



## TERMO DE REFERÊNCIA

### 1. INFORMAÇÕES PRIMÁRIAS:

<b>Órgão Requerente:</b> Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento.	Descrição de categoria de investimento:
	<input type="checkbox"/> Aquisição <input checked="" type="checkbox"/> Contratação de Serviços

### 2. MODALIDADE E O TIPO DE LICITAÇÃO:

Modalidade de Licitação:	Tipo de Licitação:
<input type="checkbox"/> Concorrência - Art. 22 § 1º, Art. 23 incisos I e II alínea c da Lei nº 8.666/93. <input type="checkbox"/> Tomada de Preço - Art.22 §2º, Art.23 incisos I e II alínea b da Lei nº 8666/93. <input type="checkbox"/> Convite - Art. 22 §3, Art.23 incisos I e II alínea a da Lei nº 8.666/93. <input type="checkbox"/> Concurso - Art. 22 § 4º da Lei nº 8.666/93. <input type="checkbox"/> Leilão - Art. 22 § 5º da Lei nº 8.666/93. <input type="checkbox"/> Dispensa de Licitação - Art. 24 da Lei nº 8.666/93. <input checked="" type="checkbox"/> <b>Inexigibilidade de Licitação - Art. 25 da Lei nº 8.666/93.</b> <input type="checkbox"/> Pregão Eletrônico – SRP - Lei Federal nº 10.520/02 e subsidiariamente, no que couber, as disposições da Lei no 8.666/93. <input type="checkbox"/> Pregão Eletrônico – Tradicional - Lei Federal nº 10.520/02 e subsidiariamente, no que couber, as disposições da Lei no 8.666/93. <input type="checkbox"/> Pregão Presencial – SRP - Lei Federal nº 10.520/02 e subsidiariamente, no que couber, as disposições da Lei no 8.666/93. <input type="checkbox"/> Pregão Presencial – Tradicional - Lei nº 10.520/2002 e subsidiariamente, no que couber, as disposições da Lei no 8.666/93. <input type="checkbox"/> Lei Municipal 2738/2017	Art. 45, incisos I ao IV, da Lei nº 8.666/93: <input type="checkbox"/> Menor Preço Global. <input type="checkbox"/> Menor Preço por item. <input type="checkbox"/> Menor Preço Lote. <input type="checkbox"/> Melhor Técnica. <input type="checkbox"/> Técnica e Preço. <input type="checkbox"/> Maior Lance ou Oferta. <input checked="" type="checkbox"/> <b>Tabela de preço.</b> <input type="checkbox"/> Não se enquadra. <input checked="" type="checkbox"/> <b>Credenciamento.</b>

### 3. DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL:

<input checked="" type="checkbox"/> Lei nº8.666/93 e suas alterações (Institui normas para Licitações e Contratos da Administração). <input checked="" type="checkbox"/> Lei Complementar nº123/2006 (Institui o Estatuto Nacional da Microempresa e Empresa de Pequeno Porte) e alterações posteriores. <input type="checkbox"/> Lei nº10.520/2002 (Institui a modalidade de licitação denominada Pregão); <input type="checkbox"/> Decreto Municipal nº 176/2006 e 044/2013 que regulamenta Sistema de Registro de Preços no Município. <input checked="" type="checkbox"/> Lei Municipal nº 2738/2017 que dispõe sobre tratamento diferenciado as ME e EPP. <input checked="" type="checkbox"/> E demais disposições a serem estabelecidas no Edital de Licitação e em seus Anexos.
---



#### 4. DO OBJETO:

O presente Termo de Referência tem por finalidade definir o conjunto de elementos que nortearão o procedimento para a **“CREDENCIAMENTO DE EMPRESAS ESPECIALIZADAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO E REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS, ELENCADOS NO PRESENTE TERMO DE REFERÊNCIA COM BASE NA TABELA DE PREÇOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO, PARA ATENDER PACIENTES DA REDE MUNICIPAL DE SORRISO E DISTRITOS ADJACENTES (BOA ESPERANÇA, PRIMAVERA DO NORTE E CARAVAGIO),** conforme condições e quantidades necessárias.

#### 5. DA JUSTIFICATIVA:

O presente processo de credenciamento tem como um dos fundamentos legais o artigo 2º da Lei 8080 de 1999 que dispõe que saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, além disso, no inciso II, do artigo 4º da mesma legislação dispõe que a iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde - SUS, em caráter complementar.

É preciso destacar que a contratação de empresa especializada em serviço de exames de laboratoriais é voltada para atender usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, tanto os encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde do Município (UBS), Ambulatório Multiprofissional Especializado (AME), Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), egressos do Hospital Regional de Sorriso e os que realizam Tratamento Fora de domicílio (TFD), visando o serviço de apoio diagnóstico;

Diante da situação que se apresenta, bem como, o ofício enviado pelo Departamento de Licitação em 24/02/2020 (OF/DOL/SOR/Nº 010/2020) na qual informa o interesse de um novo laboratório ao credenciamento, se mostra inviável a inclusão de um novo laboratório, visto que, não há saldo disponível para a contratação de uma nova empresa, pois, a previsão orçamentária e de quantitativo do processo de inexigibilidade já se encontra 100% contratada.

Desse modo, diante do quadro que se apresenta e:

Considerando a Resolução do CMS nº 09/2018 aprovou a tabela de valores de itens laboratoriais com balizamento baseada na Ata CMS nº 447/2018;

Considerando que o valor unitário dos itens laboratoriais utilizados pela Secretaria de Saúde, até a presente data (tabela balizada), está dentro da média de valores praticados pelas empresas laboratoriais da região;

Considerando que existe a necessidade de ampliar o rol de exames, uma vez que houve a aquisição de novas especialidades médicas para atender a demanda do município;

Considerando a necessidade de inserir mais 33 (Trinta e Três) itens de especialidades no rol de exames laboratoriais, sendo que, nestes novos itens foi utilizada a mesma metodologia de cálculo: Balizamento (média entre os três menores valores de orçamentos);

Considerando o interesse de potencializar a capacidade de resposta da rede assistencial de modo a propiciar condições de atendimento aos usuários da rede do município de Sorriso-MT, garantindo assim maior agilidade e eficiência na realização e na apresentação dos resultados dos exames laboratoriais;

Considerando que a contratação vem ao encontro da necessidade da população;

Solicitamos a realização de um novo processo de credenciamento com a finalidade suprir a demanda de exames solicitados pelas unidades básicas e especialidades de saúde da rede pública do Município de Sorriso – MT.

