

CI Nº 235/2023/SMS

Dois Vizinhos, 22 de março de 2023.

SOLICITAÇÃO DE ABERTURA DE PROCESSO DE CHAMAMENTO PÚBLICO

DE: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE DOIS VIZINHOS
PARA: SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS

1. ESPECIFICAÇÕES DO OBJETO

Credenciamento de pessoas jurídicas para contratação de empresa especializada, com profissional habilitado, para realização de exames laboratoriais, conforme necessidade, mediante autorização do Fundo Municipal de Saúde, de forma complementar a rede de assistência à saúde do município de Dois Vizinhos, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

2. JUSTIFICATIVA

Considerando que a Lei 8080/90, lei orgânica do Sistema Único de Saúde – SUS, estabelece que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício;

Considerando que os exames laboratoriais são indispensáveis ao diagnóstico preventivo e de acompanhamento clínico dos pacientes em tratamento, sendo que em média são autorizados 600 exames laboratoriais por dia aos usuários do SUS de Dois Vizinhos;

Considerando o término da vigência dos contratos com empresas para exames laboratoriais em 12 de abril de 2023, referente o Chamamento Público nº 006/2021 e com base na Lei Municipal nº 2366/2019 que trata “Art. 3º O Chamamento Público para credenciamento estará aberto pelo período de 12 (doze) meses, contados da assinatura, podendo ser prorrogado uma única vez, por igual período, caso haja interesse da administração”; desta forma não cabe mais a confecção de aditivo ao Chamamento Público nº 006/2021;

Diante do exposto, justifica-se a solicitação pela necessidade de continuar oferecendo os serviços de exames laboratoriais a população; visto que os exames laboratoriais estão entre os mais necessários e realizados no apoio diagnóstico à prática clínica, com repercussões importantes em termos de cuidados aos pacientes e impacto na saúde.

3. FONTE DA DESPESA (RECURSO)

As despesas podem ser custeadas pela fonte 494 – Média e Alta Complexidade.

4. ESPECIFICAÇÕES DO PRODUTO/SERVIÇO

Conforme Anexo I.

5. GESTOR

A gestão do contrato fica a cargo da Sra. Claudete Meurer;

6. FISCAL E SUPLENTE DE FISCAL

A fiscalização cabe ao Sr. Rafael R. Dutra, sendo como suplente a Sra. Andrea Regina Pellin Cagnini.

7. PRAZO

A vigência e execução serão de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado uma única vez conforme art. 3º da Lei Municipal nº 2366/2019.

8. VALOR

O valor estimado para esta Chamada Pública é de R\$ 1.700.000,00 (um milhão e setecentos mil reais).

Utilizando como base para definição do valor e série histórica dos períodos março de 2021 a fevereiro de 2022 e março de 2022 a fevereiro de 2023 (Anexo).

Além disso, considera-se para este Chamamento o valor reajustado pelos secretários de saúde junto ao Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste, sendo aplicado um reajuste de quase 36% sob o valor da Tabela Nacional, para isso, o município irá utilizar como base a tabela de exames de referência do referido Consórcio.

O valor estimado acima não implica em nenhuma previsão de crédito em favor dos Credenciados, que só farão jus aos valores correspondentes aos serviços efetivamente prestados, desde que autorizados e aprovados pela Secretaria Municipal de Saúde.

9. DOCUMENTOS PARA HABILITAÇÃO

9.1. Além das habilitações jurídica, econômico-financeira, regularidade fiscal, deverão ter habilitação técnica:

a) Cadastro no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, fornecido pela Secretaria de Saúde do município sede da Licitante;

b) Licença sanitária atualizada fornecida pelo órgão competente do Município sede da Licitante;

c) Relação contendo o(s) nome(s) e função(ões) de todos os profissionais envolvidos e/ou atuantes na prestação do(s) serviço(s) ofertado(s), acompanhado de cópia da Cédula de Identidade, CPF e Comprovante de Inscrição no Conselho Regional da Categoria do Técnico Responsável. Comprovação do vínculo do profissional com o estabelecimento no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, fornecido pela Secretaria de Saúde do município sede da Licitante;

d) Registro ou inscrição do estabelecimento no respectivo Conselho de Classe Regional;

9.2. Documentação Complementar:

a) A empresa a ser contratada deve manter o estabelecimento com capacidade para a prestação de serviço instalado no Município de Dois Vizinhos (apresentar o alvará de localização), caso não possua, deverá dispor da estrutura necessária no prazo máximo de 30 (trinta) dias, devendo nesse caso apresentar ao gestor e fiscal documentação comprobatória.

b) Incluir declaração em que a empresa se compromete a realizar todos os exames liberados pela secretaria conforme tabela em anexo ao contrato, sem cobrança adicional ou pedido de realizar um reteste por qualquer motivo. Ex. resultado inconclusivo, ou qualquer problema técnico durante o processo.

10. EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS: As empresas **credenciadas e devidamente contratadas** durante a execução do objeto deste Chamamento deverão atender aos seguintes requisitos:

a) Realizar todos os serviços relacionados no Anexo I, pelos valores inicialmente ali fixados, sem cobrança de qualquer valor adicional ao usuário do SUS do Município de Dois Vizinhos.

MUNICÍPIO DE DOIS VIZINHOS - PR
S E C R E T A R I A M U N I C I P A L D E S A Ú D E

Av. DediBaricheloMontagner, 425

Fone/Fax (046)3536-1485

e-mail: saudedv@win.com.br

- b) Os serviços deverão ser prestados por profissionais habilitados da CONTRATADA, em dependência própria e com a utilização de seus equipamentos;
- c) O(s) agendamento(s) do(s) exames só poderá(ão) ser(em) realizado(s) mediante a apresentação da(s) requisição(ões) e autorizações fornecidas pelo setor responsável da Secretaria Municipal de Saúde, que assumirá todos os ônus decorrentes dos procedimentos.
- d) A **Contratada** deverá apresentar a Secretaria Municipal de Saúde, relatório dos atendimentos realizados, contendo especificações detalhadas por procedimento (data, nome do usuário, código do procedimento, etc.), para a devida conferência;
- e) Atender os pacientes com dignidade e respeito e de modo universal e igualitário, mantendo-se a qualidade na prestação de serviços.
- f) Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de Serviços de Saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação Legal.
- g) Responsabilizarem-se pelos salários, encargos sociais, previdenciários, taxas, impostos e quaisquer outros que incidam ou venham a incidir sobre seu pessoal necessário à execução do serviço.
- h) As coletas de material devem ser efetuadas no máximo de 5 (cinco) dias úteis após a autorização da Secretaria Municipal de Saúde, exceto exames de repetição onde o profissional médico determina a data da coleta e/ou exame com previsão de retorno ao solicitante superior a 20 (vinte) dias.
- i) Os resultados dos exames devem ser disponibilizados em até 48 (quarenta e oito) horas após a coleta em casos emergenciais e até 7 (sete) dias úteis após a coleta para exames comuns;
- j) Cumprir, dentro dos prazos estabelecidos as obrigações assumidas por força do edital;
- k) Manter, durante todo o contrato, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no credenciamento.
- l) Apresentar e atualizar certidões ou qualquer outro documento sempre que solicitado pelo Município de Dois Vizinhos;
- m) Permitir o acesso dos supervisores e auditores da coordenação de controle e avaliação do Município para supervisionar e acompanhar a execução da prestação dos serviços do contrato;
- n) A empresa Credenciada não poderá alterar as instalações bem como o endereço de atendimento sem consentimento prévio e por escrito do Município de Dois Vizinhos, através da Secretaria Municipal de Saúde.
- o) A Credenciada deverá comunicar à Contratante qualquer irregularidade de que tenha conhecimento.
- p) A proponente compromete-se em manter o estabelecimento aberto, em pleno atendimento, inclusive efetuando coletas e entregando resultados dos exames aos interessados, no mínimo no mesmo horário de atendimento da Secretaria Municipal de Dois Vizinhos.

