**BOCAINA DO SUL**

**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO AO**

**CREDENCIAMENTO DE LABORATÓRIOS Nº. 02/2014**

**PROCESSO ADMINISTRATIVO N° 08/2014**

A **PREFEITURA MUNCIPAL DE BOCAINA DO SUL**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CPNJ sob n° 01.606.852/0001-90, com endereço na Rua João Assink, 322, Centro de Bocaina do Sul – SC, representado pelo Prefeito Municipal, Sr. Luiz Carlos Schmuler, com fundamento no *caput* do artigo 25 da Lei federal nº 8.666/1993, e em acolhimento das orientações do Processo nº 008.797/93-5 do TCU, da Consulta nº 811.980, do TCE/MG, e do Prejulgado nº 519 do TCE/SC, e em conformidade com o disposto neste Edital, no art. 198 da CF, na lei nº 8.080, de 19/09/90, torna público aos interessados que realizará **no dia 12 de março, ás 11 horas no Setor de Licitações, e também no último dia útil de cada mês, as 11h, caso haja mais interessados no cadastramento após esta data**, no Paço Municipal, com endereço acima, o **CREDENCIAMENTO PÚBLICO DE LABORATÓRIOS**, para realização de exames clínicos aos munícipes, autorizados por profissionais médicos vinculados à Secretaria de Saúde e também pela Secretaria de Saúde, conforme cláusulas e especificações inseridas neste edital e anexos e na legislação vigente, para o ano de 2014.

1.1. Os interessados poderão ler o texto integral do presente edital anexado no mural da Prefeitura Municipal e obter todas as informações sobre a licitaçãono Setor de Licitações, ou poderão optar pela aquisição do mesmo, devendo, neste caso, recolher aos cofres municipais a quantia de R$ 10,00 (dez reais), através de depósito bancário em nome da Prefeitura Municipal de Bocaina do Sul, conta-corrente nº 545.746-7, agência 5215-9, do Banco do Brasil, correspondentes aos custos com reprodução gráfica da documentação fornecida.

1.2. Fazem parte do presente edital como se nele estivessem transcritas as seguintes DOCUMENTAÇÕES, todas anexas e disponíveis no Setor de Licitação:

* Tabela SUS*(anexo I)*;
* *Declaração (anexo II)*;
* Certificado de Credenciamento*(anexo III);*
* Minuta de Contrato *(anexo IV);*
* Modelo de declaração de idoneidade *(anexo V);*

1.3. Maiores informações quanto ao edital ou ao procedimento administrativo poderão ser prestadas pelo Setor de Licitação, em horário de expediente, situado no endereço indicado preambularmente ou através do telefone (49) – 3228 0047, ramal 205.

**2. DO OBJETO**

2.1. Credenciamento de empresas para prestação de serviços, consistente em coleta, análise e divulgação dos resultados referentes aos exames constantes do anexo I ou outros que forem incluídos através de aditivos a este instrumento.

* + 1. A coleta do material deverá ser definida juntamente com a Secretaria de Saúde, com dias e horários fixos, em sede própria no município.

**3. DAS CONDIÇÕES PARA CADASTRAMENTO E CREDENCIAMENTO**

3.1 O cadastramento e credenciamento junto à Secretaria de Administração representada pelo setor de Licitações, se dará após declaração de que cumprirá todas as condições estabelecidas por este edital e aprovação do cadastro.

3.2. A Secretaria de Administração representada pelo setor de Licitações, verificada a regularidade da documentação, emitirá certificado de cadastro e registro com numeração seqüencial exclusivamente para os interessados na prestação destes serviços.

3.3. Poderão se credenciar todos os interessados que se submeterem às exigências deste edital, sendo que em caso de mais de um credenciado a escolha do profissional ou do laboratório ficará a cargo do usuário, que terá liberdade de escolha dentre todos os credenciados.

**4. DA DOCUMENTAÇÃO REFERENTE À HABILITAÇÃO.**

4.1 Para habilitação os interessados deverão apresentar os seguintes documentos:

1. Comprovante de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);
2. Contrato Social, com comprovação de arquivamento na junta comercial;
3. Alvará sanitário do município em que está estabelecido (sede);
4. Declaração de cumprimento do disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal; *(... que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz).*
5. Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal;
6. Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual;
7. Prova de regularidade para com a Receita Federal;
8. Prova de Regularidade para com INSS;
9. Prova de Regularidade para com FGTS;
10. Prova de Regularidade Trabalhista CNDT;
11. Certidão Negativa de Falência ou concordata;
12. Cópia da Carteira de Identidade e Cadastro de Pessoa Física do Responsável pela empresa;
13. Cópia de Comprovante de Habilitação de profissional juntamente com comprovante de vínculo empregatício ou societário do mesmo na empresa cadastrada;
14. Inscrição no Conselho do qual o responsável técnico fizer parte;
15. Documentos pessoais do responsável técnico;
16. Comprovante de que a empresa esta cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;

4.2. Os documentos que não especificarem a data de validade, não poderão ser com data de expedição anterior a 60 (sessenta) dias da data de entrega dos mesmos.

