



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1893

Fone (047) 3652-1065

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000 - ITAIÓPOLIS - SC

### EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 02/2018

#### 1. PREÂMBULO

O Fundo Municipal de Saúde do município de Itaiópolis, informa que se encontra aberto o **CREDENCIAMENTO DE LABORATÓRIOS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS DO MUNICÍPIO DE ITAIÓPOLIS, DE ACORDO COM OS VALORES CONSTANTES NA TABELA UNIFICADA DE PROCEDIMENTOS SUS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE**, conforme especificações detalhadas no anexo III do presente Edital.

#### RECEBIMENTO DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO

O recebimento dos envelopes de documentação para o credenciamento será do dia **18/10/2018 até o dia 19/11/2018** junto ao Setor de Compras e Licitações da Prefeitura Municipal de Itaiópolis/SC.

#### LOCAL DA ENTREGA E ANÁLISE DOS DOCUMENTOS

Departamento de Licitações da Prefeitura Municipal de Itaiópolis/SC, localizada na Av. Getúlio Vargas, 308, 3º Andar, na cidade de Itaiópolis/SC.

#### 2. OBJETO

2.1. O presente termo tem por objeto o **CREDENCIAMENTO DE LABORATÓRIOS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS DO MUNICÍPIO DE ITAIÓPOLIS, DE ACORDO COM OS VALORES CONSTANTES NA TABELA UNIFICADA DE PROCEDIMENTOS SUS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (Anexo III deste Edital)**

#### 3. CONDIÇÕES PARA CREDENCIAMENTO

3.1. Poderão credenciar-se a prestar os serviços referidos no item anterior pessoas jurídicas privadas ou públicas, lucrativas ou não, desde que atendidas às disposições deste Edital.

3.2. Serão considerados credenciados os prestadores de serviços pessoa jurídica, que apresentarem os Documentos enumerados no item 8.1 deste instrumento;

3.3. Os interessados poderão ter acesso ao Edital através da retirada de cópia na Secretaria Municipal de Saúde de Itaiópolis e/ou acessar o site [www.itaiopolis.sc.gov.br](http://www.itaiopolis.sc.gov.br) ;

3.4. Os interessados deverão encaminhar os documentos relacionados no item 8.1 à Prefeitura Municipal de Itaiópolis, Av. Getúlio Vargas 308, 3º andar, Centro, no horário das 08:00 às 11:30h e das 13:30 às 16:30h de segunda a sexta-feira, no Departamento de Licitações.

#### 4. APRESENTAÇÃO E ENTREGA DOS ENVELOPES

4.1. Os envelopes contendo a documentação para habilitação e o requerimento para o credenciamento (Anexo I) deverão ser entregues devidamente lacrados, no Setor de Licitações da Prefeitura Municipal, em horário de expediente. Os envelopes deverão conter, preferencialmente a seguinte identificação:



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1893

Fone (047) 3652-1065

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000 - ITAIÓPOLIS - SC

### FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

#### EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 02/2018

NOME:

CNPJ/CPF:

ENDEREÇO:

TELEFONE:

E-MAIL:

### 5. DOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS:

5.1. Os usuários dos serviços referidos no item 2 (dois) são usuários do sistema Único de Saúde - SUS que serão encaminhados e devidamente autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde.

**5.2. O credenciamento objetiva oferecer aos usuários o direito de escolher quem lhes prestará os serviços pretendidos, baseados nas suas necessidades e no grau de confiança depositado no profissional e/ou instituição escolhida.**

### 6. DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS

6.1. Poderão credenciar-se a prestar os serviços referidos no item anterior pessoas jurídicas privadas ou públicas, lucrativas ou não, desde que atendidas às disposições deste Edital.

6.2. O credenciamento não será processado por seleção dos inscritos, mas concedido a todos aqueles que preencham os requisitos exigidos e aceitem as demais condições estabelecidas neste Edital e nos Termos da Minuta de Contrato Administrativo (**anexo "II"**, deste edital) a ser firmado entre as partes.

6.3. Estão impedidos de se credenciar prestadores de serviço que tenham sido sujeitos de aplicação da penalidade de suspensão temporária de contratar com o Município, pelo prazo da suspensão, ou que tenham sido declaradas inidôneas por qualquer órgão da Administração Pública, pelo prazo da declaração de inidoneidade.

6.4. Não poderão participar do Credenciamento os profissionais concursados e/ou comissionados que integram o quadro de pessoal do Município de Itaiópolis, bem como seus cônjuges.

6.5. Os interessados em participar do presente Credenciamento deverão possuir sala de coleta na área de abrangência do município de Itaiópolis, onde os exames deverão ser coletados.

### 7. DO CREDENCIAMENTO DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS

7.1. O credenciamento se dará após a análise e aprovação dos documentos anexados ao requerimento de inscrição **anexo "I"**, pela Comissão Permanente de Licitações e firmado através do Termo de Contrato, **anexo "II"** deste Edital.