MUNICÍPIO DE DOIS VIZINHOS - PR

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. DediBaricheloMontagner, 425

Fone/Fax (046)3536-1485

e-mail: saudedv@win.com.br

q) A proponente deverá dispor de profissional técnico responsável devidamente habilitado, sendo este inscrito no Conselho Regional da Categoria, para responder pela análise e supervisão do material e serviço executado.

r) Os serviços contratados **deverão ser** prestados diretamente por profissionais do estabelecimento contratado, conforme cadastro no CNES, respeitando a capacidade instalada do estabelecimento.

s) A coleta do material para os exames deverá ser feita em estabelecimentos localizados no território do Município de Dois Vizinhos.

t) É de responsabilidade da CONTRATADA utilizar o sistema disponível pela contratante para informação dos resultados dos procedimentos previamente autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde. Na ocorrência de eventual impossibilidade de utilização temporária do sistema, os resultados deverão ser encaminhados via e-mail ou em sistema próprio da CONTRATADA, com acesso ao responsável técnico da Secretaria de Saúde, dentro dos prazos estipulados;

u) O credenciado deverá cumprir o Termo de Ética dos Servidores Públicos do Município de Dois Vizinhos, conforme previsto no Decreto nº 16549/2020, artigo 27, alínea “D” de acordo com os princípios e critérios de conduta nele estabelecidos.

v) Da responsabilidade civil: O credenciado será responsável por todos os danos causados aos usuários, aos órgãos do Sistema Único de Saúde e a terceiros quando da execução dos serviços objeto deste edital, que decorram de ação ou omissão, negligência ou imprudência, praticados por seus empregados, profissionais autônomos ou prepostos, ficando-lhe assegurado o direito de regresso.

w) Manter estabelecimento com capacidade para a prestação de serviço instalado no Município de Dois Vizinhos.

11. DA SUBCONTRATAÇÃO

11.1 A credenciada poderá terceirizar no máximo de 30% (trinta por cento) do total de sua produção, desde que informe os procedimentos a serem terceirizados;

- a) o rol de procedimentos a serem terceirizados sejam acompanhados de justificativa técnica sobre o motivo da terceirização; que o serviço terceirizado
- b) o serviço terceirizado ofereça os mesmos critérios de qualidade exigidos no Edital de Chamamento.
- c) No caso de subcontratação a responsabilidade perante a administração pela prestação dos serviços, qualidade dos serviços, etc, continua sendo da credenciada.

11.2 A subcontratação antes de realizada deverá ser analisada pela comissão de licitações, devendo esta apresentar e cumprir com toda a documentação exigida neste edital como HABILITAÇÃO, ainda a subcontratação deverá ser analisada por equipe técnica da Secretaria de Saúde e dependerá da aprovação e anuência do município.

11.3 Detaca-se que a subcontratação não estabelece uma relação jurídica de natureza contratual entre a Administração e o subcontratado, sendo que o cumprimento das obrigações advindas do contrato administrativo permanece sob exclusiva responsabilidade do contratado, que responderá integralmente por essas obrigações perante a Administração, ou seja, diante de eventuais inadimplementos do subcontrato, na forma do art. 69 da Lei nº 8666/93, “o contratado é obrigado a reparar, corrigir, remover, reconstituir ou substituir, às suas expensas, no total ou em parte, o objeto do contrato em que se verifiquem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução ou de materiais empregados”.

11.4 Portanto, cabe exigir os documentos capazes de comprovar a idoneidade e capacidade técnica do interessado para desempenhar as parcelas que serão objeto de subcontratação, com a finalidade de assegurar a satiação do interesse publico diante desta contratação.

11.5 Assim, para habilitação deve-se exigir do subcontrato documentos que demonstrem sua habilitação jurídica, regularidade fiscal e trabalhista e que cumpra com o disposto no inc. XXXIII do art. 7º da Constituição, ademais replicar os requisitos técnicos para a parcela que o licitante pretende subcontratar.

12. DO PAGAMENTO

Para o faturamento mensal da produção, a empresa vencedora deverá entregar, até o dia 25 (vinte e cinco) de cada mês, ou conforme cronograma fornecido pelo departamento de Auditoria, Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde, juntamente com as requisições dos exames devidamente autorizadas pela secretaria de saúde e os laudos dos mesmos:

1 - Relatório impresso e assinado pelo prestador dos procedimentos faturados no período, em que constem obrigatoriamente:

- a) Nome completo do paciente;
- b) Descrição conforme tabela SUS do procedimento faturado;
- c) Valor faturado.

Após conferência e autorização deverá constar na Nota Fiscal:

- a) Número da Licitação;
- b) Número do Aditivo/Apostilamento (se houver);
- c) Número do Cadastro no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde);
- d) Apresentar anexo a todas as Notas Fiscais as Negativas Fiscais, CNDT, FGTS;
- e) A empresa deverá anexar cópia do laudo de controle de qualidade externo em meses alternados.

Conforme previsto no Art. 7º da Lei Municipal 2366/2019: O pagamento dos credenciados será realizado de acordo com a demanda, tendo por base o valor definido no Edital ou na Ordem de Serviço, através de nota de empenho de despesa.

13. DO CREDENCIAMENTO

As propostas das proponentes serão credenciadas as que atenderem as exigências estipuladas no edital, sendo que a proponente deverá comprometer-se a atender TODOS OS ITENS, compreendidos no Anexo I – Exames Laboratoriais.

Dentre as propostas das proponentes será dada preferência as de entidades filantrópicas e às sem fins lucrativos, conforme Art. 4º da portaria 1.034/2010.

Estabelecida a capacidade de atendimento destas entidades e persistindo a necessidade de complementação do serviço, está o credenciamento aberto a todas as pessoas jurídicas prestadoras dos serviços pertinentes ao Edital, respeitando a ordem de chegada dividindo-se os exames por meio de rateio, conforme o número de interessados.