4.3. Os documentos originais apresentados na proposta não serão devolvidos.

4.4. Toda documentação exigida deverá ser apresentada em original ou cópiaautenticada por Tabelião de Notas ou por servidor designado.

4.5. Os documentos não poderão apresentar emendas, rasuras ou ressalvas.

**5. DOS VALORES DOS EXAMES CLÍNICOS**

5.1. A realização de exames clínicos será remunerada nos valores previstos na Tabela SIA/SUS.

5.2. O preço ofertado permanecerá fixo, até que outra tabela do SUS venha a ser editada, substituindo à vigente.

**6. DA FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS.**

6.1. Os interessados deverão apresentar os documentos relacionados no item 4, subitem 4.1, em envelope lacrado, com as seguintes indicações:

*CREDENCIAMENTO PÚBLICO Nº 02/2014*

*PROPONENTE: (NOME DO INTERESSADO)*

*ENDEREÇO: ......*

*TELEFONE: ......*

**7. DO LOCAL, DATA e HORÁRIO para protocolo do envelope de inscrição.**

7.1. O envelope de inscrição contendo os documentos de habilitação deverá ser protocolado no Setor de Licitações, no Paço Municipal, em horário de expediente, até dia 11 de março de 2014.

**8. DA ABERTURA DOS ENVELOPES E JULGAMENTO.**

8.1. LOCAL: Paço Municipal, sede do Município de Bocaina do Sul, situado na Rua João Assink, 322, Centro, Bocaina do Sul – SC, Setor de Licitações.

8.2. Os envelopes protocolados serão abertos em sessão pública, no dia **12 de março de 2014, as 11h**, no Setor de Licitações, e também no último dia útil de cada mês, as 11h, caso haja mais interessados no cadastramento após esta data.

8.3. Na sessão de credenciamento os interessados poderão fazer-se representar por procurador ou pessoa devidamente credenciada, em instrumento escrito, com firma reconhecida, firmado pelo representante legal da mesma, a quem seja conferido poderes para tal.

8.4. No caso de representação, o procurador ou a pessoa credenciada, deverá apresentar o instrumento que o habilita para representar, antes do início dos trabalhos da Comissão.

8.5. Será credenciado o proponente que apresentar a documentação descrita no item 4.

8.6. Da sessão realizada para abertura dos envelopes, bem como daquelas realizadas em sessões reservadas da Comissão, serão lavradas atas circunstanciadas.

8.7. O interessado que tiver indeferido seu credenciamento poderá apresentar nova documentação, na forma deste edital, que será analisada na sessão pública seguinte, conforme item 8.2.

**9. DOS RECURSOS, DA HOMOLOGAÇÃO.**

9.1. Das decisões proferidas pela Comissão, decorrentes do presente, caberão recursos previstos no art. 109, da Lei n. 8.666/93 e suas alterações.

9.2. Uma vez proferido o julgamento pela Comissão e decorrido o tempo hábil para interposição de recursos, ou tendo havido desistência expressa, ou após o julgamento daqueles interpostos, será encaminhado ao Prefeito Municipal para a competente deliberação.

**10. REGIME DE EXECUÇÃO.**

10.1. A realização dos exames clínicos descritos no objeto do presente edital serão em conformidade com a necessidade da Secretaria de Saúde, em empreitada por preço unitário, em regime de execução indireta.

**11. DA FONTE DE RECURSOS/DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA.**

Os recursos financeiros correrão à conta da Dotação Orçamentária:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cód. Red. | Un. Orç. | Proj. Ativ. | Elem. Despesa | Compl. Do Elemento | Saldo Dotação (R$) |
| 07 | 09.01 | 2.043 | 339000 | 339900 | 280.000,00 |

**12. DA FORMA DE PAGAMENTO.**

12.1. O pagamento será efetuado até em 30 (trinta) dias da apresentação da nota fiscal/fatura de prestação dos serviços acompanhada das devidas requisições, atestada por servidor responsável.

12.2. Será realizado o crédito em conta corrente bancária no prazo acima, desde que não haja fato impeditivo para o qual tenha concorrido o credenciado.

12.3. O pagamento será creditado em favor dos credenciados, mediante ordem bancária, contra qualquer banco indicado na proposta, devendo para isto, ficar explicitado o nome do correntista e o número da Agência.

12.4. Os encargos sociais estão inclusos nos valores constantes da proposta, em conformidade com a legislação vigente.

**13. DA OBRIGAÇÃO DO CREDENCIADO.**

13.1. Constituem obrigações dos prestadores de serviços, sob pena de não pagamento até regularização:

13.1.1. Cumprir todas as cláusulas do presente e demais legislação aplicável;

13.1.2. Manter a documentação de que trata o subitem 4.1 atualizado, com a substituição dos documentos que tiverem a validade vencida;

13.1.3. Manter sala de coleta própria de acordo com as exigências da Vigilância Sanitária, com profissionais capacitados à disposição dos pacientes com todos os cuidados de higiene e limpeza, para efetuar a coleta do material, sendo esse serviço de inteira responsabilidade do credenciado.