#### 6. DA ESPECIFICAÇÃO DOS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS:

6.1. CONFORME ANEXO I.

6.2. Os serviços a serem realizados seguirão as descrições constantes no Anexo I, especialmente no que se refere a valores e quantitativo;



## 7. VALOR ESTIMADO DE CONTRATAÇÃO:

- 7.1.** O valor total de referência R\$: **5.069.073,70 (cinco milhões, sessenta e nove mil, setenta e três reais e setenta centavos).**
- 7.2.** Os valores de referência para o processo de credenciamento dos exames laboratoriais tiveram como critério, análise técnica do Conselho Municipal de Saúde que por meio da Resolução CMS nº 09/2018 aprovou tabela de preços balizada;
- 7.2.1.** Registra-se que os valores para os novos exames laboratoriais tiveram como critério de balizamento os mesmos requisitos aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde.

## 8. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

ORGÃO	DOTAÇÃO	PROJ./ATIVIDADE	ELEMENTO DESPESA	COD. RED
Fundo Municipal de Saúde	15.001.10.301.0004.2110	Manutenção de ações da Atenção Básica	339039	523

## 9. PRAZO DO CREDENCIAMENTO:

- 9.1.** O presente termo terá validade de 12 (doze) meses, contados a partir da data de assinatura.
- 9.2.** Durante o prazo de validade do Credenciamento, o Município de Sorriso, desde que, haja disponibilização de saldo e interesse na contratação do serviço fará o registro de novas empresas credenciadas, visto que, o serviço, embora essencial, não apresenta demanda obrigatória, uma vez que, está condicionada a fatores externos.

## 10. HORÁRIO DE ATENDIMENTO:

- 10.1.** A empresa credenciada deverá disponibilizar horário compatível com o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde.
- 10.2** A empresa credenciada, não poderá realizar férias coletivas ou recesso de final de ano, tendo em vista a permanência no atendimento das Unidades de Saúde.

## 13. FISCALIZAÇÃO DE SERVIÇOS/VISTORIA:

- 13.1.** O licitante poderá fazer fiscalização/vistoria pelo setor de Controle e Avaliação e/ou Fiscal de Contrato a qualquer momento no local onde serão executados os exames, com o objetivo de inteirar-se das condições de atendimento e grau de dificuldades existentes;
- 13.2.** Este procedimento deverá ser acompanhado pelo responsável do laboratório onde serão realizados os exames;
- 13.3.** A fiscalização/vistoria acontecerá em horário comercial e em dias uteis;
- 13.4.** Após a visita será realizado relatório elencando todas as ocorrências e deficiências constatadas, objetivando a imediata correção das irregularidades apontadas;
- 13.5.** As exigências e atuação da fiscalização/vistoria, em nada restringem a responsabilidade, única, integral e exclusiva da credenciada, no que concede a execução do objeto contratado;
- 13.6.** Durante a fiscalização de serviços/vistoria poderá ser realizado pesquisa de satisfação do usuário;
- 13.7.** A Fiscalização realizada pelo município não exclui a obrigatoriedade e o dever de fiscalização dos demais órgãos competentes pelo controle de funcionamento da atividade desenvolvida pelas empresas;



#### 14. OBRIGAÇÃO DO CONTRATADO:

- 14.1.** É proibido o **CONTRATADO** cobrar taxas ou quaisquer outros encargos do usuário, **sob pena de descredenciamento** a ser apurado em processo administrativo instaurado imediatamente após a denúncia apresentada pelo usuário, assegurado o contratado o direito ao contraditório e à ampla defesa.
- 14.2.** O acompanhamento do contrato de execução de serviço, bem como valor financeiro do contrato, é também responsabilidade do **CONTRATADO**. O fato de ter o fiscal do contrato não divide, nem tampouco retira as obrigações do **CONTRATADO**.
- 14.3.** Executar os serviços dentro dos padrões estabelecidos pela **CONTRATANTE** e de acordo com o especificado no termo de referência, responsabilizando-se por eventuais prejuízos decorrentes do descumprimento de qualquer cláusula ou condição aqui estabelecida;
- 14.4.** Assumir inteira responsabilidade técnica e administrativa pela qualidade dos serviços contratados, não podendo, sob qualquer hipótese, transferir à outra pessoa a prestação dos serviços.
- 14.5.** Indenizar terceiros e/ou a **CONTRATANTE**, mesmo em caso de ausência ou omissão de sua parte, por quaisquer danos ou prejuízos causados, devendo a **CONTRATADA** adotar todas as medidas preventivas, com fiel observância às exigências das autoridades competentes e as disposições legais vigentes;
- 14.6.** Responder, por quaisquer prejuízos que causar à **CONTRATANTE** ou à terceiros, decorrentes da incompatibilidade de ação ou omissão culposa, procedendo imediatamente os reparos ou indenizações cabíveis e assumindo inteiramente o ônus decorrente;
- 14.7.** Responsabilizarem-se integralmente pelos serviços contratados, nos termos da legislação vigente, entre eles todas as despesas, impostos, encargos sociais;
- 14.8.** Custear todos os insumos necessários sem ônus para a **CONTRATANTE**;
- 14.9.** A **CONTRATADA** deverá disponibilizar funcionário e transporte para realizar coleta domiciliar, caso o usuário não reúna condições físicas para comparecer ao laboratório, sem quaisquer custos a municipalidade.
- 14.10.** As **CONTRATADAS** que manifestarem interesse deverão disponibilizar PONTO DE COLETA nos Distritos de Boa Esperança, Primavera do Norte e Caravagio no município, a fim de, atender os usuários da rede municipal de Saúde;
- 14.10.1.** Os pontos de coleta deverão ser instalados pela(s) empresa(s) credenciada(s) dentro dos critérios de fiscalização e controle da Agência Nacional de Vigilância Nacional, em especial a RDC302/2005, e dos órgão de fiscalização municipal e estadual;
- 14.10.2. Os custos com disponibilização de material, mão de obra e deslocamento dos funcionários será de responsabilidade exclusiva das empresas credenciadas;**
- 14.11.** Prover todos os meios necessários à garantia da plena operacionalidade dos serviços;
- 14.12.** Conferir se a guia de autorização liberada pelo sistema de agendamento confere com o nome do paciente, itens solicitados pelo médico e laboratório de execução, sendo **VEDADO** executar exame destinado a outro laboratório.
- 14.13.** Confirmar os exames realizados no sistema SISREG ou outro sistema similar utilizado pela contratante, seguindo a guia de agendamento emitida pela unidade de saúde. **Preferencialmente que a confirmação no sistema seja realizada diariamente.**
- 14.14.** Apresentar o pedido médico (SUS) devidamente autorizado, e relatório quinzenal e mensal com o nome do paciente, exames realizados e respectivos valores, deixando a disposição para conferência no Setor de Controle e Avaliação da Secretaria de Saúde;
- 14.15.** A coleta dos exames será realizada exclusivamente no Laboratório credenciado, e, pela equipe de profissionais designados pelo **CONTRATADO**;
- 14.16.** Atualizar o CNES sempre que houver alteração na equipe multiprofissional da empresa e/ou aquisição/descarte de equipamentos;