Caso não haja nenhuma entidade filantrópica e sem fins lucrativos o credenciamento será por meio de rateio.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente

Claudete Meurer
Gestora de Saúde

Ilustríssimo Sr.
VILMAR POSSATO DUARTE
DD. Secretário de Administração e Finanças
NESTA

MUNICÍPIO DE DOIS VIZINHOS - PR

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. DediBaricheloMontagner, 425

Fone/Fax (046)3536-1485

e-mail: saudedv@win.com.br

ANEXO I

ITEM	CÓDIGO SIGTAP	DESCRIÇÃO	SUS	COMPLEMENTO	TOTAL
1		ACIDO FOLICO	R\$ 0,00	R\$ 23,21	R\$ 23,21
2	0202010023	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO (TIBC)	R\$ 2,01	R\$ 2,01	R\$ 4,02
3	0202010040	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 3,63	R\$ 3,63	R\$ 7,26
4	0202010066	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	R\$ 3,68	R\$ 3,68	R\$ 7,36
5	0202010058	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (5 DOSAGENS)	R\$ 6,55	R\$ 6,55	R\$ 13,10
6	0202010074	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	R\$ 10,00	R\$ 10,00	R\$ 20,00
7		DIMERO D	R\$ 0,00	R\$ 75,00	R\$ 75,00
8	0202010767	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 15,24	R\$ 6,44	R\$ 21,68
9	0202010112	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R\$ 2,01	R\$ 2,01	R\$ 4,02
10	0202010120	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$ 1,85	R\$ 1,70	R\$ 3,55
11	0202010139	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	R\$ 9,00	R\$ 9,00	R\$ 18,00
12	0202010147	DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$ 3,68	R\$ 3,21	R\$ 6,89
13	0202010155	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	R\$ 3,68	R\$ 3,68	R\$ 7,36
14	0202010163	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R\$ 3,68	R\$ 3,68	R\$ 7,36
15	0202010171	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	R\$ 3,68	R\$ 3,68	R\$ 7,36
16	0202010180	DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 2,25	R\$ 2,25	R\$ 4,50
17	0202010198	DOSAGEM DE AMONIA	R\$ 3,51	R\$ 3,51	R\$ 7,02
18	0202010201	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES (ALBUMINA)	R\$ 2,01	R\$ 1,74	R\$ 3,75
19	0202010210	DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 1,85	R\$ 1,85	R\$ 3,70
20	0202010228	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$ 3,51	R\$ 3,51	R\$ 7,02
21	0202010252	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	R\$ 3,68	R\$ 3,68	R\$ 7,36
22	0202010260	DOSAGEM DE CLORETO	R\$ 1,85	R\$ 1,38	R\$ 3,23
23	0202010279	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 3,51	R\$ 2,91	R\$ 6,42
24	0202010287	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 3,51	R\$ 3,51	R\$ 7,02
25	0202010295	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 1,85	R\$ 1,70	R\$ 3,55
26	0202010309	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R\$ 3,68	R\$ 3,68	R\$ 7,36
27	0202010317	DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 1,85	R\$ 1,85	R\$ 3,70
28	0202010325	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 3,68	R\$ 3,68	R\$ 7,36
29	0202010333	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB (CK-MB)	R\$ 4,12	R\$ 4,12	R\$ 8,24
30	0202010368	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (LDH)	R\$ 3,68	R\$ 3,38	R\$ 7,06
31	0202010384	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 15,59	R\$ 10,98	R\$ 26,57
32	0202010392	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$ 3,51	R\$ 2,02	R\$ 5,53
33	0202010406	DOSAGEM DE FOLATO	R\$ 15,65	R\$ 6,35	R\$ 22,00
34	0202010414	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	R\$ 2,01	R\$ 2,01	R\$ 4,02
35	0202010422	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,01	R\$ 2,01	R\$ 4,02
36	0202010430	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 1,85	R\$ 1,70	R\$ 3,55
37	0202010457	DOSAGEM DE GALACTOSE	R\$ 3,51	R\$ 3,51	R\$ 7,02
38	0202010465	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMAGT)	R\$ 3,51	R\$ 2,68	R\$ 6,19
39	0202010473	DOSAGEM DE GLICOSE/GLICEMIA EM JEJUM	R\$ 1,85	R\$ 1,70	R\$ 3,55
40	0202010481	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	R\$ 3,68	R\$ 3,68	R\$ 7,36
41	0202010490	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	R\$ 3,68	R\$ 3,68	R\$ 7,36
42	0202010503	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 7,86	R\$ 7,86	R\$ 15,72
43	0202010538	DOSAGEM DE LACTATO	R\$ 3,68	R\$ 3,38	R\$ 7,06
44	0202010554	DOSAGEM DE LIPASE	R\$ 2,25	R\$ 2,25	R\$ 4,50
45	0202010562	DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 2,01	R\$ 1,81	R\$ 3,82
46	0202010570	DOSAGEM DE MUCOPROTEINA	R\$ 2,01	R\$ 1,00	R\$ 3,01
47	0202010589	DOSAGEM DE PIRUVATO	R\$ 3,68	R\$ 3,68	R\$ 7,36
48	0202010597	DOSAGEM DE PORFIRINAS	R\$ 3,51	R\$ 3,51	R\$ 7,02
49	0202010600	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 1,85	R\$ 1,70	R\$ 3,55
50	0202010619	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$ 1,40	R\$ 1,40	R\$ 2,80
51	0202010627	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES(ALBUMINA)	R\$ 1,85	R\$ 1,85	R\$ 3,70
52	0202010635	DOSAGEM DE SODIO	R\$ 1,85	R\$ 1,70	R\$ 3,55
53	0202010643	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO-AST)	R\$ 2,01	R\$ 2,01	R\$ 4,02
54	0202010651	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA(TGP-ALT)	R\$ 2,01	R\$ 2,01	R\$ 4,02