13.1.4. Atender com zelo e presteza a população bem como os servidores municipais;

13.1.5. Realizar somente os exames expressamente autorizados por profissional de saúde do município (médico) e pela Secretária de Saúde ou servidor assim designado por esta, sob pena de não pagamento;

13.1.6. Entregar o resultado o mais brevemente possível, de acordo com o tipo de exame realizado, devendo o transporte do material ser efetuado pela contratada/credenciada no máximo em 12 (doze) horas após a coleta;

13.1.7. Manter linha telefônica e fax disponível para comunicação, a fim de atender às necessidades urgentes, bem como as demais, no menor prazo possível;

13.1.8. Encaminhar até o dia 05 do mês subseqüente nota fiscal e relação dos serviços prestados, com relatório com as guias de requisições, devidamente autorizados, deixando a disposição para conferencia dos responsáveis, contendo:

1. Nome dos exames realizados e respectivos valores;
2. Nome do paciente;
3. Data de realização do exame.

13.1.9. Não satisfeitos os requisitos do subitem 13.1.8., o laboratório retificará os dados, sendo que o prazo para o pagamento será iniciado após a apresentação dos mesmos;

13.1.10. O Credenciado será o único responsável administrativa, civil e criminalmente pelos atos que digam respeito à prestação dos serviços ora assumidos.

13.1.11. São de responsabilidade única e exclusiva da credenciada o pagamento das obrigações tributárias, trabalhistas e previdenciárias, bem como o cumprimento de todas e quaisquer normas relativas à segurança, higiene e medicina do trabalho.

13.1.12 A empresa credenciada será responsável pelo material necessário às coletas, incluído nesse caso, todo e qualquer medicamento imprescindível para a realização do procedimento.

13.1.13. O transporte do material biológico deverá ocorrer de forma adequada e de acordo com as normas de biossegurança expedidas pela ANVISA ou outro órgão fiscalizador.

13.1.14. A Credenciada deve permitir o acompanhamento e a fiscalização da Contratante ou da comissão designada para tal, se assim solicitada pela contratante.

13.1.15. A Credenciada deverá, de imediato, quando solicitado, apresentar material biológico, documentos, prontuários ou demais informações necessárias ao acompanhamento da execução do contrato.

13.1.16. Fica estabelecido que os Credenciados realizarão todos os exames distribuídos pela Secretaria Municipal de Saúde, incluindo-se aí, os que por ventura, não possam ser feitos no Laboratório Municipal, ainda que as solicitações desses exames tenham sido inicialmente encaminhadas diretamente para o Laboratório Municipal.

13.1.17. O agendamento, a coleta, a realização dos exames e a distribuição dos resultados serão de responsabilidade da empresa credenciada, que assumirá todos os ônus decorrentes dos procedimentos.

13.1.18. Os resultados dos exames deverão ser entregues nos seguintes prazos:

a) Os exames de rotina, em até 04 (quatro) dias úteis;

b) Os de maior complexidade, em até 08 (oito) dias úteis;

c) Os casos excepcionais deverão obedecer aos prazos estabelecidos

13.1.19. A entrega dos resultados dos exames dar-se-á no local onde foi realizada a coleta, salvo nos casos de exames de HIV, que deverão seguir os protocolos determinados pela Secretaria Municipal de Saúde.

13.1.20. A Credenciada fica proibida de ceder ou transferir para terceiros a realização de exames de rotina constantes na tabela de Procedimentos SIA/SUS, sem prévia autorização da Contratante.

**14. DA CONTRATAÇÃO**

14.1. Para o fiel cumprimento das obrigações assumidas será firmado o contrato de acordo com a legislação vigente (conforme minuta de contrato apresentada no Anexo IV).

14.2. A Prefeitura do Município de Bocaina do Sul convocará os selecionados para assinar o CONTRATO, no prazo de 05 (cinco) dias úteis a contar do recebimento da notificação para comparecer à Administração, sob pena de decair o direito à contratação.

14.3. A prestação dos serviços descritos no objeto do presente edital somente poderá ser efetivada após a assinatura do contrato.

**15. DA VIGÊNCIA**

15.1. O Contrato a ser firmado terá vigência até 31 de dezembro de 2014, podendo ser prorrogado na forma da lei.

**16. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS**

16.1. Pela inexecução total ou parcial do contrato, o Município de Bocaina do Sulpoderá, garantida a prévia defesa, aplicar aos CREDENCIADOS, às seguintes penalidades:

I – advertência;

II – multa, na forma prevista no instrumento convocatório ou no contrato;

III – suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração, por prazo não superior a 02 (dois) anos; e,

IV – declaração de inidoneidade para contratar com a Administração Pública, conforme inciso IV do art. 87 da Lei 8.666/93.

