



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº007/2022**

**INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº040/2022**

**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº1110/2022**

**1 PREÂMBULO**

A Prefeitura Municipal de Porto Amazonas, Estado do Paraná, Pessoa Jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ sob o nº 76.179.837/0001-01, com sede administrativa na Rua Guilherme Schiffer, nº 67, Centro, em Porto Amazonas - PR, através da sua Comissão Permanente de Licitação, nomeada e qualificados pela Portaria nº102/2022, torna público para quem possa interessar, que realizará, de acordo com as disposições deste edital e nos termos da Lei 8.666/93 e todas as suas alterações, o Credenciamento de pessoa(s) jurídica(s) para prestação de serviços de diagnósticos laboratoriais de análises clínicas, toxicológicas e anatomopatológicas, atendendo as necessidades do Departamento Municipal de Saúde pelo período de 12 (doze) meses.

1.1 A (as) pessoa(s) jurídica(s) credenciada(s) deverá (ão) manter durante toda a vigência de contratação as mesmas condições de habilitação do momento da contratação.

1.2 A Gestora do Contrato será Anelise Aparecida Ribas designada através de Portaria de Nomeação nº003/2021 de 04 de janeiro de 2021.

1.3 A fiscal do Contrato será Izabeli Caroline Bueno Ciesielski designada através da Portaria de Nomeação nº042 de 19 de maio de 2022.

**2 DO OBJETO**

Credenciamento de pessoa(s) jurídica(s) para prestação de serviços de diagnósticos laboratoriais de análises clínicas, toxicológicas e anatomopatológicas, atendendo as necessidades do Departamento Municipal de Saúde pelo período de 12 (doze) meses, conforme itens, descritivos, quantitativos e preços do Termo de Referência - Anexo I e parte integrante deste edital.

**3 DO PREÇO**

3.1 Para execução dos serviços, conforme Termo de Referência, fica estabelecido o seguinte valor unitário de acordo com quantidade, valor e descrição dos serviços:

**3.1.1 Lote 01 - Relação de exames Tabela SUS:**

ITEM	CÓDIGO SIGTAP	DESCRIÇÃO	Tabela SUS
01	02.02.01.002-3	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R\$ 2,01
02	02.02.01.003-1	DETERMINACAO DE CROMATOLOGRAFIA DE AMINOACIDOS	R\$ 15,65
03	02.02.01.004-0	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 3,63
04	02.02.01.005-8	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (5 DOSAGENS)	R\$ 6,55



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

05	02.02.01.006-6	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	R\$ 3,68
06	02.02.01.007-4	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	R\$ 10,00
07	02.02.01.008-2	DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE	R\$ 3,51
08	02.02.01.009-0	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	R\$ 3,51
09	02.02.01.010-4	DOSAGEM DE ACETONA	R\$ 1,85
10	02.02.01.011-2	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R\$ 2,01
11	02.02.01.012-0	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$ 1,85
12	02.02.01.014-7	DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$ 3,68
13	02.02.01.018-0	DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 2,25
14	02.02.01.020-1	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 2,01
15	02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 1,85
16	02.02.01.027-9	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 3,51
17	02.02.01.028-7	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 3,51
18	02.02.01.029-5	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 1,85
19	02.02.01.030-9	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R\$ 3,68
20	02.02.01.031-7	DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 1,85
21	02.02.01.032-5	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 3,68
22	02.02.01.033-3	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$ 4,12
23	02.02.01.034-1	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	R\$ 3,51
24	02.02.01.035-0	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	R\$ 3,51
25	02.02.01.036-8	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R\$ 3,68
26	02.02.01.037-6	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	R\$ 3,68
27	02.02.01.038-4	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 5,59
28	02.02.01.039-2	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$ 3,51
29	02.02.01.041-4	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	R\$ 2,01
30	02.02.01.042-2	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,01
31	02.02.01.043-0	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 1,85
32	02.02.01.044-9	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	R\$ 2,01
33	02.02.01.046-5	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,51
34	02.02.01.047-3	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 1,85
35	02.02.01.048-1	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	R\$ 3,68
36	02.02.01.050-3	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 7,86
37	02.02.01.051-1	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	R\$ 3,68
38	02.02.01.053-8	DOSAGEM DE LACTATO	R\$ 3,68
39	02.02.01.056-2	DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 2,01
40	02.02.01.060-0	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 1,85
41	02.02.01.061-9	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$ 1,40
42	02.02.01.062-7	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 1,85
43	02.02.01.063-5	DOSAGEM DE SODIO	R\$ 1,85
44	02.02.01.064-3	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 2,01
45	02.02.01.065-1	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 2,01
46	02.02.01.066-0	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,12
47	02.02.01.067-8	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 3,51
48	02.02.01.069-4	DOSAGEM DE UREIA	R\$ 1,85
49	02.02.01.070-8	DOSAGEM DE VITAMINA B12 e outras vitaminas	R\$ 15,24
50	02.02.01.071-6	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$ 3,68
51	02.02.01.072-4	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 4,42
52	02.02.01.074-0	PROVA DA D-XILOSE	R\$ 3,68



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

53	02.02.01.075-9	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	R\$ 6,55
54	02.02.01.076-7	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 15,24
55	02.02.02.002-9	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 2,73
56	02.02.02.012-6	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA	R\$ 2,85
57	02.02.02.013-4	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 5,77
58	02.02.02.014-2	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 2,73
59	02.02.02.015-0	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS)	R\$ 2,73
60	02.02.02.016-9	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R\$ 4,11
61	02.02.02.017-7	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$ 6,48
62	02.02.02.030-4	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 1,53
63	02.02.02.031-2	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	R\$ 2,73
64	02.02.02.032-0	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	R\$ 2,73
65	02.02.02.033-9	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	R\$ 2,73
66	02.02.02.034-7	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	R\$ 4,11
67	02.02.02.035-5	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 5,41
68	02.02.02.036-3	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R\$ 2,73
69	02.02.02.037-1	HEMATOCRITO	R\$ 1,53
70	02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11
71	02.02.02.039-8	LEUCOGRAMA	R\$ 2,73
72	02.02.02.044-4	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R\$ 2,73
73	02.02.02.046-0	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	R\$ 2,73
74	02.02.02.048-7	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R\$ 4,11
75	02.02.02.049-5	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R\$ 2,73
76	02.02.02.050-9	PROVA DO LACO	R\$ 2,73
77	02.02.02.051-7	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	R\$ 2,73
78	02.02.02.054-1	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$ 2,73
79	02.02.03.001-6	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	R\$ 15,00
80	02.02.03.002-4	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	R\$ 15,00
81	02.02.03.003-2	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	R\$ 15,00
82	02.02.03.004-0	DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R\$ 65,00
83	02.02.03.005-9	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	R\$ 96,00
84	02.02.03.007-5	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 2,83
85	02.02.03.008-3	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 9,25
86	02.02.03.010-5	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 16,42
87	02.02.03.011-3	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$ 13,55
88	02.02.03.012-1	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 17,16
89	02.02.03.013-0	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$ 17,16
90	02.02.03.014-8	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	R\$ 2,83
91	02.02.03.015-6	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$ 17,16
92	02.02.03.016-4	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 9,25
93	02.02.03.018-0	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 17,16
94	02.02.03.020-2	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 2,83
95	02.02.03.021-0	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 298,48
96	02.02.03.022-9	IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS (inclusive Troponina)	R\$ 17,16
97	02.02.03.027-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 8,67
98	02.02.03.029-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$ 85,00
99	02.02.03.030-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 10,00
100	02.02.03.032-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R\$ 17,16
101	02.02.03.033-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R\$ 5,74



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

102	02.02.03.034-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$ 17,16
103	02.02.03.035-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$ 18,55
104	02.02.03.036-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$ 18,55
105	02.02.03.037-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	R\$ 9,25
106	02.02.03.038-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	R\$ 10,00
107	02.02.03.039-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	R\$ 9,25
108	02.02.03.040-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	R\$ 3,70
109	02.02.03.041-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	R\$ 5,83
110	02.02.03.042-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R\$ 10,00
111	02.02.03.063-6	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 18,55
112	02.02.03.064-4	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$ 18,55
113	02.02.03.067-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 18,55
114	02.02.03.068-7	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	R\$ 18,55
115	02.02.03.069-5	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	R\$ 9,25
116	02.02.03.070-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	R\$ 4,10
117	02.02.03.071-7	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO	R\$ 18,55
118	02.02.03.072-5	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	R\$ 17,16
119	02.02.03.073-3	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 2,83
120	02.02.03.074-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,00
121	02.02.03.075-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	R\$ 9,25
122	02.02.03.076-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 16,97
123	02.02.03.077-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25
124	02.02.03.078-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)	R\$ 18,55
125	02.02.03.079-2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$ 30,00
126	02.02.03.080-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55
127	02.02.03.081-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16
128	02.02.03.082-2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 17,16
129	02.02.03.083-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 17,16
130	02.02.03.084-9	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 17,16
131	02.02.03.085-7	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,61
132	02.02.03.086-5	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	R\$ 10,00
133	02.02.03.087-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,55
134	02.02.03.088-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25
135	02.02.03.089-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 18,55



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

136	02.02.03.090-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$ 20,00
137	02.02.03.091-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55
138	02.02.03.092-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16
139	02.02.03.093-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 17,16
140	02.02.03.094-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 17,16
141	02.02.03.095-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 17,16
142	02.02.03.096-2	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$ 13,35
143	02.02.03.097-0	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$ 18,55
144	02.02.03.098-9	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R\$ 18,55
145	02.02.03.099-7	PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)	R\$ 60,00
146	02.02.03.100-4	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	R\$ 2,83
147	02.02.03.101-2	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$ 4,10
148	02.02.03.102-0	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA	R\$ 10,00
149	02.02.03.103-9	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	R\$ 9,25
150	02.02.03.104-7	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R\$ 10,00
151	02.02.03.105-5	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	R\$ 1,77
152	02.02.03.106-3	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	R\$ 1,77
153	02.02.03.107-1	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	R\$ 18,00
154	02.02.03.108-0	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 168,48
155	02.02.03.109-8	REACAO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 4,10
156	02.02.03.110-1	REACAO DE MONTENEGRO ID	R\$ 2,83
157	02.02.03.111-0	TESTE DE VDRL P/ DETECCÃO DE SIFILIS	R\$ 2,83
158	02.02.03.112-8	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00
159	02.02.03.113-6	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00
160	02.02.03.114-4	TESTES ALERGICOS DE CONTATO (ATÉ 15 SUBSTÂNCIAS)	R\$ 1,77
161	02.02.03.115-2	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	R\$ 1,77
162	02.02.03.116-0	TESTES RAPIDOS P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00
163	02.02.03.117-9	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	R\$ 2,83
164	02.02.03.118-7	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE RECOMBINANTE HUMANO IGA	R\$ 18,55
165	02.02.03.119-5	DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO	R\$ 17,16
166	02.02.04.001-1	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	R\$ 1,65
167	02.02.04.005-4	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	R\$ 1,65
168	02.02.04.008-9	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	R\$ 1,65
169	02.02.04.009-7	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R\$ 1,65
170	02.02.04.010-0	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	R\$ 1,65
171	02.02.04.012-7	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 1,65
172	02.02.04.013-5	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	R\$ 10,25
173	02.02.04.014-3	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 1,65
174	02.02.05.001-7	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$ 3,70
175	02.02.05.002-5	CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 3,51
176	02.02.05.003-3	CLEARANCE DE FOSFATO	R\$ 3,51





**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

177	02.02.05.004-1	CLEARANCE DE UREIA	R\$ 3,51
178	02.02.05.005-0	CONTAGEM DE ADDIS	R\$ 2,04
179	02.02.05.006-8	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	R\$ 3,70
180	02.02.05.008-4	DOSAGEM DE CITRATO	R\$ 2,01
181	02.02.05.009-2	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8,12
182	02.02.05.010-6	DOSAGEM DE OXALATO	R\$ 3,68
183	02.02.05.011-4	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 2,04
184	02.02.05.012-2	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	R\$ 3,04
185	02.02.05.022-0	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	R\$ 2,04
186	02.02.05.023-8	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	R\$ 2,04
187	02.02.05.024-6	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	R\$ 3,36
188	02.02.05.026-2	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	R\$ 2,04
189	02.02.05.027-0	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	R\$ 2,04
190	02.02.05.028-9	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	R\$ 3,70
191	02.02.05.029-7	PESQUISA DE PORFOBILINOGENO NA URINA	R\$ 2,04
192	02.02.05.030-0	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	R\$ 4,44
193	02.02.05.031-9	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	R\$ 2,04
194	02.02.05.032-7	PROVA DE DILUICAO (URINA)	R\$ 2,04
195	02.02.06.001-2	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	R\$ 12,54
196	02.02.06.002-0	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	R\$ 12,54
197	02.02.06.003-9	DETERMINACAO DE T3 REVERSO	R\$ 14,69
198	02.02.06.004-7	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R\$ 10,20
199	02.02.06.005-5	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	R\$ 6,72
200	02.02.06.006-3	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	R\$ 6,72
201	02.02.06.007-1	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	R\$ 6,72
202	02.02.06.008-0	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$ 14,12
203	02.02.06.009-8	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$ 11,89
204	02.02.06.010-1	DOSAGEM DE AMP CICLICO	R\$ 12,01
205	02.02.06.011-0	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$ 11,53
206	02.02.06.012-8	DOSAGEM DE CALCITONINA	R\$ 14,38
207	02.02.06.013-6	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 9,86
208	02.02.06.014-4	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 11,25
209	02.02.06.015-2	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 11,71
210	02.02.06.016-0	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 10,15
211	02.02.06.017-9	DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$ 11,55
213	02.02.06.018-7	DOSAGEM DE ESTRONA	R\$ 11,12
214	02.02.06.019-5	DOSAGEM DE GASTRINA	R\$ 14,15
215	02.02.06.020-9	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	R\$ 15,35
216	02.02.06.021-7	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 7,85
217	02.02.06.022-5	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$ 10,21
218	02.02.06.023-3	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 7,89
219	02.02.06.024-1	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 8,97
220	02.02.06.025-0	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 8,96
221	02.02.06.026-8	DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 10,17
222	02.02.06.027-6	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 43,13
223	02.02.06.028-4	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 15,35
224	02.02.06.029-2	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 10,22
225	02.02.06.030-6	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$ 10,15
226	02.02.06.031-4	DOSAGEM DE RENINA	R\$ 13,19
227	02.02.06.032-2	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$ 15,35
228	02.02.06.033-0	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R\$ 13,11
229	02.02.06.034-9	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 10,43



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

230	02.02.06.035-7	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 13,11
231	02.02.06.036-5	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$ 15,35
232	02.02.06.037-3	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 8,76
233	02.02.06.038-1	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 11,60
234	02.02.06.039-0	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 8,71
235	02.02.06.040-3	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	R\$ 12,01
236	02.02.06.041-1	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	R\$ 12,01
237	02.02.06.042-0	TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APOS GONADORRELINA	R\$ 12,01
238	02.02.06.043-8	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	R\$ 12,01
239	02.02.06.044-6	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	R\$ 12,01
240	02.02.06.045-4	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	R\$ 12,01
241	02.02.06.046-2	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	R\$ 8,43
242	02.02.06.047-0	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	R\$ 12,15
243	02.02.07.001-8	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	R\$ 2,06
244	02.02.07.002-6	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	R\$ 2,23
245	02.02.07.003-4	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	R\$ 3,68
246	02.02.07.004-2	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	R\$ 2,04
247	02.02.07.005-0	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R\$ 15,65
248	02.02.07.006-9	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	R\$ 3,51
249	02.02.07.007-7	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	R\$ 2,01
250	02.02.07.009-3	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	R\$ 10,00
251	02.02.07.010-7	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	R\$ 10,00
252	02.02.07.011-5	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	R\$ 10,00
253	02.02.07.012-3	DOSAGEM DE BARBITURATOS	R\$ 13,13
254	02.02.07.013-1	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	R\$ 13,48
255	02.02.07.014-0	DOSAGEM DE CADMIO	R\$ 6,55
256	02.02.07.015-8	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$ 17,53
257	02.02.07.016-6	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	R\$ 4,11
258	02.02.07.017-4	DOSAGEM DE CHUMBO	R\$ 8,83
259	02.02.07.018-2	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R\$ 58,61
260	02.02.07.019-0	DOSAGEM DE COBRE	R\$ 3,51
261	02.02.07.020-4	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R\$ 8,97
262	02.02.07.021-2	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	R\$ 15,65
263	02.02.07.022-0	DOSAGEM DE FENITOINA	R\$ 35,22
264	02.02.07.023-9	DOSAGEM DE FENOL	R\$ 2,05
265	02.02.07.024-7	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	R\$ 3,51
266	02.02.07.025-5	DOSAGEM DE LITIO	R\$ 2,25
267	02.02.07.026-3	DOSAGEM DE MERCURIO	R\$ 2,04
268	02.02.07.027-1	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	R\$ 4,11
269	02.02.07.028-0	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	R\$ 10,00
270	02.02.07.029-8	DOSAGEM DE METOTREXATO	R\$ 10,00
271	02.02.07.030-1	DOSAGEM DE QUINIDINA	R\$ 10,00
272	02.02.07.031-0	DOSAGEM DE SALICILATOS	R\$ 2,01
273	02.02.07.032-8	DOSAGEM DE SULFATOS	R\$ 3,51
274	02.02.07.033-6	DOSAGEM DE TEOFILINA	R\$ 15,65
275	02.02.07.034-4	DOSAGEM DE TIOCIANATO	R\$ 3,68
276	02.02.07.035-2	DOSAGEM DE ZINCO	R\$ 15,65
277	02.02.08.001-3	ANTIBIOGRAMA	R\$ 4,98
278	02.02.08.002-1	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R\$ 13,33
279	02.02.08.003-0	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	R\$ 13,33
280	02.02.08.004-8	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$ 4,20
281	02.02.08.005-6	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSEIASE)	R\$ 4,20
282	02.02.08.006-4	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	R\$ 4,20



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

283	02.02.08.007-2	BACTEROSCOPIA (GRAM)	R\$ 2,80
284	02.02.08.008-0	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO sem identificação e autoclave	R\$ 5,62
285	02.02.08.009-9	CULTURA DO LEITE MATERNO (POS-PASTEURIZACAO)	R\$ 4,33
286	02.02.08.010-2	CULTURA P/ HERPESVIRUS	R\$ 4,33
287	02.02.08.007-2	URUCULTURA	R\$2,80
288	02.02.08.011-0	CULTURA PARA BAAR	R\$ 5,63
289	02.02.08.012-9	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R\$ 10,25
290	02.02.08.013-7	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$ 4,19
291	02.02.08.014-5	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$ 2,80
292	02.02.08.015-3	HEMOCULTURA	R\$ 11,49
293	02.02.08.016-1	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	R\$ 5,63
294	02.02.08.017-0	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	R\$ 4,33
295	02.02.08.018-8	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	R\$ 2,80
296	02.02.08.019-6	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$ 4,33
297	02.02.08.020-0	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	R\$ 2,80
298	02.02.08.021-8	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$ 4,33
299	02.02.08.022-6	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	R\$ 2,80
300	02.02.08.023-4	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	R\$ 5,04
301	02.02.09.001-9	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
302	02.02.09.002-7	ADENOGRAMA	R\$ 5,79
303	02.02.09.003-5	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	R\$ 4,33
304	02.02.09.004-3	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	R\$ 4,33
305	02.02.09.005-1	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89
306	02.02.09.006-0	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89
307	02.02.09.007-8	DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,56
308	02.02.09.008-6	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 1,89
309	02.02.09.009-4	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	R\$ 2,01
310	02.02.09.010-8	DOSAGEM DE FRUTOSE	R\$ 2,01
311	02.02.09.011-6	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	R\$ 2,01
312	02.02.09.012-4	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
313	02.02.09.013-2	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
314	02.02.09.015-9	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	R\$ 5,23
315	02.02.09.016-7	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,56
316	02.02.09.017-5	ESPLENOGRAMA	R\$ 5,79
317	02.02.09.018-3	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	R\$ 1,89
318	02.02.09.019-1	MIELOGRAMA	R\$ 5,79
319	02.02.09.021-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R\$ 9,70
320	02.02.09.022-1	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA	R\$ 2,01
321	02.02.09.029-9	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	R\$ 1,89
322	02.02.09.030-2	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R\$ 1,89
323	02.02.11.008-7	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 13,20
324	02.02.12.001-5	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	R\$ 10,65
325	02.02.12.002-3	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37
326	02.02.12.003-1	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	R\$ 10,65





**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

327	02.02.12.008-2	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37
328	02.02.12.009-0	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$ 2,73
<b>VALOR ESTIMADO PARA 12 (DOZE) MESES</b>			<b>R\$200.000,00</b>

**3.1.2 Lote 02 – Exames Anatomopatológicos não constantes da TABELA SUS:**

ITEM	CÓDIGO SIGTAP	NOME DO EXAME	VALOR UNITÁRIO
01	02.01.01.002-0	BIOPSIA DO MATERIAL COLETADO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE – ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO	R\$79,20
02	02.01.01.019-4	BIOPSIA DOS FRAGMENTOS DE TECIDOS COLETADOS NA HIPOFARINGE, OROFARINGE E NASOFARINGE, PARA EXAME HISTOPATOLOGICO - ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO	R\$79,20
03	02.01.01.015-1	BIOPSIA DOS FRAGMENTOS COLETADOS DO ENDOMETRIO PARA EXAME HISTOPATOLOGICO - ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO	R\$79,20
04	02.01.01.023-2	BIOPSIA DOS FRAGMENTOS DE TECIDO DE GLANDULA SALIVAR PARA EXAME HISTOPATOLOGICO. ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO	R\$79,20
		BIOPSIA DOS FRAGMENTOS DE TECIDOS RETIRADOS NA HIPOFARINGE, OROFARINGE E NASOFARINGE, PARA EXAME HISTOPATOLOGICO - ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO	
05	02.01.01.037-2	BIOPSIA DA AMOSTRA DE TECIDO PARA EXAME HISTOLÓGICO RETIRADA DE LESÕES SUSPEITAS DE PELE OU DE PARTES MOLES. - ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO	R\$79,20
06	02.01.01.050-0	BIOPSIA DA FRAGMENTOS DE TECIDOS DA VAGINA COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA OU TERAPÊUTICA, PARA EXAME HISTOPATOLÓGICO. - ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO	R\$79,20
07	02.01.01.052-6	BIOPSIA DE FRAGMENTOS DE LESÃO SUSPEITA. NESTE CASO, DE LESÕES SUSPEITAS DE TECIDOS MOLES DA BOCA - ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO	R\$79,20
08	02.01.01.066-6	BIOPSIA DE FRAGMENTO(S) DE ÁREA ALTERADA DO COLO DO ÚTERO - ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO	R\$79,20
<b>VALOR ESTIMADO PARA 12(DOZE) MESES</b>			<b>R\$ 6.000,00</b>

**3.1.3 Lote 03 – Exames não constantes da TABELA SUS:**

ITEM	CODIGO SIGTAP	DESCRIÇÃO DO EXAME	VALOR UNITARIO
01	02.08.04.008-0	DOSAGEM DE E.T.F GLOMERULAR A TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR, MEDIDA LABORATORIAL QUE PERMITE QUE O CLÍNICO GERAL E O NEFROLOGISTA AVALIEM O FUNCIONAMENTO DOS RINS DA PESSOA, SENDO ESSA MEDIDA IMPORTANTE PARA O DIAGNÓSTICO E VERIFICAÇÃO DO ESTÁGIO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC).	R\$14,30



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

02	02.02.02.047-9	COOMBS AVALIA A PRESENÇA DE ANTICORPOS ESPECÍFICOS QUE ATACAM AS CÉLULAS VERMELHAS DO SANGUE, PROVOCANDO A SUA DESTRUIÇÃO E PODENDO LEVAR AO SURGIMENTO DE UM TIPO DE ANEMIA CONHECIDA COMO HEMOLÍTICA.	R\$18,70
03	INEXISTENTE NO SIGTAP	D DIMERO	R\$150,00
04	02.14.01.016-3	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE SARS-COVID-2	R\$180,00
05	02.13.01.072-0	PESQUISA DE SARS COV-2 POR RT-PCR	R\$210,00
06	INEXISTENTE NO SIGTAP	SOROLOGIA ANTICORPOS IGM E IgG OU IgA E IgG NO SANGUE PARA COVID -19	R\$160,00
<b>VALOR ESTIMADO PARA 12(DOZE) MESES</b>			<b>R\$ 50.000,00</b>

**3.1.4 Lote 04 – Taxa de coleta para exames laboratoriais:**

ITEM	DESCRIÇÃO	UND.	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VALOR ESTIMADO PARA 12 (DOZE) MESES
1	Taxa de coleta realizada para cada paciente, indiferente da quantidade de exames coletados	UN	2200	R\$13,00	R\$ 28.600,00

3.1.5 O valor proposto estimado para atender nossa demanda será de R\$ 284.600,00 (duzentos e oitenta e quatro mil e seiscentos reais).