### 8. DA DOCUMENTAÇÃO PARA O CREDENCIAMENTO



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1893

Fone (047) 3652- 1065

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000 - ITAIÓPOLIS - SC

- 8.1. Para credenciamento– Pessoa Jurídica – deverão apresentar os seguintes documentos:
- Solicitação formal de contratação (Requerimento de Contratação – anexo I, em duas vias para protocolo), contendo a declaração emitida pela entidade que está de acordo com as normas e tabelas de valores definidas pelo SUS e que realizará todos os procedimentos a que se propõe;
  - Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ;
  - Contrato Social ou Declaração de Firma individual ou Estatuto Social devidamente registrado, no órgão competente e suas devidas alterações de reformulação;
  - Declaração dos sócios e diretores de que não ocupam Cargo ou Função de Chefia ou Assessoramento, em qualquer nível, na área pública de saúde, no âmbito municipal, estadual ou federal no Estado de Santa Catarina;
  - Relação nominal dos recursos humanos disponíveis, por categoria funcional e cópia da inscrição no Conselho de Classe quando houver;
  - Comprovante de inscrição da unidade e dos profissionais no respectivo “Conselho Regional” da categoria;
  - Curriculum Vitae resumido do responsável técnico (anexar Diploma, Títulos e Certificados);
  - Relação de equipamentos (relacionar e especificar);
  - Contratos dos serviços terceirizados pela Unidade de Saúde, para a prestação dos serviços relacionados diretamente aos serviços contratados, ou declaração do prestador de que não necessita de terceiros para execução dos serviços, objeto deste Edital;
  - Declaração mencionando os horários de atendimento aos usuários do SUS;
  - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), atualizado;
  - Certidão Negativa para com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS;
  - Alvará emitido pelo órgão da Vigilância Sanitária Municipal, reconhecidamente apto para tal;
  - Na existência de posto(s) de coleta(s), vinculado(s) ao laboratório contratado, deverá ser apresentado o(s) Alvara(s) Sanitário(s).
  - Alvará de localização e permanência no local, emitida pela Secretaria de Finanças da Prefeitura Municipal;
  - Certidão Negativa de Tributos Federais, expedida pela Secretaria da Receita Federal;
  - Certidão Negativa de Falência e Concordata, expedida pelo Cartório Distribuidor da Sede do Proponente;
  - Certidão Negativa de Débito junto à Secretaria da Fazenda Estadual e Municipal;
  - Dados bancários (relacionar número da Agência e o número da Conta Corrente do Banco para depósito);
  - Caso o interessado esteja isento de algum documento exigido neste edital deve apresentar declaração do órgão expedidor informando sua isenção.
  - Declaração firmada pelo Responsável legal, que as informações prestadas são verdadeiras, sob pena de responder judicialmente pelas inconsistências das informações – modelo Anexo IV;

8.2. A falta de quaisquer dos documentos acima mencionados é razão para o indeferimento da solicitação.

8.3. Os documentos exigidos poderão ser apresentados em fotocópia autenticada em cartório ou, à vista dos originais, em fotocópia autenticada por funcionário do Serviço de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde.



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1893

Fone (047) 3652-1065

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000 - ITAIÓPOLIS - SC

8.4. Uma vez homologada a inscrição, o prestador de serviços estará apto para firmar o Termo de Contrato, conforme decisão da Secretaria Municipal de Saúde/Setor de Controle e Avaliação, de acordo com o interesse público.

8.5. A negativa ou o não comparecimento, quanto ao definido no item anterior, acarreta a anulação da inscrição.

8.6. A documentação relacionada acima deverá ser protocolada e entregue na Prefeitura Municipal de Itaipópolis, sita na Av. Getúlio Vargas, nº 308, Centro, Itaipópolis/SC, no Setor de Licitações, observando o prazo estipulado no item 1.

### 9. DAS CONDIÇÕES PARA CONTRATAÇÃO DOS SERVIÇOS:

9.1. Como exigência imprescindível para a formalização e manutenção do contrato, a empresa proponente/contratada deve atender às seguintes condições:

- a) Apresentar e atualizar certidões ou qualquer outro documento sempre que solicitado pela Secretaria Municipal de Saúde;
- b) Deverá possuir um Programa Interno de Qualidade, conforme determina a Agência Nacional de Vigilância Sanitária( ANVISA);
- c) A empresa Contratada não poderá alterar as instalações bem como o endereço de atendimento sem conhecimento prévio e aceitação, por escrito, da Secretaria Municipal de Saúde;
- d) Comunicar à Contratante qualquer irregularidade de que tenha conhecimento;
- e) As entidades que não atenderem os requisitos exigidos constantes no presente Credenciamento serão consideradas inabilitadas e não poderão ser contratualizadas com o SUS;
- f) A Secretaria Municipal de Saúde poderá celebrar contrato de prestação de serviços, com as entidades consideradas habilitadas, mediante inexigibilidade de licitação (artigo 25, "caput", da Lei nº. 8.666/93), considerada a inviabilidade de competição de preço, dando preferência às entidades filantrópicas e às sem fins lucrativos;
- g) A Contratação se dará após a aprovação e homologação do requerimento de inscrição, quando deferido em sua análise técnica e legal, pela Comissão Permanente de Licitação e na forma preconizada por este Edital.

### 10. DA FORMA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

10.1. Prestar os serviços, objeto contratual, com eficiência e celeridade, levando a satisfação do usuário;

10.2. O CREDENCIADO somente poderá fornecer o serviço, mediante apresentação da requisição da Secretaria de Saúde, sendo que somente poderão ser realizados procedimentos com pedido carimbado e assinado pelo Médico responsável das Unidades de Saúde do Município e/ou enfermeira conforme protocolo do Ministério da Saúde, autorização via sistema disponibilizado pelo contratante.

10.3. Realizar a coleta de material para exames, com equipamentos e materiais adequados, registrados no Ministério da Saúde e em conformidade com as normas da ANVISA, por profissionais devidamente Habilitados/ treinados, podendo sofrer alteração de acordo com a demanda das Unidades.



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1893

Fone (047) 3652-1065

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000 - ITAIÓPOLIS - SC

10.4. Jamais desviar por qualquer motivo ou meio, paciente da rede pública para a rede privada ou particular, bem assim cobrar honorários sob qualquer pretexto, de usuários assistidos pelo SUS;

10.5. O CREDENCIADO deve estar estabelecido e/ou possuir sala de coleta na cidade de Itaipópolis/SC, fornecendo espaço físico próprio e adequado para os procedimentos, com disponibilidade dos materiais permanentes, equipamentos e recursos humanos.

10.6. O prazo de entrega dos resultados será de até 05 (cinco) dias úteis, exceto em casos de exames que demandem mais tempo em seu processo de execução;

10.7. O prazo de início das atividades é a data da assinatura do contrato até 31 de dezembro de 2019, podendo ser prorrogado nos termos da legislação vigente.

### 11. DA REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS:

11.1. O preço referente à prestação dos serviços, nos termos do artigo 26 da Lei nº 8.080/90, será aquele constante na Tabela Unificada de Procedimentos/SUS do Ministério da Saúde, bem como, seus reajustes.

#### Parágrafo primeiro:

Conforme prerrogativa de complementação financeira descrita na Portaria MS/GM 1.606, de 11 de setembro de 2001, Lei Municipal nº 565 de 31 de outubro 2013 e Decreto 1.307, de 29 de novembro de 2013, fica definido que a Secretaria Municipal de Saúde deverá repor os materiais descartáveis utilizados pelo prestador na coleta de exames laboratoriais.