**17. DISPOSIÇÕES GERAIS**

17.1. O interessado é responsável pela fidelidade e legitimidade das informações e dos documentos apresentados em qualquer fase;

17.2. Reserva-se ao Município o direito de solicitar, em qualquer época ou oportunidade, informações complementares;

17.3. Não se permitirá a qualquer das credenciadasabster-se de prestar os serviços autorizados, sob pena das sanções do item 16.1;

17.4. Fica assegurado ao Município o direito de no interesse da Administração, sem que caiba às proponentes qualquer tipo de reclamação ou indenização anular ou revogar, o presente a qualquer tempo, desde que ocorrentes as hipóteses de ilegalidade ou interesse público, fundamentados conforme prescrição contida no Art. 49, da Lei nº 8.666/93, dando ciência aos interessados mediante a afixação do comunicado no Quadro de Avisos e Publicações da Prefeitura Municipal e publicação na imprensa oficial;

17.5. O prestador de serviços que desejar interromper a prestação dos mesmos, deverá comunicar formalmente a Secretaria de Saúde expondo os motivos, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias;

17.6. O credenciamento implicará aceitação integral e irretratável das normas do Edital e anexos, bem como, na observância dos preceitos legais e regulamentares, ressalvados o direito de impugnação e recurso;

17.7. Não será permitida a subcontratação parcial e/ou global desta licitação;

17.8. É permitida a impugnação ao presente edital no prazo de 05 (cinco) dias após a publicação do mesmo, sendo que o credenciamento presume a aceitação de todas as suas cláusulas;

**18. DISPOSIÇÕES FINAIS**

18.1. O CREDENCIADO CONTRATADO é responsável pela fidedignidade e legitimidade das informações e dos documentos apresentados.

18.2. A constatação, no curso da presente, de condutas ou procedimentos que impliquem em atos contrários ao alcance dos fins nela objetivados, ensejará a apuração e, se for o caso, a formulação de imediata representação ao MINISTÉRIO PÚBLICO para que sejam adotadas as providências tendentes à apuração dos fatos e instauração do competente procedimento criminal, sem prejuízo da abertura de processo administrativo para os fins estabelecidos no art. 88, inciso II, da Lei nº 8.666/93.

18.3. Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão de Licitação, que decidirá com base na legislação em vigor.

18.4. Os anexos fazem parte do edital independentemente de transcrição.

18.5. Fica eleito o foro da cidade de Lages – SC, como competentepara dirimir todas as questões decorrentes do credenciamento.

Bocaina do Sul, 16 de fevereiro de 2014.

