadas e comunicando as ocorrências de quaisquer fatos que, a seu critério, exijam medidas corretivas por parte da **CONTRATADA**;
- b) Propiciar todas as condições para o bom desempenho dos serviços contratados;
- c) Fornecer a documentação solicitada, colocando à disposição toda informação necessária; inclusive as informações dos pacientes (nome completo, sem abreviações, data de nascimento, idade, filiação, endereço, telefone para contato); informes clínicos e o pedido original e legível do médico assistente, frascos identificados/rotulados com os dados da **CONTRATADA**;
- d) Propiciar todas as condições para o bom desempenho dos serviços contratados;
- e) Zelar para que os serviços ora contratados sejam executados com diligência e perfeição;
- f) Permitir o acesso do (s) empregado (s) da **CONTRATADA** às suas instalações, quando em serviço, de acordo com as normas de segurança.

CLÁUSULA QUARTA: DO PREÇO E DO PRAZO PARA INICIO DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

PARÁGRAFO SEXTO: Após a aceitação da fatura, a Secretaria de Saúde de São Vicente, deverá encaminhá-la ao Departamento de Finanças para providenciar o pagamento no prazo de 30 (trinta) dias após o término do período mensal dos serviços prestados, contados a partir da data de recebimento do documento fiscal;

PARÁGRAFO SÉTIMO: A Nota Fiscal deverá ser acompanhada das Certidões de regularidade perante o INSS (CND) e do FGTS (CRF), e 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 OITAVO: pagamento não será efetuado enquanto a empresa vencedora estiver pendente de liquidação com qualquer obrigação financeira decorrente de penalidade ou inadimplência, sem que isso gere direito a reajustamento de preços ou a correção monetária;

PARÁGRAFO NONO: No caso de incorreção na Nota Fiscal será a mesma devolvida à **CONTRATADA** para as devidas correções, passando a contar o prazo a partir da data de sua reapresentação e consequente aprovação pela Prefeitura de São Vicente;

PARÁGRAFO DÉCIMO: Qualquer atraso ocorrido na apresentação da nota fiscal, por parte da **CONTRATADA**, importará em prorrogação automática do prazo de vencimento da obrigação do **CONTRATANTE**;

PARÁGRAFO DÉCIMO PRIMEIRO: Todos os custos com impostos, taxas, pedágios, fretes e demais despesas que por ventura ocorrerem serão de responsabilidade da empresa vencedora.

PARÁGRAFO DÉCIMO SEGUNDO: 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 DURAÇÃO E VIGÊNCIA

PARÁGRAFO ÚNICO: O prazo de vigência do presente Contrato é de 12 (doze) meses, a partir de XX/XX/22 até XX/XX/23.

CLÁUSULA SÉTIMA: DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

PARÁGRAFO ÚNICO: As Despesas decorrentes da presente licitação onerarão os recursos orçamentários Nº 02.18.02.10.302.0019.2043.3.3.90.39.00

Diretoria de Atenção Primária à Saúde – **DAPS: 44,86%**

Diretoria Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência – **DAHUE: 39,77%**

Diretoria de Atenção Especializada – **DAE: 9,10%**

Diretoria de Vigilância em Saúde – **DVS: 6,27%**

CLÁUSULA OITAVA: DAS PENALIDADES E DAS MULTAS

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

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

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

PARÁGRAFO SEXTO: As penalidades acima referidas, não impedem que a **CONTRATANTE** rescinda unilateralmente o Contrato ou aplique outras sanções previstas na Lei Federal Nº 8.666/93.

CLÁUSULA NONA: DOS CASOS DE RESCISÃO

PARÁGRAFO PRIMEIRO: 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.



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

SECRETARIA DA SAÚDE

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

PARÁGRAFO SEGUNDO: O presente Contrato poderá ser rescindido no caso de se verificar algumas das hipóteses conforme lei vigente.