MUNICÍPIO DE DOIS VIZINHOS - PR

S E C R E T A R I A M U N I C I P A L D E S A Ú D E

Av. DediBaricheloMontagner, 425

Fone/Fax (046)3536-1485

e-mail: saudedv@win.com.br

55	0202010660	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,12	R\$ 4,12	R\$ 8,24
56	0202010678	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 3,51	R\$ 2,17	R\$ 5,68
57	0202010686	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	R\$ 3,51	R\$ 1,75	R\$ 5,26
58	0202031209	DOSAGEM DE TROPONINA (QUANTITATIVA EQUALITATIVA)	R\$ 9,00	R\$ 9,00	R\$ 18,00
59	0202010694	DOSAGEM DE UREIA	R\$ 1,85	R\$ 1,85	R\$ 3,70
60	0202010708	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 15,24	R\$ 7,53	R\$ 22,77
61	0202020355	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 5,41	R\$ 3,57	R\$ 8,98
62	0202010716	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$ 3,68	R\$ 3,68	R\$ 7,36
63	0202010724	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 4,42	R\$ 4,42	R\$ 8,84
64	0202050262	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	R\$ 2,04	R\$ 2,04	R\$ 4,08
65		MIOGLOBINA	R\$ 0,00	R\$ 20,00	R\$ 20,00
66	0202050017	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA (PARCIAL DE URINA/EAS)	R\$ 3,70	R\$ 1,50	R\$ 5,20
67	0202010791	PEPTIDEO NATRIDIURETICO-BNP	R\$ 27,00	R\$ 27,00	R\$ 54,00
68	0202020550	PROTEINA C FUNCIONAL	R\$ 75,00	R\$ 6,60	R\$ 81,60
69	0202020568	PROTEINA S FUNCIONAL	R\$ 125,00	R\$ 35,47	R\$ 160,47
70		RELACAO PROTEINA/CREATININA URINÁRIA	R\$ 0,00	R\$ 15,00	R\$ 15,00
71		TESTE DE INTOLERANCIA A LACTOSE	R\$ 0,00	R\$ 26,27	R\$ 26,27
72	0202010759	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA /HIPOGLICEMIANTE ORAIS	R\$ 6,55	R\$ 6,55	R\$ 13,10
73		TESTE ORAL DE TOLERÂNCIA A GLICOSE (TOTG)	R\$ 0,00	R\$ 10,81	R\$ 10,81
74		VITAMINA A	R\$ 0,00	R\$ 61,73	R\$ 61,73
75		VITAMINA B1	R\$ 0,00	R\$ 76,00	R\$ 76,00
76		VITAMINA B6	R\$ 0,00	R\$ 76,00	R\$ 76,00
77		VITAMINA K	R\$ 0,00	R\$ 320,00	R\$ 320,00
78	0202020029	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 2,73	R\$ 2,73	R\$ 5,46
79	0202020037	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$ 2,73	R\$ 1,70	R\$ 4,43
80	0202020061	DETERMINACAO DE SULFO-HEMOGLOBINA	R\$ 2,73	R\$ 2,07	R\$ 4,80
81	0202020126	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA	R\$ 2,85	R\$ 2,41	R\$ 5,26
82	0202020134	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINAPARCIAL ATIVADA (KPTT/ TTPA)	R\$ 5,77	R\$ 1,31	R\$ 7,08
83	0202020142	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DAPROTROMBINA (TAP)	R\$ 2,73	R\$ 2,07	R\$ 4,80
84	0202020150	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DEHEMOSEDIMENTACAO (VHS)	R\$ 2,73	R\$ 1,19	R\$ 3,92
85	0202020169	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R\$ 4,11	R\$ 4,11	R\$ 8,22
86	0202020177	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$ 6,48	R\$ 6,48	R\$ 12,96
87	0202020185	DOSAGEM DE FATOR II	R\$ 5,31	R\$ 5,31	R\$ 10,62
88	0202020193	DOSAGEM DE FATOR IX	R\$ 7,61	R\$ 7,61	R\$ 15,22
89	0202020207	DOSAGEM DE FATOR V	R\$ 4,73	R\$ 4,73	R\$ 9,46
90	0202020215	DOSAGEM DE FATOR VII	R\$ 8,09	R\$ 8,09	R\$ 16,18
91	0202020223	DOSAGEM DE FATOR VIII	R\$ 6,63	R\$ 6,63	R\$ 13,26
92	0202020231	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	R\$ 15,00	R\$ 15,00	R\$ 30,00
93	0202020240	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	R\$ 18,91	R\$ 18,91	R\$ 37,82
94	0202020258	DOSAGEM DE FATOR X	R\$ 6,66	R\$ 6,66	R\$ 13,32
95	0202020266	DOSAGEM DE FATOR XI	R\$ 9,11	R\$ 9,11	R\$ 18,22
96	0202020274	DOSAGEM DE FATOR XII	R\$ 10,51	R\$ 10,51	R\$ 21,02
97	0202020282	DOSAGEM DE FATOR XIII	R\$ 6,66	R\$ 6,66	R\$ 13,32
98	0202020290	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R\$ 4,60	R\$ 1,97	R\$ 6,57
99	0202020304	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 1,53	R\$ 1,53	R\$ 3,06
100	0202020320	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	R\$ 2,73	R\$ 2,73	R\$ 5,46
101	0202020347	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	R\$ 4,11	R\$ 4,11	R\$ 8,22
102	0202020363	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R\$ 2,73	R\$ 2,73	R\$ 5,46
103	0211080020	GASOMETRIA	R\$ 2,78	R\$ 2,78	R\$ 5,56
104	0202020371	HEMATOCRITO	R\$ 1,53	R\$ 1,53	R\$ 3,06
105	0202020380	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11	R\$ 3,70	R\$ 7,81
106	0202020398	LEUCOGRAMA	R\$ 2,73	R\$ 2,73	R\$ 5,46
107		MUTAÇÃO FATOR V LEIDEN	R\$ 0,00	R\$ 117,30	R\$ 117,30
108	0202020444	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R\$ 2,73	R\$ 2,73	R\$ 5,46
109	0202020487	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R\$ 4,11	R\$ 2,84	R\$ 6,95
110	0202020541	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$ 2,73	R\$ 1,36	R\$ 4,09
111		ANCA (ANTICORPO ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILO)	R\$ 0,00	R\$ 28,80	R\$ 28,80
112		ANTI CENTRÔMERO	R\$ 0,00	R\$ 16,83	R\$ 16,83
113		ANTI ENDOMISIO IGA/IGM/IGG (CADA)	R\$ 0,00	R\$ 39,00	R\$ 39,00
114		ANTI GLIADINA IGA	R\$ 0,00	R\$ 20,00	R\$ 20,00
115		ANTI GLIADINA IGG	R\$ 0,00	R\$ 20,00	R\$ 20,00
116	0202031187	ANTI TRANSGLUTAMINASE IGA	R\$ 18,55	R\$ 11,45	R\$ 30,00
117		ANTI TRANSGLUTAMINASE IGG	R\$ 0,00	R\$ 30,00	R\$ 30,00
118	0202020576	ANTICOAGULANTE LÚPICO	R\$ 110,00	R\$ 0,00	R\$ 110,00