**LUIZ CARLOS SCHMULER**

**Prefeito Municipal**

**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**SORAIA – Secretária de Saúde e Gestora do Fundo**

**ANEXO I**

**TABELA SUS COM DESCRIÇÃO DOS EXAMES E VALOR A SER PAGO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ministério da Saúde - MS Secretaria de Atenção à Saúde Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS | | | | | | | |
|  | | | | | | |  |
| **Procedimento (Sintético com Valor)** | | | | | | | |
| Compêtencia: 01/2014 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | Filtros Utilizados | | | | | | |
|  | Competencia: | | 01/2014 | | | | |
|  | Situação do Procedimento: | | Publicado | | | | |
|  | Consultar: | | Todos | | | | |
|  | Grupo: | | 02 - Procedimentos com finalidade diagnóstica | | | | |
|  | SubGrupo: | | 02 - Diagnóstico em laboratório clínico | | | | |
|  | Filtrar Exc. Modalidade: | | Sim | | | | |
|  | Modalidade: | | Ambulatorial, | | | | |
| Código | | Nome | | | Modalidade | Tot. Amb. |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202010015 | | CLEARANCE OSMOLAR | | | 01 | 3.51 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202010031 | | DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS | | | 01 | 15.65 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202010104 | | DOSAGEM DE ACETONA | | | 01 | 1.85 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202010112 | | DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO | | | 01 | 2.01 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202010139 | | DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO | | | 01 | 9.00 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202010155 | | DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA | | | 01 | 3.68 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202010163 | | DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA | | | 01 | 3.68 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202010171 | | DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA | | | 01 | 3.68 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202010236 | | DOSAGEM DE CAROTENO | | | 01 | 2.01 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202010341 | | DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA | | | 01 | 3.51 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202010350 | | DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA | | | 01 | 3.51 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202010457 | | DOSAGEM DE GALACTOSE | | | 01 | 3.51 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202010481 | | DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE | | | 01 | 3.68 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202010520 | | DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE | | | 01 | 3.51 |  |
|  | | | | | | |  |
| Modalidades: 01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia, 04 - Internação Domiciliar, 05 - Assistência Domiciliar, 06 - Atenção Domiciliar | | | | | | | |
| Complexidade: NA - Não se Aplica, AB - Atenção Básica, MC - Média Complexidade, AC - Alta Complexidade | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Total de Procedimentos: 201 | | | |  | | |  |
| Código | | Nome | | | Modalidade | Tot. Amb. |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202010597 | | DOSAGEM DE PORFIRINAS | | | 01 | 3.51 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202010686 | | DOSAGEM DE TRIPTOFANO | | | 01 | 3.51 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202010759 | | TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS | | | 01 | 6.55 |  |
|  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202020053 | | DETERMINACAO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA) | | | 01 | 2.73 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202020061 | | DETERMINACAO DE SULFO-HEMOGLOBINA | | | 01 | 2.73 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202020088 | | DETERMINACAO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA | | | 01 | 2.73 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202020118 | | DETERMINACAO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS | | | 01 | 5.79 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202020312 | | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC | | | 01 | 2.73 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202020339 | | DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA | | | 01 | 2.73 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202020428 | | PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ | | | 01 | 2.73 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202020517 | | RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS | | | 01 | 2.73 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202020525 | | TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS | | | 01 | 12.00 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030024 | | CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8 | | | 01 | 15.00 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030040 | | DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO) | | | 01 | 65.00 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030059 | | DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO) | | | 01 | 96.00 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030105 | | DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA) | | | 01 | 16.42 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030156 | | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA) | | | 01 | 17.16 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030180 | | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM) | | | 01 | 17.16 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030210 | | GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C | | | 01 | 298.48 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030253 | | PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA | | | 01 | 10.00 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030261 | | PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA | | | 01 | 10.00 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030326 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP) | | | 01 | 17.16 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030334 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS | | | 01 | 5.74 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030342 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM | | | 01 | 17.16 |  |
|  | | | | | | |  |
| Modalidades: 01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia, 04 - Internação Domiciliar, 05 - Assistência Domiciliar, 06 - Atenção Domiciliar | | | | | | | |
| Complexidade: NA - Não se Aplica, AB - Atenção Básica, MC - Média Complexidade, AC - Alta Complexidade | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Total de Procedimentos: 201 | | | |  | | |  |
| Código | | Nome | | | Modalidade | Tot. Amb. |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030350 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO) | | | 01 | 18.55 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030369 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA) | | | 01 | 18.55 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030377 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS | | | 01 | 9.25 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030385 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS | | | 01 | 10.00 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030393 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS | | | 01 | 9.25 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030423 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA) | | | 01 | 10.00 |  |
|  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030431 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL | | | 01 | 17.16 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030440 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS | | | 01 | 9.25 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030458 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70) | | | 01 | 10.00 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030482 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO | | | 01 | 10.00 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030504 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO | | | 01 | 10.00 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030512 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS | | | 01 | 10.00 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030520 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA | | | 01 | 17.16 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030539 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS | | | 01 | 4.10 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030555 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS | | | 01 | 17.16 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030563 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA | | | 01 | 17.16 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030571 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO | | | 01 | 17.16 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030580 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO | | | 01 | 17.16 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030601 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS | | | 01 | 17.16 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030610 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS | | | 01 | 10.00 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030628 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA | | | 01 | 17.16 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030652 | | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA | | | 01 | 7.78 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030660 | | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII | | | 01 | 9.71 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030687 | | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV) | | | 01 | 18.55 |  |
|  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  |
| Modalidades: 01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia, 04 - Internação Domiciliar, 05 - Assistência Domiciliar, 06 - Atenção Domiciliar | | | | | | | |
| Complexidade: NA - Não se Aplica, AB - Atenção Básica, MC - Média Complexidade, AC - Alta Complexidade | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Total de Procedimentos: 201 | | | |  | | |  |