**4 CONDIÇÕES PARA A PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

4.1 Prestação de serviços de diagnósticos laboratoriais de análises clínica, toxicológicos em posto de coleta no município e coletas emergenciais no Pronto Atendimento Menino Jesus, realizada por bioquímico responsável; e exames anatomopatológicos que serão entregues em recipiente adequado no empresa que presta este serviço e que deverá estar a um raio de 100 km do município.

4.2 Os prestadores de serviços deverão ter, no mínimo, um posto de coleta na área urbana do município de Porto Amazonas, em observância aos princípios da economicidade e da racionalidade, a fim de evitar deslocamentos e gastos desnecessários para o município e também evitar transtornos ao usuário do SUS. Se o credenciado não estiver com posto de coleta na cidade deverá dentro de um prazo máximo de 30 dias providenciar a instalação conforme normas vigentes para este tipo de estabelecimento. Sendo necessário desde que homologado o resultado da licitação e assinatura do contrato de prestação de serviços.

4.3 Os serviços deverão ser totalmente prestados pela empresa credenciada não possuindo o município responsabilidade pelo transporte de coletas e pela retirada dos laudos e/ou resultados dos exames realizados.

4.4 O contratado deverá prestar os serviços de plantões conforme cronograma que será estabelecido pelo Departamento de Saúde, estando no local para coleta de exames em uma hora após o chamado do Pronto Atendimento Municipal Menino Jesus, a qualquer horário do dia ou da noite, conforme escala, não tendo quantidade



## ESTADO DO PARANÁ

### MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS

---

pré-determinada diariamente, devendo a empresa manter os funcionários a disposição das unidades por 24 horas. E sendo entregue os exames em duas horas nestas situações por se tratarem de exames emergenciais.

4.5 Para a realização dos exames referidos neste credenciamento o município emitirá autorização expressa, através de guias emitidas pelo setor de agendamentos que será apresentada pelo paciente quando da realização, do atendimento, sendo que o agendamento deste é de responsabilidade do paciente.

4.6 Em caso de haver mais de uma empresa credenciada para a realização do mesmo procedimento, é facultado ao paciente a escolha do prestador de serviço, salvo se esgotado a cota mensal daquele estabelecimento.

4.7 Em caso de haver mais de uma empresa credenciada, o Departamento Municipal de Saúde, fixará conta mensal de exames igualitária entres os credenciados devendo a credenciada cumprir tal obrigação, sob pena de não ser realizado o pagamento dos exames realizados a mais da cota.

4.8 A realização de exames excedentes as cotas mensais dependerão da autorização do Município.

4.9 O município reserva o direito de fiscalizar, de forma permanente, a prestação dos serviços pelos credenciados, podendo no proceder no descredenciamento, em caso de má prestação, apurada em processo administrativo específico, com garantia do contraditório e da ampla defesa;

4.10 A empresa credenciada deverá enviar mensalmente as Guias (requisições/autorizações) originais emitidas pelo Departamento de Saúde, devidamente assinadas e sem rasuras, juntamente com o relatório gerencial ou documento fiscal devidamente assinado pelo beneficiário e acompanhado da nota fiscal eletrônica para o Departamento de Saúde, o qual realizará a conferência e aprovação das mesmas. No relatório mensal deverá conter os valores unitários dos exames com base nos preços registrados em ata bem como os valores globais, e listagem com os nomes dos pacientes que foram realizadas as coletas para fins de conferência do quantitativo de coletas realizados. Deverá ser discriminado na nota fiscal o quantitativo de coletas.

4.11 Exames que tiverem seu resultado descrito como indeterminado ou que necessitem de nova coleta para contraprova, serão realizados em outro laboratório a ser contratado pelo Município pagos pela empresa credenciada.

4.12 O credenciado a ser habilitar neste certame deverá adotar o sistemas oficial do Estado do Paraná e os exames relacionados as doenças de interesse em saúde pública e deverão ter suas requisições cadastradas, registradas e os resultados dos exames liberados no Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL, oficial do Ministério da Saúde implantado no Paraná e que atende todos os municípios, conforme pactuação e ou outro similar.

## 5 DO PERÍODO E HORÁRIO PARA O CREDENCIAMENTO

5.1 O credenciamento ocorrerá no período de **24/11/2022 a 23/11/2023**, devendo os interessados, neste período, apresentarem os documentos necessários e a proposta de adesão.



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

---

5.2 O horário de atendimento aos interessados será das 08:00 as 11:30 e das 13:00 as 17:00.

5.3 O interessado que, dentro do período, tiver seus documentos rejeitados somente terá seu pedido reavaliado com a apresentação de novo requerimento e novos documentos já livres dos vícios anteriormente identificados e que foram impeditivos do credenciamento anteriormente pretendido.

5.4 Caso vença algum documento antes da apresentação nos termos do item anterior, deverão também ser apresentados outros novos em plena validade.

5.5 Para ser credenciado, além dos documentos exigidos neste edital, os interessados deverão preencher todas as demais condições nele estabelecidas.

## **6 DO ENVELOPE**

6.1 Os documentos necessários ao credenciamento, dentro do período definido neste edital ou posterior a ele, e a proposta a ele inerente, serão disponibilizados em um envelope devidamente endereçado à Prefeitura Municipal da seguinte forma:

### **DOCUMENTOS PARA CREDENCIAMENTO**

CREDENCIAMENTO Nº007/2022 - Credenciamento de pessoa(s) jurídica(s) para prestação de serviços de diagnósticos laboratoriais de análises clínicas, toxicológicas e anatomopatológicas, atendendo as necessidades do Departamento Municipal de Saúde pelo período de 12 (doze) meses.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO AMAZONAS

RUA GUILHERME SCHIFFER, Nº 67 - CENTRO

CEP: 84.140-000

A/C: Comissão Permanente de Licitações

6.2 Deverá conter ainda a identificação completa do interessado(a), por meio de envelope timbrado ou através de impressão ou carimbo padronizado, conforme abaixo:

RAZÃO SOCIAL \_\_\_\_\_

End. Comp.: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ CNPJ \_\_\_\_\_

Nome do responsável legal \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

## **7 DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO**

7.1 Poderão participar do credenciamento pessoas jurídicas, que atendam a todos os requisitos legais e os estabelecidos neste edital.

7.2 Não poderão participar deste credenciamento as pessoas jurídicas:

7.2.1 Declaradas inidôneas nos termos da lei;

7.2.2 Que tenham falência decretada ou estejam em recuperação judicial, bem como concordatária, concurso de credores, dissolução ou liquidação;

7.2.3 Impedidas de licitar, contratar ou transacionar com a Administração Pública, direta ou indireta;



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

---

7.2.4 Empresas que tenham pendências financeiras ou contratuais para com o Município de Porto Amazonas;

7.2.5 Empresas que estejam em consórcio;

## **8 DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO EXIGIDA PARA O CREDENCIAMENTO**

8.1 Para o credenciamento de prestação de serviços de laboratórios de análises clínicas e toxicológicas deverão ser apresentados os seguintes documentos:

### **8.1.1 Qualificação Técnica**

8.1.1.1 Apresentar 01 (um) Atestado de Capacidade Técnica (declaração ou certidão), fornecida por pessoa jurídica de direito público ou privada, onde comprove que o licitante teve ou está tendo um bom desempenho na prestação de serviços compatível com o objeto desta licitação;

8.1.1.2 Cópia do Certificado de Registro no Conselho Regional de Farmácia do Profissional/Técnico responsável Farmacêutico/Bioquímico. Caso o profissional seja Biomédico, este deverá apresentar cópia do Certificado de Registro no Conselho competente;

8.1.1.3 Certificado de Registro no Conselho Regional de Farmácia da Empresa licitante;

8.1.1.4 Comprovação de **Vínculo empregatício** do Farmacêutico/Bioquímico (ou outro profissional habilitado que possa realizar análises clínicas) através da cópia da CTPS ou Contrato particular com a proponente registrado em Cartório. (Na hipótese do profissional ser sócio da empresa, não haverá a necessidade de tal documento);

8.1.1.5 Cópia da **Licença sanitária** para funcionamento fornecido pelo Serviço de Vigilância Sanitária da Secretaria da Saúde Estadual ou Municipal da Sede do Licitante, em vigor;

8.1.1.6 **Alvará de Funcionamento** como prova de inscrição no cadastro de contribuintes municipal, relativo ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual, em seu período de validade;

### **8.2 Declarações**

8.2.1 Apresentar **Declaração de Idoneidade**, conforme modelo anexo III;

8.2.2 Apresentação de "**Declaração de Inexistência de Fatos Impeditivos**", conforme modelo anexo IV;

8.2.3 Apresentar **Declaração de cumprimento do disposto no inciso V, do art. 27 da Lei nº 8.666/93**, conforme modelo anexo V.

8.2.4 **Declaração** da empresa de **disponibilidade** para prestação dos serviços, objeto desta Licitação, conforme modelo anexo VI;

8.2.5 **Declaração** da empresa **tomando ciência e se comprometendo** com a realização de exames emergenciais no Pronto Atendimento Municipal Menino Jesus, conforme modelo anexo VII.

### **8.3 Habilitação Jurídica:**

8.3.1 Cópia da cédula de identidade, no caso de empresa individual;

8.3.2 Registro comercial, no caso de empresa individual;





## ESTADO DO PARANÁ

### MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS

---

8.3.3 Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedades por ações, acompanhado da documentação de eleição dos seus administradores;

8.3.4 Inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova da diretoria em exercício;

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

8.3.6 Apresentação da **Certidão Simplificada expedida pela Junta Comercial do Estado sede do licitante.** (PARA PARTICIPANTES ME, MEI E EPP)

#### **8.4 Regularidade Fiscal e Trabalhista:**

##### **8.4.1 Regularidade Fiscal:**

8.4.1.1 Comprovante de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ;

8.4.1.2 Certidão Negativa de Tributos Municipais do Município da Sede ou domicílio da Empresa Licitante;

8.4.1.3 Certidão Negativa de Tributos Estaduais;

8.4.1.4 Certidão Negativa de Tributos Federais;

8.4.1.5 Certidão Negativa do FGTS.

##### **8.4.2 Regularidade Trabalhista:**

8.4.2.1 Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas.

#### **8.5 Qualificação Econômico-Financeira**

8.5.1 **Certidão Negativa de Falência, Concordata, recuperação Judicial ou Extrajudicial**, expedida pelo distribuidor da Sede do Licitante. Caso não possuam prazos de validade, somente serão aceitas com data não excedente a 60 (sessenta) dias.

8.5.2 **Demonstrações contábeis do último exercício** social já exigível e na forma da lei, compostas, no mínimo, do **Balanco Patrimonial e da Demonstração do Resultado do Exercício**, que comprovem a boa situação financeira da empresa, vedada a sua substituição por balancete ou balanços provisórios, devidamente rubricados e assinados pelo (a) responsável da empresa e contador (a) cadastrado (a) no conselho competente;

8.5.3 Quando se tratar de pessoa jurídica constituída na forma de **sociedade anônima** admitir-se-á a apresentação do balanço patrimonial devidamente registrado, acompanhado de cópia da respectiva publicação na Imprensa Oficial.

8.5.4 As **empresas com menos de um ano de exercício social de existência** devem cumprir a exigência contida no “item 5.2”, mediante a apresentação do Balanço de Abertura ou do último Balanço Patrimonial levantado.

8.6 Os documentos acima descritos deverão ser apresentados, preferencialmente, por cópias autenticadas, ou por cópias acompanhadas das originais para conferência e autenticações.

8.7 Não serão aceitas cópias tiradas em aparelho de fax.



## ESTADO DO PARANÁ MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS

---

8.8 Todos os documentos que contenham prazo de validade deverão estar em plena vigência. Para aqueles documentos sem data de vencimento, sua validade será de 90 (noventa) dias, contados da sua expedição.

8.9 Serão desconsideradas as cópias rasuradas, ilegíveis, apagadas ou que apresentarem qualquer defeito capaz de colocar em dúvida a sua fidelidade.

8.10 Os documentos deverão ser apresentados na mesma ordem de numeração dos documentos neste edital.

### **9 DO PROCESSAMENTO DO CREDENCIAMENTO**

9.1 Recebido o envelope sob protocolo, verificado o cumprimento do prazo estabelecido neste edital, a Comissão Permanente de Licitação, adotará os seguintes procedimentos:

#### **9.1.1 Em primeiro lugar:**

9.1.1.2 A abertura dos envelopes;

9.1.1.3 O exame de todos os documentos, levando-se em conta: validade, veracidade e se todo o rol exigido no item 8 fora apresentado;

9.1.1.4 De tudo lavrar-se-á ata circunstanciada.

#### **9.1.2 Em segundo lugar:**

9.1.2.1 Terminadas as fases habilitatórias, a Comissão Permanente de Licitação, examinará a proposta de adesão, que deverá atender aos requisitos deste edital, e deixar claro que aceita todas as condições do credenciamento.

9.1.2.2 Desta reunião lavrar-se-á ata circunstanciada e conclusiva sobre o credenciamento ou não do interessado.

9.1.2.3 Decidindo a Comissão Permanente de Licitação pela regularidade do interessado, opinará pelo seu credenciamento, caso contrário decidirá pela inabilitação do mesmo, em qualquer caso submetendo sua decisão ao Prefeito Municipal.

9.1.2.4 A comissão também analisará e julgará os recursos que porventura possam surgir em razão de inabilitação ou desclassificação de interessados, que se interpostos, deverão obedecer aos moldes do art. 109 da Lei 8.666/93.

9.1.2.5 Os recursos, caso necessário, serão dirigidos ao Prefeito Municipal, através da Comissão Permanente de Licitações.

9.1.2.6 Terminado o julgamento o interessado será informado do resultado e convocado para assinatura do contrato, que terá eficácia plena após a publicação do seu extrato na imprensa oficial.

### **10 DA PROPOSTA E DA SUA FORMA DE APRESENTAÇÃO**

10.1 A proposta de adesão deverá ser apresentada junto com os demais documentos de habilitação e deverá ser elaborada, seguindo o modelo que compõe este edital (ANEXO - II).

10.2 Deve ser apresentada em língua e moeda nacional, isenta de rasuras, emendas ou entrelinhas, e ao final, deve ser datada e assinada pelo requerente/representante legal da proponente.



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

---

## **11 FORMA DE PAGAMENTO**

11.1 A Prefeitura Municipal pagará a pessoa jurídica credenciada as importâncias relacionadas no item 3 deste edital.

11.2 O pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias, a contar do recebimento da nota fiscal no Departamento Financeiro/Contabilidade e inspeção do Objeto pelo requisitante da aquisição, mediante depósito em conta bancária indicada pela contratada.

11.3 Nota fiscal eletrônica deverá ser entregue acompanhada das Certidões Negativas de Débitos Federais, Estadual, Municipal e FGTS no Departamento Municipal de Saúde de Porto Amazonas.

11.4 A fonte utilizada será a 303.

## **12 DA GESTÃO E FISCALIZAÇÃO**

12.1 Todos os serviços executados pelos credenciados terão como gestora a Sra. Anelise Aparecida Ribas designada através de Portaria de Nomeação nº003/2021 de 04 de janeiro de 2022, e serão acompanhados e fiscalizados por Izabeli Caroline Bueno Ciesielski designada através da Portaria de Nomeação nº042/2022 de 19 de maio de 2022.

## **13 DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

13.1 As despesas oriundas do credenciamento de empresas serão suportadas pela dotação orçamentária:

**ORGÃO – 09 – Departamento de Saúde**

**UNIDADE – 09.001 – Fundo Municipal de Saúde**

**PROJETO/ATIVIDADE–10.301.0029.2029 – Manutenção do Fundo Municipal de Saúde**

**ELEMENTO DE DESPESA – 3.3.90.39.50.99 – Demais Despesas com Serviço Médico-Hospitalar, odontológico e Laboratorial**

13.2 Nos exercícios seguintes, nas dotações orçamentárias consignadas nas respectivas Leis Orçamentárias Anuais.

## **14 DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES**

**14.1 São obrigações:**

**14.1.1 da Prefeitura:**

14.1.1.1 Comunicar, por escrito, à CONTRATADA o não aceite do objeto, apontando as razões da sua desconformidade com as especificações contidas neste termo de referência, no instrumento convocatório ou na proposta apresentada;

14.1.1.2 Comunicar, por escrito, à CONTRATADA quaisquer irregularidades verificadas no objeto prestado;

14.1.1.3 Efetuar os pagamentos nas condições, prazos e preços pactuados;

14.1.1.4 Exercer o acompanhamento e a fiscalização dos serviços, por servidor especialmente designado;



## ESTADO DO PARANÁ

### MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS

---

14.1.1.5 Exigir o cumprimento de todas as obrigações assumidas pela contratada, de acordo com as cláusulas contratuais e os termos de sua proposta;

14.1.1.6 Prestar as informações e os esclarecimentos solicitados pela contratada, relacionados com o objeto pactuado;

14.1.1.7 Proporcionar as condições para que a CONTRATADA possa cumprir as obrigações pactuadas;

14.1.1.8 Aceitar o objeto e conferir as especificações técnicas com as constantes neste termo de referência e na proposta da contratada, recusando-o na hipótese de desconformidade com as características pretendidas.

#### **14.1.2 Da pessoa jurídica:**

14.1.2.1 Seguir todas as orientações do Município de Porto Amazonas, emanadas pelo fiscal do contrato, sujeitando-se à ampla e irrestrita fiscalização;

14.1.2.2 Arcar com todas as despesas, diretas e indiretas, decorrentes do cumprimento das obrigações assumidas, sem qualquer ônus ao Município de Porto Amazonas;

14.1.2.3 Comunicar ao Município de Porto Amazonas qualquer anormalidade de caráter urgente referente ao fornecimento do produto e prestar os esclarecimentos cabíveis;

14.1.2.4 Considerar que a ação da fiscalização deste Município não exonera a CONTRATADA de suas responsabilidades;

14.1.2.5 Entregar o objeto no prazo estabelecido no tem 4 deste edital;

14.1.2.6 Manter todas as condições de habilitação exigidas no certame durante a vigência contratual, sob pena de serem convocados os demais participantes para a entrega dos produtos;

14.1.2.7 Não transferir, sob nenhum pretexto, sua responsabilidade para outras entidades, sejam fabricantes, técnicos e outros;

14.1.2.8 Obedecer às especificações do objeto, observando a qualidade e prazo exigidos deste termo de referência e no ato convocatório, bem como a marca e modelo constantes da proposta apresentada;

14.1.2.9 Responsabilizar-se pela qualidade e resistência dos serviços;

14.1.2.10 Responsabilizar-se pelos serviços pertinentes ao objeto, no local indicado, como também pelas despesas a ele inerentes.

## **15 DAS SANÇÕES E PENALIDADES**

15.1 O descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas pelo pessoa física/jurídica credenciada caracterizará sua inadimplência implicando, segundo a gravidade, em multa de até 5% (cinco por cento) do valor global do contrato, reajustado até o momento da cobrança, descontada de logo, quando do pagamento da fatura apresentada pelo credenciado, ou se por este motivo impossível, será cobrada judicialmente.

15.2 A aplicação da multa, segundo o caso, não eximirá a empresa credenciada de sofrer outras sanções previstas na Lei 8.666/93, especialmente as previstas no art. 87, I a IV.

15.3 As multas não têm caráter compensatório, são independentes e cumulativas e não eximem a credenciada da prestação do serviço.



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

---

**16 – RECURSOS ADMINISTRATIVOS**

16.1 Aos credenciados será assegurado o direito de interposição de Recursos, nos termos do art. 109 da Lei Federal no. 8.666/93, o qual será recebido e processado nos termos ali estabelecidos.

16.2 A eventual impugnação ao presente Chamamento deve ser apresentada pelo interessado, considerando a natureza suplementar dos serviços de saúde, em razão de sua vinculação aos critérios previstos pela Resolução Normativa – RN nº 71/2004 –ANSS.