#### Parágrafo segundo:

Para ter acesso ao material descartável de reposição o prestador deverá apresentar relatório de material condizente com a produção realizada no mês.

11.2 Os pagamentos serão efetuados pela CONTRATANTE, no mês subsequente à prestação dos serviços executados, conforme Portaria Ministerial nº 2617, de 01 de novembro de 2013, através de depósito em conta corrente da CONTRATADA após a entrega do Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPAC), requisições médicas originais e Nota Fiscal.

11.3. O BPAC corretamente preenchido, as requisições médicas originais e a Nota Fiscal, deverão ser encaminhados ao Setor de Controle e Avaliação da SMS até o terceiro (5º) dia do mês subsequente à realização dos procedimentos.

11.4. As informações do BPAC e requisições, após conferência pelo Setor de Controle e Avaliação da SMS, serão digitados e transmitidas ao Ministério da Saúde através do Sistema de Informação Ambulatorial – SIASUS, e os documentos ficarão arquivados pela Contratante à disposição da Contratada.

11.5. As despesas decorrentes do atendimento do objeto deste Edital, consignados no SIA/SUS, tem o valor limite definido na Ficha de Programação Orçamentária (FPO) conforme anexo II.





## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1893

Fone (047) 3652- 1065

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000 - ITAIÓPOLIS - SC

### 12. DO NÚMERO DE PROCEDIMENTOS

12.1. A quantidade de procedimentos a serem realizadas pelos credenciados levará em conta a demanda de pacientes e a disponibilidade da programação física mensal estabelecida pela Secretaria Municipal de Saúde.

### 13. DA INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO

13.1. Uma vez habilitado a empresa, o processo será encaminhado à Secretaria Municipal de Administração que verificará a regularidade do processo adotando as ações cabíveis aos procedimentos de inexigibilidade de licitação, previstos no art. 26 da lei 8.666/93 para formalização do contrato de credenciamento.

### 14. FORMALIZAÇÃO

14.1. Realizados os procedimentos previstos, o habilitado será convocado para assinatura do instrumento contratual próprio, contendo as cláusulas e condições previstas neste Edital.

### 15. INFORMAÇÕES

15.1. Maiores informações poderão ser obtidas junto à Secretaria Municipal da Saúde, pelo fone (47)3652-2211 (Departamento de Licitações) na Prefeitura Municipal.

### 16. ANEXOS DO EDITAL

16.1. Integram o presente instrumento convocatório, dele fazendo parte integrante, como se transcritos em seu corpo, os seguintes anexos:

**a) Anexo I** - Requerimento de Inscrição e Credenciamento;

**b) Anexo II** - Minuta de Contrato;

**c) Anexo III** - Tabela de Valores para Credenciamento – FMS.

**d) Anexo IV** – Declaração firmada pelo Responsável legal, que as informações prestadas são verdadeiras, sob pena de responder judicialmente pelas inconsistências das informações.

Itaiópolis - SC, 16 de outubro de 2018.

---

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
FELIPE TAVARES  
Secretário Municipal da Saúde



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1893

Fone (047) 3652-1065

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000 - ITAIÓPOLIS - SC

### ANEXO I

#### REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO PARA CREDENCIAMENTO – PESSOA JURÍDICA

À Secretaria Municipal de Saúde do Município de Itaiópolis.

O interessado, abaixo qualificado, requer sua inscrição como Credenciado para prestação de serviços de exames de laboratório, conforme estabelecido pelo Edital de Credenciamento nº. **002/2018**, anexando a este requerimento os seguintes documentos.

- a) Solicitação formal de contratação (Requerimento de Contratação – anexo I, em duas vias para protocolo), contendo a declaração emitida pela entidade que está de acordo com as normas e tabelas de valores definidas pelo SUS e que realizará todos os procedimentos a que se propõe;
- b)( ) Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ;
- c)( ) Contrato Social ou Declaração de Firma individual ou Estatuto Social devidamente registrado, no órgão competente e suas devidas alterações de reformulação;
- d)( ) Declaração dos sócios e diretores de que não ocupam Cargo ou Função de Chefia ou Assessoramento, em qualquer nível, na área pública de saúde, no âmbito municipal, estadual ou federal no Estado de Santa Catarina;
- e)( ) Relação nominal dos recursos humanos disponíveis, por categoria funcional e cópia da inscrição no Conselho de Classe quando houver;
- f)( ) Comprovante de inscrição da unidade e dos profissionais no respectivo “Conselho Regional” da categoria;
- g)( ) Curriculum Vitae resumido do responsável técnico (anexar Diploma, Títulos e Certificados);
- h)( ) Relação de equipamentos (relacionar e especificar);
- i)( ) Contratos dos serviços terceirizados pela Unidade de Saúde, para a prestação dos serviços relacionados diretamente aos serviços contratados, ou declaração do prestador de que não necessita de terceiros para execução dos serviços, objeto deste Edital;
- j)( ) Declaração mencionando os horários de atendimento aos usuários do SUS;
- k)( ) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), atualizado;
- l)( ) Certidão Negativa para com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS;
- m) Alvará emitido pelo órgão da Vigilância Sanitária Municipal, reconhecidamente apto para tal;
- n)( ) Na existência de posto(s) de coleta(s), vinculado(s) ao laboratório contratado, deverá ser apresentado o(s) Alvará(s) Sanitário(s).
- o)( ) Alvará de localização e permanência no local, emitida pela Secretaria de Finanças da Prefeitura Municipal;
- p)( ) Certidão Negativa de Tributos Federais, expedida pela Secretaria da Receita Federal;
- q)( ) Certidão Negativa de Falência e Concordata, expedida pelo Cartório Distribuidor da Sede do Proponente;
- r)( ) Certidão Negativa de Débito junto à Secretaria da Fazenda Estadual e Municipal;
- s)( ) Dados bancários (relacionar número da Agência e o número da Conta Corrente do Banco para depósito);
- t)( ) Caso o interessado esteja isento de algum documento exigido neste edital deve apresentar declaração do órgão expedidor informando sua isenção.