- 14.17.** O **CONTRATADO** deverá manter a solicitação de exame em local seguro e somente acessível ao (s) profissional (is) diretamente envolvido (s) em seu tratamento;
- 14.18.** O **CONTRATADO** deverá disponibilizar, sempre que solicitado pelo **CONTRATANTE**, às solicitações e laudos dos exames dos usuários;
- 14.19.** Indenizar terceiros e/ou a **CONTRATANTE**, mesmo em caso de ausência ou omissão de sua parte, por quaisquer danos ou prejuízos causados, devendo a **CONTRATADA** adotar todas as medidas preventivas, com fiel observância às exigências das autoridades competentes e as disposições legais vigentes;
- 14.20.** Aceitar nas mesmas condições contratadas, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessários, até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor atualizado do contrato.
- 14.21.** O **CONTRATADO** não poderá terceirizar os serviços, objeto do presente contrato, sendo de sua responsabilidade a realização dos mesmos.
- 14.22.** A empresa credenciada deverá atender a quantidade diária de usuários, informados quando do pedido de credenciamento;
- 14.22.1.** A credenciada ao informar a quantidade de usuários deve considerar como estimativa média 10 (dez) exames (itens) por usuário;
- 14.22.2.** A empresa que não informar a capacidade de atendimento de usuários/dia, estará sujeita a divisão promovida pelo município, conforme critérios legais.
- 14.23.** Os exames agendados pelas Unidades Básicas de Saúde, os resultados serão retirados pelo próprio usuário, exceto os casos confirmados para **HIV e VDRL** que deverão ser encaminhados ao SAE – Serviço de Assistência Especializada ou conforme rotina de retirada de exames estabelecida pela Secretaria de Saúde;
- 14.24.** O prazo para entrega dos laudos/resultados dos exames devidamente assinado e carimbado pelo profissional responsável, é de 72 (setenta e duas) horas para os exames eletivos, e quando classificado como **URGENTE** no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas, com exceção dos exames realizados por laboratório de apoio situado fora do município de Sorriso, sendo estes o prazo máximo de 15 (quinze) dias a partir da data da coleta.

#### **15. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE:**

- 15.1.** Efetuar o pagamento à empresa, de acordo com a forma e prazo estabelecidos no Decreto de programação financeira do Município de Sorriso-MT;
- 15.2.** Prestar as informações e os esclarecimentos pertinentes ao objeto, quando solicitados pela empresa credenciada;
- 15.3.** Rejeitar qualquer tipo de serviço prestado equivocadamente, ou, em desacordo com as especificações mínimas exigidas neste edital e seus anexos;
- 15.4.** Levar ao conhecimento do gestor do contrato, qualquer fato extraordinário que ocorreu na execução do objeto contratado, para que o mesmo possa tomar as providências cabíveis.

#### **16. QUALIFICAÇÃO DO PROPONENTE:**

- 16.1.** Poderão ser contratados todos os estabelecimentos de serviços, sendo que, no caso da empresa credenciada que não se localizar no perímetro urbano da cidade de Sorriso-MT, ela deverá arcar com todas as despesas de deslocamento dos pacientes e acompanhantes.
- 16.2.** Apresentar documentação relativa à Qualificação Técnica, com os respectivos documentos:
- 16.3.** Atestado de capacidade técnica, fornecido por pessoa jurídica de direito público ou privado, comprovando que a licitante executou ou vem executando, satisfatoriamente, o fornecimento de serviços em condições e características com o objeto desta licitação.
- 16.4.** Cópia do Registro do Laboratório junto ao Conselho respectivo.
- 16.5.** Cópia da Carteira Profissional do (s) responsável (is) técnico (s) emitido pelo respectivo conselho profissional e comprovante de regularidade junto ao conselho.



- 16.6. CRC – Certidão de Registro Cadastral junto a Prefeitura Municipal – pessoa jurídica;  
16.7. Alvará de Funcionamento.  
16.8. **Alvará da Vigilância Sanitária válido ou Protocolo junto a Vigilância Sanitária, este último desde que esteja dentro do prazo de validade de 60 (sessenta) dias, conforme Decreto Estadual nº 1.729/2008 e Código Sanitário Lei nº 7.110/1999 alterado pela Lei nº 9.506 de 21/02/2011;**  
16.8.1. As empresas que apresentarem protocolo nos termos acima descrito, deverão regularizar seu funcionamento dentro do prazo de validade prevista em lei, sob pena de ser descredenciado por não atendimento das regras de habilitação;  
16.9. Certificado do PNQC (Programa Nacional de Controle de Qualidade).  
16.10. Comprovante do Cadastro atualizado junto ao CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

### **17. CONTROLE E AVALIAÇÃO E FISCALIZAÇÃO:**

- 17.1. O processo de conferência da execução do serviço será realizado pela equipe do Setor de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde, segundo orientações do setor;  
17.2. Conforme protocolo do Setor de Controle e Avaliação o **CONTRATADO** deverá encaminhar o relatório mensalmente, contendo a descrição do serviço prestado, juntamente com as guias de autorizações, e, em casos de inconsistências nos relatórios de produção, uma vez não corrigida, poderão ser glosadas;  
17.3. Atuarão como fiscais de contrato da presente contratação os servidores lotados na Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento:  
TITULAR: JOELMA DA SILVA GOULART  
SUBSTITUTA: MARCIA SANTOS NEVES  
17.4. Os relatórios dos serviços prestados pelos estabelecimentos deverão conter obrigatoriamente a assinatura do Fiscal de Contrato antes de serem encaminhados para o Departamento de Finanças;  
17.5. Os pagamentos serão efetuados mediante a emissão da Nota Fiscal com a devida descrição do serviço prestado e atestado pelo fiscal do contrato.  
17.6. Os pagamentos serão efetuados de acordo com a Programação Financeira para protocolos e pagamentos do Município de Sorriso – MT.