**17 DOS CASOS DE DESCRENCIAMENTO**

17.1 Da Prefeitura, sem prévio aviso, quando:

17.1.1 a pessoa jurídica deixar de cumprir qualquer das cláusulas e condições do contrato;

17.1.2 a pessoa jurídica descumprir qualquer das obrigações estabelecidas no item 14 deste edital, segundo o caso;

17.1.3 a pessoa jurídica praticar atos fraudulentos no intuito de auferir para si ou para outrem vantagem ilícita;

17.1.4 ficar evidenciada a incapacidade da pessoa jurídica credenciada de cumprir as obrigações assumidas devidamente caracterizadas em relatório circunstanciado de inspeção;

17.1.5 por razões de interesse público de alta relevância, mediante despacho motivado e justificado da Prefeitura Municipal;

17.1.6 Em razão de caso fortuito ou força maior;

17.1.7 No caso da decretação de falência ou concordata da empresa credenciada; sua dissolução ou falecimento de todos os seus sócios;

17.1.8 E naquilo que couber nas outras hipóteses do art. 78 da Lei 8.666/93.

17.2 Pela pessoa jurídica:

17.2.1 Mediante solicitação escrita e devidamente justificada à Prefeitura, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

**18 DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

18.1 A qualquer momento pessoas físicas/jurídicas interessadas na execução dos serviços poderão formalizar pedidos de descredenciamentos.

18.2 Os contratos formalizados através deste edital de chamamento público terão vigência de 12(doze) meses, a partir da sua publicação.

18.3 O descumprimento das condições do presente chamamento ou da contratação será formalizada, a execução irregular ou insatisfatória dos serviços, a não manutenção da regularidade fiscal durante a vigência do credenciamento, será motivo para o descredenciamento e consequente aplicação de rescisão contratual;

18.4 O Foro da Comarca de Palmeira - PR é o competente para dirimir as dúvidas e os casos omissos;

18.5 São partes integrantes deste edital:

18.5.1 ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA;





**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

---

18.5.2 ANEXO II – MODELO DE PROPOSTA DE ADESÃO;  
18.5.3 ANEXO III – MODELOS DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE  
18.5.4 ANEXO IV- MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATOS IMPEDITIVOS  
18.5.5 ANEXO V- MODELO DE DECLARAÇÃO DE QUE CUMPRE O DISPOSTO NO INCISO VI, DO ARTIGO 27, DA LEI Nº 8.666/93  
18.5.6 ANEXO VI- MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO  
18.5.7 ANEXO VII- DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS  
ANEXO VIII: TERMO DE CIÊNCIA E COMPROMISSO EXAMES EMERGENCIAIS  
ANEXO IX: MINUTA DO CONTRATO DE FORNECIMENTO

Porto Amazonas, 23 de novembro de 2022.

**Larissa Aparecida Costa**  
**Presidente da Comissão Permanente de Licitação**

**Suzana Antunes Cezar**  
**Vice-Presidente da Comissão Permanente de Licitação**

**Thaise Krause**  
**Membro da Comissão Permanente de Licitação**



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

---

**ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA**

**1. DO OBJETO**

1.1. Credenciamento de pessoa Jurídica para prestação de serviços de diagnósticos laboratoriais de análises clínicas, toxicológicas e anatomopatológicas, atendendo as necessidades do Departamento Municipal de Saúde pelo período de 12 (doze) meses.

**2. JUSTIFICATIVA**

2.1. Considerando o que dispõe a Constituição Federal de 1988, em especial o seu artigo 196, a saúde é direito de todos e dever do Estado, Garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação;

2.2. Considerando a lei 8.080, de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, entende-se como obrigação do Município o fornecimento de exames laboratoriais preconizado na tabela SUS que sejam da Atenção Primária.

2.3. Considerando que a Secretaria de Saúde não possui capacidade instalada para realizar os exames especializados de Análises Clínicas advindos do Município;

2.4. Considerando o Sistema Único de Saúde (SUS) é o conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações pelo Poder Público.

2.5. Considerando que em todo país, o SUS deve ter a mesma doutrina e a mesma forma de organização, sendo que é definido como único na Constituição, é princípios são: universalidades, equidade e integralidade.

2.6. Considerando que desta forma o Departamento de Saúde compreende deve atender a população seguindo sempre os princípios preconizados pelo SUS, buscando assim, oferecer um diagnóstico preciso aos munícipes atendidos nas Unidades de Estratégias Saúde da Família, Pronto Atendimento Municipal Menino Jesus de Porto Amazonas.

2.7. Considerando que a contratação de serviços de laboratórios clínicos atende a necessidade anual do Departamento de Saúde, uma vez que precisamos dar suporte à equipe médica, mantendo assim os atendimentos e solucionando os problemas de saúde se internados no Pronto Atendimento Menino Jesus de Porto Amazonas, em tratamento clínico ou cirúrgico, sempre com eficácia, rapidez e qualidade.

2.8. Considerando que zelamos pelo tratamento preventivo, o que evita gastos maiores com sistema de saúde, portanto, necessidades contratar laboratório clínico para realizar exames de rotina e os emergências, os quais são indispensáveis para determinar qual é a terapêutica correta a ser utilizada em cada situação.

2.9. Considerando que a regra geral para Administração Pública contratar serviços, realizar compras, obras e alimentação é a de que tais contratos sejam precedidos de procedimento licitatório, a teor do que dispõe o art. 37 XXI da Constituição Federal.

2.10. Considerando que o procedimento licitatório visa garantir não apenas a seleção da proposta mais vantajosa para a Administração, mais sim, visa assegurar o princípio



## ESTADO DO PARANÁ

### MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS

---

constitucional da isonomia entre os potenciais prestadores do serviço ou fornecedores do objeto pretendido pelo Poder Público.

2.11. Considerando que a própria Constituição Federal, em seu art. 37, XXI, ao fazer a exigência da licitação, ressalva “os casos especificados na legislação”. No art. 25 da Lei de Licitação estabelece que é inexigível a licitação quando houver inviabilidade de competição.

2.12. Considerando que o referido comando legal dispõe que “inexigível a licitação quando houver inviabilidade de competição”, trazendo um rol exemplificativo de situações.

2.13. Considerando que a ideia de “inviabilidade de competição” não poder ser configurada apenas quando o objeto ou o serviço pretendido só pudesse ser fornecido ou prestado por pessoa única, ou seja, quando apenas um determinado fornecedor, tido como exclusivo, pudesse satisfazer os interesses da Administração.

2.14. Considerando que a interpretação da expressão “inviabilidade de competição” aqui, está presente não porque existe apenas um fornecedor, mas sim, porque existem vários prestadores do serviço e de todos contratados, atendendo assim o interesse público.

2.15. Considerando nesta esteira vejamos os ensinamentos de Jorge Ulisses Jacoby (Coleção de Direito Público. 2008. Pg 538): “Se a Administração convoca todos os profissionais de determinado setor, dispondo-se a contratar os que tiverem interesse e que satisfaçam os requisitos estabelecidos, ela própria fixando o valor que e dispõe a pagar, os possíveis licitantes não competirão, no estrito sentido da palavra, inviabilizando, uma vez que a todos foi assegurada à contratação.”

2.16. Considerando ainda os protocolos de atendimentos das linhas guias que rege a Atenção Primária e os usuários que são atendidos no Pronto Atendimento Municipal Menino Jesus em situações de emergências. Para a concretização dos dados foi realizado estudo técnico para o quantitativo de pessoas que se enquadram nas linhas guias com protocolos clínicos de atendimento, sendo que para essa estratificação são necessárias uma gama específica de exames que listamos nas tabelas do anexo I em anexo: a) Da linha guia Mãe Paranaense da SESA- PR, evidenciamos o quantitativo de gestantes estimadas para o ano com a média desde outubro de 2021 até setembro de 2022, com um total de 43 gestantes. Em anexo a tabela nº03 consta os exames necessários para este acompanhamento. b) Para a Saúde Mental de Porto Amazonas, através da estimativa de pacientes que fazem uso de medicamentos controlados e necessitam de acompanhamento especializado com o profissional da área, foi estimado no município o quantitativo de 518 pacientes. Usamos a resolução SESA-PR nº537/2018, com seu anexo instituindo a relação de exames laboratoriais necessários para a estratificação destes pacientes, os quais ficam informados na tabela nº 04 em anexo. c) Na Linha Guia da Saúde do Idoso SESA – PR, onde constam na mesma resolução citada acima, a relação dos exames laboratoriais necessários para estratificação e cuidados dos mesmos, sendo nossos idosos no município quantificados em 900 idosos. d) Com relação aos demais acolhimentos deveremos atender 1002 pessoas hipertensas e 354 pessoas diabéticas, tendo os protocolos de atendimentos necessários a estes grupos de pessoas, bem como: crianças, pacientes sintomáticos sem doença crônica em atendimentos na UBS, foi padronizado os seguintes exames (rotina de urina, parasitológico de fezes e



## ESTADO DO PARANÁ

### MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS

---

hemograma completo) quando necessários; pacientes que utilizam o Pronto Atendimento Municipal Menino Jesus, faram uso de exames em situações emergenciais. e) Nosso quantitativo de crianças até um ano de idade é de 57. f) Reiteramos que nesta tomada de decisão nos respaldamos em resoluções da SESA-PR, pontuadas em reuniões da CIB- PR, e pactuadas entre todos os municípios da 3ª Regional de Saúde. Em todos os momentos são definidos que o município tem obrigatoriedade para atender a atenção primária, e estes casos indicados são todos de prioridade da atenção primária. A não realização das ações elencadas pela atenção primária, através de exames laboratoriais causará danos na qualidade de atendimento prestados aos munícipes de Porto Amazonas. g) Considerando os Indicadores para 2023 pactuados para desenvolver as ações e estratégias para melhoria destes indicadores, que refletem a organização, a qualidade e a resolutividade dos serviços locais de saúde, em especial a Atenção Primária. h) Em virtude da Pandemia COVID-19, visando ampliar a capacidade de diagnóstico, pois o teste é um instrumento vital para se estabelecer estratégias mais eficientes para a debelação da pandemia e identificar precocemente a ocorrência de casos da COVID-19, bem como as doenças identificadas pós COVID-19. i) É provável que com a base nos números levantados serão executados para cada paciente 1 (uma) ou 02 (duas) series de exames conforme linhas guias do Estado do Paraná, de acordo com critério médico. j) De acordo com dados levantados no Departamento através dos resultados das Audiências Públicas, foram disponibilizados desde outubro de 2021 até setembro de 2022 o quantitativo de 17.614 (dezesete mil de seiscentos e quatorze) exames laboratoriais conforme critério médico. k) Como dados estudados, evidenciamos uma mudança significativa onde a estimativa de população realizada pelo IBGE para 2021 em Porto Amazonas foi de 4899 (quatro mil e oitocentos e noventa e nove) habitantes e nos quantitativos dos cadastros realizados pelas agentes comunitárias de saúde do 1º quadrimestre de 2022 temos 5067 (cinco mil e sessenta e sete) cadastros. Todos os munícipes moradores tem seu cadastro realizado no município, pois estamos neste monitoramento e cadastramento desde o ano de 2020 com a chegada do Programa Previne Brasil, que exige que todos os moradores tenham este cadastro. l) Evidenciados em nossos estudos preliminares onde detectamos a necessidade de incluir em nossos atendimentos as biopsias de várias partes do corpo devido ao fato de que por meio da biópsia, é possível estimar o tamanho do tumor, o que serve como indicativo do estágio da doença, para determinar as dimensões com maior precisão e, assim, confirmar a existência de patologia tumoral. Por meio da biópsia, é possível saber qual é o tipo de câncer, onde o tumor se originou, de que forma ele se desenvolveu e se houve ou não metástase, sendo útil não só no diagnóstico de câncer, como também na verificação de outros problemas de saúde, como doenças inflamatórias e infecciosas. Para isso criamos uma tabela especifica com um lote em separado aos demais, sendo que este lote especifico para as biopsias não terão a necessidade do laboratório apresentar um posto de coleta, pois as amostras deverão ser coletadas em serviços hospitalares com uso de anestésicos e portanto realizado em ambiente hospitalar. Solicitamos como regra da empresa que irá fornecer estes resultados das biopsias que fiquem num raio de 100 km de distância do município, com exclusividade para a região onde este Departamento Municipal de Saúde tem seus itinerários de saúde, como por exemplo



## ESTADO DO PARANÁ MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS

---

Curitiba e Ponta Grossa, visando a economicidade para nosso município. Também neste quesito a empresa ganhadora do certame para este lote não poderá cobrar a taxa de coleta para estas biopsias. m) Finalizando nossa justificativa sobre os vários tipos de exames neste certame, evidenciamos ser necessário manter devido a Pandemia COVID-19 exames para detecção de SARS-COVID-2, exclusivos para os profissionais da municipalidade, devido ao tempo curto do diagnóstico final em detrimento com o tempo de diagnóstico dos exames elencados pelo LACEN – PR. Isso proporciona ao município uma vantagem técnica corroborando para a economicidade devido ao fato de que ao ser realizado este exame nosso profissional em primeiro lugar terá um tratamento mais precoce em caso de diagnóstico positivo e em segundo momento caso o resultado seja negativo este profissional voltará as suas funções normais em menos tempo. Nosso estudo também evidenciou a necessidade de ter os exames D DIMERO e COOMBS, sendo o primeiro utilizado para paciente com Covid-19 graves, que chegam em nosso Pronto Atendimento tardiamente, que podem em seus resultados evidenciar uma tromboembolia venosa, estando associada à maior gravidade e mortalidade nesses pacientes. E em segundo momento temos o COOMBS que será utilizado nas gestantes para detectar possíveis incompatibilidades do organismo contra determinado fator RH através dos anticorpos anti-D presentes na corrente sanguínea da mãe. Vimos também a importância da DOSAGEM DE E.T.F GLOMERULAR A TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR, medida laboratorial que permite que o clínico geral e o nefrologista avaliem o funcionamento dos rins da pessoa, sendo essa medida importante para o diagnóstico e verificação do estágio da doença renal crônica (drc). Estes exames estarão em lote separado onde será necessário que a empresa tenha um posto de coleta no município, como nos demais exames Tabela-SUS.

2.17. Considerando os números divulgados e o progresso inserido através de empresas que estão sendo estruturadas no município, já acarretou ao município um aumento de pessoas residentes em nosso município evidenciado nos cadastros efetivados pelas equipes de saúde.

2.18. Considerando que além destas ações ressaltamos a extrema importância desses exames dentro do Pronto Atendimento Municipal, para salvarmos vidas através de um diagnóstico preciso.

2.19. Considerando que nos baseamos nesse exposto, pois o município pretende convocar todos os prestadores interessados que preencham os requisitos exigidos, e por um preço previamente definido, com base na tabela SUS, por credenciamento, pois, de igual forma, não haverá competição entre os interessados, mas sendo contratado desta forma atenderá melhor ao interesse público.

2.20. Considerando que o município ainda continuará com as estratificações e pactuações com o estado do Paraná, e pensando no cumprimento de meta pactuada pelo município com o Ministério da Saúde para cumprimento dos Indicadores do Previne Brasil, prevendo necessária esta continuidade no quantitativo de exames a serem contratados.

2.21. Considerando que o Contrato realizado no ano de 2021 se findará em 30/11/2022, e o Departamento Municipal de Saúde precisa de continuidade deste serviço a partir desta data.





**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

2.22. Considerando que havíamos realizado essa solicitação sem estimativa de valores diferenciando os serviços que serão prestados, vimos agora a necessidade de estimar um valor para cada lote. Mas justificamos que o valor é estimado, sendo que este Departamento não pode mensurar quais serão as emergências que teremos que atender no decorrer do próximo ano. Se poderemos ou não, se mais gestantes serão atendidas, se mais munícipes serão classificados como diabéticos ou hipertensos. Nossa missão é e sempre será a prevenção, mas não podemos deixar nossos pacientes sem a qualidade de atendimento quando estes necessitarem.

**3. DAS CARACTERÍSTICAS DO OBJETO;**

3.1. Descrição da Prestação dos serviços: Prestação de serviços de diagnósticos laboratoriais de análises clínica, toxicológicos em posto de coleta no município e coletas emergenciais no Pronto Atendimento Menino Jesus, realizada por bioquímico responsável; e exames anatomopatológicos que serão entregues em recipiente adequado no empresa que presta este serviço e que deverá estar a um raio de 100 km do município.

**3.2. Lote 01 - Relação de exames Tabela SUS:**

<b>CÓDIGO SIGTAP</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>
02.02.01.002-3	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO
02.02.01.003-1	DETERMINACAO DE CROMATOGRRAFIA DE AMINOACIDOS
02.02.01.004-0	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)
02.02.01.005-8	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA ( 5 DOSAGENS)
02.02.01.006-6	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)
02.02.01.007-4	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)
02.02.01.008-2	DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE
02.02.01.009-0	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE
02.02.01.010-4	DOSAGEM DE ACETONA
02.02.01.011-2	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO
02.02.01.012-0	DOSAGEM DE ACIDO URICO
02.02.01.014-7	DOSAGEM DE ALDOLASE
02.02.01.018-0	DOSAGEM DE AMILASE
02.02.01.020-1	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES
02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CALCIO
02.02.01.027-9	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL
02.02.01.028-7	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL
02.02.01.029-5	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL
02.02.01.030-9	DOSAGEM DE COLINESTERASE
02.02.01.031-7	DOSAGEM DE CREATININA
02.02.01.032-5	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)
02.02.01.033-3	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB
02.02.01.034-1	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA
02.02.01.035-0	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA
02.02.01.036-8	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA
02.02.01.037-6	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)
02.02.01.038-4	DOSAGEM DE FERRITINA
02.02.01.039-2	DOSAGEM DE FERRO SERICO



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

02.02.01.041-4	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL
02.02.01.042-2	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA
02.02.01.043-0	DOSAGEM DE FOSFORO
02.02.01.044-9	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA
02.02.01.046-5	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)
02.02.01.047-3	DOSAGEM DE GLICOSE
02.02.01.048-1	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE
02.02.01.050-3	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA
02.02.01.051-1	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA
02.02.01.053-8	DOSAGEM DE LACTATO
02.02.01.056-2	DOSAGEM DE MAGNESIO
02.02.01.060-0	DOSAGEM DE POTASSIO
02.02.01.061-9	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS
02.02.01.062-7	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES
02.02.01.063-5	DOSAGEM DE SODIO
02.02.01.064-3	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)
02.02.01.065-1	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)
02.02.01.066-0	DOSAGEM DE TRANSFERRINA
02.02.01.067-8	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS
02.02.01.069-4	DOSAGEM DE UREIA
02.02.01.070-8	DOSAGEM DE VITAMINA B12 e outras vitaminas
02.02.01.071-6	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS
02.02.01.072-4	ELETROFORESE DE PROTEINAS
02.02.01.074-0	PROVA DA D-XILOSE
02.02.01.075-9	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTE ORAIS
02.02.01.076-7	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D
02.02.02.002-9	CONTAGEM DE PLAQUETAS
02.02.02.012-6	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA
02.02.02.013-4	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)
02.02.02.014-2	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)
02.02.02.015-0	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTACAO (VHS)
02.02.02.016-9	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE
02.02.02.017-7	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III
02.02.02.030-4	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA
02.02.02.031-2	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC
02.02.02.032-0	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL
02.02.02.033-9	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA
02.02.02.034-7	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO
02.02.02.035-5	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA
02.02.02.036-3	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)
02.02.02.037-1	HEMATOCRITO
02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO
02.02.02.039-8	LEUCOGRAMA
02.02.02.044-4	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S
02.02.02.046-0	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA
02.02.02.048-7	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA
02.02.02.049-5	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO
02.02.02.050-9	PROVA DO LACO
02.02.02.051-7	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS
02.02.02.054-1	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)
02.02.03.001-6	CONTAGEM DE LINFOCITOS B
02.02.03.002-4	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

02.02.03.003-2	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS
02.02.03.004-0	DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)
02.02.03.005-9	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)
02.02.03.007-5	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE
02.02.03.008-3	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA
02.02.03.010-5	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)
02.02.03.011-3	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA
02.02.03.012-1	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3
02.02.03.013-0	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4
02.02.03.014-8	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA
02.02.03.015-6	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)
02.02.03.016-4	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)
02.02.03.018-0	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)
02.02.03.020-2	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA
02.02.03.021-0	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C
02.02.03.022-9	IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS (inclusive Troponina)
02.02.03.027-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA
02.02.03.029-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)
02.02.03.030-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)
02.02.03.032-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)
02.02.03.033-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS
02.02.03.034-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM
02.02.03.035-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)
02.02.03.036-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)
02.02.03.037-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS
02.02.03.038-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS
02.02.03.039-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS
02.02.03.040-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS
02.02.03.041-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO
02.02.03.042-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)
02.02.03.063-6	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)
02.02.03.064-4	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)
02.02.03.067-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)
02.02.03.068-7	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)
02.02.03.069-5	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO
02.02.03.070-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIODES BRASILIENSIS
02.02.03.071-7	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO
02.02.03.072-5	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA
02.02.03.073-3	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR
02.02.03.074-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS
02.02.03.075-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS
02.02.03.076-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA
02.02.03.077-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI
02.02.03.078-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)
02.02.03.079-2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)
02.02.03.080-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)
02.02.03.081-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

02.02.03.082-2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER
02.02.03.083-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR
02.02.03.084-9	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLIS
02.02.03.085-7	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS
02.02.03.086-5	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS
02.02.03.087-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA
02.02.03.088-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI
02.02.03.089-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)
02.02.03.090-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)
02.02.03.091-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)
02.02.03.092-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA
02.02.03.093-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER
02.02.03.094-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR
02.02.03.095-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLIS
02.02.03.096-2	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)
02.02.03.097-0	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)
02.02.03.098-9	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)
02.02.03.099-7	PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)
02.02.03.100-4	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS
02.02.03.101-2	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)
02.02.03.102-0	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA
02.02.03.103-9	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA
02.02.03.104-7	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)
02.02.03.105-5	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)
02.02.03.106-3	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS
02.02.03.107-1	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1
02.02.03.108-0	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C
02.02.03.109-8	REACAO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS
02.02.03.110-1	REACAO DE MONTENEGRO ID
02.02.03.111-0	TESTE DE VDRL P/ DETECÇÃO DE SIFILIS
02.02.03.112-8	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS
02.02.03.113-6	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS
02.02.03.114-4	TESTES ALERGICOS DE CONTATO (ATÉ 15 SUBSTÂNCIAS)
02.02.03.115-2	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA
02.02.03.116-0	TESTES RAPIDOS P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS
02.02.03.117-9	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE
02.02.03.118-7	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA
02.02.03.119-5	DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO
02.02.04.001-1	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL
02.02.04.005-4	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)
02.02.04.008-9	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES
02.02.04.009-7	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES
02.02.04.010-0	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES
02.02.04.012-7	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS
02.02.04.013-5	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES
02.02.04.014-3	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES
02.02.05.001-7	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA
02.02.05.002-5	CLEARANCE DE CREATININA