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1893

Fone (047) 3652- 1065

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000 - ITAIÓPOLIS - SC

o)( )Declaração firmada pelo Responsável legal, que as informações prestadas são verdadeiras, sob pena de responder judicialmente pelas inconsistências das informações – modelo Anexo IV;

Razão Social: \_\_\_\_\_

Endereço

Comercial: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP.: \_\_\_\_\_

Conta corrente nº \_\_\_\_\_ Agência \_\_\_\_\_ Banco \_\_\_\_\_

Itaiópolis (SC), \_\_\_\_/\_\_\_\_/2018.

\_\_\_\_\_  
Assinatura Requerente

Visto em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_





## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1893

Fone (047) 3652-1065

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000 - ITAIÓPOLIS - SC

### ANEXO II

#### MINUTA DE CONTRATO PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS N.º ..... / 2018

Pelo presente Contrato de Prestação de Serviços, de um lado o **Fundo Municipal de Saúde de Itaiópolis, Estado de Santa Catarina**, inscrito no CNPJ sob n.º 10.817.032/0001-234, aqui representado por seu Secretário Municipal de Saúde Sr. Felipe Tavares, portador do CPF n.º 046.596.069-37, residente e domiciliado nesta cidade de Itaiópolis, adiante denominado **CONTRATANTE** e de outro lado como **CONTRATADA**, ....., inscrita no CNPJ sob n.º ....., situado à rua ....., representada neste ato por seu(ua) sócio administrador(a) ..... inscrito(a) CPF sob n.º ....., residente e domiciliado(a) na rua ....., tem justo e acordado o adiante exposto em cláusulas e condições:

#### 1. OBJETO:

1.1. Credenciamento de laboratórios para prestação de serviços de Exames Laboratoriais de Análises Clínicas aos Usuários do Sistema Único de Saúde – SUS do Município de Itaiópolis, de acordo com os valores constantes na tabela unificada de procedimentos SUS do Ministério da Saúde.

#### 2. DA FORMA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

2.1. Prestar os serviços, objeto contratual, com eficiência e celeridade, levando a satisfação do usuário;

2.2. O CREDENCIADO somente poderá fornecer o serviço, mediante apresentação da requisição da Secretaria de Saúde, sendo que somente poderão ser realizados procedimentos com pedido carimbado e assinado pelo Médico responsável das Unidades de Saúde do Município e autorização via sistema disponibilizado pelo contratante.

2.3. Realizar a coleta de material para exames, com equipamentos e materiais adequados, registrados no Ministério da Saúde e em conformidade com as normas da ANVISA, por profissionais devidamente Habilitados/ treinados, podendo sofrer alteração de acordo com a demanda das Unidades.

2.4. Jamais desviar por qualquer motivo ou meio, paciente da rede pública para a rede privada ou particular, bem assim cobrar honorários sob qualquer pretexto, de usuários assistidos pelo SUS;

2.5. O CREDENCIADO deve estar estabelecido e/ou possuir sala de coleta na cidade de Itaiópolis/SC, fornecendo espaço físico próprio e adequado para os procedimentos, com disponibilidade dos materiais permanentes, equipamentos e recursos humanos.

2.6. O prazo de entrega dos resultados será de até 05 (cinco) dias úteis, exceto em casos de exames que demandem mais tempo em seu processo de execução;

2.7. O prazo de início das atividades é a data da assinatura do contrato até 31 de dezembro de 2019, podendo ser prorrogado nos termos da legislação vigente.

#### CLÁUSULA QUARTA – DO VALOR CONTRATUAL

4.1. Atribui-se ao presente contrato o valor global de R\$ .....  
(.....).

**Parágrafo Primeiro:** As despesas referentes ao presente termo correrão pela seguinte dotação orçamentária:



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1893

Fone (047) 3652-1065

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000 - ITAIÓPOLIS - SC

3.3.90.00.00 (309) Manutenção do Fundo Municipal de Saúde.

3.3.90.00.00 (330) Programa de Média e Alta Complexidade - MAC

### **CLÁUSULA QUINTA DA REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS:**

5.1. O preço referente à prestação dos serviços, nos termos do artigo 26 da Lei nº 8.080/90, será aquele constante na Tabela Unificada de Procedimentos/SUS do Ministério da Saúde, bem como, seus reajustes.

#### **Parágrafo primeiro:**

Conforme prerrogativa de complementação financeira descrita na Portaria MS/GM 1.606, de 11 de setembro de 2001, Lei Municipal nº 565 de 31 de outubro 2013 e Decreto 1.307, de 29 de novembro de 2013, fica definido que a Secretaria Municipal de Saúde deverá repor os materiais descartáveis utilizados pelo prestador na coleta de exames laboratoriais.

#### **Parágrafo segundo:**

Para ter acesso ao material descartável de reposição o prestador deverá apresentar relatório de material condizente com a produção realizada no mês.

5.2 Os pagamentos serão efetuados pela CONTRATANTE, no mês subsequente à prestação dos serviços executados, conforme Portaria Ministerial nº 3478, de 20 de agosto de 1998, através de depósito em conta corrente da CONTRATADA após a entrega do Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPAC), requisições médicas originais e Nota Fiscal.

5.3. O BPAC corretamente preenchido, as requisições médicas originais e a Nota Fiscal, deverão ser encaminhados ao Setor de Controle e Avaliação da SMS até o terceiro (3º) dia útil do mês subsequente à realização dos procedimentos.

5.4. As informações do BPAC e requisições, após conferência pelo Setor de Controle e Avaliação da SMS, serão digitados e transmitidas ao Ministério da Saúde através do Sistema de Informação Ambulatorial – SIASUS, e os documentos ficarão arquivados pela Contratante à disposição da Contratada.

5.5. As despesas decorrentes do atendimento do objeto deste Edital, consignados no SIA/SUS, tem o valor limite definido na Ficha de Programação Orçamentária (FPO) conforme anexo II.

### **CLÁUSULA SEXTA - DA VIGÊNCIA CONTRATUAL**

6.1. O presente contrato tem duração de 12 (doze) meses a contar da data de assinatura, podendo ser prorrogado por outros períodos, de acordo com o ano orçamentário, mediante Termo Aditivo, ficando adstrita a vigência dos respectivos créditos orçamentários limitado a 60 (sessenta) meses.