MUNICÍPIO DE DOIS VIZINHOS - PR

S E C R E T A R I A M U N I C I P A L D E S A Ú D E

Av. DediBaricheloMontagner, 425

Fone/Fax (046)3536-1485

e-mail: saudev@win.com.br

119		ANTICORPO ANTI-RECEPTOR DE ACETILCOLINA	R\$ 0,00	R\$ 417,11	R\$ 417,11
120		ANTICORPOS ANTIFATOR INTRÍSECOS	R\$ 0,00	R\$ 230,00	R\$ 230,00
121		ANTICORPOS PARA CAXUMBA IGG/IGM (CADA)	R\$ 0,00	R\$ 47,78	R\$ 47,78
122		ANTIFOSFOLIPIDEO	R\$ 0,00	R\$ 6,27	R\$ 6,27
123		ANTI-HIALURONIDASE	R\$ 0,00	R\$ 37,86	R\$ 37,86
124		ANTI-MBG (MEMBRANA BASAL GLOMERULAR)	R\$ 0,00	R\$ 27,42	R\$ 27,42
125		TESTE DE AVIDEZ IGG (TOXOPLASMOSE)	R\$ 0,00	R\$ 30,00	R\$ 30,00
126		DENGUE NS1	R\$ 0,00	R\$ 40,00	R\$ 40,00
127		DETECÇÃO DE ANTICORPOS IGG E IGM POR IMUNOCROMATOLOGRAFIA (TESTE RÁPIDO COVID-19)	R\$ 0,00	R\$ 80,00	R\$ 80,00
128	0202030067	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	R\$ 9,25	R\$ 4,01	R\$ 13,26
129	0202030075	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 2,83	R\$ 2,83	R\$ 5,66
130	0202030083	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA CREATIVA (PCR QUANTITATIVA)	R\$ 9,25	R\$ 3,94	R\$ 13,19
131	0202031217	DOSAGEM ANTIGENO CA 125	R\$ 13,35	R\$ 4,65	R\$ 18,00
132	0202030091	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$ 15,06	R\$ 2,94	R\$ 18,00
133	0202030105	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 16,42	R\$ 16,42	R\$ 32,84
134	0202030113	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$ 13,55	R\$ 13,55	R\$ 27,10
135		DOSAGEM DE CA 15 03	R\$ 0,00	R\$ 20,00	R\$ 20,00
136		DOSAGEM DE CA 19/9	R\$ 0,00	R\$ 20,00	R\$ 20,00
137	0202030121	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 17,16	R\$ 3,46	R\$ 20,62
138	0202030130	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$ 17,16	R\$ 3,46	R\$ 20,62
139	0202030148	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	R\$ 2,83	R\$ 2,75	R\$ 5,58
140		DOSAGEM DE LAMOTRIGINA	R\$ 0,00	R\$ 110,00	R\$ 110,00
141	0202030156	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$ 17,16	R\$ 4,93	R\$ 22,09
142	0202030164	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 9,25	R\$ 9,17	R\$ 18,42
143	0202030172	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG)	R\$ 0,00	R\$ 14,79	R\$ 14,79
144	0202030180	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 17,16	R\$ 4,44	R\$ 21,60
145	0202030199	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	R\$ 9,25	R\$ 8,58	R\$ 17,83
146		HLAB-27	R\$ 0,00	R\$ 76,66	R\$ 76,66
147	0202030229	IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 17,16	R\$ 9,83	R\$ 26,99
148	0202030253	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10,00	R\$ 8,66	R\$ 18,66
149	0202030261	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10,00	R\$ 10,00	R\$ 20,00
150	0202030270	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 8,67	R\$ 4,94	R\$ 13,61
151	0202030458	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL70)	R\$ 10,00	R\$ 7,18	R\$ 17,18
152	0202030474	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O(ASLO)	R\$ 2,83	R\$ 2,83	R\$ 5,66
153	0202030482	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	R\$ 10,00	R\$ 10,00	R\$ 20,00
154	0202030318	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 18,55	R\$ 18,55	R\$ 37,10
155	0202030520	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	R\$ 17,16	R\$ 8,82	R\$ 25,98
156	0202030555	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS (ANTITPO)	R\$ 17,16	R\$ 13,70	R\$ 30,86
157	0202030563	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	R\$ 17,16	R\$ 2,82	R\$ 19,98
158	0202030571	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	R\$ 17,16	R\$ 6,87	R\$ 24,03
159	0202030580	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	R\$ 17,16	R\$ 3,92	R\$ 21,08
160	0202030598	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO (FAN)	R\$ 17,16	R\$ 2,27	R\$ 19,43
161	0202030601	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	R\$ 17,16	R\$ 3,92	R\$ 21,08
162	0202030326	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R\$ 17,16	R\$ 7,40	R\$ 24,56
163	0202030342	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$ 17,16	R\$ 6,87	R\$ 24,03
164	0202030350	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$ 18,55	R\$ 6,16	R\$ 24,71
165	0202030369	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$ 18,55	R\$ 6,16	R\$ 24,71
166	0202030628	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$ 17,16	R\$ 6,94	R\$ 24,10
167	0202030687	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DAHEPATITE D (ANTI-HDV)	R\$ 18,55	R\$ 18,35	R\$ 36,90
168	0202030750	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEISCHMANIA IGG IGM (CADA)	R\$ 9,25	R\$ 2,96	R\$ 12,21
169	0202030962	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$ 13,35	R\$ 1,65	R\$ 15,00
170	0202031004	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	R\$ 2,83	R\$ 2,83	R\$ 5,66
171	0202031012	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$ 4,10	R\$ 2,62	R\$ 6,72
172	0202030164	PESQUISA DE IGE TOTAL	R\$ 9,25	R\$ 8,80	R\$ 18,05
173	0202031039	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECÍFICA (PARA CADA ALÉRGENO ESPECÍFICO)	R\$ 9,25	R\$ 9,25	R\$ 18,50
174		SARS-COV-2 DETECÇÃO POR PCR (TESTE COMPLETO COVID-19)	R\$ 0,00	R\$ 150,00	R\$ 150,00
175		SELÊNIO	R\$ 0,00	R\$ 45,00	R\$ 45,00
176	0202031110	TESTE NÃO TREPONEMICO PARA DETECÇÃO DE SIFILIS (VDRL)	R\$ 2,83	R\$ 2,83	R\$ 5,66
177	0202030377	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	R\$ 9,25	R\$ 7,89	R\$ 17,14