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

02.02.05.003-3	CLEARANCE DE FOSFATO
02.02.05.004-1	CLEARANCE DE UREIA
02.02.05.005-0	CONTAGEM DE ADDIS
02.02.05.006-8	DETERMINAÇÃO DE OSMOLALIDADE
02.02.05.008-4	DOSAGEM DE CITRATO
02.02.05.009-2	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA
02.02.05.010-6	DOSAGEM DE OXALATO
02.02.05.011-4	DOSAGEM DE PROTEÍNAS (URINA DE 24 HORAS)
02.02.05.012-2	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ÁCIDOS ORGÂNICOS
02.02.05.022-0	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA
02.02.05.023-8	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA
02.02.05.024-6	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA
02.02.05.026-2	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA
02.02.05.027-0	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA
02.02.05.028-9	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARÍDEOS NA URINA
02.02.05.029-7	PESQUISA DE PORFIBILINOGENIO NA URINA
02.02.05.030-0	PESQUISA DE PROTEÍNAS URINÁRIAS (POR ELETROFORESE)
02.02.05.031-9	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA
02.02.05.032-7	PROVA DE DILUIÇÃO (URINA)
02.02.06.001-2	DETERMINAÇÃO DE ÍNDICE DE TIROXINA LIVRE
02.02.06.002-0	DETERMINAÇÃO DE RETENÇÃO DE T3
02.02.06.003-9	DETERMINAÇÃO DE T3 REVERSO
02.02.06.004-7	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA
02.02.06.005-5	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROÍDES TOTAIS
02.02.06.006-3	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROÍDES
02.02.06.007-1	DOSAGEM DE ÁCIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACÉTICO (SEROTONINA)
02.02.06.008-0	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTRÓFICO (ACTH)
02.02.06.009-8	DOSAGEM DE ALDOSTERONA
02.02.06.010-1	DOSAGEM DE AMP CÍCLICO
02.02.06.011-0	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA
02.02.06.012-8	DOSAGEM DE CALCITONINA
02.02.06.013-6	DOSAGEM DE CORTISOL
02.02.06.014-4	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)
02.02.06.015-2	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)
02.02.06.016-0	DOSAGEM DE ESTRADIOL
02.02.06.017-9	DOSAGEM DE ESTRIOL
02.02.06.018-7	DOSAGEM DE ESTRONA
02.02.06.019-5	DOSAGEM DE GASTRINA
02.02.06.020-9	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA
02.02.06.021-7	DOSAGEM DE GONADOTRÓFICA CORIÔNICA HUMANA (HCG, BETA HCG)
02.02.06.022-5	DOSAGEM DE HORMÔNIO DE CRESCIMENTO (HGH)
02.02.06.023-3	DOSAGEM DE HORMÔNIO FOLÍCULO-ESTIMULANTE (FSH)
02.02.06.024-1	DOSAGEM DE HORMÔNIO LUTEINIZANTE (LH)
02.02.06.025-0	DOSAGEM DE HORMÔNIO TIREOESTIMULANTE (TSH)
02.02.06.026-8	DOSAGEM DE INSULINA
02.02.06.027-6	DOSAGEM DE PARATORMÔNIO
02.02.06.028-4	DOSAGEM DE PEPTÍDEO C
02.02.06.029-2	DOSAGEM DE PROGESTERONA
02.02.06.030-6	DOSAGEM DE PROLACTINA
02.02.06.031-4	DOSAGEM DE RENINA
02.02.06.032-2	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)
02.02.06.033-0	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)
02.02.06.034-9	DOSAGEM DE TESTOSTERONA





**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

02.02.06.035-7	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE
02.02.06.036-5	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA
02.02.06.037-3	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)
02.02.06.038-1	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)
02.02.06.039-0	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)
02.02.06.040-3	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH
02.02.06.041-1	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA
02.02.06.042-0	TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APOS GONADORRELINA
02.02.06.043-8	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON
02.02.06.044-6	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA
02.02.06.045-4	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE
02.02.06.046-2	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS
02.02.06.047-0	PESQUISA DE MACROPROLACTINA
02.02.07.001-8	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO
02.02.07.002-6	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO
02.02.07.003-4	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO
02.02.07.004-2	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO
02.02.07.005-0	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO
02.02.07.006-9	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE
02.02.07.007-7	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO
02.02.07.009-3	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS
02.02.07.010-7	DOSAGEM DE ANFETAMINAS
02.02.07.011-5	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS
02.02.07.012-3	DOSAGEM DE BARBITURATOS
02.02.07.013-1	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS
02.02.07.014-0	DOSAGEM DE CADMIO
02.02.07.015-8	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA
02.02.07.016-6	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA
02.02.07.017-4	DOSAGEM DE CHUMBO
02.02.07.018-2	DOSAGEM DE CICLOSPORINA
02.02.07.019-0	DOSAGEM DE COBRE
02.02.07.020-4	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)
02.02.07.021-2	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA
02.02.07.022-0	DOSAGEM DE FENITOINA
02.02.07.023-9	DOSAGEM DE FENOL
02.02.07.024-7	DOSAGEM DE FORMALDEIDO
02.02.07.025-5	DOSAGEM DE LITIO
02.02.07.026-3	DOSAGEM DE MERCURIO
02.02.07.027-1	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA
02.02.07.028-0	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA
02.02.07.029-8	DOSAGEM DE METOTREXATO
02.02.07.030-1	DOSAGEM DE QUINIDINA
02.02.07.031-0	DOSAGEM DE SALICILATOS
02.02.07.032-8	DOSAGEM DE SULFATOS
02.02.07.033-6	DOSAGEM DE TEOFILINA
02.02.07.034-4	DOSAGEM DE TIOCIANATO
02.02.07.035-2	DOSAGEM DE ZINCO
02.02.08.001-3	ANTIBIOGRAMA
02.02.08.002-1	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA
02.02.08.003-0	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS
02.02.08.004-8	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)
02.02.08.005-6	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)
02.02.08.006-4	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

02.02.08.007-2	BACTEROSCOPIA (GRAM)
02.02.08.008-0	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO sem identificação e autoclave
02.02.08.009-9	CULTURA DO LEITE MATERNO (POS-PASTEURIZACAO)
02.02.08.010-2	CULTURA P/ HERPESVIRUS
02.02.08.007-2	URUCULTURA
02.02.08.011-0	CULTURA PARA BAAR
02.02.08.012-9	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS
02.02.08.013-7	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS
02.02.08.014-5	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)
02.02.08.015-3	HEMOCULTURA
02.02.08.016-1	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS
02.02.08.017-0	PESQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI
02.02.08.018-8	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO
02.02.08.019-6	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A
02.02.08.020-0	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY
02.02.08.021-8	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI
02.02.08.022-6	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS
02.02.08.023-4	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM
02.02.09.001-9	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES
02.02.09.002-7	ADENOGRAMA
02.02.09.003-5	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA
02.02.09.004-3	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS
02.02.09.005-1	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR
02.02.09.006-0	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR
02.02.09.007-8	DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO
02.02.09.008-6	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO
02.02.09.009-4	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA
02.02.09.010-8	DOSAGEM DE FRUTOSE
02.02.09.011-6	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA
02.02.09.012-4	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES
02.02.09.013-2	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES
02.02.09.015-9	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR
02.02.09.016-7	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO
02.02.09.017-5	ESPLENOGRAMA
02.02.09.018-3	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS
02.02.09.019-1	MIELOGRAMA
02.02.09.021-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES ( ELISA )
02.02.09.022-1	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA
02.02.09.029-9	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)
02.02.09.030-2	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE
02.02.11.008-7	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)
02.02.12.001-5	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS
02.02.12.002-3	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO
02.02.12.003-1	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR
02.02.12.008-2	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)
02.02.12.009-0	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)

**3.3. Lote 02 – Exames Anatomopatológicos não constantes da TABELA SUS:**

ITEM	NOME DO EXAME
------	---------------



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

01	BIOPSIA DO MATERIAL COLETADO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE – ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO
02	BIOPSIA DOS FRAGMENTOS DE TECIDOS COLETADOS NA HIPOFARINGE, OROFARINGE E NASOFARINGE, PARA EXAME HISTOPATOLOGICO - ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO
03	BIOPSIA DOS FRAGMENTOS COLETADOS DO ENDOMETRIO PARA EXAME HISTOPATOLOGICO - ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO
04	BIOPSIA DOS FRAGMENTOS DE TECIDO DE GLANDULA SALIVAR PARA EXAME HISTOPATOLOGICO. ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO
05	BIOPSIA DOS FRAGMENTOS DE TECIDOS RETIRADOS NA HIPOFARINGE, OROFARINGE E NASOFARINGE, PARA EXAME HISTOPATOLOGICO - ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO
06	BIOPSIA DA AMOSTRA DE TECIDO PARA EXAME HISTOLÓGICO RETIRADA DE LESÕES SUSPEITAS DE PELE OU DE PARTES MOLES. - ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO
07	BIOPSIA DA FRAGMENTOS DE TECIDOS DA VAGINA COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA OU TERAPÊUTICA, PARA EXAME HISTOPATOLÓGICO. - ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO
08	BIOPSIA DE FRAGMENTOS DE LESÃO SUSPEITA. NESTE CASO, DE LESÕES SUSPEITAS DE TECIDOS MOLES DA BOCA - ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO
09	BIOPSIA DE FRAGMENTO(S) DE ÁREA ALTERADA DO COLO DO ÚTERO - ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO

**3.4. Lote 03 – Exames não constantes da TABELA SUS:**

ITEM	NOME DO EXAME
01	DOSAGEM DE E.T.F GLOMERULAR A TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR, MEDIDA LABORATORIAL QUE PERMITE QUE O CLÍNICO GERAL E O NEFROLOGISTA AVALIEM O FUNCIONAMENTO DOS RINS DA PESSOA, SENDO ESSA MEDIDA IMPORTANTE PARA O DIAGNÓSTICO E VERIFICAÇÃO DO ESTÁGIO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC).
02	COOMBS AVALIA A PRESENÇA DE ANTICORPOS ESPECÍFICOS QUE ATACAM AS CÉLULAS VERMELHAS DO SANGUE, PROVOCANDO A SUA DESTRUIÇÃO E PODENDO LEVAR AO SURGIMENTO DE UM TIPO DE ANEMIA CONHECIDA COMO HEMOLÍTICA.
03	D DIMERO
04	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE SARS-COVID-2
05	PESQUISA DE SARS COV-2 POR RT-PCR
06	SOROLOGIA ANTICORPOS IGM E IgG OU IgA E IgG NO SANGUE PARA COVID -19

**3.5. Lote 04 – Taxa de coleta para exames laboratoriais:**

ITEM	TAXA DE COLETA
01	Taxa de coleta realizada para cada paciente, indiferente da quantidade de exames coletados no momento da coleta

**3.6 . DAS CONDIÇÕES DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS:**

3.6.1 Os prestadores de serviços deverão ter, no mínimo, um posto de coleta no centro do município de Porto Amazonas, em observância aos princípios da economicidade e da racionalidade, a fim de evitar deslocamentos e gastos desnecessários para o município e também evitar transtornos ao usuário do SUS. Se o credenciado não estiver com posto de coleta na cidade deverá dentro de um prazo máximo de 30 dias



## ESTADO DO PARANÁ

### MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS

---

providenciar a instalação conforme normas vigentes para este tipo de estabelecimento. Sendo necessário desde que homologado o resultado da licitação e assinatura do contrato de prestação de serviços.

3.6.2 Os serviços deverão ser totalmente prestados pela empresa credenciada não possuindo o município responsabilidade pelo transporte de coletas e pela retirada dos laudos e/ou resultados dos exames realizados.

3.6.3 O contratado deverá prestar os serviços de plantões conforme cronograma que será estabelecido pelo Departamento de Saúde, estando no local para coleta de exames em uma hora após o chamado do Pronto Atendimento Municipal Menino Jesus, a qualquer horário do dia ou da noite, conforme escala, não tendo quantidade pré-determinada diariamente, devendo a empresa manter os funcionários a disposição das unidades por 24 horas. E sendo entregue os exame em duas horas nestas situações por se tratarem de exames emergenciais.

3.6.4 Para a realização dos exames referidos neste credenciamento o município emitirá autorização expressa, através de guias emitidas pelo setor de agendamentos que será apresentada pelo paciente quando da realização, do atendimento, sendo que o agendamento deste é de responsabilidade do paciente.

3.6.5 Em caso de haver mais de uma empresa credenciada para a realização do mesmo procedimento, é facultado ao paciente a escolha do prestador de serviço, salvo se esgotado a cota mensal daquele estabelecimento.

3.6.6 Em caso de haver mais de uma empresa credenciada, o Departamento Municipal de Saúde, fixará conta mensal de exames igualitária entres os credenciados devendo a credenciada cumprir tal obrigação, sob pena de não ser realizado o pagamento dos exames realizados a mais da cota.

3.6.7 A realização de exames excedentes as cotas mensais dependerão da autorização do Município.

3.6.8 O município reserva o direito de fiscalizar, de forma permanente, a prestação dos serviços pelos credenciados, podendo no proceder no descredenciamento, em caso de má prestação, apurada em processo administrativo específico, com garantia do contraditório e da ampla defesa;

3.6.9 A empresa credenciada deverá enviar mensalmente as Guias (requisições/autorizações) originais emitidas pelo Departamento de Saúde, devidamente assinadas e sem rasuras, juntamente com o relatório gerencial ou documento fiscal devidamente assinado pelo beneficiário e acompanhado da nota fiscal eletrônica para o Departamento de Saúde, o qual realizará a conferência e aprovação das mesmas. No relatório mensal deverá conter os valores unitários dos exames com base nos preços registrados em ata bem como os valores globais, e listagem com os nomes dos pacientes que foram realizadas as coletas para fins de conferencia do quantitativo de coletas realizados. Deverá ser discriminado na nota fiscal o quantitativo de coletas.

3.6.10 Exames que tiverem seu resultado descrito como indeterminado ou que necessitem de nova coleta para contraprova, serão realizados em outro laboratório a ser contratado pelo Município pagos pela empresa credenciada.

3.6.11 O credenciado a ser habilitar neste certame deverá adotar o sistemas oficial do Estado do Paraná e os exames relacionados as doenças de interesse em saúde pública e deverão ter suas requisições cadastradas, registradas e os resultados dos



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

exames liberados no Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL, oficial do Ministério da Saúde implantado no Paraná e que atende todos os municípios, conforme pactuação e ou outro similar.

**4. ESTIMATIVA DE PREÇOS ORÇADOS**

**4.1. Menor valor da taxa de coleta por paciente coletado**

LABORATÓRIO	LABORATÓRIO ORLANDO	LABORATÓRIO CORREIA MORAES	LABORATÓRIO SALUT	MENOR VALOR LABORATÓRIO CORREIA MORAES
VALOR	R\$ 20,00	R\$ 13,00	R\$ 19,00	R\$ 13,00

**4.2. Valores Orçados dos exames não constantes da Tabela SUS:**

ITEM	NOME DO EXAME	LABORATÓRIO ORLANDO	LABORATÓRIO CORREIA MORAES	LABORATÓRIO SALUT	EMPRESA MENOR VALOR CORREIA MORAES
01	BIOPSIA DO MATERIAL COLETADO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE – ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO	R\$ 89,20	R\$79,20	R\$88,20	R\$79,20
02	BIOPSIA DOS FRAGMENTOS DE TECIDOS COLETADOS NA HIPOFARINGE, OROFARINGE E NASOFARINGE, PARA EXAME HISTOPATOLOGICO - ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO	R\$89,20	R\$79,20	R\$88,20	R\$79,20
03	BIOPSIA DOS FRAGMENTOS COLETADOS DO ENDOMETRIO PARA EXAME HISTOPATOLOGICO - ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO	R\$89,20	R\$79,20	R\$88,20	R\$79,20
04	BIOPSIA DOS FRAGMENTOS DE TECIDO DE GLANDULA SALIVAR PARA EXAME HISTOPATOLOGICO. ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO	R\$89,20	R\$79,20	R\$88,20	R\$79,20
05	BIOPSIA DOS FRAGMENTOS DE TECIDOS RETIRADOS NA HIPOFARINGE, OROFARINGE E	R\$89,20	R\$79,20	R\$88,20	R\$79,20





**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

	NASOFARINGE, PARA EXAME HISTOPATOLOGICO - ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO				
06	BIOPSIA DA AMOSTRA DE TECIDO PARA EXAME HISTOLÓGICO RETIRADA DE LESÕES SUSPEITAS DE PELE OU DE PARTES MOLES. - ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO	R\$89,20	R\$79,20	R\$88,20	R\$79,20
07	BIOPSIA DA FRAGMENTOS DE TECIDOS DA VAGINA COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA OU TERAPÊUTICA, PARA EXAME HISTOPATOLÓGICO. - ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO	R\$89,20	R\$79,20	R\$88,20	R\$79,20
08	BIOPSIA DE FRAGMENTOS DE LESÃO SUSPEITA. NESTE CASO, DE LESÕES SUSPEITAS DE TECIDOS MOLES DA BOCA - ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO	R\$89,20	R\$79,20	R\$88,20	R\$79,20
09	BIOPSIA DE FRAGMENTO(S) DE ÁREA ALTERADA DO COLO DO ÚTERO - ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO	R\$89,20	R\$79,20	R\$88,20	R\$79,20
10	DOSAGEM DE E.T.F GLOMERULAR A TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR, MEDIDA LABORATORIAL QUE PERMITE QUE O CLÍNICO GERAL E O NEFROLOGISTA AVALIEM O FUNCIONAMENTO DOS RINS DA PESSOA, SENDO ESSA MEDIDA IMPORTANTE PARA O DIAGNÓSTICO E VERIFICAÇÃO DO ESTÁGIO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC).	R\$19,30	R\$14,30	R\$18,00	R\$14,30
11	COOMBS AVALIA A PRESENÇA DE ANTICORPOS ESPECÍFICOS QUE ATACAM AS CÉLULAS VERMELHAS DO SANGUE,	R\$20,70	R\$18,70	R\$21,70	R\$18,70



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

	PROVOCANDO A SUA DESTRUIÇÃO E PODENDO LEVAR AO SURGIMENTO DE UM TIPO DE ANEMIA CONHECIDA COMO HEMOLÍTICA.				
12	D DIMERO	R\$165,00	R\$150,00	R\$153,00	R\$150,00
13	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE SARS-COVID-2	R\$195,00	R\$180,00	R\$190,00	R\$180,00
14	PESQUISA DE SARS COV-2 POR RT-PCR	R\$240,00	R\$210,00	R\$230,00	R\$210,00
15	SOROLOGIA ANTICORPOS IGM E IgG OU IgA E IgG NO SANGUE PARA COVID -19	R\$175,00	R\$160,00	R\$180,00	R\$160,00

**4.3. Valores dos Exames da Tabela SUS**

<b>CÓDIGO SIGTAP</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>Tabela SUS</b>
02.02.01.002-3	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R\$ 2,01
02.02.01.003-1	DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS	R\$ 15,65
02.02.01.004-0	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 3,63
02.02.01.005-8	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (5 DOSAGENS)	R\$ 6,55
02.02.01.006-6	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	R\$ 3,68
02.02.01.007-4	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	R\$ 10,00
02.02.01.008-2	DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE	R\$ 3,51
02.02.01.009-0	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	R\$ 3,51
02.02.01.010-4	DOSAGEM DE ACETONA	R\$ 1,85
02.02.01.011-2	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R\$ 2,01
02.02.01.012-0	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$ 1,85
02.02.01.014-7	DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$ 3,68
02.02.01.018-0	DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 2,25
02.02.01.020-1	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 2,01
02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 1,85
02.02.01.027-9	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 3,51
02.02.01.028-7	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 3,51
02.02.01.029-5	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 1,85
02.02.01.030-9	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R\$ 3,68
02.02.01.031-7	DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 1,85
02.02.01.032-5	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 3,68
02.02.01.033-3	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$ 4,12
02.02.01.034-1	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	R\$ 3,51
02.02.01.035-0	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	R\$ 3,51
02.02.01.036-8	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R\$ 3,68
02.02.01.037-6	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	R\$ 3,68
02.02.01.038-4	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 5,59
02.02.01.039-2	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$ 3,51
02.02.01.041-4	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	R\$ 2,01
02.02.01.042-2	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,01
02.02.01.043-0	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 1,85
02.02.01.044-9	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	R\$ 2,01



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

02.02.01.046-5	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,51
02.02.01.047-3	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 1,85
02.02.01.048-1	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	R\$ 3,68
02.02.01.050-3	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 7,86
02.02.01.051-1	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	R\$ 3,68
02.02.01.053-8	DOSAGEM DE LACTATO	R\$ 3,68
02.02.01.056-2	DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 2,01
02.02.01.060-0	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 1,85
02.02.01.061-9	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$ 1,40
02.02.01.062-7	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 1,85
02.02.01.063-5	DOSAGEM DE SODIO	R\$ 1,85
02.02.01.064-3	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 2,01
02.02.01.065-1	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 2,01
02.02.01.066-0	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,12
02.02.01.067-8	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 3,51
02.02.01.069-4	DOSAGEM DE UREIA	R\$ 1,85
02.02.01.070-8	DOSAGEM DE VITAMINA B12 e outras vitaminas	R\$ 15,24
02.02.01.071-6	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$ 3,68
02.02.01.072-4	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 4,42
02.02.01.074-0	PROVA DA D-XILOSE	R\$ 3,68
02.02.01.075-9	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	R\$ 6,55
02.02.01.076-7	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 15,24
02.02.02.002-9	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 2,73
02.02.02.012-6	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA	R\$ 2,85
02.02.02.013-4	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 5,77
02.02.02.014-2	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 2,73
02.02.02.015-0	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS)	R\$ 2,73
02.02.02.016-9	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R\$ 4,11
02.02.02.017-7	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$ 6,48
02.02.02.030-4	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 1,53
02.02.02.031-2	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	R\$ 2,73
02.02.02.032-0	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	R\$ 2,73
02.02.02.033-9	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	R\$ 2,73
02.02.02.034-7	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	R\$ 4,11
02.02.02.035-5	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 5,41
02.02.02.036-3	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R\$ 2,73
02.02.02.037-1	HEMATOCRITO	R\$ 1,53
02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11
02.02.02.039-8	LEUCOGRAMA	R\$ 2,73
02.02.02.044-4	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R\$ 2,73
02.02.02.046-0	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	R\$ 2,73
02.02.02.048-7	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R\$ 4,11
02.02.02.049-5	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R\$ 2,73
02.02.02.050-9	PROVA DO LACO	R\$ 2,73
02.02.02.051-7	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	R\$ 2,73
02.02.02.054-1	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$ 2,73
02.02.03.001-6	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	R\$ 15,00
02.02.03.002-4	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	R\$ 15,00
02.02.03.003-2	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	R\$ 15,00
02.02.03.004-0	DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R\$ 65,00
02.02.03.005-9	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	R\$ 96,00