### **CLÁUSULA SÉTIMA INSTRUMENTOS DE CONTROLE**

7.1. O contrato contará com uma Comissão Técnica de Acompanhamento, que se reunirá periodicamente para acompanhar sua execução, principalmente no tocante ao cumprimento das metas físicas e financeiras, e na avaliação da qualidade da atenção à saúde dos usuários.



## **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS**

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1893

Fone (047) 3652-1065

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000 - ITAIÓPOLIS - SC

7.2. A existência da Comissão mencionada nesta cláusula não impede nem substitui as atividades próprias do Sistema Nacional de Auditoria (federal, estadual, municipal).

### **CLÁUSULA OITAVA - DA RESCISÃO CONTRATUAL**

8.1. Constituem motivos para rescisão do presente contrato, o não cumprimento de qualquer das suas cláusulas ou condições, bem como os motivos previstos na Lei 8.666/93.

**§ Único** - Em caso de rescisão contratual, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, será observado o prazo de 30 a 60 dias para ocorrer a rescisão.

### **CLÁUSULA NONA DOS ENCARGOS**

9.1. O presente contrato não importa em vínculo empregatício de qualquer natureza, correndo por conta da CONTRATADA, todos os encargos de natureza trabalhista, previdenciária e securitária.

### **CLÁUSULA DÉCIMA - DAS PENALIDADES**

10.1. Sem prejuízo das sanções previstas nos Artigos 86 e 87 da Lei 8.666/93, a empresa contratada ficará sujeita às seguintes penalidades, assegurada a prévia defesa:

10.2. Pelo atraso injustificado na execução do Contrato:

10.2.1. Multa de 0,33% (trinta e três centésimos por cento), sobre o valor da obrigação não cumprida, por dia de atraso, limitada ao total de 20% (vinte por cento);

10.3. Pela inexecução total ou parcial do Contrato:

10.3.1. Multa de 20% (vinte por cento), calculada sobre o valor do Contrato ou da parte não cumprida;

10.3.2. Multa correspondente à diferença de preço resultante de nova licitação realizada para complementação ou realização da obrigação não cumprida.

10.4. O valor a servir de base para o cálculo das multas referidas nos subitens 10.3.1. e 10.3.2 será o valor inicial do Contrato.

10.5. As multas aqui previstas não têm caráter compensatório, porém moratório e, conseqüentemente, o pagamento delas não exime a empresa contratada da reparação dos eventuais danos, perdas ou prejuízos que seu ato punível venha acarretar ao Município de Itaiópolis - SC.

### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA CESSÃO OU TRANSFERÊNCIA**

11.1. Os serviços objeto deste contrato somente poderão ser realizados pelo próprio CREDENCIADO ou pelos profissionais componentes do corpo clínico do CREDENCIADO, não podendo transferir a terceiros, no todo ou em parte, os direitos e/ou obrigações ajustadas no presente instrumento contratual, salvo prévio e expresse consentimento do Fundo Municipal de Saúde de Itaiópolis - SC.

11.2. A eventual mudança do estabelecimento ou no horário de atendimento do CREDENCIADO deverá ser imediatamente comunicada ao FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS-SC, que analisará a conveniência em manter os serviços no novo endereço, podendo rever todas as condições exigidas para o CREDENCIAMENTO, ou até mesmo rescindir, se entender conveniente.



## **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS**

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1893

Fone (047) 3652- 1065

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000 - ITAIÓPOLIS - SC

### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

12.1. É de responsabilidade exclusiva e integral do CREDENCIADO a utilização de pessoal para a execução do objeto deste contrato, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais, resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações não poderão ser transferidos para o MUNICÍPIO ou para o Ministério da Saúde.

12.2. Os casos omissos ao presente termo serão resolvidos em estrita obediência às diretrizes da Lei nº 8.666/93, e posteriores alterações.

### **CLÁUSULA DECIMA TERCEIRA - FORO**

13.1. As partes elegem o Foro da Comarca de Itaiópolis/SC para dirimir qualquer questão referente ao presente contrato.

E por assim haverem livremente acordado, as partes assinam o presente em três vias, para um só efeito legal, juntamente com duas testemunhas.

Itaiópolis/SC, .../.../2018.

---

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
FELIPE TAVARES  
Secretário Municipal da Saúde

---

CONTRATADA



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1893

Fone (047) 3652- 1065

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000 - ITAIÓPOLIS - SC

### ANEXO III

#### FICHA DE PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA – FPO

<b>CODIGO SUS</b>	<b>EXAMES LABORATORIAIS – GRUPOS 02.02 A e 02.02.</b>	<b>VALOR UNITÁRIO R\$</b>
0202010015	CLEARANCE OSMOLAR	3.51
0202010023	DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	2,01
0202010031	DETERMINAÇÃO DE CROMATOGRÁFIA DE AMINOÁCIDOS	15.65
0202010040	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (2 DOSAGENS)	3.63
0202010058	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA C/ INDUÇÃO POR CORTISONA (5 DOSAGENS)	6.55
0202010066	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA C/ INDUÇÃO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	3.68
0202010074	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA CLÁSSICA (5 DOSAGENS)	10.00
0202010082	DETERMINAÇÃO DE OSMOLARIDADE	3.51
0202010090	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	3.51
0202010104	DOSAGEM DE ACETONA	1.85
0202010112	DOSAGEM DE ÁCIDO ASCORBICO	2.01
0202010120	DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO	1.85
0202010139	DOSAGEM DE ÁCIDO VANILMANDELICO	9.00
0202010147	DOSAGEM DE ALDOLASE	3.68
0202010155	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	3.68
0202010163	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEÍNA ÁCIDA	3.68
0202010171	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	3.68
0202010180	DOSAGEM DE AMILASE	2.25
0202010198	DOSAGEM DE AMONIA	3.51
0202010201	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES	2.01
0202010210	DOSAGEM DE CÁLCIO	1.85
0202010228	DOSAGEM DE CÁLCIO IONIZÁVEL	3.51
0202010236	DOSAGEM DE CAROTENO	2.01
0202010252	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	3.68
0202010260	DOSAGEM DE CLORETO	1.85
0202010279	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	3.51
0202010287	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	3.51





## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIOPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1893