Sorriso – MT, 30 de março de 2020.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO  
**Secretário: LUIS FÁBIO MARCHIORO**



ANEXO I – QUANTITATIVO:

ITEM	COD. SUS	COD TCE/MT	COD. AGILI	DESCRIÇÃO	QUANT. ANUAL	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
1	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	ANTICORPO ANTIPEPTÍDEO CITRULINADO CICLICO (ANTI-CCP)	10	R\$ 87,02	R\$ 870,20
2	02.02.05.001-7	215849-3	838898	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTOS DA URINA	32.000	R\$ 4,69	R\$ 150.080,00
3	02.02.08.001-3	215849-3	838898	ANTIBIOGRAMA	7.500	R\$ 9,96	R\$ 74.700,00
4	02.02.08.004-8	215849-3	838898	BACILOSCOPIA DIRETA PARA B.A.A.R. TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	100	R\$ 5,68	R\$ 568,00
5	02.02.08.005-6	215849-3	838898	BACILOSCOPIA DIRETA PARA B.A.A.R. (HANSENÍASE)	100	R\$ 5,68	R\$ 568,00
6	02.02.08.007-2	215849-3	838898	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	1.000	R\$ 4,01	R\$ 4.010,00
7	02.02.02.003-7	215849-3	838898	CONTAGEM DE RETICULÓCITOS	20	R\$ 2,97	R\$ 59,40
8	02.02.08.008-0	215849-3	838898	CULTURA DE BACTÉRIAS PARA IDENTIFICAÇÃO	9.000	R\$ 10,52	R\$ 94.680,00
9	02.02.08.013-7	215849-3	838898	CULTURA DE IDENTIFICAÇÃO PARA FUNGOS	30	R\$ 8,38	R\$ 251,40
10	02.02.05.002-5	215849-3	838898	CLEARANCE DE CREATININA	200	R\$ 6,31	R\$ 1.262,00
11	02.02.10.003-0	215849-3	838898	DETERMINAÇÃO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO COM BANDA G	50	R\$ 271,30	R\$ 13.565,00
12	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	DNA DUPLA HELICE	50	R\$ 345,33	R\$ 17.266,50
13	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	DNA TRIPLA HELICE	10	R\$ 313,33	R\$ 3.133,30
14	02.02.01.011-2	215849-3	838898	DOSAGEM DE ÁCIDO ASCÓRBICO	24	R\$ 3,55	R\$ 85,20
15	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	DOSAGEM DE ÁCIDO FÓLICO	24	R\$ 21,50	R\$ 516,00
16	02.02.01.012-0	215849-3	838898	DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO	18.000	R\$ 3,47	R\$ 62.460,00
17	02.02.01.014-7	215849-3	838898	DOSAGEM DE ALDOLASE SERICA	10	R\$ 16,52	R\$ 165,20
18	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	DOSAGEM DE ANTICORPO IGG ANTIGLIADINA	20	R\$ 21,82	R\$ 436,40
19	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	DOSAGEM DE ANTICORPO IGM ANTIGLIADINA	20	R\$ 23,24	R\$ 464,80
20	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	DOSAGEM DE ANTICORPO IGA ANTIGLIADINA	20	R\$ 20,22	R\$ 404,40
21	02.02.01.015-5	215849-3	838898	DOSAGEM DE ALFA 1 ANTITRIPSINA	10	R\$ 7,36	R\$ 73,60
22	02.02.01.016-3	215849-3	838898	DOSAGEM DE ALFA 1 GLICOPROTEÍNA ÁCIDA	50	R\$ 7,36	R\$ 368,00
23	02.02.03.009-1	215849-3	838898	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	100	R\$ 27,99	R\$ 2.799,00



24	02.02.06.004-7	215849-3	838898	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	10	R\$	20,40	R\$	204,00
25	02.02.01.018-0	215849-3	838898	DOSAGEM DE AMILASE	2.500	R\$	3,63	R\$	9.075,00
26	02.02.06.011-0	215849-3	838898	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	10	R\$	23,06	R\$	230,60
27	02.02.06.008-0	215849-3	838898	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	10	R\$	28,24	R\$	282,40
28	02.02.03.010-5	215849-3	838898	DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA TOTAL)	5.000	R\$	24,84	R\$	124.200,00
29	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA LIVRE)	100	R\$	55,85	R\$	5.585,00
30	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	DOSAGEM DE ANTI-RECEPTOR DE TSH (TRAB)	20	R\$	69,87	R\$	1.397,40
31	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	DOSAGEM DE LACTATO SERICO (ACIDO LACTICO)	10	R\$	13,87	R\$	138,70
32	02.02.03.121-7	215849-3	838898	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	100	R\$	26,70	R\$	2.670,00
33	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 15-3	70	R\$	63,54	R\$	4.447,80
34	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 19-9	50	R\$	63,54	R\$	3.177,00
35	02.02.03.118-7	215849-3	838898	DOSAGEM DE ANTICORPO ANTITRANSGLUTAMINASE RECOMBINANTE HUMANA IGA	10	R\$	28,44	R\$	284,40
36	02.02.02.017-7	215849-3	838898	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	10	R\$	12,96	R\$	129,60
37	02.02.03.011-3	215849-3	838898	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	10	R\$	29,33	R\$	293,30
38	02.02.01.020-1	215849-3	838898	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES	3.000	R\$	3,62	R\$	10.860,00
39	02.02.07.015-8	215849-3	838898	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	10	R\$	29,28	R\$	292,80
40	02.02.01.021-0	215849-3	838898	DOSAGEM DE CÁLCIO	2.000	R\$	3,47	R\$	6.940,00
41	02.02.01.022-8	215849-3	838898	DOSAGEM DE CÁLCIO IÔNICO	200	R\$	7,02	R\$	1.404,00
42	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	DOSAGEM DE CALCIO URINARIO (AMOSTRA ISOLADA/24H)	10	R\$	17,31	R\$	173,10
43	02.02.01.025-2	215849-3	838898	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	10	R\$	7,36	R\$	73,60
44	02.02.01.027-9	215849-3	838898	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	25.000	R\$	5,97	R\$	149.250,00
45	02.02.01.028-7	215849-3	838898	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	25.000	R\$	7,02	R\$	175.500,00
46	02.02.01.029-5	215849-3	838898	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	25.000	R\$	3,47	R\$	86.750,00
47	02.02.01.030-9	215849-3	838898	DOSAGEM DE COLINESTERASE	300	R\$	5,82	R\$	1.746,00
48	02.02.01.026-0	215849-3	838898	DOSAGEM DE CLORETO	10	R\$	3,47	R\$	34,70