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

02.02.03.007-5	DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 2,83
02.02.03.008-3	DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA	R\$ 9,25
02.02.03.010-5	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 16,42
02.02.03.011-3	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$ 13,55
02.02.03.012-1	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 17,16
02.02.03.013-0	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$ 17,16
02.02.03.014-8	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	R\$ 2,83
02.02.03.015-6	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$ 17,16
02.02.03.016-4	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 9,25
02.02.03.018-0	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 17,16
02.02.03.020-2	DOSAGEM DE PROTEÍNA C REATIVA	R\$ 2,83
02.02.03.021-0	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 298,48
02.02.03.022-9	IMUNOELETROFORESE DE PROTEÍNAS (inclusive Troponina)	R\$ 17,16
02.02.03.027-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 8,67
02.02.03.029-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$ 85,00
02.02.03.030-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 10,00
02.02.03.032-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEÍNA (RNP)	R\$ 17,16
02.02.03.033-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R\$ 5,74
02.02.03.034-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$ 17,16
02.02.03.035-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$ 18,55
02.02.03.036-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$ 18,55
02.02.03.037-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	R\$ 9,25
02.02.03.038-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	R\$ 10,00
02.02.03.039-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	R\$ 9,25
02.02.03.040-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	R\$ 3,70
02.02.03.041-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	R\$ 5,83
02.02.03.042-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMÍDIA (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	R\$ 10,00
02.02.03.063-6	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 18,55
02.02.03.064-4	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$ 18,55
02.02.03.067-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 18,55
02.02.03.068-7	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	R\$ 18,55
02.02.03.069-5	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	R\$ 9,25
02.02.03.070-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCÍDIÓIDES BRASILIENSIS	R\$ 4,10
02.02.03.071-7	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO	R\$ 18,55
02.02.03.072-5	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMÍDIA	R\$ 17,16
02.02.03.073-3	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFÍLOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 2,83
02.02.03.074-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,00
02.02.03.075-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	R\$ 9,25
02.02.03.076-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 16,97
02.02.03.077-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25
02.02.03.078-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)	R\$ 18,55
02.02.03.079-2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$ 30,00



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

02.02.03.080-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55
02.02.03.081-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16
02.02.03.082-2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 17,16
02.02.03.083-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 17,16
02.02.03.084-9	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 17,16
02.02.03.085-7	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,61
02.02.03.086-5	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	R\$ 10,00
02.02.03.087-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,55
02.02.03.088-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25
02.02.03.089-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 18,55
02.02.03.090-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$ 20,00
02.02.03.091-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55
02.02.03.092-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16
02.02.03.093-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 17,16
02.02.03.094-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 17,16
02.02.03.095-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 17,16
02.02.03.096-2	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$ 13,35
02.02.03.097-0	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$ 18,55
02.02.03.098-9	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R\$ 18,55
02.02.03.099-7	PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)	R\$ 60,00
02.02.03.100-4	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	R\$ 2,83
02.02.03.101-2	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$ 4,10
02.02.03.102-0	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA	R\$ 10,00
02.02.03.103-9	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	R\$ 9,25
02.02.03.104-7	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R\$ 10,00
02.02.03.105-5	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	R\$ 1,77
02.02.03.106-3	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	R\$ 1,77
02.02.03.107-1	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	R\$ 18,00
02.02.03.108-0	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 168,48
02.02.03.109-8	REACAO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 4,10
02.02.03.110-1	REACAO DE MONTENEGRO ID	R\$ 2,83
02.02.03.111-0	TESTE DE VDRL P/ DETECCÃO DE SIFILIS	R\$ 2,83
02.02.03.112-8	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00
02.02.03.113-6	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00
02.02.03.114-4	TESTES ALERGICOS DE CONTATO (ATÉ 15 SUBSTÂNCIAS)	R\$ 1,77
02.02.03.115-2	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	R\$ 1,77
02.02.03.116-0	TESTES RAPIDOS P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00
02.02.03.117-9	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	R\$ 2,83
02.02.03.118-7	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE RECOMBINANTE HUMANO IGA	R\$ 18,55
02.02.03.119-5	DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO	R\$ 17,16





**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

02.02.04.001-1	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	R\$ 1,65
02.02.04.005-4	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	R\$ 1,65
02.02.04.008-9	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	R\$ 1,65
02.02.04.009-7	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R\$ 1,65
02.02.04.010-0	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	R\$ 1,65
02.02.04.012-7	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 1,65
02.02.04.013-5	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	R\$ 10,25
02.02.04.014-3	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 1,65
02.02.05.001-7	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$ 3,70
02.02.05.002-5	CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 3,51
02.02.05.003-3	CLEARANCE DE FOSFATO	R\$ 3,51
02.02.05.004-1	CLEARANCE DE UREIA	R\$ 3,51
02.02.05.005-0	CONTAGEM DE ADDIS	R\$ 2,04
02.02.05.006-8	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	R\$ 3,70
02.02.05.008-4	DOSAGEM DE CITRATO	R\$ 2,01
02.02.05.009-2	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8,12
02.02.05.010-6	DOSAGEM DE OXALATO	R\$ 3,68
02.02.05.011-4	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 2,04
02.02.05.012-2	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	R\$ 3,04
02.02.05.022-0	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	R\$ 2,04
02.02.05.023-8	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	R\$ 2,04
02.02.05.024-6	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	R\$ 3,36
02.02.05.026-2	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	R\$ 2,04
02.02.05.027-0	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	R\$ 2,04
02.02.05.028-9	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	R\$ 3,70
02.02.05.029-7	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	R\$ 2,04
02.02.05.030-0	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	R\$ 4,44
02.02.05.031-9	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	R\$ 2,04
02.02.05.032-7	PROVA DE DILUICAO (URINA)	R\$ 2,04
02.02.06.001-2	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	R\$ 12,54
02.02.06.002-0	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	R\$ 12,54
02.02.06.003-9	DETERMINACAO DE T3 REVERSO	R\$ 14,69
02.02.06.004-7	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R\$ 10,20
02.02.06.005-5	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	R\$ 6,72
02.02.06.006-3	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	R\$ 6,72
02.02.06.007-1	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	R\$ 6,72
02.02.06.008-0	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$ 14,12
02.02.06.009-8	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$ 11,89
02.02.06.010-1	DOSAGEM DE AMP CICLICO	R\$ 12,01
02.02.06.011-0	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$ 11,53
02.02.06.012-8	DOSAGEM DE CALCITONINA	R\$ 14,38
02.02.06.013-6	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 9,86
02.02.06.014-4	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 11,25
02.02.06.015-2	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 11,71
02.02.06.016-0	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 10,15
02.02.06.017-9	DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$ 11,55
02.02.06.018-7	DOSAGEM DE ESTRONA	R\$ 11,12
02.02.06.019-5	DOSAGEM DE GASTRINA	R\$ 14,15
02.02.06.020-9	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	R\$ 15,35
02.02.06.021-7	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 7,85
02.02.06.022-5	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$ 10,21



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

02.02.06.023-3	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 7,89
02.02.06.024-1	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 8,97
02.02.06.025-0	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 8,96
02.02.06.026-8	DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 10,17
02.02.06.027-6	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 43,13
02.02.06.028-4	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 15,35
02.02.06.029-2	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 10,22
02.02.06.030-6	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$ 10,15
02.02.06.031-4	DOSAGEM DE RENINA	R\$ 13,19
02.02.06.032-2	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$ 15,35
02.02.06.033-0	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R\$ 13,11
02.02.06.034-9	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 10,43
02.02.06.035-7	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 13,11
02.02.06.036-5	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$ 15,35
02.02.06.037-3	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 8,76
02.02.06.038-1	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 11,60
02.02.06.039-0	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 8,71
02.02.06.040-3	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	R\$ 12,01
02.02.06.041-1	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	R\$ 12,01
02.02.06.042-0	TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APOS GONADORRELINA	R\$ 12,01
02.02.06.043-8	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	R\$ 12,01
02.02.06.044-6	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	R\$ 12,01
02.02.06.045-4	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	R\$ 12,01
02.02.06.046-2	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	R\$ 8,43
02.02.06.047-0	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	R\$ 12,15
02.02.07.001-8	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	R\$ 2,06
02.02.07.002-6	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	R\$ 2,23
02.02.07.003-4	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	R\$ 3,68
02.02.07.004-2	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	R\$ 2,04
02.02.07.005-0	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R\$ 15,65
02.02.07.006-9	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	R\$ 3,51
02.02.07.007-7	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	R\$ 2,01
02.02.07.009-3	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	R\$ 10,00
02.02.07.010-7	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	R\$ 10,00
02.02.07.011-5	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	R\$ 10,00
02.02.07.012-3	DOSAGEM DE BARBITURATOS	R\$ 13,13
02.02.07.013-1	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	R\$ 13,48
02.02.07.014-0	DOSAGEM DE CADMIO	R\$ 6,55
02.02.07.015-8	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$ 17,53
02.02.07.016-6	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	R\$ 4,11
02.02.07.017-4	DOSAGEM DE CHUMBO	R\$ 8,83
02.02.07.018-2	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R\$ 58,61
02.02.07.019-0	DOSAGEM DE COBRE	R\$ 3,51
02.02.07.020-4	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R\$ 8,97
02.02.07.021-2	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	R\$ 15,65
02.02.07.022-0	DOSAGEM DE FENITOINA	R\$ 35,22
02.02.07.023-9	DOSAGEM DE FENOL	R\$ 2,05
02.02.07.024-7	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	R\$ 3,51
02.02.07.025-5	DOSAGEM DE LITIO	R\$ 2,25
02.02.07.026-3	DOSAGEM DE MERCURIO	R\$ 2,04
02.02.07.027-1	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	R\$ 4,11
02.02.07.028-0	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	R\$ 10,00
02.02.07.029-8	DOSAGEM DE METOTREXATO	R\$ 10,00



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

02.02.07.030-1	DOSAGEM DE QUINIDINA	R\$ 10,00
02.02.07.031-0	DOSAGEM DE SALICILATOS	R\$ 2,01
02.02.07.032-8	DOSAGEM DE SULFATOS	R\$ 3,51
02.02.07.033-6	DOSAGEM DE TEOFILINA	R\$ 15,65
02.02.07.034-4	DOSAGEM DE TIOCIANATO	R\$ 3,68
02.02.07.035-2	DOSAGEM DE ZINCO	R\$ 15,65
02.02.08.001-3	ANTIBIOGRAMA	R\$ 4,98
02.02.08.002-1	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R\$ 13,33
02.02.08.003-0	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	R\$ 13,33
02.02.08.004-8	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$ 4,20
02.02.08.005-6	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	R\$ 4,20
02.02.08.006-4	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	R\$ 4,20
02.02.08.007-2	BACTEROSCOPIA (GRAM)	R\$ 2,80
02.02.08.008-0	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO sem identificação e autoclave	R\$ 5,62
02.02.08.009-9	CULTURA DO LEITE MATERNO (POS-PASTEURIZACAO)	R\$ 4,33
02.02.08.010-2	CULTURA P/ HERPESVIRUS	R\$ 4,33
02.02.08.007-2	URUCULTURA	R\$2,80
02.02.08.011-0	CULTURA PARA BAAR	R\$ 5,63
02.02.08.012-9	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R\$ 10,25
02.02.08.013-7	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$ 4,19
02.02.08.014-5	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$ 2,80
02.02.08.015-3	HEMOCULTURA	R\$ 11,49
02.02.08.016-1	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	R\$ 5,63
02.02.08.017-0	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	R\$ 4,33
02.02.08.018-8	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	R\$ 2,80
02.02.08.019-6	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$ 4,33
02.02.08.020-0	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	R\$ 2,80
02.02.08.021-8	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$ 4,33
02.02.08.022-6	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	R\$ 2,80
02.02.08.023-4	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	R\$ 5,04
02.02.09.001-9	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
02.02.09.002-7	ADENOGRAMA	R\$ 5,79
02.02.09.003-5	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	R\$ 4,33
02.02.09.004-3	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	R\$ 4,33
02.02.09.005-1	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89
02.02.09.006-0	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89
02.02.09.007-8	DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,56
02.02.09.008-6	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 1,89
02.02.09.009-4	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	R\$ 2,01
02.02.09.010-8	DOSAGEM DE FRUTOSE	R\$ 2,01
02.02.09.011-6	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	R\$ 2,01
02.02.09.012-4	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
02.02.09.013-2	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
02.02.09.015-9	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	R\$ 5,23
02.02.09.016-7	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,56
02.02.09.017-5	ESPLENOGRAMA	R\$ 5,79
02.02.09.018-3	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	R\$ 1,89
02.02.09.019-1	MIELOGRAMA	R\$ 5,79



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

02.02.09.021-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES ( ELISA )	R\$ 9,70
02.02.09.022-1	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA	R\$ 2,01
02.02.09.029-9	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	R\$ 1,89
02.02.09.030-2	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R\$ 1,89
02.02.11.008-7	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 13,20
02.02.12.001-5	DETERMINAÇÃO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	R\$ 10,65
02.02.12.002-3	DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37
02.02.12.003-1	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	R\$ 10,65
02.02.12.008-2	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37
02.02.12.009-0	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$ 2,73

## 5. Pagamentos

**5.1.** Prestação de serviços de diagnósticos laboratoriais de análises clínica, toxicológicos em posto de coleta no município e coletas emergenciais no Pronto Atendimento Menino Jesus, realizada por bioquímico responsável; e exames anatomopatológicos que serão entregues em recipiente adequado no empresa que presta este serviço e que deverá estar a um raio de 100 km do município;

### 5.1.1. Lote 01 - Relação de exames Tabela SUS:

ITEM	CÓDIGO SIGTAP	DESCRIÇÃO	Tabela SUS
01	02.02.01.002-3	DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	R\$ 2,01
02	02.02.01.003-1	DETERMINAÇÃO DE CROMATOGRÁFIA DE AMINOÁCIDOS	R\$ 15,65
03	02.02.01.004-0	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 3,63
04	02.02.01.005-8	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA C/ INDUÇÃO POR CORTISONA (5 DOSAGENS)	R\$ 6,55
05	02.02.01.006-6	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA C/ INDUÇÃO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	R\$ 3,68
06	02.02.01.007-4	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA CLÁSSICA (5 DOSAGENS)	R\$ 10,00
07	02.02.01.008-2	DETERMINAÇÃO DE OSMOLARIDADE	R\$ 3,51
08	02.02.01.009-0	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	R\$ 3,51
09	02.02.01.010-4	DOSAGEM DE ACETONA	R\$ 1,85
10	02.02.01.011-2	DOSAGEM DE ÁCIDO ASCÓRBICO	R\$ 2,01
11	02.02.01.012-0	DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO	R\$ 1,85
12	02.02.01.014-7	DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$ 3,68
13	02.02.01.018-0	DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 2,25
14	02.02.01.020-1	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOS	R\$ 2,01
15	02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CÁLCIO	R\$ 1,85
16	02.02.01.027-9	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 3,51
17	02.02.01.028-7	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 3,51
18	02.02.01.029-5	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 1,85
19	02.02.01.030-9	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R\$ 3,68
20	02.02.01.031-7	DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 1,85
21	02.02.01.032-5	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 3,68
22	02.02.01.033-3	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACO MB	R\$ 4,12
23	02.02.01.034-1	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTÍRICA	R\$ 3,51
24	02.02.01.035-0	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTÂMICA	R\$ 3,51
25	02.02.01.036-8	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA	R\$ 3,68



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

26	02.02.01.037-6	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	R\$ 3,68
27	02.02.01.038-4	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 5,59
28	02.02.01.039-2	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$ 3,51
29	02.02.01.041-4	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	R\$ 2,01
30	02.02.01.042-2	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,01
31	02.02.01.043-0	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 1,85
32	02.02.01.044-9	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	R\$ 2,01
33	02.02.01.046-5	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,51
34	02.02.01.047-3	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 1,85
35	02.02.01.048-1	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	R\$ 3,68
36	02.02.01.050-3	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 7,86
37	02.02.01.051-1	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	R\$ 3,68
38	02.02.01.053-8	DOSAGEM DE LACTATO	R\$ 3,68
39	02.02.01.056-2	DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 2,01
40	02.02.01.060-0	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 1,85
41	02.02.01.061-9	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$ 1,40
42	02.02.01.062-7	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 1,85
43	02.02.01.063-5	DOSAGEM DE SODIO	R\$ 1,85
44	02.02.01.064-3	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 2,01
45	02.02.01.065-1	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 2,01
46	02.02.01.066-0	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,12
47	02.02.01.067-8	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 3,51
48	02.02.01.069-4	DOSAGEM DE UREIA	R\$ 1,85
49	02.02.01.070-8	DOSAGEM DE VITAMINA B12 e outras vitaminas	R\$ 15,24
50	02.02.01.071-6	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$ 3,68
51	02.02.01.072-4	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 4,42
52	02.02.01.074-0	PROVA DA D-XILOSE	R\$ 3,68
53	02.02.01.075-9	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	R\$ 6,55
54	02.02.01.076-7	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 15,24
55	02.02.02.002-9	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 2,73
56	02.02.02.012-6	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA	R\$ 2,85
57	02.02.02.013-4	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 5,77
58	02.02.02.014-2	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 2,73
59	02.02.02.015-0	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTACAO (VHS)	R\$ 2,73
60	02.02.02.016-9	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R\$ 4,11
61	02.02.02.017-7	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$ 6,48
62	02.02.02.030-4	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 1,53
63	02.02.02.031-2	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	R\$ 2,73
64	02.02.02.032-0	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	R\$ 2,73
65	02.02.02.033-9	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	R\$ 2,73
66	02.02.02.034-7	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	R\$ 4,11
67	02.02.02.035-5	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 5,41
68	02.02.02.036-3	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R\$ 2,73
69	02.02.02.037-1	HEMATOCRITO	R\$ 1,53
70	02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11
71	02.02.02.039-8	LEUCOGRAMA	R\$ 2,73
72	02.02.02.044-4	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R\$ 2,73





**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

73	02.02.02.046-0	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	R\$ 2,73
74	02.02.02.048-7	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R\$ 4,11
75	02.02.02.049-5	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R\$ 2,73
76	02.02.02.050-9	PROVA DO LACO	R\$ 2,73
77	02.02.02.051-7	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	R\$ 2,73
78	02.02.02.054-1	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$ 2,73
79	02.02.03.001-6	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	R\$ 15,00
80	02.02.03.002-4	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	R\$ 15,00
81	02.02.03.003-2	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	R\$ 15,00
82	02.02.03.004-0	DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R\$ 65,00
83	02.02.03.005-9	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	R\$ 96,00
84	02.02.03.007-5	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 2,83
85	02.02.03.008-3	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 9,25
86	02.02.03.010-5	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 16,42
87	02.02.03.011-3	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$ 13,55
88	02.02.03.012-1	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 17,16
89	02.02.03.013-0	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$ 17,16
90	02.02.03.014-8	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	R\$ 2,83
91	02.02.03.015-6	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$ 17,16
92	02.02.03.016-4	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 9,25
93	02.02.03.018-0	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 17,16
94	02.02.03.020-2	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 2,83
95	02.02.03.021-0	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 298,48
96	02.02.03.022-9	IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS (inclusive Troponina)	R\$ 17,16
97	02.02.03.027-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 8,67
98	02.02.03.029-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$ 85,00
99	02.02.03.030-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 10,00
100	02.02.03.032-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R\$ 17,16
101	02.02.03.033-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R\$ 5,74
102	02.02.03.034-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$ 17,16
103	02.02.03.035-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$ 18,55
104	02.02.03.036-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$ 18,55
105	02.02.03.037-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	R\$ 9,25
106	02.02.03.038-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	R\$ 10,00
107	02.02.03.039-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	R\$ 9,25
108	02.02.03.040-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	R\$ 3,70
109	02.02.03.041-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	R\$ 5,83
110	02.02.03.042-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R\$ 10,00
111	02.02.03.063-6	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 18,55
112	02.02.03.064-4	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$ 18,55
113	02.02.03.067-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 18,55
114	02.02.03.068-7	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	R\$ 18,55
115	02.02.03.069-5	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	R\$ 9,25
116	02.02.03.070-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	R\$ 4,10
117	02.02.03.071-7	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO	R\$ 18,55



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

118	02.02.03.072-5	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	R\$ 17,16
119	02.02.03.073-3	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 2,83
120	02.02.03.074-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,00
121	02.02.03.075-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	R\$ 9,25
122	02.02.03.076-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 16,97
123	02.02.03.077-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25
124	02.02.03.078-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)	R\$ 18,55
125	02.02.03.079-2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$ 30,00
126	02.02.03.080-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55
127	02.02.03.081-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16
128	02.02.03.082-2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 17,16
129	02.02.03.083-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 17,16
130	02.02.03.084-9	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 17,16
131	02.02.03.085-7	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,61
132	02.02.03.086-5	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	R\$ 10,00
133	02.02.03.087-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,55
134	02.02.03.088-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25
135	02.02.03.089-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 18,55
136	02.02.03.090-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$ 20,00
137	02.02.03.091-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55
138	02.02.03.092-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16
139	02.02.03.093-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 17,16
140	02.02.03.094-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 17,16
141	02.02.03.095-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 17,16
142	02.02.03.096-2	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$ 13,35
143	02.02.03.097-0	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$ 18,55
144	02.02.03.098-9	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R\$ 18,55
145	02.02.03.099-7	PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)	R\$ 60,00
146	02.02.03.100-4	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	R\$ 2,83
147	02.02.03.101-2	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$ 4,10
148	02.02.03.102-0	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA	R\$ 10,00
149	02.02.03.103-9	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	R\$ 9,25
150	02.02.03.104-7	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R\$ 10,00
151	02.02.03.105-5	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	R\$ 1,77