MUNICÍPIO DE DOIS VIZINHOS - PR

S E C R E T A R I A M U N I C I P A L D E S A Ú D E

Av. DediBaricheloMontagner, 425

Fone/Fax (046)3536-1485

e-mail: saudev@win.com.br

178	0202030385	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	R\$ 10,00	R\$ 7,92	R\$ 17,92
179	0202030393	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	R\$ 9,25	R\$ 8,85	R\$ 18,10
180	0202030407	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	R\$ 3,70	R\$ 3,70	R\$ 7,40
181	0202030415	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	R\$ 5,83	R\$ 5,83	R\$ 11,66
182	0202030423	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMYDIA (POR IMUNOFLOURESCENCIA) IGG/IGM (CADA)	R\$ 10,00	R\$ 10,00	R\$ 20,00
183	0202030288	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI IGA/IGM/ IGG (CADA)	R\$ 17,16	R\$ 17,16	R\$ 34,32
184	0202030539	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS IGG/IGM (CADA)	R\$ 4,10	R\$ 4,10	R\$ 8,20
185	0202030547	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	R\$ 5,50	R\$ 3,94	R\$ 9,44
186	0202030610	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	R\$ 10,00	R\$ (0,24)	R\$ 9,76
187	0202030334	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMASIGG/IGM (CADA)	R\$ 5,74	R\$ 5,74	R\$ 11,48
188	0202030652	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	R\$ 7,78	R\$ 5,30	R\$ 13,08
189	0202030695	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DOSARAMPO IGG/IGM (CADA)	R\$ 9,25	R\$ 9,25	R\$ 18,50
190	0202030709	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS ANTICORPOS TOTAIS IGG	R\$ 4,10	R\$ 4,10	R\$ 8,20
191	0202030717	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO-ELISA IGG	R\$ 18,55	R\$ 18,30	R\$ 36,85
192	0202030750	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	R\$ 9,25	R\$ 2,96	R\$ 12,21
193	0202030776	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMACRUZI	R\$ 9,25	R\$ 1,38	R\$ 10,63
194	0202030865	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	R\$ 10,00	R\$ 2,96	R\$ 12,96
195	0202030881	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMACRUZI	R\$ 9,25	R\$ 1,38	R\$ 10,63
196	0202080226	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	R\$ 2,80	R\$ 1,39	R\$ 4,19
197	0202030016	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	R\$ 15,00	R\$ 7,50	R\$ 22,50
198	0202030024	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8 CADA	R\$ 15,00	R\$ 15,00	R\$ 30,00
199	0202030032	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	R\$ 15,00	R\$ 15,00	R\$ 30,00
200	0202030806	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55	R\$ 8,01	R\$ 26,56
201	0202030911	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55	R\$ 10,59	R\$ 29,14
202	0202030636	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 18,55	R\$ 8,07	R\$ 26,62
203	0202030644	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DOVIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$ 18,55	R\$ 8,01	R\$ 26,56
204	0202030784	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	R\$ 18,55	R\$ 8,01	R\$ 26,56
205	0202030890	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 18,55	R\$ 10,59	R\$ 29,14
206	0202030970	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$ 18,55	R\$ 8,07	R\$ 26,62
207	0202030989	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B(HBEAG)	R\$ 18,55	R\$ 8,01	R\$ 26,56
208	0202030059	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C(QUALITATIVO)	R\$ 96,00	R\$ 48,54	R\$ 144,54
209	0202030210	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 298,48	R\$ 84,89	R\$ 383,37
210	0202030679	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DAHEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 18,55	R\$ 14,88	R\$ 33,43
211	0202031080	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 168,48	R\$ 88,78	R\$ 257,26
212		DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R\$ 0,00	R\$ 227,80	R\$ 227,80
213	0202030296	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$ 85,00	R\$ 76,47	R\$ 161,47
214	0202030300	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 10,00	R\$ 10,00	R\$ 20,00
215	0202030512	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DELANGREHANS	R\$ 10,00	R\$ 7,89	R\$ 17,89
216	0202030733	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 2,83	R\$ 2,83	R\$ 5,66
217	0202030741	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,00	R\$ 6,00	R\$ 17,00
218	0202030768	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 16,97	R\$ 5,44	R\$ 22,41
219	0202030814	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16	R\$ 5,39	R\$ 22,55
220	0202030830	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUSEPSTEIN-BARR	R\$ 17,16	R\$ 2,84	R\$ 20,00
221	0202030849	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 17,16	R\$ 7,84	R\$ 25,00
222	0202030857	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,61	R\$ 5,39	R\$ 17,00
223	0202030873	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,55	R\$ 7,63	R\$ 26,18

MUNICÍPIO DE DOIS VIZINHOS - PR

S E C R E T A R I A M U N I C I P A L D E S A Ú D E

Av. DediBaricheloMontagner, 425

Fone/Fax (046)3536-1485

e-mail: saudedv@win.com.br

224	0202030920	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16	R\$ 6,84	R\$ 24,00
225	0202030946	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUSEPSTEIN-BARR	R\$ 17,16	R\$ 2,84	R\$ 20,00
226	0202030954	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUSHERPES SIMPLES	R\$ 17,16	R\$ 7,84	R\$ 25,00
227		PESQUISA DE CLAMYDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)	R\$ 0,00	R\$ 320,00	R\$ 320,00
228	0202031128	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00	R\$ 3,08	R\$ 13,08
229	0202031136	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00	R\$ 4,75	R\$ 14,75
230	0202030822	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 17,16	R\$ 8,35	R\$ 25,51
231	0202030938	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 17,16	R\$ 10,94	R\$ 28,10
232	0202040038	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	R\$ 3,04	R\$ 0,26	R\$ 3,30
233	0202040054	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	R\$ 1,65	R\$ 1,65	R\$ 3,30
234	0202040062	PESQUISA DE EOSINOFILOS	R\$ 1,65	R\$ 1,65	R\$ 3,30
235	0202040070	PESQUISA DE GORDURA FECAL	R\$ 1,65	R\$ 1,65	R\$ 3,30
236	0202040089	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	R\$ 1,65	R\$ 1,65	R\$ 3,30
237	0202040097	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R\$ 1,65	R\$ 1,65	R\$ 3,30
238	0202040100	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	R\$ 1,65	R\$ 1,65	R\$ 3,30
239	0202040127	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 1,65	R\$ 1,65	R\$ 3,30
240	0202040135	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	R\$ 10,25	R\$ 4,93	R\$ 15,18
241	0202040143	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES (PSOF)	R\$ 1,65	R\$ 1,65	R\$ 3,30
242	0202040151	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	R\$ 1,65	R\$ 0,91	R\$ 2,56
243	0202040178	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	R\$ 1,65	R\$ 0,82	R\$ 2,47
244	0202050025	CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 3,51	R\$ 3,51	R\$ 7,02
245	0202050033	CLEARANCE DE FOSFATO	R\$ 3,51	R\$ 3,51	R\$ 7,02
246	0202050041	CLEARANCE DE UREIA	R\$ 3,51	R\$ 3,51	R\$ 7,02
247	0202050068	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	R\$ 3,70	R\$ 3,70	R\$ 7,40
248	0202050084	DOSAGEM DE CITRATO	R\$ 2,01	R\$ 2,01	R\$ 4,02
249	0202090108	DOSAGEM DE FRUTOSE	R\$ 2,01	R\$ 2,01	R\$ 4,02
250	0202050092	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8,12	R\$ 8,12	R\$ 16,24
251	0202050106	DOSAGEM DE OXALATO	R\$ 3,68	R\$ 2,96	R\$ 6,64
252	0202050114	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 2,04	R\$ 2,04	R\$ 4,08
253	0202050130	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	R\$ 3,70	R\$ 3,70	R\$ 7,40
254	0202050149	PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	R\$ 3,70	R\$ 3,70	R\$ 7,40
255	0202050157	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	R\$ 2,04	R\$ 2,04	R\$ 4,08
256	0202050181	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	R\$ 2,40	R\$ 2,40	R\$ 4,80
257	0202050190	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	R\$ 2,04	R\$ 2,04	R\$ 4,08
258	0202050203	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	R\$ 2,04	R\$ 2,04	R\$ 4,08
259	0202050211	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NAURINA	R\$ 3,70	R\$ 3,70	R\$ 7,40
260	0202050220	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	R\$ 2,04	R\$ 1,04	R\$ 3,08
261	0202050289	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	R\$ 3,70	R\$ 3,70	R\$ 7,40
262	0202050297	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	R\$ 2,04	R\$ 1,93	R\$ 3,97
263	0202050300	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (PORELETROFORESE)	R\$ 4,44	R\$ 4,44	R\$ 8,88
264	0202060012	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	R\$ 12,54	R\$ 4,16	R\$ 16,70
265	0202060020	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	R\$ 12,54	R\$ 2,70	R\$ 15,24
266	0202060039	DETERMINACAO DE T3 REVERSO	R\$ 14,69	R\$ 14,69	R\$ 29,38
267	0202060047	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R\$ 10,20	R\$ 4,80	R\$ 15,00
268	0202060055	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	R\$ 6,72	R\$ 6,72	R\$ 13,44
269	0202060063	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	R\$ 6,72	R\$ 6,72	R\$ 13,44
270	0202060071	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	R\$ 6,72	R\$ 5,08	R\$ 11,80
271	0202060080	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$ 14,12	R\$ 11,88	R\$ 26,00
272	0202060098	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$ 11,89	R\$ 11,89	R\$ 23,78
273	0202060101	DOSAGEM DE AMP CICLICO	R\$ 12,01	R\$ 11,34	R\$ 23,35
274	0202060110	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$ 11,53	R\$ (9,47)	R\$ 2,06
275	0202060128	DOSAGEM DE CALCITONINA	R\$ 14,38	R\$ 11,62	R\$ 26,00
276	0202060136	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 9,86	R\$ 6,14	R\$ 16,00
277	0202060144	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 11,25	R\$ 11,25	R\$ 22,50
278	0202060152	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 11,71	R\$ 11,71	R\$ 23,42
279	0202060160	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 10,15	R\$ 6,12	R\$ 16,27
280	0202060179	DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$ 11,55	R\$ 11,55	R\$ 23,10
281	0202060187	DOSAGEM DE ESTRONA	R\$ 11,12	R\$ 6,88	R\$ 18,00
282	0202060195	DOSAGEM DE GASTRINA	R\$ 14,15	R\$ 11,85	R\$ 26,00
		DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DETIROXINA			