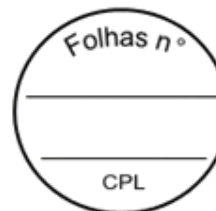




49	02.02.03.012-1	215849-3	838898	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	50	R\$	15,69	R\$	784,50
50	02.02.03.013-0	215849-3	838898	DOSAGEM DE COMPLETO C4	30	R\$	15,69	R\$	470,70
51	02.02.03.019-9	215849-3	838898	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C1 ESTERASE (INIBIDOR)	10	R\$	53,33	R\$	533,30
52	02.02.03.119-5	215849-3	838898	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C1Q SERICO	10	R\$	79,33	R\$	793,30
53	02.02.06.013-6	215849-3	838898	DOSAGEM DE CORTISOL	50	R\$	18,71	R\$	935,50
54	02.02.01.031-7	215849-3	838898	DOSAGEM DE CREATININA	27.000	R\$	3,47	R\$	93.690,00
55	02.02.01.032-5	215849-3	838898	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	200	R\$	17,48	R\$	3.496,00
56	02.02.01.035-0	215849-3	838898	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	10	R\$	6,93	R\$	69,30
57	02.02.01.036-8	215849-3	838898	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA	300	R\$	6,89	R\$	2.067,00
58	02.02.06.014-4	215849-3	838898	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	30	R\$	22,50	R\$	675,00
59	02.02.06.015-2	215849-3	838898	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOSTERONA (DHT)	10	R\$	23,42	R\$	234,20
60	02.02.01.072-4	215849-3	838898	DOSAGEM DE ELETROFORESE DE PROTEINAS	50	R\$	8,84	R\$	442,00
61	02.02.02.035-5	215849-3	838898	DOSAGEM DE ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	50	R\$	8,61	R\$	430,50
62	02.02.06.016-0	215849-3	838898	DOSAGEM DE ESTRADIOL	800	R\$	20,30	R\$	16.240,00
63	02.02.06.018-7	215849-3	838898	DOSAGEM DE ESTRONA	10	R\$	22,24	R\$	222,40
64	02.02.01.038-4	215849-3	838898	DOSAGEM DE FERRITINA	1.000	R\$	25,33	R\$	25.330,00
65	02.02.01.039-2	215849-3	838898	DOSAGEM DE FERRO SÉRICO	700	R\$	4,87	R\$	3.409,00
66	02.02.02.029-0	215849-3	838898	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	10	R\$	20,02	R\$	200,20
67	02.02.01.042-2	215849-3	838898	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	3.200	R\$	4,02	R\$	12.864,00
68	02.02.01.043-0	215849-3	838898	DOSAGEM DE FOSFORO	100	R\$	3,17	R\$	317,00
69	02.02.01.046-5	215849-3	838898	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	2.500	R\$	5,28	R\$	13.200,00
70	02.02.06.021-7	215849-3	838898	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	4.500	R\$	15,70	R\$	70.650,00
71	02.02.01.047-3	215849-3	838898	DOSAGEM DE GLICOSE	35.000	R\$	3,70	R\$	129.500,00
72	02.02.06.020-9	215849-3	838898	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA (TBG)	10	R\$	30,70	R\$	307,00
73	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	DOSAGEM DE HOMOCISTEINA NO SANGUE	10	R\$	50,44	R\$	504,40



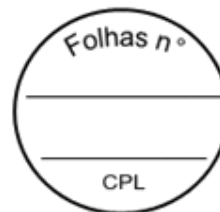
74	02.02.01.050-3	215849-3	838898	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA (A1 TOTAL)	8.500	R\$	11,87	R\$	100.895,00
75	02.02.06.022-5	215849-3	838898	DOSAGEM DE HORMÔNIO DE CRESCIMENTO (HGH)	20	R\$	20,42	R\$	408,40
76	02.02.06.023-3	215849-3	838898	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO ESTIMULANTE (FSH)	2.000	R\$	15,57	R\$	31.140,00
77	02.02.06.024-1	215849-3	838898	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	1.500	R\$	16,36	R\$	24.540,00
78	02.02.06.025-0	215849-3	838898	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	26.000	R\$	17,92	R\$	465.920,00
79	02.02.01.076-7	215849-3	838898	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	300	R\$	22,87	R\$	6.861,00
80	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	DOSAGEM DE IGF BP3 (proteína ligadora dos fatores de crescimento "insulin-like")	30	R\$	54,13	R\$	1.623,90
81	02.02.03.016-4	215849-3	838898	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E ( IGE TOTAL)	20	R\$	18,51	R\$	370,20
82	02.02.03.103-9	215849-3	838898	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO ESPECÍFICA (GLUTEN)	20	R\$	26,59	R\$	531,80
83	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ESPECIFICO LACTOSE (PROTEINAS DO LEITE)	20	R\$	26,59	R\$	531,80
84	02.02.06.026-8	215849-3	838898	DOSAGEM DE INSULINA	50	R\$	17,71	R\$	885,50
85	02.02.06.032-2	215849-3	838898	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	30	R\$	30,70	R\$	921,00
86	02.02.07.025-5	215849-3	838898	DOSAGEM DE LITIO	100	R\$	4,32	R\$	432,00
87	02.02.01.055-4	215849-3	838898	DOSAGEM DE LIPASE	10	R\$	3,83	R\$	38,30
88	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	DOSAGEM DE MACROPROLACTINA	10	R\$	24,30	R\$	243,00
89	02.02.01.056-2	215849-3	838898	DOSAGEM DE MAGNÉSIO	150	R\$	3,71	R\$	556,50
90	02.02.05.009-2	215849-3	838898	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA - 24 HORAS	200	R\$	16,24	R\$	3.248,00
91	02.02.01.057-0	215849-3	838898	DOSAGEM DE MUCO PROTEINAS	200	R\$	3,76	R\$	752,00
92	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	DOSAGEM DE NT-proBNT	10	R\$	135,00	R\$	1.350,00
93	02.02.06.027-6	215849-3	838898	DOSAGEM DE PARATORMÔNIO (PARATIREOIDE OU PTH)	100	R\$	54,87	R\$	5.487,00
94	02.02.06.028-4	215849-3	838898	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	30	R\$	26,13	R\$	783,90
95	02.02.01.060-0	215849-3	838898	DOSAGEM DE POTASSIO	3.000	R\$	3,47	R\$	10.410,00