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

152	02.02.03.106-3	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	R\$ 1,77
153	02.02.03.107-1	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	R\$ 18,00
154	02.02.03.108-0	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 168,48
155	02.02.03.109-8	REACAO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 4,10
156	02.02.03.110-1	REACAO DE MONTENEGRO ID	R\$ 2,83
157	02.02.03.111-0	TESTE DE VDRL P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 2,83
158	02.02.03.112-8	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00
159	02.02.03.113-6	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00
160	02.02.03.114-4	TESTES ALERGICOS DE CONTATO (ATÉ 15 SUBSTÂNCIAS)	R\$ 1,77
161	02.02.03.115-2	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	R\$ 1,77
162	02.02.03.116-0	TESTES RAPIDOS P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00
163	02.02.03.117-9	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	R\$ 2,83
164	02.02.03.118-7	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA	R\$ 18,55
165	02.02.03.119-5	DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO	R\$ 17,16
166	02.02.04.001-1	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	R\$ 1,65
167	02.02.04.005-4	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	R\$ 1,65
168	02.02.04.008-9	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	R\$ 1,65
169	02.02.04.009-7	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R\$ 1,65
170	02.02.04.010-0	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	R\$ 1,65
171	02.02.04.012-7	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 1,65
172	02.02.04.013-5	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	R\$ 10,25
173	02.02.04.014-3	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 1,65
174	02.02.05.001-7	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$ 3,70
175	02.02.05.002-5	CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 3,51
176	02.02.05.003-3	CLEARANCE DE FOSFATO	R\$ 3,51
177	02.02.05.004-1	CLEARANCE DE UREIA	R\$ 3,51
178	02.02.05.005-0	CONTAGEM DE ADDIS	R\$ 2,04
179	02.02.05.006-8	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	R\$ 3,70
180	02.02.05.008-4	DOSAGEM DE CITRATO	R\$ 2,01
181	02.02.05.009-2	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8,12
182	02.02.05.010-6	DOSAGEM DE OXALATO	R\$ 3,68
183	02.02.05.011-4	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 2,04
184	02.02.05.012-2	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	R\$ 3,04
185	02.02.05.022-0	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	R\$ 2,04
186	02.02.05.023-8	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	R\$ 2,04
187	02.02.05.024-6	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	R\$ 3,36
188	02.02.05.026-2	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	R\$ 2,04
189	02.02.05.027-0	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	R\$ 2,04
190	02.02.05.028-9	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	R\$ 3,70
191	02.02.05.029-7	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	R\$ 2,04
192	02.02.05.030-0	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	R\$ 4,44
193	02.02.05.031-9	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	R\$ 2,04
194	02.02.05.032-7	PROVA DE DILUICAO (URINA)	R\$ 2,04
195	02.02.06.001-2	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	R\$ 12,54
196	02.02.06.002-0	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	R\$ 12,54
197	02.02.06.003-9	DETERMINACAO DE T3 REVERSO	R\$ 14,69
198	02.02.06.004-7	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R\$ 10,20
199	02.02.06.005-5	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	R\$ 6,72
200	02.02.06.006-3	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	R\$ 6,72
201	02.02.06.007-1	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	R\$ 6,72



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

202	02.02.06.008-0	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$ 14,12
203	02.02.06.009-8	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$ 11,89
204	02.02.06.010-1	DOSAGEM DE AMP CICLICO	R\$ 12,01
205	02.02.06.011-0	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$ 11,53
206	02.02.06.012-8	DOSAGEM DE CALCITONINA	R\$ 14,38
207	02.02.06.013-6	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 9,86
208	02.02.06.014-4	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 11,25
209	02.02.06.015-2	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 11,71
210	02.02.06.016-0	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 10,15
211	02.02.06.017-9	DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$ 11,55
213	02.02.06.018-7	DOSAGEM DE ESTRONA	R\$ 11,12
214	02.02.06.019-5	DOSAGEM DE GASTRINA	R\$ 14,15
215	02.02.06.020-9	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	R\$ 15,35
216	02.02.06.021-7	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 7,85
217	02.02.06.022-5	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$ 10,21
218	02.02.06.023-3	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 7,89
219	02.02.06.024-1	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 8,97
220	02.02.06.025-0	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 8,96
221	02.02.06.026-8	DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 10,17
222	02.02.06.027-6	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 43,13
223	02.02.06.028-4	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 15,35
224	02.02.06.029-2	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 10,22
225	02.02.06.030-6	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$ 10,15
226	02.02.06.031-4	DOSAGEM DE RENINA	R\$ 13,19
227	02.02.06.032-2	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$ 15,35
228	02.02.06.033-0	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R\$ 13,11
229	02.02.06.034-9	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 10,43
230	02.02.06.035-7	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 13,11
231	02.02.06.036-5	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$ 15,35
232	02.02.06.037-3	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 8,76
233	02.02.06.038-1	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 11,60
234	02.02.06.039-0	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 8,71
235	02.02.06.040-3	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	R\$ 12,01
236	02.02.06.041-1	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	R\$ 12,01
237	02.02.06.042-0	TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APOS GONADORRELINA	R\$ 12,01
238	02.02.06.043-8	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	R\$ 12,01
239	02.02.06.044-6	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	R\$ 12,01
240	02.02.06.045-4	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	R\$ 12,01
241	02.02.06.046-2	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	R\$ 8,43
242	02.02.06.047-0	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	R\$ 12,15
243	02.02.07.001-8	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	R\$ 2,06
244	02.02.07.002-6	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	R\$ 2,23
245	02.02.07.003-4	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	R\$ 3,68
246	02.02.07.004-2	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	R\$ 2,04
247	02.02.07.005-0	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R\$ 15,65
248	02.02.07.006-9	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	R\$ 3,51
249	02.02.07.007-7	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	R\$ 2,01
250	02.02.07.009-3	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	R\$ 10,00
251	02.02.07.010-7	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	R\$ 10,00
252	02.02.07.011-5	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	R\$ 10,00
253	02.02.07.012-3	DOSAGEM DE BARBITURATOS	R\$ 13,13
254	02.02.07.013-1	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	R\$ 13,48





**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

255	02.02.07.014-0	DOSAGEM DE CADMIO	R\$ 6,55
256	02.02.07.015-8	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$ 17,53
257	02.02.07.016-6	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	R\$ 4,11
258	02.02.07.017-4	DOSAGEM DE CHUMBO	R\$ 8,83
259	02.02.07.018-2	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R\$ 58,61
260	02.02.07.019-0	DOSAGEM DE COBRE	R\$ 3,51
261	02.02.07.020-4	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R\$ 8,97
262	02.02.07.021-2	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	R\$ 15,65
263	02.02.07.022-0	DOSAGEM DE FENITOINA	R\$ 35,22
264	02.02.07.023-9	DOSAGEM DE FENOL	R\$ 2,05
265	02.02.07.024-7	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	R\$ 3,51
266	02.02.07.025-5	DOSAGEM DE LITIO	R\$ 2,25
267	02.02.07.026-3	DOSAGEM DE MERCURIO	R\$ 2,04
268	02.02.07.027-1	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	R\$ 4,11
269	02.02.07.028-0	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	R\$ 10,00
270	02.02.07.029-8	DOSAGEM DE METOTREXATO	R\$ 10,00
271	02.02.07.030-1	DOSAGEM DE QUINIDINA	R\$ 10,00
272	02.02.07.031-0	DOSAGEM DE SALICILATOS	R\$ 2,01
273	02.02.07.032-8	DOSAGEM DE SULFATOS	R\$ 3,51
274	02.02.07.033-6	DOSAGEM DE TEOFILINA	R\$ 15,65
275	02.02.07.034-4	DOSAGEM DE TIOCIANATO	R\$ 3,68
276	02.02.07.035-2	DOSAGEM DE ZINCO	R\$ 15,65
277	02.02.08.001-3	ANTIBIOGRAMA	R\$ 4,98
278	02.02.08.002-1	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R\$ 13,33
279	02.02.08.003-0	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	R\$ 13,33
280	02.02.08.004-8	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$ 4,20
281	02.02.08.005-6	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSEIASE)	R\$ 4,20
282	02.02.08.006-4	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	R\$ 4,20
283	02.02.08.007-2	BACTEROSCOPIA (GRAM)	R\$ 2,80
284	02.02.08.008-0	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO sem identificação e autoclave	R\$ 5,62
285	02.02.08.009-9	CULTURA DO LEITE MATERNO (POS-PASTEURIZACAO)	R\$ 4,33
286	02.02.08.010-2	CULTURA P/ HERPESVIRUS	R\$ 4,33
287	02.02.08.007-2	URUCULTURA	R\$2,80
288	02.02.08.011-0	CULTURA PARA BAAR	R\$ 5,63
289	02.02.08.012-9	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R\$ 10,25
290	02.02.08.013-7	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$ 4,19
291	02.02.08.014-5	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$ 2,80
292	02.02.08.015-3	HEMOCULTURA	R\$ 11,49
293	02.02.08.016-1	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	R\$ 5,63
294	02.02.08.017-0	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	R\$ 4,33
295	02.02.08.018-8	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	R\$ 2,80
296	02.02.08.019-6	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$ 4,33
297	02.02.08.020-0	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	R\$ 2,80
298	02.02.08.021-8	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$ 4,33
299	02.02.08.022-6	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	R\$ 2,80
300	02.02.08.023-4	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	R\$ 5,04
301	02.02.09.001-9	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
302	02.02.09.002-7	ADENOGRAMA	R\$ 5,79
303	02.02.09.003-5	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	R\$ 4,33
304	02.02.09.004-3	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	R\$ 4,33
305	02.02.09.005-1	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89





**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

306	02.02.09.006-0	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89
307	02.02.09.007-8	DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,56
308	02.02.09.008-6	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 1,89
309	02.02.09.009-4	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	R\$ 2,01
310	02.02.09.010-8	DOSAGEM DE FRUTOSE	R\$ 2,01
311	02.02.09.011-6	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	R\$ 2,01
312	02.02.09.012-4	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
313	02.02.09.013-2	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
314	02.02.09.015-9	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	R\$ 5,23
315	02.02.09.016-7	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,56
316	02.02.09.017-5	ESPLENOGRAMA	R\$ 5,79
317	02.02.09.018-3	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	R\$ 1,89
318	02.02.09.019-1	MIELOGRAMA	R\$ 5,79
319	02.02.09.021-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R\$ 9,70
320	02.02.09.022-1	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA	R\$ 2,01
321	02.02.09.029-9	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	R\$ 1,89
322	02.02.09.030-2	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R\$ 1,89
323	02.02.11.008-7	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 13,20
324	02.02.12.001-5	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	R\$ 10,65
325	02.02.12.002-3	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37
326	02.02.12.003-1	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	R\$ 10,65
327	02.02.12.008-2	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37
328	02.02.12.009-0	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$ 2,73
<b>VALOR ESTIMADO PARA 12 (DOZE) MESES</b>			<b>R\$200.000,00</b>

**5.1.2. Lote 02 – Exames Anatomopatológicos não constantes da TABELA SUS:**

ITEM	CÓDIGO SIGTAP	NOME DO EXAME	VALOR UNITÁRIO
01	02.01.01.002-0	BIOPSIA DO MATERIAL COLETADO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE – ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO	R\$79,20
02	02.01.01.019-4	BIOPSIA DOS FRAGMENTOS DE TECIDOS COLETADOS NA HIPOFARINGE, OROFARINGE E NASOFARINGE, PARA EXAME HISTOPATOLOGICO - ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO	R\$79,20
03	02.01.01.015-1	BIOPSIA DOS FRAGMENTOS COLETADOS DO ENDOMETRIO PARA EXAME HISTOPATOLOGICO - ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO	R\$79,20
04	02.01.01.023-2	BIOPSIA DOS FRAGMENTOS DE TECIDO DE GLANDULA SALIVAR PARA EXAME HISTOPATOLOGICO. ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO	R\$79,20



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

		BIOPSIA DOS FRAGMENTOS DE TECIDOS RETIRADOS NA HIPOFARINGE, OROFARINGE E NASOFARINGE, PARA EXAME HISTOPATOLOGICO - ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO	
05	02.01.01.037-2	BIOPSIA DA AMOSTRA DE TECIDO PARA EXAME HISTOLÓGICO RETIRADA DE LESÕES SUSPEITAS DE PELE OU DE PARTES MOLES. - ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO	R\$79,20
06	02.01.01.050-0	BIOPSIA DA FRAGMENTOS DE TECIDOS DA VAGINA COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA OU TERAPÊUTICA, PARA EXAME HISTOPATOLÓGICO. - ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO	R\$79,20
07	02.01.01.052-6	BIOPSIA DE FRAGMENTOS DE LESÃO SUSPEITA. NESTE CASO, DE LESÕES SUSPEITAS DE TECIDOS MOLES DA BOCA - ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO	R\$79,20
08	02.01.01.066-6	BIOPSIA DE FRAGMENTO(S) DE ÁREA ALTERADA DO COLO DO ÚTERO - ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO	R\$79,20
<b>VALOR ESTIMADO PARA 12(DOZE) MESES</b>			<b>R\$ 6.000,00</b>

**5.1.3. Lote 03 – Exames não constantes da TABELA SUS:**

ITEM	CODIGO SIGTAP	DESCRIÇÃO DO EXAME	VALOR UNITARIO
01	02.08.04.008-0	DOSAGEM DE E.T.F GLOMERULAR A TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR, MEDIDA LABORATORIAL QUE PERMITE QUE O CLÍNICO GERAL E O NEFROLOGISTA AVALIEM O FUNCIONAMENTO DOS RINS DA PESSOA, SENDO ESSA MEDIDA IMPORTANTE PARA O DIAGNÓSTICO E VERIFICAÇÃO DO ESTÁGIO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC).	R\$14,30
02	02.02.02.047-9	COOMBS AVALIA A PRESENÇA DE ANTICORPOS ESPECÍFICOS QUE ATACAM AS CÉLULAS VERMELHAS DO SANGUE, PROVOCANDO A SUA DESTRUIÇÃO E PODENDO LEVAR AO SURGIMENTO DE UM TIPO DE ANEMIA CONHECIDA COMO HEMOLÍTICA.	R\$18,70
03	INEXISTENTE NO SIGTAP	D DIMERO	R\$150,00
04	02.14.01.016-3	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE SARS-COVID-2	R\$180,00
05	02.13.01.072-0	PESQUISA DE SARS COV-2 POR RT-PCR	R\$210,00
06	INEXISTENTE NO SIGTAP	SOROLOGIA ANTICORPOS IGM E IgG OU IgA E IgG NO SANGUE PARA COVID -19	R\$160,00
<b>VALOR ESTIMADO PARA 12(DOZE) MESES</b>			<b>R\$ 50.000,00</b>

**5.1.4. Lote 04 – Taxa de coleta para exames laboratoriais:**

ITEM	DESCRIÇÃO	UND.	QTDE	VALOR ESTIMADO PARA 12 (DOZE) MESES
1	Taxa de coleta realizada para cada paciente, indiferente da quantidade de exames coletados	UN	2200	R\$ 28.600,00



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

5.1.5. O valor proposto estimado para atender nossa demanda será de R\$ 284.600,00 (duzentos e oitenta e quatro mil e seiscentos reais).

**5. CONTROLE E EXECUÇÃO**

**5.1.** A Gestora do Contrato será a Sra. Anelise Aparecida Ribas, designada conforme Portaria de Nomeação nº 03/2021 e como fiscal de contratos de acordo com a PORTARIA Nº 042/2022 DE 19 DE MAIO DE 2022, a sr. IZABELI CAROLINE BUENO CIESIELSKI, brasileira, solteira, portadora da CIRG nº 10.415.714-9, e do CPF nº 092.290.679-38, sob matrícula nº 287763, para o Departamento Municipal de Saúde.

**5. PAGAMENTOS**

6.1 O pagamento será efetuado em até 30 dias a contar do recebimento da nota fiscal no Departamento Financeiro/Contabilidade e inspeção do objeto pelo requisitante da aquisição, mediante depósito em conta bancária indicada pelo fornecedor.

6.2 O pagamento somente será liberado mediante apresentação das certidões que comprovem a manutenção da Regularidade Fiscal.

6.3. A fonte utilizada será a 303.

Porto Amazonas, 23 de novembro de 2022.

**Anelise Aparecida Ribas**  
Diretora do Departamento de Saúde  
Port. 003/2021 - PMPA

Anexo I  
Tabela 01

Periodicidade da realização dos exames de acordo com a estratificação de risco			
Exames	Baixo Risco	Risco Intermediário	Alto Risco
Dosagem de glicose (em jejum)	Anual	Anual	Anual
Ácido úrico	Anual	Anual	Anual
Creatinina	Anual	Anual	Semestral
Estimativa da Taxa de Filtração Glomerular (estimativa <sup>1</sup> )	Anual	Anual	Semestral
Colesterol Total	Anual	Anual	Anual
LDL-Colesterol (cálculo <sup>2</sup> )	Anual	Anual	Anual
HDL-Colesterol	Anual	Anual	Anual
Triglicerídeos	Anual	Anual	Anual
Potássio	Anual	Anual	Semestral, se creatinina normal
Rotina de urina	Anual	Anual	Anual
Microalbuminúria em urina de 24 hs ou			
Relação albumina/creatinina em amostra isolada de urina	-	Anual	Anual
Eletrocardiograma	A cada dois anos	Anual	Anual

1. Estimar através da tabela de Taxa de filtração glomerular baseado na equação CKD-EPI  
2. Calcular o LDL-colesterol quando triglicerídeos <400 mg/dL pela fórmula: LDL-colesterol = colesterol total - HDL-colesterol - triglicerídeos/5  
Em caso de alteração nos exames, eles deverão ser repetidos com maior frequência, dependendo do tipo e do grau da alteração

A avaliação complementar está indicada em pacientes que apresentam elementos indicativos de hipertensão secundária, de lesão em órgãos-alvo ou doenças associadas, que devem ser investigadas por métodos específicos.

Fonte: Linha Guia de Hipertensão SESA - PR



## ESTADO DO PARANÁ MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS

Tabela 02

Periodicidade da realização dos exames de acordo com a estratificação de risco			
Exames	Risco Baixo	Risco Médio	Risco Alto
Dosagem de glicose (em jejum)	Anual	Semestral	Quadrimestral
Dosagem de glicose (pós-prandial)	Anual	Semestral	Quadrimestral
Hemoglobina glicada	Anual	Semestral	Semestral
Creatinina	Anual	Anual	Anual
Estimativa da Taxa de Filtração Glomerular (estimativa <sup>1</sup> )	Anual	Anual	Anual
Colesterol Total	Anual	Anual	Anual
LDL-Colesterol (cálculo <sup>2</sup> )	Anual	Anual	Anual
HDL-Colesterol	Anual	Anual	Anual
Triglicerídeos	Anual	Anual	Anual
Potássio	Anual	Anual	Anual
Rotina de urina	Anual	Anual	Anual
Microalbuminúria em urina de 24 hs ou Relação albumina/creatinina em amostra isolada de urina	Anual	Anual	Anual
Fundoscopia	Anual	Anual	Anual
Eletrocardiograma	A cada dois anos	Anual	Anual

1. Estimar através da tabela de Taxa de filtração glomerular baseado na equação CKD-EPI  
 2. Calcular o LDL-colesterol quando triglicerídeos <400 mg/dL pela fórmula: LDL-colesterol = colesterol total - HDL-colesterol - triglicerídeos/5  
 Em caso de alteração nos exames, eles deverão ser repetidos com maior frequência, dependendo do tipo e do grau da alteração

Fonte: Linha Guia Hiperdia SESA – PR

Tabela 03

### Procedimentos que devem ser realizados

- História clínica;
- Anamnese;
- Preenchimento da Ficha de Identificação e Clínica do SISPRENATAL WEB e Preenchimento do E-SUS;
- Exame Físico: geral e ginecológico/obstétrico;
- Solicitação de exames laboratoriais listados a seguir;
- Orientação, avaliação dietética e prescrição, conforme Linha Guia do Mãe Paranaense, de acordo com a necessidade.

### Exames da Rotina Pré-natal Recomendados

#### QUADRO 1 – Exames da rotina pré-natal recomendados na Rede Mãe Paranaense

Exames	1º Trimestre 1ª Consulta	2º Trimestre	3º Trimestre
Teste rápido de gravidez	X		
Teste rápido para HIV* ou pesquisa de anticorpos anti-HIV 1 + HIV 2 (Elisa)	X	X	X
Teste rápido para sífilis (teste treponêmico)	X	X	X
VDRL* (teste não treponêmico)	X	X	X
FTA-ABS ou CMIA (testes treponêmicos)	X	X	X
Teste rápido de proteinúria	A critério médico		
Triagem sanguínea (grupos ABO, Fator Rh)	X		
Eletroforese de hemoglobina (teste da mãezinha)	X		
Hemoglobina e Hematócrito	X	X	X

Cultura de urina (urocultura)	X	X	X
Urina I	X		
Cultura de Bactérias	A critério médico	A critério médico	A critério médico
Dosagem de glicose	X		
Teste oral de tolerância à glicose		X (entre 24 – 28 semanas)	
Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da Hepatite B (HBS AG)	X		
Ultrassonografia obstétrica	X	X	
Exame citopatológico cervico-vaginal/microflora	X		
Toxoplasmose (IgG e IgM)	X	X	X
Teste de avididade de IgG para toxoplasmose***	***	***	***
Teste indireto de antígeno de superfície humana (TIA) (COOBS indireto)****	X		
Parasitológico de fezes	X		
Pesquisa para hormônio tireostimulante - TSH	X		

Nota:

\* O VDRL, com triagem para sífilis, deve ser realizado apenas em municípios que não dispõem de teste rápido, pois este exame apresenta risco de resultado falso negativo.

\*\* O FTA-Abs e o CMIA são testes que devem ser realizados para confirmação de resultados reagentes do teste rápido e de VDRL ou, ainda, podem substituir o teste rápido.

\*\*\* Este exame deve ser realizado, em caso de IgG e IgM reagentes para toxoplasmose, preferencialmente na mesma amostra de sangue da 1ª coleta e antes da 16ª semana de gestação.

\*\*\*\* Se o Coombs indireto quando testado no 3º trimestre fazer Imunoglobulina Anti Rh.

Fonte: Rede Mãe Paranaense SESA -PR



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

Tabela nº 04

Anexo I da Resolução SESA nº 537/2018

**EXAMES LABORATORIAIS**

Linha Guia Mãe Paranaense.

1. Pesquisa de anticorpos anti-HIV1 + HIV 2 (Elisa);
2. VDRL (teste não treponêmico);
3. FTA-ABS ou CMIA (testes treponêmico);
4. Teste rápido de proteinúria;
5. Triagem sanguínea;
6. Pesquisa de Fator RH;
7. Eletroforese de hemoglobina;
8. Hemoglobina e hematócrito;
9. Hemograma;
10. Cultura de urina;
11. Urina I;
12. Cultura de bactérias;
13. Dosagem de Glicose;
14. Teste oral de tolerância à glicose (teste até 24 a 28 semanas);
15. Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da Hepatite B (HBS AG);
16. Toxoplasmose (igG e igM);
17. Teste indireto de anti-globulina humana (TIA);
18. Parasitológico de fezes;
19. Pesquisa para hormônio tireoestimulante – TSH;
20. Pesquisa de Streptococcus agalactiae .