| Código | | Nome | | | Modalidade | Tot. Amb. |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030695 | | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO | | | 01 | 9.25 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030725 | | PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA | | | 01 | 17.16 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030750 | | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS | | | 01 | 9.25 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030792 | | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA) | | | 01 | 30.00 |  |
|  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030822 | | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER | | | 01 | 17.16 |  |
|  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030830 | | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR | | | 01 | 17.16 |  |
|  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030849 | | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES | | | 01 | 17.16 |  |
|  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030865 | | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS | | | 01 | 10.00 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030903 | | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA) | | | 01 | 20.00 |  |
|  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030938 | | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER | | | 01 | 17.16 |  |
|  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030946 | | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR | | | 01 | 17.16 |  |
|  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030954 | | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES | | | 01 | 17.16 |  |
|  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030962 | | PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA) | | | 01 | 13.35 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202030997 | | PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA) | | | 01 | 60.00 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202031020 | | PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA | | | 01 | 10.00 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202031039 | | PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA | | | 01 | 9.25 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202031055 | | PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK) | | | 01 | 1.77 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202031063 | | PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS | | | 01 | 1.77 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202031071 | | QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1 | | | 01 | 18.00 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202031080 | | QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C | | | 01 | 168.48 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202031152 | | TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA | | | 01 | 1.77 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202031187 | | DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA | | | 01 | 18.55 |  |
|  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  |
| Modalidades: 01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia, 04 - Internação Domiciliar, 05 - Assistência Domiciliar, 06 - Atenção Domiciliar | | | | | | | |
| Complexidade: NA - Não se Aplica, AB - Atenção Básica, MC - Média Complexidade, AC - Alta Complexidade | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Total de Procedimentos: 201 | | | |  | | |  |
| Código | | Nome | | | Modalidade | Tot. Amb. |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202040011 | | DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL | | | 01 | 1.65 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202040020 | | DOSAGEM DE GORDURA FECAL | | | 01 | 3.04 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202040054 | | PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA) | | | 01 | 1.65 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202040062 | | PESQUISA DE EOSINOFILOS | | | 01 | 1.65 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202040089 | | PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES | | | 01 | 1.65 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202040100 | | PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES | | | 01 | 1.65 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202040119 | | PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA) | | | 01 | 1.65 |  |
|  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202040151 | | PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES | | | 01 | 1.65 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202040160 | | PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES | | | 01 | 1.65 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202040178 | | PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES | | | 01 | 1.65 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202050033 | | CLEARANCE DE FOSFATO | | | 01 | 3.51 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202050076 | | DOSAGEM DE ACUCARES (POR CROMATOGRAFIA) | | | 01 | 3.70 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202050084 | | DOSAGEM DE CITRATO | | | 01 | 2.01 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202050092 | | DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA | | | 01 | 8.12 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202050106 | | DOSAGEM DE OXALATO | | | 01 | 3.68 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202050122 | | DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS | | | 01 | 3.04 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202050149 | | PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA) | | | 01 | 3.70 |  |
|  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202050165 | | PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA | | | 01 | 3.70 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202050173 | | PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA | | | 01 | 2.04 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202050190 | | PESQUISA DE CISTINA NA URINA | | | 01 | 2.04 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202050203 | | PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA | | | 01 | 2.04 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202050211 | | PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA | | | 01 | 3.70 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202050262 | | PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA | | | 01 | 2.04 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202050270 | | PESQUISA DE LACTOSE NA URINA | | | 01 | 2.04 |  |
|  | | | | | | |  |
| Modalidades: 01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia, 04 - Internação Domiciliar, 05 - Assistência Domiciliar, 06 - Atenção Domiciliar | | | | | | | |
| Complexidade: NA - Não se Aplica, AB - Atenção Básica, MC - Média Complexidade, AC - Alta Complexidade | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Total de Procedimentos: 201 | | | |  | | |  |
| Código | | Nome | | | Modalidade | Tot. Amb. |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202050289 | | PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA | | | 01 | 3.70 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202050297 | | PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA | | | 01 | 2.04 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202050319 | | PESQUISA DE TIROSINA NA URINA | | | 01 | 2.04 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202050327 | | PROVA DE DILUICAO (URINA) | | | 01 | 2.04 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202060012 | | DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE | | | 01 | 12.54 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202060020 | | DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3 | | | 01 | 12.54 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202060039 | | DETERMINACAO DE T3 REVERSO | | | 01 | 14.69 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202060047 | | DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA | | | 01 | 10.20 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202060063 | | DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES | | | 01 | 6.72 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202060071 | | DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA) | | | 01 | 6.72 |  |
|  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202060080 | | DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH) | | | 01 | 14.12 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202060101 | | DOSAGEM DE AMP CICLICO | | | 01 | 12.01 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202060128 | | DOSAGEM DE CALCITONINA | | | 01 | 14.38 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202060136 | | DOSAGEM DE CORTISOL | | | 01 | 9.86 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202060144 | | DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA) | | | 01 | 11.25 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202060195 | | DOSAGEM DE GASTRINA | | | 01 | 14.15 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202060209 | | DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA | | | 01 | 15.35 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202060276 | | DOSAGEM DE PARATORMONIO | | | 01 | 43.13 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202060284 | | DOSAGEM DE PEPTIDEO C | | | 01 | 15.35 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202060322 | | DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1) | | | 01 | 15.35 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202060357 | | DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE | | | 01 | 13.11 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202060365 | | DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA | | | 01 | 15.35 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202060403 | | TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH | | | 01 | 12.01 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202060411 | | TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA | | | 01 | 12.01 |  |
|  | | | | | | |  |
| Modalidades: 01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia, 04 - Internação Domiciliar, 05 - Assistência Domiciliar, 06 - Atenção Domiciliar | | | | | | | |