96	02.02.06.030-6	215849-3	838898	DOSAGEM DE PROLACTINA	300	R\$	20,30	R\$	6.090,00
97	02.02.06.029-2	215849-3	838898	DOSAGEM DE PROGESTERONA	300	R\$	20,44	R\$	6.132,00
98	02.02.03.020-2	215849-3	838898	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA (PCR)	8.750	R\$	4,03	R\$	35.262,50
99	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA ULTRASSENSÍVEL	50	R\$	25,76	R\$	1.288,00
100	02.02.01.062-7	215849-3	838898	DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES (PROTEÍNAS TOTAIS + ALBUMINA + GLOBULINA)	800	R\$	3,70	R\$	2.960,00
101	02.02.01.063-5	215849-3	838898	DOSAGEM DE SODIO	3.000	R\$	3,47	R\$	10.410,00
102	02.02.06.033-0	215849-3	838898	DOSAGEM DE SULFATO DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (S-DHEA)	30	R\$	26,50	R\$	795,00
103	05.01.08.005-8	215849-3	838898	DOSAGEM DE TACROLIMUS (PACIENTE TRANSPLANTADO)	10	R\$	80,52	R\$	805,20
104	02.02.06.034-9	215849-3	838898	DOSAGEM DE TESTOSTERONA TOTAL	350	R\$	25,07	R\$	8.774,50
105	02.02.06.035-7	215849-3	838898	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	80	R\$	26,22	R\$	2.097,60
106	02.02.06.036-5	215849-3	838898	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	80	R\$	30,70	R\$	2.456,00
107	02.02.06.037-3	215849-3	838898	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	600	R\$	16,29	R\$	9.774,00
108	02.02.06.038-1	215849-3	838898	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	25.000	R\$	22,90	R\$	572.500,00
109	02.02.06.039-0	215849-3	838898	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	500	R\$	16,27	R\$	8.135,00
110	02.02.01.064-3	215849-3	838898	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO OXALACETICA (TGO)	25.000	R\$	3,92	R\$	98.000,00
111	02.02.01.065-1	215849-3	838898	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO PIRUVICA (TGP)	25.000	R\$	3,39	R\$	84.750,00
112	02.02.01.066-0	215849-3	838898	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	20	R\$	8,24	R\$	164,80
113	02.02.01.067-8	215849-3	838898	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	25.000	R\$	5,17	R\$	129.250,00
114	02.02.01.069-4	215849-3	838898	DOSAGEM DE UREIA	22.000	R\$	3,47	R\$	76.340,00
115	02.02.01.070-8	215849-3	838898	DOSAGEM DE VITAMINA B12	100	R\$	20,04	R\$	2.004,00
116	02.02.07.035-2	215849-3	838898	DOSAGEM DE ZINCO	80	R\$	24,44	R\$	1.955,20
117	02.02.03.006-7	215849-3	838898	DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO (CH50)	10	R\$	11,31	R\$	113,10
118	02.02.01.004-0	215849-3	838898	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICA (02 DOSAGENS)	1.800	R\$	7,26	R\$	13.068,00



119	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICA (04 DOSAGENS)	30	R\$	18,48	R\$	554,40
120	02.02.12.002-3	215849-3	838898	DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	5.000	R\$	2,74	R\$	13.700,00
121	02.02.03.007-5	215849-3	838898	DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE	2.200	R\$	5,66	R\$	12.452,00
122	02.02.02.007-0	215849-3	838898	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	4.000	R\$	2,91	R\$	11.640,00
123	02.02.02.009-6	215849-3	838898	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO - DUKE	4.000	R\$	2,97	R\$	11.880,00
124	02.02.02.013-4	215849-3	838898	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	4.000	R\$	5,01	R\$	20.040,00
125	02.02.02.014-2	215849-3	838898	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	4.000	R\$	4,00	R\$	16.000,00
126	02.02.02.015-0	215849-3	838898	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO (VHS)	4.500	R\$	2,97	R\$	13.365,00
127	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	ESPERMOGRAMA (CARACTERES FISICOS, PH, FLUDIFICAÇÃO, MOTILIDADE, VITALIDADE, CONTAGEM E MORFOLOGIA)	10	R\$	12,12	R\$	121,20
128	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	ELETROFORESE DE PROTEÍNAS SERICAS (COM IMUNOFIXAÇÃO)	10	R\$	67,48	R\$	674,80
129	02.02.04.003-8	215849-3	838898	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	20	R\$	6,08	R\$	121,60
130	02.02.08.014-5	215849-3	838898	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	1.000	R\$	3,38	R\$	3.380,00
131	02.02.05.013-0	215849-3	838898	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	10	R\$	7,40	R\$	74,00
132	02.02.02.038-0	215849-3	838898	HEMOGRAMA COM CONTAGEM DE PLAQUETAS OU FRACOES (ERITROGRAMA, LEUCOGRAMA, PLAQUETAS)	55.000	R\$	7,54	R\$	414.700,00
133	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	GENOTIPAGEM DO SISTEMA HLA (HLA B27, HLA B51, ...PCR)	10	R\$	77,32	R\$	773,20
134	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	INDICE DE SATURAÇÃO DE TRANSFERRINA	200	R\$	21,08	R\$	4.216,00
135	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	INIBIDOR DO ATIVADOR DO PLASMINOGENIO TIPO 1 (PAI-1)	10	R\$	284,00	R\$	2.840,00
136	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	INTRADERMORREAÇÃO COM DERIVADO PROTEICO (PPD)	20	R\$	5,90	R\$	118,00
137	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	PESQUISA DE ENTEROVIRUS (NAS FEZES)	80	R\$	14,00	R\$	1.120,00
138	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-BETA2 GLICOPROTEINA (BETA2-GPI)	10	R\$	60,13	R\$	601,30
139	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	PESQUISA DE ANTICORPOS IgG ANTIENDOMISIO	20	R\$	51,36	R\$	1.027,20