Fonte: Resolução SESA nº 537/2018

Tabela nº 05

o	Exames
1.	Hemograma
2.	Velocidade de hemossedimentação
3.	Acido úrico
4.	Glicemia de jejum
5.	Perfil glicêmico
6.	Hemoglobina glicada
7.	Colesterol total
8.	HDL colesterol
9.	LDL Colesterol
10.	Triglicerídeos
11.	Creatinina
12.	Microalbuminúria
13.	Sódio
14.	Potássio
15.	Parcial de urina com sedimento corado
16.	Proteínas totais e frações
17.	Urocultura com contagem de colônias e antiobiograma se necessário
18.	Acido fólico
19.	Bilirrubinas totais e frações
20.	Transaminases glutâmico-piruvica (TGP)
21.	Transaminase oxalacética (TGO)
22.	Tempo de atividade da protrombina (TAP)
23.	Vitamina B 12
24.	Vitamina D
25.	Calcio
26.	Fosforo inorgânico
27.	Pesquisa de sangue oculto nas fezes
28.	Parasitológico de fezes – Rugai





**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

---

29.	TSH
30.	T4 Livre
31.	T3
32.	PSA

Fonte: Resolução 537/2018 SESA – Pr

**Anelise Aparecida Ribas**  
Diretora do Departamento de Saúde  
Port. 003/2021 - PMPA



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

**ANEXO II- MODELO DE PROPOSTA**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

Ref. CREDENCIAMENTO N°007/2022

**PROPOSTA DE ADESÃO**

**À COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO,**

Venho por meio desta, apresentar minha proposta de adesão ao credenciamento n°007/2022, o qual tem por objeto o Credenciamento de pessoa(s) jurídica(s) para prestação de serviços de diagnósticos laboratoriais de análises clínicas, toxicológicas e anatomopatológicas, atendendo as necessidades do Departamento Municipal de Saúde pelo período de 12 (doze) meses, conforme itens, descritivos, quantitativos e preços do Termo de Referência - Anexo I e parte integrante deste edital.

**OBSERVAÇÃO: DEVERÁ SER COPIADA DO EDITAL A TABELA DOS SERVIÇOS PARA OS QUAIS A EMPRESA IRÁ SE CREDENCIAR**

ITEM	CODIGO SIGTAP	DESCRIÇÃO DO EXAME	VALOR UNITÁRIO
—	_____	_____	_____

**TAXA DE COLETA:**

ITEM	DESCRIÇÃO	UND.	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VALOR ESTIMADO PARA 12 (DOZE) MESES
1	Taxa de coleta realizada para cada paciente, indiferente da quantidade de exames coletados	UN	2200	R\$13,00	R\$ 28.600,00

Declaro por fim estar ciente de todas as condições do edital supracitado, bem como de todas as especificações contidas na minuta do futuro contrato a ser assinado e que as aceito/aceitamos de forma incondicional.

Sem mais, esperamos a atenção dessa conceituada entidade no sentido de deferir o nosso credenciamento.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
(Assinatura Requerente/Responsável Legal)



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

---

**ANEXO III – MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE**

**Referente ao Credenciamento nº007/2022 do Município de Porto Amazonas/PR**

Declaro para os devidos fins de direito, na qualidade de Proponente do procedimento licitatório número 007/2022, sob a modalidade CREDENCIAMENTO, instaurado por esta Prefeitura, que não fomos declarados inidôneos para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas.

Local, data.

Assinatura do Representante Legal



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

---

**ANEXO IV – MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATOS IMPEDITIVOS**

**Referente ao Credenciamento nº007/2022 do Município de Porto Amazonas/PR.**

**DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATOS IMPEDITIVOS**

*(RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA), CNPJ/MF n.º \_\_\_\_\_, sediada (endereço completo), declara, sob as penas da lei, que até a presente data inexistem fatos impeditivos para sua habilitação no presente processo licitatório, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.*

*Local, data.*

*Assinatura do Representante Legal*



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

---

**ANEXO V – MODELO DE DECLARAÇÃO DE QUE CUMPRE O DISPOSTO NO  
INCISO V, DO ARTIGO 27, DA LEI Nº 8.666/93**

Referente ao Credenciamento nº007/2022 do Município de Porto Amazonas/PR.

**DECLARAÇÃO QUE CUMPRE O DISPOSTO NO INCISO V, DO ARTIGO 27, DA  
LEI Nº 8.666/93**

.....(razão social da empresa)....., inscrita no CNPJ n.º.....,  
por intermédio de seu representante legal o(a) Sr. (a).....,  
portador (a) da Carteira de Identidade n.º ..... e do CPF n.º  
....., **DECLARA**, para fins do disposto no inciso V do art. 27 da Lei  
n.º 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei n.º 9.854, de 27 de outubro  
de 1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso  
ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.

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

*Local, data.*

*Assinatura do Representante Legal*





**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

---

**ANEXO VI**  
**MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO**

Edital de Chamamento nº007/2022

A Comissão Permanente de Licitação de Porto Amazonas – PR

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no Credenciamento de pessoa(s) jurídica(s) para prestação de serviços de diagnósticos laboratoriais de análises clínicas, toxicológicas e anatomopatológicas, atendendo as necessidades do Departamento Municipal de Saúde pelo período de 12 (doze) meses, divulgado pelo Município de Porto Amazonas, nos termos do chamamento público.

**NOME DA EMPRESA:**

**END. COMERCIAL: Nº**

**Complemento: Bairro:**

**CNPJ:**

**FONE: Fixo ( ) Celular ( )**

**EMAIL:**

**CIDADE: ESTADO: CEP:**

**LICENÇA SANITARIA Nº:**

**NOME DO RESPONSÁVEL:**

**Dias semanais disponíveis para coleta:**

**Dados Bancário para Pagamento:**

**Nº e nome do Banco:**

**Nº da agência nº da conta corrente:**

Município de ,xxxx de 2022  
(carimbo da empresa e assinatura)



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

---

**ANEXO VII**

**CREENCIAMENTO Nº007/2022**

**DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE PARA INICIO DA PRESTAÇÃO DOS  
SERVIÇOS (MODELO)**

A Empresa \_\_\_\_\_, sob CNPJ nº \_\_\_\_\_, declara para os devidos fins e legais efeitos, que reúne todas as condições necessárias, para disponibilidade de posto de coleta com instalação no município de Porto Amazonas, em até 30 (trinta) dias para atendimento de coleta dos pacientes, após homologação do processo licitatório Credenciamento nº007/2022.

E, por ser expressão da verdade, firma o presente.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022

Carimbo do CNPJ e Assinatura do proponente



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

---

**ANEXO VIII**

**CREENCIAMENTO Nº007/2022**

**TERMO DE CIÊNCIA E COMPROMISSO EXAMES EMERGENCIAIS**

A Empresa \_\_\_\_\_, sob CNPJ nº \_\_\_\_\_, declara para os devidos fins e legais efeitos, que está ciente e se compromete que a coleta de emergência de exames dos pacientes em observação no Pronto Atendimento Municipal Menino Jesus, no tempo máximo de **30 (trinta) minutos** após a solicitação da mesma, independentemente do número de solicitações diárias.

E, por ser expressão da verdade, firma o presente.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022

Carimbo do CNPJ e Assinatura do proponente



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

---

**ANEXO IX**

**MINUTA DO CONTRATO**

**CONTRATO ADMINISTRATIVO Nº \_\_\_\_/2022**

A Prefeitura Municipal de Porto Amazonas, Pessoa Jurídica de direito público interno, com sede administrativa na Rua Guilherme Schiffer, nº 67, Centro, em Porto Amazonas, Estado do Paraná, inscrita no CNPJ sob o nº 76.179.837/0001-01, neste ato representada pelo seu PREFEITO MUNICIPAL o Sr. ELIAS JOCID GOMES DA COSTA, portador da cédula de identidade RG. n.º 4.572.335-6- SSP/PR, inscrito no CPF/MF n.º 865.490.069-53, doravante denominado simplesmente CONTRATANTE e pessoa jurídica/física \_\_\_\_\_, portadora do CNPJ/CPF \_\_\_\_\_ e cédula de identidade n.º \_\_\_\_\_ (em caso de pessoa física), residente/localizada na \_\_\_\_\_, neste ato representada pelo seu \_\_\_\_\_ (em caso de pessoa jurídica), doravante denominada simplesmente CONTRATADA, resolvem celebrar entre si o presente Contrato de Prestação de Serviços, que será regido pela Lei 8.666/93 e suas respectivas alterações e pelo dispostos nas cláusulas seguintes:

**1 CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

1.1 Credenciamento de pessoa(s) jurídica(s) para prestação de serviços de diagnósticos laboratoriais de análises clínicas, toxicológicas e anatomopatológicas, atendendo as necessidades do Departamento Municipal de Saúde pelo período de 12 (doze) meses.

**2 CLÁUSULA SEGUNDA – DA FORMA DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS E FORMA DE EXECUÇÃO**

2.1 Prestação de serviços de diagnósticos laboratoriais de análises clínica, toxicológicas em posto de coleta no município e coletas emergenciais no Pronto Atendimento Menino Jesus, realizada por bioquímico responsável; e exames anatomopatológicos que serão entregues em recipiente adequado no empresa que presta este serviço e que deverá estar a um raio de 100 km do município.

2.2 Os prestadores de serviços deverão ter, no mínimo, um posto de coleta na área urbana do município de Porto Amazonas, em observância aos princípios da economicidade e da racionalidade, a fim de evitar deslocamentos e gastos desnecessários para o município e também evitar transtornos ao usuário do SUS. Se o credenciado não estiver com posto de coleta na cidade deverá dentro de um prazo máximo de 30 dias providenciar a instalação. Sendo que tão logo seja homologado o resultado da licitação.

2.3 Os serviços deverão ser totalmente prestados pela empresa credenciada não possuindo o município responsabilidade pelo transporte de coletas e pela retirada dos laudos e/ou resultados dos exames realizados.

2.4 O contratado deverá prestar os serviços de plantões conforme cronograma que será estabelecido pelo Departamento de Saúde, estando no local para coleta de



## ESTADO DO PARANÁ

### MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS

---

exames em uma hora após o chamado do Pronto Socorro Geral Municipal Menino Jesus, a qualquer horário do dia ou da noite, conforme escala, não tendo quantidade pré-determinada diariamente, devendo a empresa manter os funcionários a disposição das unidades por 24 horas. E sendo entregue os exames em duas horas nestas situações.

2.5 Para a realização dos exames referidos neste credenciamento o município emitirá autorização expressa, através de guias emitidas pelo setor de agendamentos que será apresentada pelo paciente quando da realização, do atendimento, sendo que o agendamento deste é de responsabilidade do paciente.

2.6 Em caso de haver mais de uma empresa credenciada para a realização do mesmo procedimento, é facultado ao paciente a escolha do prestador de serviço, salvo se esgotado a cota mensal daquele estabelecimento.

2.7 Em caso de haver mais de uma empresa credenciada, o Departamento Municipal de Saúde, fixará conta mensal de exames igualitária entres os credenciados devendo a credenciada cumprir tal obrigação, sob pena de não ser realizado o pagamento dos exames realizados a mais da cota.

2.8 A realização de exames excedentes as cotas mensais dependerão da autorização do Município.

2.9 O município reserva o direito de fiscalizar, de forma permanente, a prestação dos serviços pelos credenciados, podendo no proceder no descredenciamento, em caso de má prestação, apurada em processo administrativo específico, com garantia do contraditório e da ampla defesa;

2.10 A empresa credenciada deverá enviar mensalmente as Guias (requisições/autorizações) originais emitidas pelo Departamento de Saúde, devidamente assinadas e sem rasuras, juntamente com o relatório gerencial ou documento fiscal devidamente assinado pelo beneficiário e acompanhado da nota fiscal eletrônica para o Departamento de Saúde, o qual realizará a conferência e aprovação das mesmas. No relatório mensal deverá conter os valores unitários dos exames com base nos preços registrados em ata bem como os valores globais.

2.11 Exames que tiverem seu resultado descrito como indeterminado ou que necessitem de nova coleta para contraprova, serão realizados em outro laboratório a ser contratado pelo Município pagos pela empresa credenciada.

2.12 O credenciamento a ser habilitado deverá adotar o sistemas oficial do Estado do Paraná e os exames relacionados as doenças de interesse em saúde pública e deverão ter suas requisições cadastradas, registradas e os resultados dos exames liberados no Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL, oficial do Ministério da Saúde implantado no Paraná e que atende todos os municípios, conforme pactuação e ou outro similar.

### **3 CLÁUSULA TERCEIRA - DA VIGÊNCIA**

3.1 A Vigência do presente contrato é de \_\_\_/\_\_\_/2022 à \_\_\_/\_\_\_/2023.

### **4 CLÁUSULA QUARTA - DO VALOR E FORMA DE PAGAMENTO**





**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

4.1 Receberá a CONTRATADA pelos serviços citados na Cláusula Primeira, as importâncias abaixo relacionadas:

**4.1.1 Lote 01 - Relação de exames Tabela SUS:**

ITEM	CÓDIGO SIGTAP	DESCRIÇÃO	Tabela SUS
01	02.02.01.002-3	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R\$ 2,01
02	02.02.01.003-1	DETERMINACAO DE CROMATOGRFIA DE AMINOACIDOS	R\$ 15,65
03	02.02.01.004-0	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 3,63
04	02.02.01.005-8	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (5 DOSAGENS)	R\$ 6,55
05	02.02.01.006-6	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	R\$ 3,68
06	02.02.01.007-4	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	R\$ 10,00
07	02.02.01.008-2	DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE	R\$ 3,51
08	02.02.01.009-0	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	R\$ 3,51
09	02.02.01.010-4	DOSAGEM DE ACETONA	R\$ 1,85
10	02.02.01.011-2	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R\$ 2,01
11	02.02.01.012-0	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$ 1,85
12	02.02.01.014-7	DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$ 3,68
13	02.02.01.018-0	DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 2,25
14	02.02.01.020-1	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 2,01
15	02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 1,85
16	02.02.01.027-9	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 3,51
17	02.02.01.028-7	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 3,51
18	02.02.01.029-5	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 1,85
19	02.02.01.030-9	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R\$ 3,68
20	02.02.01.031-7	DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 1,85
21	02.02.01.032-5	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 3,68
22	02.02.01.033-3	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$ 4,12
23	02.02.01.034-1	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	R\$ 3,51
24	02.02.01.035-0	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	R\$ 3,51
25	02.02.01.036-8	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R\$ 3,68
26	02.02.01.037-6	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	R\$ 3,68
27	02.02.01.038-4	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 5,59
28	02.02.01.039-2	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$ 3,51
29	02.02.01.041-4	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	R\$ 2,01
30	02.02.01.042-2	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,01
31	02.02.01.043-0	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 1,85
32	02.02.01.044-9	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	R\$ 2,01
33	02.02.01.046-5	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,51
34	02.02.01.047-3	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 1,85
35	02.02.01.048-1	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	R\$ 3,68
36	02.02.01.050-3	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 7,86
37	02.02.01.051-1	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	R\$ 3,68
38	02.02.01.053-8	DOSAGEM DE LACTATO	R\$ 3,68
39	02.02.01.056-2	DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 2,01
40	02.02.01.060-0	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 1,85
41	02.02.01.061-9	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$ 1,40
42	02.02.01.062-7	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 1,85



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

43	02.02.01.063-5	DOSAGEM DE SODIO	R\$ 1,85
44	02.02.01.064-3	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 2,01
45	02.02.01.065-1	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 2,01
46	02.02.01.066-0	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,12
47	02.02.01.067-8	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 3,51
48	02.02.01.069-4	DOSAGEM DE UREIA	R\$ 1,85
49	02.02.01.070-8	DOSAGEM DE VITAMINA B12 e outras vitaminas	R\$ 15,24
50	02.02.01.071-6	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$ 3,68
51	02.02.01.072-4	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 4,42
52	02.02.01.074-0	PROVA DA D-XILOSE	R\$ 3,68
53	02.02.01.075-9	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANES ORAIS	R\$ 6,55
54	02.02.01.076-7	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 15,24
55	02.02.02.002-9	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 2,73
56	02.02.02.012-6	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA	R\$ 2,85
57	02.02.02.013-4	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 5,77
58	02.02.02.014-2	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 2,73
59	02.02.02.015-0	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS)	R\$ 2,73
60	02.02.02.016-9	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R\$ 4,11
61	02.02.02.017-7	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$ 6,48
62	02.02.02.030-4	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 1,53
63	02.02.02.031-2	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	R\$ 2,73
64	02.02.02.032-0	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	R\$ 2,73
65	02.02.02.033-9	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	R\$ 2,73
66	02.02.02.034-7	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	R\$ 4,11
67	02.02.02.035-5	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 5,41
68	02.02.02.036-3	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R\$ 2,73
69	02.02.02.037-1	HEMATOCRITO	R\$ 1,53
70	02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11
71	02.02.02.039-8	LEUCOGRAMA	R\$ 2,73
72	02.02.02.044-4	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R\$ 2,73
73	02.02.02.046-0	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	R\$ 2,73
74	02.02.02.048-7	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R\$ 4,11
75	02.02.02.049-5	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R\$ 2,73
76	02.02.02.050-9	PROVA DO LACO	R\$ 2,73
77	02.02.02.051-7	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	R\$ 2,73
78	02.02.02.054-1	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$ 2,73
79	02.02.03.001-6	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	R\$ 15,00
80	02.02.03.002-4	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	R\$ 15,00
81	02.02.03.003-2	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	R\$ 15,00
82	02.02.03.004-0	DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R\$ 65,00
83	02.02.03.005-9	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	R\$ 96,00
84	02.02.03.007-5	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 2,83
85	02.02.03.008-3	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 9,25
86	02.02.03.010-5	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 16,42
87	02.02.03.011-3	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$ 13,55
88	02.02.03.012-1	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 17,16
89	02.02.03.013-0	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$ 17,16
90	02.02.03.014-8	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	R\$ 2,83



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

91	02.02.03.015-6	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$ 17,16
92	02.02.03.016-4	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 9,25
93	02.02.03.018-0	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 17,16
94	02.02.03.020-2	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 2,83
95	02.02.03.021-0	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 298,48
96	02.02.03.022-9	IMUNOELETOFORESE DE PROTEINAS (inclusive Troponina)	R\$ 17,16
97	02.02.03.027-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 8,67
98	02.02.03.029-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$ 85,00
99	02.02.03.030-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 10,00
100	02.02.03.032-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R\$ 17,16
101	02.02.03.033-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R\$ 5,74
102	02.02.03.034-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$ 17,16
103	02.02.03.035-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$ 18,55
104	02.02.03.036-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$ 18,55
105	02.02.03.037-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	R\$ 9,25
106	02.02.03.038-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	R\$ 10,00
107	02.02.03.039-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	R\$ 9,25
108	02.02.03.040-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	R\$ 3,70
109	02.02.03.041-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	R\$ 5,83
110	02.02.03.042-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R\$ 10,00
111	02.02.03.063-6	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 18,55
112	02.02.03.064-4	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$ 18,55
113	02.02.03.067-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 18,55
114	02.02.03.068-7	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	R\$ 18,55
115	02.02.03.069-5	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	R\$ 9,25
116	02.02.03.070-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	R\$ 4,10
117	02.02.03.071-7	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO	R\$ 18,55
118	02.02.03.072-5	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	R\$ 17,16
119	02.02.03.073-3	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 2,83
120	02.02.03.074-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,00
121	02.02.03.075-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	R\$ 9,25
122	02.02.03.076-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 16,97
123	02.02.03.077-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25
124	02.02.03.078-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)	R\$ 18,55
125	02.02.03.079-2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$ 30,00
126	02.02.03.080-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55
127	02.02.03.081-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16
128	02.02.03.082-2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 17,16



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

129	02.02.03.083-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 17,16
130	02.02.03.084-9	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 17,16
131	02.02.03.085-7	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,61
132	02.02.03.086-5	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	R\$ 10,00
133	02.02.03.087-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,55
134	02.02.03.088-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25
135	02.02.03.089-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 18,55
136	02.02.03.090-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$ 20,00
137	02.02.03.091-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55
138	02.02.03.092-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16
139	02.02.03.093-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 17,16
140	02.02.03.094-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 17,16
141	02.02.03.095-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 17,16
142	02.02.03.096-2	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$ 13,35
143	02.02.03.097-0	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$ 18,55
144	02.02.03.098-9	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R\$ 18,55
145	02.02.03.099-7	PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)	R\$ 60,00
146	02.02.03.100-4	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	R\$ 2,83
147	02.02.03.101-2	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$ 4,10
148	02.02.03.102-0	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLOURESCENCIA	R\$ 10,00
149	02.02.03.103-9	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	R\$ 9,25
150	02.02.03.104-7	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	R\$ 10,00
151	02.02.03.105-5	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	R\$ 1,77
152	02.02.03.106-3	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	R\$ 1,77
153	02.02.03.107-1	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	R\$ 18,00
154	02.02.03.108-0	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 168,48
155	02.02.03.109-8	REACAO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 4,10
156	02.02.03.110-1	REACAO DE MONTENEGRO ID	R\$ 2,83
157	02.02.03.111-0	TESTE DE VDRL P/ DETECCÃO DE SIFILIS	R\$ 2,83
158	02.02.03.112-8	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00
159	02.02.03.113-6	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00
160	02.02.03.114-4	TESTES ALERGICOS DE CONTATO (ATÉ 15 SUBSTÂNCIAS)	R\$ 1,77
161	02.02.03.115-2	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	R\$ 1,77
162	02.02.03.116-0	TESTES RAPIDOS P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00
163	02.02.03.117-9	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	R\$ 2,83
164	02.02.03.118-7	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA	R\$ 18,55
165	02.02.03.119-5	DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO	R\$ 17,16
166	02.02.04.001-1	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	R\$ 1,65
167	02.02.04.005-4	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	R\$ 1,65