| Complexidade: NA - Não se Aplica, AB - Atenção Básica, MC - Média Complexidade, AC - Alta Complexidade | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Total de Procedimentos: 201 | | | |  | | |  |
| Código | | Nome | | | Modalidade | Tot. Amb. |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202060420 | | TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APOS GONADORRELINA | | | 01 | 12.01 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202060438 | | TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON | | | 01 | 12.01 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202060446 | | TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA | | | 01 | 12.01 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202060454 | | TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE | | | 01 | 12.01 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202060462 | | TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS | | | 01 | 8.43 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202070018 | | DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO | | | 01 | 2.06 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202070026 | | DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO | | | 01 | 2.23 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202070034 | | DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO | | | 01 | 3.68 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202070042 | | DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO | | | 01 | 2.04 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202070050 | | DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO | | | 01 | 15.65 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202070069 | | DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE | | | 01 | 3.51 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202070077 | | DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO | | | 01 | 2.01 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202070085 | | DOSAGEM DE ALUMINIO | | | 01 | 27.50 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202070107 | | DOSAGEM DE ANFETAMINAS | | | 01 | 10.00 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202070115 | | DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS | | | 01 | 10.00 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202070131 | | DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS | | | 01 | 13.48 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202070140 | | DOSAGEM DE CADMIO | | | 01 | 6.55 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202070158 | | DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA | | | 01 | 17.53 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202070166 | | DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA | | | 01 | 4.11 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202070174 | | DOSAGEM DE CHUMBO | | | 01 | 8.83 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202070212 | | DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA | | | 01 | 15.65 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202070220 | | DOSAGEM DE FENITOINA | | | 01 | 35.22 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202070239 | | DOSAGEM DE FENOL | | | 01 | 2.05 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202070247 | | DOSAGEM DE FORMALDEIDO | | | 01 | 3.51 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202070263 | | DOSAGEM DE MERCURIO | | | 01 | 2.04 |  |
|  | | | | | | |  |
| Modalidades: 01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia, 04 - Internação Domiciliar, 05 - Assistência Domiciliar, 06 - Atenção Domiciliar | | | | | | | |
| Complexidade: NA - Não se Aplica, AB - Atenção Básica, MC - Média Complexidade, AC - Alta Complexidade | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Total de Procedimentos: 201 | | | |  | | |  |
| Código | | Nome | | | Modalidade | Tot. Amb. |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202070280 | | DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA | | | 01 | 10.00 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202070298 | | DOSAGEM DE METOTREXATO | | | 01 | 10.00 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202070301 | | DOSAGEM DE QUINIDINA | | | 01 | 10.00 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202070310 | | DOSAGEM DE SALICILATOS | | | 01 | 2.01 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202070328 | | DOSAGEM DE SULFATOS | | | 01 | 3.51 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202070336 | | DOSAGEM DE TEOFILINA | | | 01 | 15.65 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202070344 | | DOSAGEM DE TIOCIANATO | | | 01 | 3.68 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202070352 | | DOSAGEM DE ZINCO | | | 01 | 15.65 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202080056 | | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE) | | | 01 | 4.20 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202080099 | | CULTURA DO LEITE MATERNO (POS-PASTEURIZACAO) | | | 01 | 4.33 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202080102 | | CULTURA P/ HERPESVIRUS | | | 01 | 4.33 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202080170 | | PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI | | | 01 | 4.33 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202080188 | | PESQUISA DE BACILO DIFTERICO | | | 01 | 2.80 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202080196 | | PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A | | | 01 | 4.33 |  |
|  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202080200 | | PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY | | | 01 | 2.80 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202080218 | | PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI | | | 01 | 4.33 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202080226 | | PESQUISA DE LEPTOSPIRAS | | | 01 | 2.80 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202080234 | | PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM | | | 01 | 5.04 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202090027 | | ADENOGRAMA | | | 01 | 5.79 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202090035 | | CITOLOGIA P/ CLAMIDIA | | | 01 | 4.33 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202090043 | | CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS | | | 01 | 4.33 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202090086 | | DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO | | | 01 | 1.89 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202090094 | | DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA | | | 01 | 2.01 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202090116 | | DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA | | | 01 | 2.01 |  |
|  | | | | | | |  |
| Modalidades: 01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia, 04 - Internação Domiciliar, 05 - Assistência Domiciliar, 06 - Atenção Domiciliar | | | | | | | |
| Complexidade: NA - Não se Aplica, AB - Atenção Básica, MC - Média Complexidade, AC - Alta Complexidade | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Total de Procedimentos: 201 | | | |  | | |  |
| Código | | Nome | | | Modalidade | Tot. Amb. |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202090175 | | ESPLENOGRAMA | | | 01 | 5.79 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202090221 | | DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA | | | 01 | 2.01 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202090248 | | PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS | | | 01 | 1.89 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202090264 | | PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA) | | | 01 | 4.80 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202090280 | | PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA) | | | 01 | 9.70 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202090310 | | REACAO DE PANDY | | | 01 | 1.89 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202090345 | | TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS | | | 01 | 4.69 |  |
|  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202090353 | | TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO | | | 01 | 4.69 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202110010 | | DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO) | | | 01 | 8.80 |  |
|  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202110036 | | DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO) | | | 01 | 66.00 |  |
|  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202110044 | | DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO) | | | 01 | 5.50 |  |
|  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202110052 | | DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4 | | | 01 | 12.10 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202110060 | | DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA | | | 01 | 20.90 |  |
|  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202110079 | | DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA | | | 01 | 5.50 |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202110087 | | DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO) | | | 01 | 13.20 |  |
|  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202110095 | | DOSAGEM DE 17 HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO | | | 01 | 8.00 |  |
|  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202110109 | | DOSAGEM DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SANGUE EM PAPEL DE FILTRO | | | 01 | 5.50 |  |
|  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202110117 | | DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SORO | | | 01 | 137.00 |  |
|  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202110125 | | DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA | | | 01 | 66.00 |  |
|  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  |
| 0202110133 | | DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE | | | 01 | 66.00 |  |
|  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  |
| Modalidades: 01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia, 04 - Internação Domiciliar, 05 - Assistência Domiciliar, 06 - Atenção Domiciliar | | | | | | | |
| Complexidade: NA - Não se Aplica, AB - Atenção Básica, MC - Média Complexidade, AC - Alta Complexidade | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Total de Procedimentos: 201 | | | |  | | |  |