140	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	PESQUISA DE ANTICORPOS IgM ANTIENDOMISIO	20	R\$	51,36	R\$	1.027,20
141	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	PESQUISA DE ANTICOAGULANTE LUPICO	20	R\$	20,08	R\$	401,60
142	02.02.03.055-5	215849-3	838898	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS (ANTI-TPO)	500	R\$	24,11	R\$	12.055,00
143	02.02.03.030-0	215849-3	838898	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV -1 + HIV-2 (ELISA)	7.000	R\$	20,00	R\$	140.000,00
144	02.02.03.031-8	215849-3	838898	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	500	R\$	37,10	R\$	18.550,00
145	02.02.03.035-0	215849-3	838898	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	20	R\$	17,44	R\$	348,80
146	02.02.03.036-9	215849-3	838898	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	20	R\$	17,44	R\$	348,80
147	02.02.03.034-2	215849-3	838898	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	20	R\$	16,98	R\$	339,60
148	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	PESQUISA E/OU DOSAGEM DE ANTICORPO ANTIDECARBOXILASE DO ÁCIDO GLUTAMICO (GAD)	10	R\$	44,58	R\$	445,80
149	02.02.03.051-2	215849-3	838898	PESQUISA E/OU DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTI-ILHOTA DE LANGHERANS	10	R\$	19,79	R\$	197,90
150	02.02.03.062-8	215849-3	838898	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	80	R\$	27,31	R\$	2.184,80
151	02.02.03.067-9	215849-3	838898	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	6.000	R\$	32,04	R\$	192.240,00
152	02.02.03.065-2	215849-3	838898	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	10	R\$	56,52	R\$	565,20
153	02.02.03.085-7	215849-3	838898	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	3.500	R\$	20,99	R\$	73.465,00
154	02.02.03.074-1	215849-3	838898	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	3.500	R\$	17,04	R\$	59.640,00
155	02.02.03.026-1	215849-3	838898	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	30	R\$	17,60	R\$	528,00
156	02.02.03.025-3	215849-3	838898	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	30	R\$	16,77	R\$	503,10
157	02.02.03.087-3	215849-3	838898	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	4.500	R\$	20,38	R\$	91.710,00
158	02.02.03.076-8	215849-3	838898	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	4.500	R\$	18,36	R\$	82.620,00
159	02.02.03.027-0	215849-3	838898	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	20	R\$	11,12	R\$	222,40
160	02.02.03.052-0	215849-3	838898	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	20	R\$	22,18	R\$	443,60
161	02.02.03.047-4	215849-3	838898	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA (ASLO)	2.000	R\$	5,66	R\$	11.320,00



162	02.02.03.059-8	215849-3	838898	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO (FAN)	2.000	R\$	10,66	R\$	21.320,00
163	02.02.03.096-2	215849-3	838898	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONÁRIO (CEA)	500	R\$	26,70	R\$	13.350,00
164	02.02.03.083-0	215849-3	838898	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	30	R\$	34,32	R\$	1.029,60
165	02.02.03.094-6	215849-3	838898	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	30	R\$	34,32	R\$	1.029,60
166	02.02.03.063-6	215849-3	838898	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	3.000	R\$	19,62	R\$	58.860,00
167	02.02.03.064-4	215849-3	838898	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	50	R\$	19,62	R\$	981,00
168	02.02.03.091-1	215849-3	838898	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGM)	200	R\$	26,18	R\$	5.236,00
169	02.02.03.080-6	215849-3	838898	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	200	R\$	22,75	R\$	4.550,00
170	02.02.03.097-0	215849-3	838898	PESQUISA DE ANTÍGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	7.500	R\$	20,58	R\$	154.350,00
171	02.02.03.098-9	215849-3	838898	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	300	R\$	19,62	R\$	5.886,00
172	02.02.03.068-7	215849-3	838898	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	10	R\$	37,10	R\$	371,00
173	02.02.03.089-0	215849-3	838898	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	600	R\$	23,30	R\$	13.980,00
174	02.02.03.078-4	215849-3	838898	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	600	R\$	23,98	R\$	14.388,00
175	02.02.03.079-2	215849-3	838898	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	1.500	R\$	29,85	R\$	44.775,00
176	02.02.03.090-3	215849-3	838898	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	1.500	R\$	26,52	R\$	39.780,00
177	02.02.03.081-4	215849-3	838898	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBÉOLA	3.500	R\$	19,52	R\$	68.320,00