MUNICÍPIO DE DOIS VIZINHOS - PR

S E C R E T A R I A M U N I C I P A L D E S A Ú D E

Av. DediBaricheloMontagner, 425

Fone/Fax (046)3536-1485

e-mail: saudedv@win.com.br

283	0202060209	(TBG)	R\$ 15,35	R\$ 15,35	R\$ 30,70
284	0202060217	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA(BETA HCG) QUALITATIVO E QUANTITATIVO	R\$ 7,85	R\$ 7,15	R\$ 15,00
285	0202060225	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$ 10,21	R\$ 10,21	R\$ 20,42
286	0202060233	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 7,89	R\$ 4,11	R\$ 12,00
287	0202060241	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 8,97	R\$ 8,62	R\$ 17,59
288	0202060250	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 8,96	R\$ 8,96	R\$ 17,92
289	0202060268	DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 10,17	R\$ 7,54	R\$ 17,71
290	0202060276	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 43,13	R\$ 23,77	R\$ 66,90
291	0202060284	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 15,35	R\$ 12,17	R\$ 27,52
292	0202060292	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 10,22	R\$ 7,78	R\$ 18,00
293	0202060306	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$ 10,15	R\$ 5,85	R\$ 16,00
294	0202060314	DOSAGEM DE RENINA	R\$ 13,19	R\$ 13,19	R\$ 26,38
295	0202060322	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$ 15,35	R\$ 15,35	R\$ 30,70
296	0202060330	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R\$ 13,11	R\$ 3,89	R\$ 17,00
297	0202060349	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 10,43	R\$ 4,57	R\$ 15,00
298	0202060357	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 13,11	R\$ 10,89	R\$ 24,00
299	0202060365	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$ 15,35	R\$ 7,39	R\$ 22,74
300	0202060373	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 8,76	R\$ 8,46	R\$ 17,22
301	0202060381	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 11,60	R\$ 10,69	R\$ 22,29
302	0202060390	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 8,71	R\$ 8,71	R\$ 17,42
303		GH BASAL APÓS CLONIDINA	R\$ 0,00	R\$ 30,00	R\$ 30,00
304		GH BASAL APÓS EXERCICIO	R\$ 0,00	R\$ 30,00	R\$ 30,00
305	0202060403	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	R\$ 12,01	R\$ 12,01	R\$ 24,02
306	0202060411	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	R\$ 12,01	R\$ 6,00	R\$ 18,01
307		TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APOSGONADORRELINA	R\$ 0,00	R\$ 300,00	R\$ 300,00
308	0202060438	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	R\$ 12,01	R\$ 12,01	R\$ 24,02
309	0202060446	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOSDEXAMETASONA	R\$ 12,01	R\$ 12,01	R\$ 24,02
310	0202060454	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	R\$ 12,01	R\$ 12,01	R\$ 24,02
311	0202070018	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	R\$ 2,06	R\$ 2,06	R\$ 4,12
312	0202070026	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	R\$ 2,23	R\$ 2,23	R\$ 4,46
313	0202070034	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	R\$ 3,68	R\$ 3,68	R\$ 7,36
314	0202070042	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	R\$ 2,04	R\$ 2,04	R\$ 4,08
315	0202070050	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R\$ 15,65	R\$ 5,70	R\$ 21,35
316	0202070077	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	R\$ 2,01	R\$ 1,00	R\$ 3,01
317	0202070085	DOSAGEM DE ALUMINIO	R\$ 27,50	R\$ 13,82	R\$ 41,32
318	0202070107	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	R\$ 10,00	R\$ 10,00	R\$ 20,00
319	0202070115	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	R\$ 10,00	R\$ 10,00	R\$ 20,00
320	0202070123	DOSAGEM DE BARBITURATOS	R\$ 13,13	R\$ 13,13	R\$ 26,26
321	0202070131	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	R\$ 13,48	R\$ 13,48	R\$ 26,96
322	0202070140	DOSAGEM DE CADMIO	R\$ 6,55	R\$ 3,27	R\$ 9,82
323	0202070158	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$ 17,53	R\$ 4,47	R\$ 22,00
324	0202070166	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	R\$ 4,11	R\$ 3,88	R\$ 7,99
325	0202070174	DOSAGEM DE CHUMBO	R\$ 8,83	R\$ 8,83	R\$ 17,66
326	0202070182	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R\$ 58,61	R\$ 20,96	R\$ 79,57
327	0202070190	DOSAGEM DE COBRE	R\$ 3,51	R\$ 3,51	R\$ 7,02
328	0202070204	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R\$ 8,97	R\$ 8,97	R\$ 17,94
329	0202070212	DOSAGEM DE ETOSUXIMIDA	R\$ 15,65	R\$ 15,65	R\$ 31,30
330	0202070220	DOSAGEM DE FENITOINA	R\$ 35,22	R\$ 11,91	R\$ 47,13
331	0202070239	DOSAGEM DE FENOL	R\$ 2,05	R\$ 2,05	R\$ 4,10
332	0202070255	DOSAGEM DE LITIO	R\$ 2,25	R\$ 2,25	R\$ 4,50
333	0202070263	DOSAGEM DE MERCURIO	R\$ 2,04	R\$ 1,02	R\$ 3,06
334	0202070280	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	R\$ 10,00	R\$ 10,00	R\$ 20,00
335	0202070271	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	R\$ 4,11	R\$ 3,88	R\$ 7,99
336	0202070298	DOSAGEM DE METOTREXATO	R\$ 10,00	R\$ 5,00	R\$ 15,00
337	0202070310	DOSAGEM DE SALICILATOS	R\$ 2,01	R\$ 2,01	R\$ 4,02
338	0202070336	DOSAGEM DE TEOFILINA	R\$ 15,65	R\$ 15,65	R\$ 31,30
339	0202070344	DOSAGEM DE TIOCIANATO	R\$ 3,68	R\$ 3,68	R\$ 7,36
340	0202070352	DOSAGEM DE ZINCO	R\$ 15,65	R\$ 12,35	R\$ 28,00
341		DOSAGEM SÉRICA DE TOPIRAMATO	R\$ 0,00	R\$ 281,01	R\$ 281,01
342		TOXICOLÓGICO COMPLETO	R\$ 0,00	R\$ 130,00	R\$ 130,00
343	0202080021	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R\$ 13,33	R\$ 2,67	R\$ 16,00
344	0202080030	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	R\$ 13,33	R\$ 10,45	R\$ 23,78
345	0202080129	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R\$ 10,25	R\$ 10,25	R\$ 20,50
346	0202080137	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$ 4,19	R\$ 4,19	R\$ 8,38