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

168	02.02.04.008-9	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	R\$ 1,65
169	02.02.04.009-7	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R\$ 1,65
170	02.02.04.010-0	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	R\$ 1,65
171	02.02.04.012-7	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 1,65
172	02.02.04.013-5	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	R\$ 10,25
173	02.02.04.014-3	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 1,65
174	02.02.05.001-7	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$ 3,70
175	02.02.05.002-5	CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 3,51
176	02.02.05.003-3	CLEARANCE DE FOSFATO	R\$ 3,51
177	02.02.05.004-1	CLEARANCE DE UREIA	R\$ 3,51
178	02.02.05.005-0	CONTAGEM DE ADDIS	R\$ 2,04
179	02.02.05.006-8	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	R\$ 3,70
180	02.02.05.008-4	DOSAGEM DE CITRATO	R\$ 2,01
181	02.02.05.009-2	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8,12
182	02.02.05.010-6	DOSAGEM DE OXALATO	R\$ 3,68
183	02.02.05.011-4	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 2,04
184	02.02.05.012-2	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	R\$ 3,04
185	02.02.05.022-0	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	R\$ 2,04
186	02.02.05.023-8	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	R\$ 2,04
187	02.02.05.024-6	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	R\$ 3,36
188	02.02.05.026-2	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	R\$ 2,04
189	02.02.05.027-0	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	R\$ 2,04
190	02.02.05.028-9	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	R\$ 3,70
191	02.02.05.029-7	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	R\$ 2,04
192	02.02.05.030-0	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	R\$ 4,44
193	02.02.05.031-9	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	R\$ 2,04
194	02.02.05.032-7	PROVA DE DILUICAO (URINA)	R\$ 2,04
195	02.02.06.001-2	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	R\$ 12,54
196	02.02.06.002-0	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	R\$ 12,54
197	02.02.06.003-9	DETERMINACAO DE T3 REVERSO	R\$ 14,69
198	02.02.06.004-7	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R\$ 10,20
199	02.02.06.005-5	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	R\$ 6,72
200	02.02.06.006-3	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	R\$ 6,72
201	02.02.06.007-1	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	R\$ 6,72
202	02.02.06.008-0	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$ 14,12
203	02.02.06.009-8	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$ 11,89
204	02.02.06.010-1	DOSAGEM DE AMP CICLICO	R\$ 12,01
205	02.02.06.011-0	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$ 11,53
206	02.02.06.012-8	DOSAGEM DE CALCITONINA	R\$ 14,38
207	02.02.06.013-6	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 9,86
208	02.02.06.014-4	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 11,25
209	02.02.06.015-2	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 11,71
210	02.02.06.016-0	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 10,15
211	02.02.06.017-9	DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$ 11,55
213	02.02.06.018-7	DOSAGEM DE ESTRONA	R\$ 11,12
214	02.02.06.019-5	DOSAGEM DE GASTRINA	R\$ 14,15
215	02.02.06.020-9	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	R\$ 15,35
216	02.02.06.021-7	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 7,85
217	02.02.06.022-5	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$ 10,21
218	02.02.06.023-3	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 7,89
219	02.02.06.024-1	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 8,97





**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

220	02.02.06.025-0	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 8,96
221	02.02.06.026-8	DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 10,17
222	02.02.06.027-6	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 43,13
223	02.02.06.028-4	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 15,35
224	02.02.06.029-2	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 10,22
225	02.02.06.030-6	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$ 10,15
226	02.02.06.031-4	DOSAGEM DE RENINA	R\$ 13,19
227	02.02.06.032-2	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$ 15,35
228	02.02.06.033-0	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R\$ 13,11
229	02.02.06.034-9	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 10,43
230	02.02.06.035-7	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 13,11
231	02.02.06.036-5	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$ 15,35
232	02.02.06.037-3	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 8,76
233	02.02.06.038-1	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 11,60
234	02.02.06.039-0	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 8,71
235	02.02.06.040-3	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	R\$ 12,01
236	02.02.06.041-1	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	R\$ 12,01
237	02.02.06.042-0	TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APOS GONADORRELINA	R\$ 12,01
238	02.02.06.043-8	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	R\$ 12,01
239	02.02.06.044-6	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	R\$ 12,01
240	02.02.06.045-4	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	R\$ 12,01
241	02.02.06.046-2	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	R\$ 8,43
242	02.02.06.047-0	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	R\$ 12,15
243	02.02.07.001-8	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	R\$ 2,06
244	02.02.07.002-6	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	R\$ 2,23
245	02.02.07.003-4	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	R\$ 3,68
246	02.02.07.004-2	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	R\$ 2,04
247	02.02.07.005-0	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R\$ 15,65
248	02.02.07.006-9	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	R\$ 3,51
249	02.02.07.007-7	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	R\$ 2,01
250	02.02.07.009-3	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	R\$ 10,00
251	02.02.07.010-7	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	R\$ 10,00
252	02.02.07.011-5	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	R\$ 10,00
253	02.02.07.012-3	DOSAGEM DE BARBITURATOS	R\$ 13,13
254	02.02.07.013-1	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	R\$ 13,48
255	02.02.07.014-0	DOSAGEM DE CADMIO	R\$ 6,55
256	02.02.07.015-8	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$ 17,53
257	02.02.07.016-6	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	R\$ 4,11
258	02.02.07.017-4	DOSAGEM DE CHUMBO	R\$ 8,83
259	02.02.07.018-2	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R\$ 58,61
260	02.02.07.019-0	DOSAGEM DE COBRE	R\$ 3,51
261	02.02.07.020-4	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R\$ 8,97
262	02.02.07.021-2	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	R\$ 15,65
263	02.02.07.022-0	DOSAGEM DE FENITOINA	R\$ 35,22
264	02.02.07.023-9	DOSAGEM DE FENOL	R\$ 2,05
265	02.02.07.024-7	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	R\$ 3,51
266	02.02.07.025-5	DOSAGEM DE LITIO	R\$ 2,25
267	02.02.07.026-3	DOSAGEM DE MERCURIO	R\$ 2,04
268	02.02.07.027-1	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	R\$ 4,11
269	02.02.07.028-0	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	R\$ 10,00
270	02.02.07.029-8	DOSAGEM DE METOTREXATO	R\$ 10,00
271	02.02.07.030-1	DOSAGEM DE QUINIDINA	R\$ 10,00
272	02.02.07.031-0	DOSAGEM DE SALICILATOS	R\$ 2,01





**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

273	02.02.07.032-8	DOSAGEM DE SULFATOS	R\$ 3,51
274	02.02.07.033-6	DOSAGEM DE TEOFILINA	R\$ 15,65
275	02.02.07.034-4	DOSAGEM DE TIOCIANATO	R\$ 3,68
276	02.02.07.035-2	DOSAGEM DE ZINCO	R\$ 15,65
277	02.02.08.001-3	ANTIBIOGRAMA	R\$ 4,98
278	02.02.08.002-1	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R\$ 13,33
279	02.02.08.003-0	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	R\$ 13,33
280	02.02.08.004-8	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$ 4,20
281	02.02.08.005-6	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	R\$ 4,20
282	02.02.08.006-4	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	R\$ 4,20
283	02.02.08.007-2	BACTEROSCOPIA (GRAM)	R\$ 2,80
284	02.02.08.008-0	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO sem identificação e autoclave	R\$ 5,62
285	02.02.08.009-9	CULTURA DO LEITE MATERNO (POS-PASTEURIZACAO)	R\$ 4,33
286	02.02.08.010-2	CULTURA P/ HERPESVIRUS	R\$ 4,33
287	02.02.08.007-2	URUCULTURA	R\$2,80
288	02.02.08.011-0	CULTURA PARA BAAR	R\$ 5,63
289	02.02.08.012-9	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R\$ 10,25
290	02.02.08.013-7	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$ 4,19
291	02.02.08.014-5	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$ 2,80
292	02.02.08.015-3	HEMOCULTURA	R\$ 11,49
293	02.02.08.016-1	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	R\$ 5,63
294	02.02.08.017-0	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	R\$ 4,33
295	02.02.08.018-8	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	R\$ 2,80
296	02.02.08.019-6	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$ 4,33
297	02.02.08.020-0	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	R\$ 2,80
298	02.02.08.021-8	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$ 4,33
299	02.02.08.022-6	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	R\$ 2,80
300	02.02.08.023-4	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	R\$ 5,04
301	02.02.09.001-9	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
302	02.02.09.002-7	ADENOGRAMA	R\$ 5,79
303	02.02.09.003-5	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	R\$ 4,33
304	02.02.09.004-3	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	R\$ 4,33
305	02.02.09.005-1	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89
306	02.02.09.006-0	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89
307	02.02.09.007-8	DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,56
308	02.02.09.008-6	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 1,89
309	02.02.09.009-4	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	R\$ 2,01
310	02.02.09.010-8	DOSAGEM DE FRUTOSE	R\$ 2,01
311	02.02.09.011-6	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	R\$ 2,01
312	02.02.09.012-4	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
313	02.02.09.013-2	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
314	02.02.09.015-9	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	R\$ 5,23
315	02.02.09.016-7	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,56
316	02.02.09.017-5	ESPLENOGRAMA	R\$ 5,79
317	02.02.09.018-3	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	R\$ 1,89
318	02.02.09.019-1	MIELOGRAMA	R\$ 5,79
319	02.02.09.021-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R\$ 9,70



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

320	02.02.09.022-1	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA	R\$ 2,01
321	02.02.09.029-9	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	R\$ 1,89
322	02.02.09.030-2	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R\$ 1,89
323	02.02.11.008-7	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 13,20
324	02.02.12.001-5	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	R\$ 10,65
325	02.02.12.002-3	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37
326	02.02.12.003-1	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	R\$ 10,65
327	02.02.12.008-2	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37
328	02.02.12.009-0	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$ 2,73
<b>VALOR ESTIMADO PARA 12 (DOZE) MESES</b>			<b>R\$200.000,00</b>

**4.1.2. Lote 02 – Exames Anatomopatológicos não constantes da TABELA SUS:**

ITEM	CÓDIGO SIGTAP	NOME DO EXAME	VALOR UNITÁRIO
01	02.01.01.002-0	BIOPSIA DO MATERIAL COLETADO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE – ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO	R\$79,20
02	02.01.01.019-4	BIOPSIA DOS FRAGMENTOS DE TECIDOS COLETADOS NA HIPOFARINGE, OROFARINGE E NASOFARINGE, PARA EXAME HISTOPATOLOGICO - ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO	R\$79,20
03	02.01.01.015-1	BIOPSIA DOS FRAGMENTOS COLETADOS DO ENDOMETRIO PARA EXAME HISTOPATOLOGICO - ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO	R\$79,20
04	02.01.01.023-2	BIOPSIA DOS FRAGMENTOS DE TECIDO DE GLANDULA SALIVAR PARA EXAME HISTOPATOLOGICO. ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO	R\$79,20
		BIOPSIA DOS FRAGMENTOS DE TECIDOS RETIRADOS NA HIPOFARINGE, OROFARINGE E NASOFARINGE, PARA EXAME HISTOPATOLOGICO - ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO	
05	02.01.01.037-2	BIOPSIA DA AMOSTRA DE TECIDO PARA EXAME HISTOLÓGICO RETIRADA DE LESÕES SUSPEITAS DE PELE OU DE PARTES MOLES. - ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO	R\$79,20
06	02.01.01.050-0	BIOPSIA DA FRAGMENTOS DE TECIDOS DA VAGINA COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA OU TERAPÉUTICA, PARA EXAME HISTOPATOLÓGICO. - ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO	R\$79,20
07	02.01.01.052-6	BIOPSIA DE FRAGMENTOS DE LESÃO SUSPEITA. NESTE CASO, DE LESÕES SUSPEITAS DE TECIDOS MOLES DA BOCA - ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO	R\$79,20
08	02.01.01.066-6	BIOPSIA DE FRAGMENTO(S) DE ÁREA ALTERADA DO COLO DO ÚTERO - ENTREGUES AO LABORATÓRIO EM RECEPCIENTE ADEQUADO	R\$79,20
<b>VALOR ESTIMADO PARA 12(DOZE) MESES</b>			<b>R\$ 6.000,00</b>

**4.1.3. Lote 03 – Exames não constantes da TABELA SUS:**



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

ITEM	CODIGO SIGTAP	DESCRIÇÃO DO EXAME	VALOR UNITARIO
01	02.08.04.008-0	DOSAGEM DE E.T.F GLOMERULAR A TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR, MEDIDA LABORATORIAL QUE PERMITE QUE O CLÍNICO GERAL E O NEFROLOGISTA AVALIEM O FUNCIONAMENTO DOS RINS DA PESSOA, SENDO ESSA MEDIDA IMPORTANTE PARA O DIAGNÓSTICO E VERIFICAÇÃO DO ESTÁGIO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC).	R\$14,30
02	02.02.02.047-9	COOMBS AVALIA A PRESENÇA DE ANTICORPOS ESPECÍFICOS QUE ATACAM AS CÉLULAS VERMELHAS DO SANGUE, PROVOCANDO A SUA DESTRUIÇÃO E PODENDO LEVAR AO SURGIMENTO DE UM TIPO DE ANEMIA CONHECIDA COMO HEMOLÍTICA.	R\$18,70
03	INEXISTENTE NO SIGTAP	D DIMERO	R\$150,00
04	02.14.01.016-3	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE SARS-COVID-2	R\$180,00
05	02.13.01.072-0	PESQUISA DE SARS COV-2 POR RT-PCR	R\$210,00
06	INEXISTENTE NO SIGTAP	SOROLOGIA ANTICORPOS IGM E IgG OU IgA E IgG NO SANGUE PARA COVID -19	R\$160,00
<b>VALOR ESTIMADO PARA 12(DOZE) MESES</b>			<b>R\$ 50.000,00</b>

**4.1.4. Lote 04 – Taxa de coleta para exames laboratoriais:**

ITEM	DESCRIÇÃO	UND.	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VALOR ESTIMADO PARA 12 (DOZE) MESES
1	Taxa de coleta realizada para cada paciente, indiferente da quantidade de exames coletados	UN	2200	R\$13,00	R\$ 28.600,00

4.1.5. O valor proposto estimado para atender nossa demanda será de R\$ 284.600,00 (duzentos e oitenta e quatro mil e seiscentos reais).

4.2 O pagamento será efetuado de acordo com os serviços prestados mensalmente e encaminhadas a CONTRATANTE mediante relatório, devendo o pagamento ser efetuado até 30 (trinta) dias da entrega da nota fiscal.

4.3 A Nota fiscal eletrônica deverá ser entregue acompanhada das Certidões Negativas de Débitos Federais, Estadual, Municipal e FGTS no Departamento Municipal de Saúde de Porto Amazonas.

4.4 O pagamento será efetuado através de depósito ou transferência direto em conta corrente, segundo o interesse da CONTRATANTE.

4.5 O valor do contrato é fixo e irrevogável pelo seu prazo inicial, salvo por motivos de alteração na legislação econômica do país, que autorize a correção nos contratos com a administração pública, visando o equilíbrio da contraprestação.

4.6 A fonte utilizada será a 303.

**5 CLÁUSULA QUINTA – DA INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO**



## ESTADO DO PARANÁ MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS

---

5.1 Deu origem a esse Contrato o processo de Credenciamento nº007/2022, Inexigibilidade nº040/2022, Processo Administrativo nº1110/2022, que inviabilizou a competição pela contratação de todos os interessados aptos, tendo seu sustentáculo no caput do art. 25 da Lei 8.666/93.

### **6 CLÁUSULA SEXTA – DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL A ESTE CONTRATO E AOS CASOS OMISSOS**

6.1 As partes declaram-se sujeitas às disposições da Lei Federal 8.666/93 e todas as suas alterações, que será aplicada em sua plenitude a este Contrato, bem como aos casos omissos resultantes desta pactuação.

### **7 CLÁUSULA SÉTIMA – DO DESCRENCIAMENTO E DA RESCISÃO DO CONTRATO**

7.1 Constituem motivos para o descredenciamento:

7.1.1 Por parte da CONTRATANTE, sem prévio aviso, quando:

7.1.1.1 A CONTRATADA deixar de cumprir qualquer das cláusulas e condições do contrato;

7.1.1.2 a CONTRATADA descumprir qualquer das obrigações estabelecidas na Clausula Oitava deste contrato, segundo o caso;

7.1.1.3 a CONTRATADA praticar atos fraudulentos no intuito de auferir para si ou para outrem vantagem ilícita;

7.1.1.4 - ficar evidenciada incapacidade da CONTRATADA de cumprir as obrigações assumidas, devidamente caracterizadas em relatório circunstanciado de inspeção;

7.1.1.5 ocorrer razões de interesse público de alta relevância, mediante despacho motivado e justificado pela Prefeitura Municipal;

7.1.1.6 por razão de caso fortuito ou força maior;

7.1.1.7 No caso da decretação de falência, concordata ou recuperação judicial da empresa credenciada; sua dissolução, liquidação ou falecimento de todos os seus sócios;

7.1.1.8 E naquilo que couber nas outras hipóteses do art. 78 da Lei 8.666/93.

7.1.2 Pela CONTRATADA:

7.1.2.1 Mediante solicitação escrita e devidamente justificada à Prefeitura Municipal, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias;

7.2 É direito da CONTRATADA o contraditório e a ampla defesa nos casos de descredenciamento.

7.3 É direito da CONTRATANTE, no caso de descredenciamento, usar das garantias do art. 77 da Lei 8.666/93.

### **8 CLÁUSULA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES**

8.1 São obrigações:

8.1.1 Da Contratante:

8.1.1.1 Comunicar, por escrito, à CONTRATADA o não aceite do objeto, apontando as razões da sua desconformidade com as especificações contidas neste termo de referência, no instrumento convocatório ou na proposta apresentada;

8.1.1.2 Comunicar, por escrito, à CONTRATADA quaisquer irregularidades verificadas no objeto prestado;



## ESTADO DO PARANÁ

### MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS

---

- 8.1.1.3 Efetuar os pagamentos nas condições, prazos e preços pactuados;
- 8.1.1.4 Exercer o acompanhamento e a fiscalização dos serviços, por servidor especialmente designado;
- 8.1.1.5 Exigir o cumprimento de todas as obrigações assumidas pela contratada, de acordo com as cláusulas contratuais e os termos de sua proposta;
- 8.1.1.6 Prestar as informações e os esclarecimentos solicitados pela contratada, relacionados com o objeto pactuado;
- 8.1.1.7 Proporcionar as condições para que a CONTRATADA possa cumprir as obrigações pactuadas;
- 8.1.1.8 Aceitar o objeto e conferir as especificações técnicas com as constantes neste termo de referência e na proposta da contratada, recusando-o na hipótese de desconformidade com as características pretendidas.
- 8.1.2 Da Contratada:
  - 8.1.2.1 Seguir todas as orientações do Município de Porto Amazonas, emanadas pelo fiscal do contrato, sujeitando-se à ampla e irrestrita fiscalização;
  - 8.1.2.2 Arcar com todas as despesas, diretas e indiretas, decorrentes do cumprimento das obrigações assumidas, sem qualquer ônus ao Município de Porto Amazonas;
  - 8.1.2.3 Comunicar ao Município de Porto Amazonas qualquer anormalidade de caráter urgente referente ao fornecimento do produto e prestar os esclarecimentos cabíveis;
  - 8.1.2.4 Considerar que a ação da fiscalização deste Município não exonera a CONTRATADA de suas responsabilidades;
  - 8.1.2.5 Entregar o objeto no prazo estabelecido no tem 4 deste edital;
  - 8.1.2.6 Manter todas as condições de habilitação exigidas no certame durante a vigência contratual, sob pena de serem convocados os demais participantes para a entrega dos produtos;
  - 8.1.2.7 Não transferir, sob nenhum pretexto, sua responsabilidade para outras entidades, sejam fabricantes, técnicos e outros;
  - 8.1.2.8 Obedecer às especificações do objeto, observando a qualidade e prazo exigidos deste termo de referência e no ato convocatório, bem como a marca e modelo constantes da proposta apresentada;
  - 8.1.2.9 Responsabilizar-se pela qualidade e resistência dos serviços;
  - 8.1.2.10 Responsabilizar-se pelos serviços pertinentes ao objeto, no local indicado, como também pelas despesas a ele inerentes.

### **9 CLÁUSULA NONA – DA GESTÃO E FISCALIZAÇÃO**

- 9.1 A Gestora do Contrato será Anelise Aparecida Ribas designada através de Portaria de Nomeação nº003/2021 de 04 de janeiro de 2021.
- 9.2 A fiscal do Contrato será Izabeli Caroline Bueno Ciesielski designada através da Portaria de Nomeação nº042 de 19 de maio de 2022.

### **10 CLÁUSULA DÉCIMA – DAS SANÇÕES E PENALIDADES**

- 10.1 O descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas pela CONTRATADA caracterizará sua inadimplência implicando, segundo a gravidade, em multa de até 5% (cinco por cento) do valor global do contrato, reajustado até o momento da cobrança, descontada de logo, quando do pagamento da fatura





**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**

---

apresentada pelo credenciado ou se por este motivo impossível, será por cobrança judicial.

10.2 A aplicação da multa, segundo o caso, não eximirá a empresa credenciada de sofrer outras sanções previstas na Lei 8.666/93, especialmente as previstas no art. 87, I a IV.

10.3 As multas não têm caráter compensatório, são independentes e cumulativas e não eximem a credenciada da prestação do serviço.

**11 CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS**

11.1 As despesas oriundas do credenciamento de empresas serão suportadas pela dotação orçamentária:

**ORGÃO – 09 – Departamento de Saúde**

**UNIDADE – 09.001 – Fundo Municipal de Saúde**

**PROJETO/ATIVIDADE – 10.301.0029.2029 – Manutenção do Fundo Municipal de Saúde**

**ELEMENTO DE DESPESA – 3.3.90.39.50.99 – Demais Despesas com Serviço Médico-Hospitalar, odontológico e Laboratorial**

11.2 Nos exercícios seguintes, nas dotações orçamentárias consignadas nas respectivas Leis Orçamentárias Anuais.

**12 CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO FORO**

12.1 O foro da Comarca de Palmeira, Estado do Paraná, é o competente para dirimir eventuais pendências acerca deste contrato, na forma da lei nacional de licitações, art. 55, § 2º.

**13 CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DISPOSIÇÕES FINAIS**

13.1 Fazem parte integrante deste Contrato independente de transcrição: o edital credenciamento e a proposta da CONTRATADA.

13.2 Este contrato sujeita-se ainda às Leis municipais inerentes ao assunto.

E, por estarem justos e contratados, assinam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas.

Porto Amazonas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

\_\_\_\_\_  
Elias Jocid Gomes da Costa  
Prefeito Municipal

\_\_\_\_\_  
Contratada

TESTEMUNHAS:

\_\_\_\_\_ RG N° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ RG N° \_\_\_\_\_