178	02.02.03.092-0	215849-3	838898	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBÉOLA	3.500	R\$	18,48	R\$	64.680,00
179	02.02.03.084-9	215849-3	838898	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS HERPES SIMPLIS	20	R\$	21,34	R\$	426,80
180	02.02.03.095-4	215849-3	838898	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLIS	20	R\$	20,59	R\$	411,80
181	02.02.05.018-1	215849-3	838898	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	10	R\$	147,81	R\$	1.478,10
182	02.02.02.041-0	215849-3	838898	PESQUISA DE CELULAS LE	5	R\$	8,22	R\$	41,10
183	02.02.09.026-4	215849-3	838898	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APÓS VASECTOMIA)	50	R\$	7,76	R\$	388,00
184	02.02.12008-2	215849-3	838898	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	5.000	R\$	2,74	R\$	13.700,00
185	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	PESQUISA DE FATOR V DE LAYDEN POR PCR	15	R\$	163,30	R\$	2.449,50
186	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	PESQUISA DE FUNGOS (A FRESCO LACTOFENOL, TINTA DA CHINA) (MICOLOGICO DIRETO)	100	R\$	5,14	R\$	514,00
187	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	PESQUISA E/OU DOSAGEM DE ENZIMA CONVERSORA DA ANGIOTENSINA (ECA)	20	R\$	31,12	R\$	622,40
188	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	PESQUISA E/OU DOSAGEM DE PROTEINA C	20	R\$	41,27	R\$	825,40
189	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	PESQUISA DE LEISHMANIOSE - RASPADO DE LESÃO	30	R\$	13,07	R\$	392,10
190	02.02.04.009-7	215849-3	838898	PESQUISA DE LEUCÓCITOS NAS FEZES	20	R\$	2,61	R\$	52,20
191	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	PESQUISA DE MUTAÇÃO PROTROMBINA	20	R\$	163,87	R\$	3.277,40
192	02.02.04.012-7	215849-3	838898	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	15.000	R\$	3,30	R\$	49.500,00
193	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	PESQUISA DE PLASMODIUM (GOTA ESPESSA)	30	R\$	4,38	R\$	131,40
194	02.02.05.030-0	215849-3	838898	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE) COM IMUNOFIXAÇÃO	10	R\$	91,66	R\$	916,60
195	02.02.04.013-5	215849-3	838898	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	30	R\$	13,70	R\$	411,00
196	02.02.04.015-1	215849-3	838898	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	20	R\$	2,61	R\$	52,20
197	02.02.04.014-3	215849-3	838898	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	700	R\$	2,61	R\$	1.827,00
198	02.02.03.104-7	215849-3	838898	PESQUISA DE TRYPANOSSOMA CRUZI (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	500	R\$	9,50	R\$	4.750,00



199	02.02.03.088-1	215849-3	838898	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSSOMA CRUZI	50	R\$	15,03	R\$	751,50
200	02.02.05.011-4	215849-3	838898	PROTEINURIA DE 24 HORAS	100	R\$	2,74	R\$	274,00
201	02.02.02.049-5	215849-3	838898	PROVA DE RETRAÇÃO DO COAGULO	1.000	R\$	2,91	R\$	2.910,00
202	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	TESTE DE ELISA IGG P/ IDENTIFICACAO DO PARVOVIRUS (PARVOVIROSE)	10	R\$	55,51	R\$	555,10
203	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	TESTE DE ELISA IGM P/ IDENTIFICACAO DO PARVOVIRUS (PARVOVIROSE)	10	R\$	55,51	R\$	555,10
204	02.02.03.112-8	215849-3	838898	TESTE FTA ABS IGG PARA DIAGNÓSTICO DA SIFILIS	100	R\$	9,50	R\$	950,00
205	02.02.03.113-6	215849-3	838898	TESTE FTA ABS IGM PARA DIAGNÓSTICO DA SIFILIS	100	R\$	10,66	R\$	1.066,00
206	02.02.02.054-1	215849-3	838898	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD) - COOMBS DIRETO	50	R\$	4,90	R\$	245,00
207	02.02.12.009-0	215849-3	838898	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA) - COOMBS INDIRETO	150	R\$	5,46	R\$	819,00
208	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	TESTE FUNCIONAL DE PROTEINA S - TESTE FUNCIONAL	20	R\$	57,70	R\$	1.154,00
209	02.02.03.111-0	215849-3	838898	TESTE NÃO TREPONÊMICO PARA DETECÇÃO DE SIFILIS (VDRL) - EM GESTANTES E NÃO GESTANTES	8.500	R\$	3,97	R\$	33.745,00
210	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	TESTE DE MUTAÇÕES EM MTHFR PARA TROMBOFILIA	10	R\$	269,33	R\$	2.693,30
211	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	TESTE RAPIDO DENGUE ANTÍGENO NS1	700	R\$	39,33	R\$	27.531,00
212	02.14.01.012-0	215849-3	838898	TESTE RAPIDO DENGUE IGG/IGM	700	R\$	28,28	R\$	19.796,00
213	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	TESTE DE TOLERANCIA A LACTOSE (2 DOSAGENS)	30	R\$	34,77	R\$	1.043,10
214	02.02.10.017-0	215849-3	838898	TRIAGEM AMPLIADA PARA ERROS INATOS DO METABOLISMO (PLASMA E URINA)	50	R\$	294,64	R\$	14.732,00
215	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	TRIAGEM TOXICOLÓGICA (CABELOS E PELOS)	80	R\$	131,67	R\$	10.533,60
216	XXXXXXXXXX	215849-3	838898	TRIAGEM TOXICOLÓGICA NA URINA	100	R\$	137,66	R\$	13.766,00
<b>TOTAL GERAL</b>					588438		-----	R\$	<b>5.069.073,70</b>





ANEXO II

**CADERNO DE SERVIÇOS E ESPECIALIDADES PARA CREDENCIAMENTO**

**I - Identificação do Credenciado/Prestador:**

CPF / CNPJ : \_\_\_\_\_

Razão Social : \_\_\_\_\_

Nome Fantasia (para divulgação): \_\_\_\_\_

Contato: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ WEB site: \_\_\_\_\_

Insc. Conselho (CRM/CREFITO, CRP;CRF) : \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Inscrição Municipal nº: \_\_\_\_\_

**II - Dados Bancários:**

Banco: \_\_\_\_\_; Banco nº : \_\_\_\_\_

Agência nome: \_\_\_\_\_; Agência nº: \_\_\_\_\_

Conta Corrente: \_\_\_\_\_

**III – A EMPRESA IRÁ DISPONIBILIZAR PONTO DE COLETA NOS DISTRITOS?**

- ✓ BOA ESPERANÇA: ( ) SIM ( ) NÃO  
✓ PRIMAVERA DÓ NORTE: ( ) SIM ( ) NÃO  
✓ CARAVÁGIO: ( ) SIM ( ) NÃO

**IV – Serviços Oferecidos:**

**OBSERVAÇÕES:**

- a) Os exames para credenciamento deverão ser preenchidos por meio de tabela em “excel”, disponibilizado no site da Prefeitura Municipal ([www.sorriso.mt.gov.br](http://www.sorriso.mt.gov.br)), que será documento integrante deste caderno (NÃO SERÁ ADMITIDO CREDENCIAMENTO PARCIAL);
- b) Quando do preenchimento da tabela, a empresa deverá informar a capacidade de exames diários para atendimento;

\_\_\_\_\_  
NOME DA EMPRESA

CNPJ

RESPONSÁVEL LEGAL

CPF N.

(COM CARIMBO PADRÃO CNPJ)