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 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
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 HEMOSSEDIMENTACAO (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 CONTA 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 (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 BACILOSCOPIA 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

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

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$4.774,77
0202030733 PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R$ 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

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

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

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

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

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

02.02.05.001-7	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS	R$ 3,70	2300	R$ 8.510,00
02.02.05.002-5	CLEARENCE 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 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 especificas 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

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 Avidez 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

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).

- ✓ 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.

Analisador de gases sanguíneos:

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

Analisador Bioquímico:

- ✓ 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 Contração 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 49ª, 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:

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 especifico processo licitatório devem e foram interpretados à luz do principio 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 n° 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.

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 CONDIÇOES 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 por 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.

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.

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, Catiapõa, 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/n°, 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;

✓ **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, Vl. 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 Clinica 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.

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:

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.

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;

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;

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 ambienta.

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:

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%**

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 - Drª 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.

Drª 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

ANEXO II

MINUTA
CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS N° 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 **Drª. Michelle Luis Santos, C.P.F. Nº XXXXXXXXXXX**, doravante denominada simplesmente como **"CONTRATANTE"** e, de outro lado a empresa **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, inscrita no C.N.P.J. N° XXXXXXXXXXXXX, sediada à XXXXXXXXXXXXXXXX, Bairro: XXXXXXXX, no Município de XXXXXXXXXXX - XX, neste ato representado pela Sr.(a) **XXXXXXXXXXXXXXX, R.G. N° XXXXXXXXX e C.P.F. Nº XXXXXXXXXXXX,** 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

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	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
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$14.245,00
02.02.03.104-7	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCEN	R$ 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 TRIIODOTIRONINA (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	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 MICROBIOLOGICO 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 Sáude - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

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	METANEFRINAS 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 Sáude - 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 Sáude - 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

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$10.284,12
0202030733 PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R$ 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$7.952,90
0202060268 DOSAGEM DE INSULINA	R$ 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

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

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

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 SIMPLES	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

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 02.02.03.091 IGM	R$30,00	15	R$450,00
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

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 HEMOSSEDIMENTACAO (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 CONTA 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 (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 BACILOSCOPIA 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
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$4.444,71
0202010660 DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R$ 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$4.774,77
0202030733 PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R$ 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

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$504,40
0202090230 PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R$ 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:

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

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

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

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	CLEARENCE 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 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

PARÁGRAFO SEGUNDO: Para facilitar o atendimento a demandas especificas 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

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 Avidez 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

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).

- ✓ 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.

Analisador de gases sanguíneos:

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

Analisador Bioquímico:

- ✓ 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.

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 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;

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.

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 ambienta.

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).

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

PARÁGRAFO PRIMEIRO: Para início da prestação de serviço, o prazo será de 10 dias corridos, após assinatura do contrato.

PARÁGRAFO SEGUNDO: A **CONTRATANTE** pagará a **CONTRATADA,** pelos Serviços Prestados o Valor Mensal Estimado de R$ X,XX (xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx) e o Valor Total Anual Estimado de R$ X,XX (xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx), por um período de 12 (doze) meses.

CLÁUSULA QUINTA: DO PAGAMENTO E REAJUSTE DE PREÇOS

PARÁGRAFO PRIMEIRO: 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.**

PARÁGRAFO SEGUNDO: 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.

PARÁGRAFO TERCEIRO: 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.

PARÁGRAFO QUARTO: 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

PARÁGRAFO QUINTO: 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;

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 subseqüente.

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

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.

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.

CLÁSULA 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.

CLÁSULA 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, Céllula Mater da Nacionalidade, em XX de XXXXXX de 2022.

Processo nº 29281/21
Folha nº _____

MICHELLE LUIS SANTOS

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

XXXXXXXXXXXXXXXXXXX

"CONTRATADA"

Testemunhas:

1._____

Nome:

R.G. Nº:

2._____

Nome:

R.G. Nº:

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 Nº _____ e Inscrição Estadual Nº _____, representada neste ato por seu(s) qualificação(ões) do(s) outorgante(s) Sr(a) _____, portador(a) da Cédula de Identidade RG Nº _____ e CPF Nº _____, nomeia(m) e constitui(em) seu bastante Procurador o(a) Sr(a) _____, portador da Cédula de Identidade RG Nº _____ e CPF Nº _____, 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 _____

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.

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 N° 141/22

Sr. Pregoeiro,

Pela presente, declaro(amos) que, nos termos do Artigo 4°, Inciso VII, da Lei Federal N° 10.520/2002, que a Empresa _____(indicação da razão social) _____ cumpre plenamente os requisitos de habilitação para o **PREGÃO PRESENCIAL N° 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.

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 N° 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 N° _____

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

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 N°: **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,

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.

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 N° 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 7° 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.

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

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.

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.

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 inexiste(m) 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.

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 XXXXXXXXXXXXXXXX, sediada à Rua (Av., Al., etc.) XXXXXXXXXX, bairro XXXXXXXXX, cidade XXXXXXXX, estado XXXXXXX, inscrita no C.N.P.J. Nº XXXXXXXXX, indica o Sr. XXXXXXXXXXXXXXXX, nacionalidade, estado civil, profissão, portador do R.G. Nº XXXXXXXXX XXX/XX, inscrito no C.P.F. Nº XXXXXXXXXX, domiciliado à Rua (Av., Al., etc) XXXXXXXXXXXXXXX, 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.

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: XXXXXXXXXXXX

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

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.

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.

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

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

P.M.S.V
- SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO
- DEPTO. DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVO

FOLHA DE ANDAMENTO

Papel para informações, rubricada como folha n.º.....

Incorporado em ...../...../..... ao processo n.º.....

Pelo(a) funcionário(a).....

Ao
Gabinete

Solicito autorização para publicação do edital. Quanto ao apontamento realizado pela Segur às fls. 233/235, informo que a reserva orçamentária encontra-se à fl. 242. Salientando que houve alteração na tabela apresentada pela DVS anteriormente, modificando o valor total estimado.

29/09/22

Clayton Pelikjian
Chefe do Dep. de Compras
SEDAU

ao DECOM.

Diante do acima apontado, autorizo a publicação do edital

29/09/22

Dra. Michelle Luis Santos
Secretária de Saúde de São Vicente

MOD. 231