MUNICÍPIO DE DOIS VIZINHOS - PR

S E C R E T A R I A M U N I C I P A L D E S A Ú D E

Av. DediBaricheloMontagner, 425

Fone/Fax (046)3536-1485

e-mail: saudedv@win.com.br

347	0202080153	HEMOCULTURA	R\$ 11,49	R\$ 7,44	R\$ 18,93
		IDENTIFICAÇÃO AUTOMATIZADA DEMICROORGANISMOS			
348	0202080161		R\$ 5,63	R\$ 5,63	R\$ 11,26
349	0202080188	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	R\$ 2,80	R\$ 1,40	R\$ 4,20
350	0202080013	ANTIBIOGRAMA	R\$ 4,98	R\$ 4,98	R\$ 9,96
351	0202080048	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (CONTROLE)	R\$ 4,20	R\$ 4,20	R\$ 8,40
352	0202080056	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	R\$ 4,20	R\$ 4,20	R\$ 8,40
353	0202080048	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (TUBERCULOSE)	R\$ 4,20	R\$ 4,20	R\$ 8,40
354	0202080072	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$ 2,80	R\$ 2,80	R\$ 5,60
		PESQUISA E CULTURA STREPTOCOCCUS AGLACTIAE GRUPO B COM COLETA ANAL E VAGINAL - GESTANTES			
355			R\$ 0,00	R\$ 22,00	R\$ 22,00
356	0202080080	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 5,62	R\$ 5,62	R\$ 11,24
357	0202080110	CULTURA PARA BAAR	R\$ 5,63	R\$ 5,30	R\$ 10,93
		EXAME MICROBIOLOGICO, MICOLOGICO A FRESCO (DIRETO)			
358	0202080145		R\$ 2,80	R\$ 2,80	R\$ 5,60
359	0202090191	MIELOGRAMA	R\$ 5,79	R\$ 5,79	R\$ 11,58
		PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DOGRUPO A			
360	0202080196		R\$ 4,33	R\$ 4,33	R\$ 8,66
361	0202080200	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	R\$ 2,80	R\$ 1,40	R\$ 4,20
362	0202080218	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$ 4,33	R\$ 4,33	R\$ 8,66
363	0202080234	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	R\$ 5,04	R\$ 2,31	R\$ 7,35
364	0202031241	GENOTIPAGEM DO HIV	R\$ 0,00	R\$ 630,00	R\$ 630,00
365	0202090051	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89	R\$ 1,89	R\$ 3,78
366	0202090060	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89	R\$ 1,89	R\$ 3,78
		ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR			
367	0202090159		R\$ 5,23	R\$ 5,23	R\$ 10,46
368	0202090230	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$ 1,89	R\$ 1,89	R\$ 3,78
369	0202090302	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R\$ 1,89	R\$ 1,89	R\$ 3,78
		DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)			
370	0202110044		R\$ 5,50	R\$ 5,34	R\$ 10,84
371	0202110052	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	R\$ 12,10	R\$ 6,05	R\$ 18,15
		DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA			
372	0202110060		R\$ 20,90	R\$ 9,30	R\$ 30,20
373	0202120015	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	R\$ 10,65	R\$ 10,65	R\$ 21,30
374	0213010011	DETERMINACAO DE CARGA VIRAL DO HIV POR RT-PCR	R\$ 0,00	R\$ 250,00	R\$ 250,00
		DETERMINAÇÃO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURAÇÃO TÉCNICAS DE BANDAS			
375	0202100014		R\$ 180,00	R\$ 59,75	R\$ 239,75
376	0202120023	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37	R\$ 1,37	R\$ 2,74
377	0202030202	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA (PCR QUALITATIVO)	R\$ 2,83	R\$ 2,83	R\$ 5,66
378	0202120082	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37	R\$ 1,37	R\$ 2,74
379	0202120090	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$ 2,73	R\$ 1,36	R\$ 4,09
380	0202120104	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	R\$ 5,79	R\$ 2,42	R\$ 8,21
381		CARIOTIPO BANDA G	R\$ 0,00	R\$ 350,00	R\$ 350,00
382		DETECÇÃO GENÉTICA DE INTOLERÂNCIA A LACTOSE	R\$ 0,00	R\$ 150,00	R\$ 150,00
383		ESPERMOGRAMA	R\$ 0,00	R\$ 9,60	R\$ 9,60
384		TESTE DO PEZINHO MASTER	R\$ 0,00	R\$ 210,00	R\$ 210,00