CLÁUSULA DÉCIMA: DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

PARÁGRAFO ÚNICO: 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 PRIMEIRA: DA ADEQUAÇÃO DO CONTRATO À LEGISLAÇÃO SUPERVENIENTE

PARÁGRAFO ÚNICO: 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, conforme lei vigente.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: DA SUBCONTRATAÇÃO

PARÁGRAFO ÚNICO: Não será permitido subcontratar, ceder ou transferir, total ou parcialmente, as responsabilidades advindas deste Contrato bem como faturamento por parte de terceiros. A fusão, cisão ou incorporação apenas serão admitidas com consentimento prévio e por escrito do **CONTRATANTE**, desde que não afetem a boa execução do presente Instrumento.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA: DO FORO

PARÁGRAFO ÚNICO: 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.

São Vicente, Cidade-Monumento da História Pátria, Célula Mater da Nacionalidade, em XX de XXXXXX de 2022.



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

MICHELLE LUIS SANTOS

SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO VICENTE/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

“CONTRATADA”

Testemunhas:

1. _____

2. _____

Nome:

Nome:

R.G. Nº:

R.G. Nº:



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

SECRETARIA DA SAÚDE

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

ANEXO III

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 29281/21

PREGÃO PRESENCIAL Nº 141/22

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 141/22** 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 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 _____



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

SECRETARIA DA SAÚDE

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

_____, ____ 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.



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

SECRETARIA DA SAÚDE

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

ANEXO IV

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 29281/21

PREGÃO PRESENCIAL Nº 141/22

(* 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 141/22

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 141/22**, cujo objeto é a contratação de empresa especializada na 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 e Tabela CBHPM conforme relação e condições constantes neste edital, pelo período de 12 (doze) meses, para atender os pacientes da Secretaria de Saúde do Município de São Vicente.

_____ de _____ de 2022

Assinatura do Representante Legal

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



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

SECRETARIA DA SAÚDE

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

ANEXO V

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 29281/21

PREGÃO PRESENCIAL Nº 141/22

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 141/22**, 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.



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

SECRETARIA DA SAÚDE

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

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 29281/21

PREGÃO PRESENCIAL Nº 141/22

OBJETO: Contratação de empresa especializada na 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 e Tabela CBHPM conforme relação e condições constantes neste edital, pelo período de 12 (doze) meses, para atender os pacientes da Secretaria de Saúde do Município de São Vicente.

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 141/22 (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 MUNICIPAL DE SÃO VICENTE** e sua empresa,



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

SECRETARIA DA SAÚDE

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

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.



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

SECRETARIA DA SAÚDE

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

ANEXO VII

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 29281/21

PREGÃO PRESENCIAL Nº 141/22

(* 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 141/22, 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.



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

SECRETARIA DA SAÚDE

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

ANEXO VIII

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 29281/21

PREGÃO PRESENCIAL Nº 141/22

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 29281/21

PREGÃO PRESENCIAL Nº 141/22

OBJETO: Contratação de empresa especializada na 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 e Tabela CBHPM conforme relação e condições constantes neste edital, pelo período de 12 (doze) meses, para atender os pacientes da Secretaria de Saúde do Município de São Vicente.

LOTE 01

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	QUANTIDADE ESTIMADA MENSAL	VALOR UNITÁRIO	VALOR MENSAL ESTIMADO	QUANTIDADE ESTIMADA ANUAL	VALOR ANUAL ESTIMADO
			R\$	R\$		

Validade da proposta: 90 (Noventa) dias.

Condições de Pagamento: O pagamento será efetuado em parcelas Mensais no prazo de 30 (trinta) 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



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

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 2022

Proponente – R.G. Nº

Assinatura do Representante Legal

OBS: A presente Proposta deverá ser assinada por Representante Legal do concorrente e apresentada dentro do ENVELOPE Nº 01 - PROPOSTA.



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

SECRETARIA DA SAÚDE

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

ANEXO IX

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 29281/21

PREGÃO PRESENCIAL Nº 141/22

(* 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 em
Unidade designada pela Administração para o cumprimento do objeto desta licitação.

_____, ____ de _____ de 2022

Empresa

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



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

SECRETARIA DA SAÚDE

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

ANEXO X

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 29281/21

PREGÃO PRESENCIAL Nº 141/22

(* 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 2022

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.