Fone (047) 3652- 1065

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000 - ITAIÓPOLIS - SC

0202010295	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	1.85
0202010309	DOSAGEM DE COLINESTERASE	3.68
0202010317	DOSAGEM DE CREATININA	1.85
0202010325	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	3.68
0202010333	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	4.12
0202010341	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	3.51
0202010350	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	3.51
0202010368	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	3.68
0202010376	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	3.68
0202010384	DOSAGEM DE FERRITINA	15.59
0202010392	DOSAGEM DE FERRO SERICO	3.51
0202010406	DOSAGEM DE FOLATO	15.65
0202010414	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	2.01
0202010422	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	2.01
0202010430	DOSAGEM DE FOSFORO	1.85
0202010449	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	2.01
0202010457	DOSAGEM DE GALACTOSE	3.51
0202010465	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	3.51
0202010473	DOSAGEM DE GLICOSE	1.85
0202010481	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	3.68
0202010490	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	3.68
0202010503	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	7.86
0202010511	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	3.68
0202010520	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	3.51
0202010538	DOSAGEM DE LACTATO	3.68
0202010546	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	3.51
0202010554	DOSAGEM DE LIPASE	2.25
0202010562	DOSAGEM DE MAGNESIO	2.01
0202010570	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	2.01
0202010589	DOSAGEM DE PIRUVATO	3.68
0202010597	DOSAGEM DE PORFIRINAS	3.51
0202010600	DOSAGEM DE POTASSIO	1.85
0202010619	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	1.40
0202010627	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	1.85
0202010635	DOSAGEM DE SODIO	1.85



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1893

Fone (047) 3652- 1065

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000 - ITAIÓPOLIS - SC

0202010643	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO- OXALACETICA	2.01
0202010651	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO- PIRUVICA (TGP)	2.01
0202010660	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	4.12
0202010678	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	3.51
0202010686	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	3.51
0202010694	DOSAGEM DE UREIA	1.85
0202010708	DOSAGEM DE VITAMINA B12	15.24
0202010716	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	3.68
0202010724	ELETROFORESE DE PROTEINAS	4.42
0202010732	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE )	15.65
0202010740	PROVA DA D-XILOSE	3.68
0202010759	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTE ORAIS	6.55
0202010767	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	15.24
0202010775	DETERMINAÇÃO DE CREMATÓCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO	1.53
0202010783	ACIDEZ TITULÁVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)	3.04
0202020010	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	6.48
0202020029	CONTAGEM DE PLAQUETAS	2.73
0202020037	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	2.73
0202020045	DETERMINAÇÃO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR	2.73
0202020053	DETERMINAÇÃO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	2.73
0202020061	DETERMINAÇÃO DE SULFO-HEMOGLOBINA	2.73
0202020070	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	2.73
0202020088	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	2.73
0202020096	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO - DUKE	2.73
0202020100	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	9.00
0202020118	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	5.79
0202020126	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA	2.85
0202020134	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	5.77
0202020142	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	2.73
0202020150	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSEDIMENTAÇÃO (VHS)	2.73



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1893

Fone (047) 3652- 1065

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000 - ITAIÓPOLIS - SC

0202020169	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	4.11
0202020177	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	6.48
0202020185	DOSAGEM DE FATOR II	5.31
0202020193	DOSAGEM DE FATOR IX	7.61
0202020207	DOSAGEM DE FATOR V	4.73
0202020215	DOSAGEM DE FATOR VII	8.09
0202020223	DOSAGEM DE FATOR VIII	6.63
0202020231	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	15.00
0202020240	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	18.91
0202020258	DOSAGEM DE FATOR X	6.66
0202020266	DOSAGEM DE FATOR XI	9.11
0202020274	DOSAGEM DE FATOR XII	10.51
0202020282	DOSAGEM DE FATOR XIII	6.66
0202020290	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	4.60
0202020304	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	1.53
0202020312	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	2.73
0202020320	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	2.73
0202020339	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	2.73
0202020347	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	4.11
0202020355	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	5.41
0202020363	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	2.73
0202020371	HEMATOCRITO	1.53
0202020380	HEMOGRAMA COMPLETO	4.11
0202020398	LEUCOGRAMA	2.73
0202020401	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	25.00
0202020410	PESQUISA DE CELULAS LE	4.11
0202020428	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	2.73
0202020436	PESQUISA DE FILARIA	2.73
0202020444	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	2.73
0202020460	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	2.73
0202020487	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	4.11
0202020495	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	2.73
0202020509	PROVA DO LACO	2.73
0202020517	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	2.73
0202020525	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	12.00
0202020533	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	2,73
0202020541	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	2,73
0202030016	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	15,00



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1893

Fone (047) 3652- 1065

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000 - ITAIÓPOLIS - SC

0202030024	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	15,00
0202030032	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	15,00
0202030040	DETECCAO DE ÁCIDOS NUCLEICOS DO HIV-1 (QUALITATIVO)	65,00
0202030059	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	96,00
0202030067	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	9,25
0202030075	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	2,83
0202030083	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	9,25
0202030091	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	15,06
0202030105	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	16,42
0202030113	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	13,55
0202030121	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	17,16
0202030130	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	17,16
0202030148	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	2,83
0202030156	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	17,16
0202030164	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	9,25
0202030180	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	17,16
0202030199	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	9,25
0202030202	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	2,83
0202030229	IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS	17,16
0202030237	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	80,00
0202030253	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	10,00
0202030261	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	10,00
0202030270	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	8,67
0202030288	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	17,16
0202030296	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	85,00
0202030300	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	10,00
0202030318	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	18,55
0202030326	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	17,16
0202030334	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	5,74
0202030342	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	17,16
0202030350	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	18,55
0202030369	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	18,55
0202030377	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	9,25
0202030385	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	10,00



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1893

Fone (047) 3652- 1065

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000 - ITAIÓPOLIS - SC

0202030393	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	9,25
0202030407	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	3,70
0202030415	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	5,83
0202030423	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	10,00
0202030431	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL	17,16
0202030440	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	9,25
0202030458	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	10,00
0202030466	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	9,70
0202030474	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	2,83
0202030482	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	10,00
0202030504	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	10,00
0202030512	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	10,00
0202030520	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	17,16
0202030539	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	4,10
0202030547	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	5,50
0202030555	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	17,16
0202030563	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	17,16
0202030571	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	17,16
0202030580	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	17,16
0202030598	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	17,16
0202030601	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	17,16
0202030610	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	10,00
0202030628	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	17,16
0202030636	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	18,55
0202030644	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	18,55
0202030652	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	7,78
0202030660	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	9,71
0202030679	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	18,55
0202030687	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	18,55
0202030695	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	9,25
0202030709	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	4,10





## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1893

Fone (047) 3652- 1065

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000 - ITAIÓPOLIS - SC

0202030717	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO	18,55
0202030725	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	17,16
0202030733	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	2,83
0202030741	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	11,00
0202030750	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	9,25
0202030768	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	16,97
0202030776	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	9,25
0202030784	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	18,55
0202030792	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS	30,00
0202030806	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	18,55
0202030814	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	17,16
0202030822	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	17,16
0202030830	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	17,16
0202030849	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	17,16
0202030857	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	11,61
0202030865	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	10,00
0202030873	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	18,55
0202030881	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	9,25
0202030890	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	18,55
0202030903	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS	20,00
0202030911	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	18,55
0202030920	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	17,16
0202030938	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	17,16
0202030946	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	17,16
0202030954	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	17,16
0202030962	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO	13,35



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1893

Fone (047) 3652-1065

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000 - ITAIÓPOLIS - SC

	(CEA)	
0202030970	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	18,55
0202030989	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	18,55
0202030997	DETECÇÃO DE CLAMÍDIA E GONOCOCO POR BIOLOGIA MOLECULAR	60,00
0202031004	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	2,83
0202031012	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	4,10
0202031020	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA	10,00
0202031039	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	9,25
0202031047	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	10,00
0202031055	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	1,77
0202031063	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	1,77
0202031080	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	168,48
0202031098	TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	4,10
0202031101	REACAO DE MONTENEGRO ID	2,83
0202031110	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	2,83
0202031128	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	10,00
0202031136	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	10,00
0202031144	TESTES ALERGICOS DE CONTATO	1,77
0202031152	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	1,77
0202031179	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTES	2,83
0202031187	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA	18,55
0202031195	DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO	17,16
0202031209	DOSAGEM DE TROPONINA	9,00
0202031217	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	13,35
0202031225	EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER I	80,00
0202031233	EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER II	120,00
0202031250	DETECÇÃO DE RNA DO HTLV-1	65,00
0202031268	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 (WESTERN-BLOT)	85,00
0202040011	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	1,65
0202040020	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	3,04
0202040038	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	3,04
0202040046	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	1,65
0202040054	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES	1,65



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1893

Fone (047) 3652-1065

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000 - ITAIÓPOLIS - SC

	(OXIURUS OXIURA)	
0202040062	PESQUISA DE EOSINOFILOS	1,65
0202040070	PESQUISA DE GORDURA FECAL	1,65
0202040089	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	1,65
0202040097	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	1,65
0202040100	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	1,65
0202040119	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)	1,65
0202040127	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	1,65
0202040135	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	10,25
0202040143	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	1,65
0202040151	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	1,65
0202040160	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	1,65
0202040178	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	1,65
0202050017	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	3,70
0202050025	CLEARANCE DE CREATININA	3,51
0202050033	CLEARANCE DE FOSFATO	3,51
0202050041	CLEARANCE DE UREIA	3,51
0202050050	CONTAGEM DE ADDIS	2,04
0202050068	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	3,70
0202050076	IDENTIFICAÇÃO DE GLICÍDIOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA)	3,70
0202050084	DOSAGEM DE CITRATO	2,01
0202050092	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	8,12
0202050106	DOSAGEM DE OXALATO	3,68
0202050114	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	2,04
0202050122	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	3,04
0202050130	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	3,70
0202050149	PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	3,70
0202050157	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	2,04
0202050165	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	3,70
0202050173	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	2,04
0202050181	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	2,40
0202050190	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	2,04
0202050203	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	2,04
0202050211	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	3,70
0202050220	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	2,04



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1893

Fone (047) 3652- 1065

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000 - ITAIÓPOLIS - SC

0202050238	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	2,04
0202050246	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	3,36
0202050262	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	2,04
0202050270	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	2,04
0202050289	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	3,70
0202050297	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	2,04
0202050300	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	4,44
0202050319	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	2,04
0202050327	PROVA DE DILUICAO (URINA)	2,04
0202060012	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	12,54
0202060020	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	12,54
0202060039	DETERMINACAO DE T3 REVERSO	14,69
0202060047	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	10,20
0202060055	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	6,72
0202060063	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	6,72
0202060071	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	6,72
0202060080	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	14,12
0202060098	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	11,89
0202060101	DOSAGEM DE AMP CICLICO	12,01
0202060110	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	11,53
0202060128	DOSAGEM DE CALCITONINA	14,38
0202060136	DOSAGEM DE CORTISOL	9,86
0202060144	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	11,25
0202060152	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	11,71
0202060160	DOSAGEM DE ESTRADIOL	10,15
0202060179	DOSAGEM DE ESTRIOL	11,55
0202060187	DOSAGEM DE ESTRONA	11,12
0202060195	DOSAGEM DE GASTRINA	14,15
0202060209	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	15,35
0202060217	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	7,85
0202060225	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	10,21
0202060233	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	7,89
0202060241	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	8,97
0202060250	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	8,96
0202060268	DOSAGEM DE INSULINA	10,17
0202060276	DOSAGEM DE PARATORMONIO	43,13
0202060284	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	15,35





## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1893

Fone (047) 3652- 1065

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000 - ITAIÓPOLIS - SC

0202060292	DOSAGEM DE PROGESTERONA	10,22
0202060306	DOSAGEM DE PROLACTINA	10,15
0202060314	DOSAGEM DE RENINA	13,19
0202060322	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	15,35
0202060330	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	13,11
0202060349	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	10,43
0202060357	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	13,11
0202060365	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	15,35
0202060373	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	8,76
0202060381	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	11,60
0202060390	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	8,71
0202060403	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	12,01
0202060411	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	12,01
0202060420	TESTE DE ESTIMULO COM GNRH OU COM AGONISTA GNRH	12,01
0202060438	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	12,01
0202060446	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	12,01
0202060454	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	12,01
0202060462	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	8,43
0202060470	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	12,15
0202070018	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	2,06
0202070026	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	2,23
0202070034	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	3,68
0202070042	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	2,04
0202070050	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	15,65
0202070069	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	3,51
0202070077	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	2,01
0202070085	DOSAGEM DE ALUMINIO	27,50
0202070093	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	10,00
0202070107	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	10,00
0202070115	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	10,00
0202070123	DOSAGEM DE BARBITURATOS	13,13
0202070131	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	13,48
0202070140	DOSAGEM DE CADMIO	6,55
0202070158	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	17,53
0202070166	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	4,11
0202070174	DOSAGEM DE CHUMBO	8,83
0202070190	DOSAGEM DE COBRE	3,51





## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1893

Fone (047) 3652-1065

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000 - ITAIÓPOLIS - SC

0202070204	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	8,97
0202070212	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	15,65
0202070220	DOSAGEM DE FENITOINA	35,22
0202070239	DOSAGEM DE FENOL	2,05
0202070247	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	3,51
0202070255	DOSAGEM DE LITIO	2,25
0202070263	DOSAGEM DE MERCURIO	2,04
0202070271	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	4,11
0202070280	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	10,00
0202070298	DOSAGEM DE METOTREXATO	10,00
0202070301	DOSAGEM DE QUINIDINA	10,00
0202070310	DOSAGEM DE SALICILATOS	2,01
0202070328	DOSAGEM DE SULFATOS	3,51
0202070336	DOSAGEM DE TEOFILINA	15,65
0202070344	DOSAGEM DE TIOCIANATO	3,68
0202070352	DOSAGEM DE ZINCO	15,65
0202080013	ANTIBIOGRAMA	4,98
0202080021	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	13,33
0202080030	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	13,33
0202080048	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	4,20
0202080056	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	4,20
0202080064	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	4,20
0202080072	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	2,80
0202080080	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	5,62
0202080099	CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO)	5,62
0202080102	CULTURA P/ HERPESVIRUS	4,33
0202080110	CULTURA PARA BAAR	5,63
0202080129	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	10,25
0202080137	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	4,19
0202080145	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	2,80
0202080153	HEMOCULTURA	11,49
0202080161	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	5,63
0202080170	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	4,33
0202080188	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	2,80
0202080196	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	4,33
0202080200	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	2,80
0202080218	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	4,33



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1893

Fone (047) 3652- 1065

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000 - ITAIÓPOLIS - SC

0202080226	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	2,80
0202080234	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	5,04
0202080242	PROVA CONFIRMATÓRIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES	5,62
0202090019	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	1,89
0202090027	ADENOGRAMA	5,79
0202090035	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	4,33
0202090043	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	4,33
0202090051	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	1,89
0202090060	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	1,89
0202090078	DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO	6,56
0202090086	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	1,89
0202090094	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	2,01
0202090108	DOSAGEM DE FRUTOSE	2,01
0202090116	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	2,01
0202090124	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	1,89
0202090132	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	1,89
0202090159	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	5,23
0202090167	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	6,56
0202090175	ESPLENOGRAMA	5,79
0202090183	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	1,89
0202090191	MIELOGRAMA	5,79
0202090213	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES ( ELISA )	9,70
0202090221	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA	2,01
0202090230	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	1,89
0202090248	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	1,89
0202090256	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	1,89
0202090264	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)	4,80
0202090272	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	1,89
0202090280	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	9,70
0202090299	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	1,89
0202090302	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	1,89
0202090310	REACAO DE PANDY	1,89



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIOPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1893

Fone (047) 3652- 1065

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000 - ITAIÓPOLIS - SC

0202090329	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	1,89
0202090337	TESTE DE CLEMENTS	1,89
0202090345	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS	4,69
0202090353	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	4,69
0202100014	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS)	180,00
0202100022	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)	160,00
0202100030	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	160,00
0202100049	QUANTIFICAÇÃO/AMPLIFICAÇÃO DO HER-2	120,00
0202110010	DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)	8,80
0202110028	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)	66,00
0202110036	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)	66,00
0202110044	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	5,50
0202110052	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	12,10
0202110060	DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	20,90
0202110079	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	5,50
0202110087	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	13,20
0202110095	DOSAGEM DE 17 HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	8,00
0202110109	DOSAGEM DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SANGUE EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	5,50
0202110117	DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SORO	137,00
0202110125	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA	66,00
0202110133	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE	66,00
0202110141	DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR	150,00
0202120015	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	10,65
0202120023	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	1,37
0202120031	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	10,65



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1893

Fone (047) 3652- 1065

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000 - ITAIÓPOLIS - SC

0202120040	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	10,65
0202120058	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO	5,79
0202120066	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC	5,79
0202120074	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO	5,79
0202120082	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	1,37
0202120090	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	2,73
0202120104	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	5,79

Valor unitário com base na tabela SUS/SIGTAP em 10/10/2018

**O valor mensal máximo autorizado será de 14.362,83 (quatorze mil, trezentos e sessenta e dois reais e oitenta e três centavos) a ser dividido entre os prestadores habilitados, podendo ser executado qualquer um dos procedimentos acima especificado.**

O prazo de execução dos serviços será de 12 (doze) meses a contar da data da assinatura do contrato, podendo ser prorrogado por outros períodos, de acordo com o ano orçamentário, mediante **Termo Aditivo**, ficando adstrita a vigência dos respectivos créditos orçamentários limitado a 60 (sessenta) meses.

-----  
(assinatura, carimbo e/ou identificação digitada do nome do representante legal)



## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAIÓPOLIS

CNPJ 10.817.032/0001-38

Fone (047) 3652-1893

Fone (047) 3652-1065

Avenida Tancredo Neves, 234 - Centro

CEP- 89340-000 - ITAIÓPOLIS - SC

### ANEXO IV

#### MODELO DE DECLARAÇÃO – PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA

#### DECLARAÇÃO DE QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS

(Razão Social ..... ) com sede a (.....endereço completo.....)  
através de seu Responsável Legal,  
Sr.....inscrito no R.G. nº .....( ) e no  
CPF/MF n.º (.....) DECLARA para fins de credenciamento junto a Secretaria  
Municipal de Saúde do Município de Itaipópolis, Estado de Santa Catarina que as informações  
prestadas são verdadeiras, sob pena de responder judicialmente pelas inconsistências das  
informações.

Município de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

Assinatura devidamente identificada