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

SECRETARIA DA SAÚDE

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

ANEXO XI

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 29281/21

PREGÃO PRESENCIAL Nº 141/22

(* Utilização facultativa do modelo).

MODELO DE DECLARAÇÃO DE INDICAÇÃO DE PESSOA LEGALMENTE RESPONSÁVEL

A empresa XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, sediada à Rua (Av., Al., etc.) XXXXXXXXXXXX, bairro XXXXXXXXXXX, cidade XXXXXXXXXXX, estado XXXXXXXX, inscrita no C.N.P.J. Nº XXXXXXXXXXX, 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 2022

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.



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

SECRETARIA DA SAÚDE

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

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 Nº XXX/22

Pregão Presencial Nº 141/22

Objeto: Contratação de empresa especializada na 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 e Tabela CBHPM conforme relação e condições constantes neste edital, pelo período de 12 (doze) meses, para atender os pacientes da Secretaria de Saúde do Município de São Vicente.

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

Contratada: XXXXXXXXXXXXX

Justificativa: Lei Federal Nº 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.

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



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

SECRETARIA DA SAÚDE

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

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 2022

CONTRATANTE

Nome e cargo:

E-mail institucional:

E-mail pessoal:

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.



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

SECRETARIA DA SAÚDE

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

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 especializada na 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 e Tabela CBHPM conforme relação e condições constantes neste edital, pelo período de 12 (doze) meses, para atender os pacientes da Secretaria de Saúde do Município de São Vicente.

Nome:

Cargo:

R.G. Nº:

C.P.F. Nº

Endereço Residencial (completo):

Telefone Residencial/Celular:

E-mail pessoal:

E-mail institucional:

(Cidade), xx de xxxxxxxx de 2022

Nome/Assinatura

OBS: O presente cadastro deverá ser assinado pelo responsável do concorrente e apresentado dentro do ENVELOPE Nº 02 - HABILITAÇÃO.



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

SECRETARIA DA SAÚDE

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

ANEXO XIV

REQUERIMENTO DE PAGAMENTO

Modelo de Requerimento de Pagamento
(Papel Timbrado da Empresa)

Contrato nº: (Numero da Ata de Registro de Preços – AF)

Processo nº: (Numero do Processo de Compra – AF)

Objeto contratual: (Material da Licitação Original)

À Secretaria de Saúde

Senhor(a) Fiscal;

A Empresa, CNPJ nº XXX, com sede na rua (endereço completo), por seu representante legal, ao final subscrito, encaminha a vossa senhoria o incluso pedido de pagamento, referente aos serviços prestados (materiais entregues) no mês XXXX (ou outro período estipulado em contrato), em decorrência da prestação dos serviços que especifica, no valor de R\$ XXX (valor por extenso).

Acompanha o presente pedido:

- 1) Nota Fiscal, Nota Fiscal Fatura ou documento equivalente;
- 2) Cópia da requisição de fornecimento de materiais, de prestação de serviços ou execução de obras;
- 3) Medições detalhadas das obras ou serviços realizados, ou dos materiais entregues;

Quando se tratar de contratos de prestação continuada de serviços de mão de obra, com dedicação exclusiva, deverá conter também:

- 4) Relação atualizada dos empregados vinculados à execução do contrato, com as respectivas folhas de frequência e de pagamento;
- 5) Cópia do protocolo de envio de arquivos, emitido pela conectividade social (GFIP/SEFIP);
- 6) Cópia da relação dos trabalhadores constantes do arquivo SEFIP do mês anterior ao



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Processo nº 29281/21

Folha nº _____

SECRETARIA DA SAÚDE

objeto do pedido de pagamento;

- 7) Cópia das guias quitadas do INSS e do FGTS correspondentes ao mês anterior ao objeto do pedido de pagamento;
- 8) E, no pagamento relativo ao último mês de prestação dos serviços, cópia dos termos de rescisão dos contratos de trabalho, devidamente homologados, dos empregados vinculados à prestação dos respectivos serviços, ou comprovação de realocação dos referidos empregados para prestar outros serviços.

Local, data.

Assinatura do Representante da Empresa

Carimbo com CNPJ