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOCAINA DO SUL

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO

PROCESSO ADMINISTRATIVO N°. 08/2014

CREDENCIAMENTO DE LABORATÓRIOS Nº. 02/2014

**ANEXO II**

**DECLARAÇÃO**

EMPRESA TAL, inscrita no CNPJ n.º .................., com endereço tal ...................., por intermédio de seu representante legal, Sr. (sra.) ..........., portador(a) da CI n.º ................ e do CPF n.º ..............., **DECLARA SOB AS PENAS DA LEI,** que após tomar ciência na íntegra, aceita e adere às condições estabelecidas no edital acima mencionado, inclusive quanto ao preço, comprometendo-se a prestar os serviços na forma e condições preconizadas e a atender às normas vigentes.

Declaramos, ainda possuir pessoal qualificado, de acordo com as normas técnicas pertinentes, assumindo toda e qualquer responsabilidade administrativa, civil e criminal pelos exames realizados, incluindo coleta, análise, resultado e instruções dadas aos pacientes, bem como, em relação a quaisquer outros atos praticados em relação ao objeto.

Nada mais havendo a declarar.

Bocaina do Sul, .....de .................. de2014.

Nome da Empresa

Nome do Representante Legal (assinatura)

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOCAINA DO SUL

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO

PROCESSO ADMINISTRATIVO N°. 08/2014

CREDENCIAMENTO DE LABORATÓRIOS Nº. 02/2014

**ANEXO III**

***CERTIFICADO DE CREDENCIAMENTO Nº \_\_/2014***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| EMPRESA: |  | | |
| CNPJ: INSCR. MUN.: | | | |
| ENDEREÇO: | | | |
| TELEFONE/FAX: E-MAIL: | | | |
| SÓCIOS: |  | | |
| BANCO: AGÊNCIA: C/C: | | | |
| DOCUMENTOS | | | |
| NOME | NÚMERO | DATA DE EMISSÃO | DATA DE VALIDADE |
| CNPJ: |  |  |  |
| CONT. SOCIAL: |  |  |  |
| ALV. SANITÁRIO: |  |  |  |
| CND – INSS: |  |  |  |
| CRF – FGTS: |  |  |  |
| DECLARAÇÃO: |  |  |  |

Bocaina do Sul, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_ de2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOCAINA DO SUL

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO

PROCESSO ADMINISTRATIVO N°. 08/2014

CREDENCIAMENTO DE LABORATÓRIOS Nº. 02/2014

**ANEXO IV - MINUTA DE CONTRATO**

**CREDENCIAMENTO DE LABORATÓRIOS Nº 02/2014**

Pelo presente instrumento, de um lado o **MUNICIPIO DE BOCAINA DO SUL**, Estado de Santa Catarina, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ sob n° 01.606.852/0001-90, com endereço na Rua João Assink, 322, Centro de Bocaina do Sul – SC, representado pelo Prefeito Municipal, Sr. Luiz Carlos Schmuler, aqui denominada CONTRATANTE, e de outro lado, ...........................................,pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº. ..........................., estabelecida na Rua .............. – n°. ........., ..............., ................, aqui denominada simplesmente CONTRATADA, neste ato representada por seu ....................., Sr. (a) .............., têm entre si como justo e contratado o que segue:

***I. DO OBJETO***

***CLÁUSULA PRIMEIRA*** *-* É objeto desta contratação o **credenciamento** de laboratórios, para realização de exames clínicos aos munícipes*,* em procedimento administrativo disciplinado pela Lei Federal 8.666/93,pelo estabelecido no Edital n°. 02/2014, o qual faz parte integrante do presente contrato, independentemente de anexação ou transcrição.

***CLÁUSULA SEGUNDA*** *-*as empresas credenciadas se comprometem com a prestação de serviços, que consiste em coleta, análise e divulgação dos resultados referentes aos exames constantes do anexo I do edital ou outros que forem incluídos através de aditivos a este instrumento.

***II. DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS***

***CLÁUSULA TERCEIRA –*** A coleta do material deverá ser definida juntamente com a Secretaria de Saúde, com dias e horários fixos, em sede própria no município.

***III. DO VALOR E DO PAGAMENTO***

***CLÁUSULA QUARTA*** - A realização de exames clínicos será remunerada nos valores previstos na Tabela SIA/SUS.

**SUBCLÁUSULA ÚNICA:** O preço ofertado permanecerá fixo, até que outra tabela do SUS venha a ser editada, substituindo à vigente.

***CLÁSULA QUINTA***– O pagamento dos exames será efetuado até em 30 (trinta) dias da apresentação da nota fiscal/fatura de prestação dos serviços acompanhada das devidas requisições, atestada a veracidade por servidor responsável da Secretaria de Saúde, observada a cláusula sexta, item ‘3’, e desde que não haja fato impeditivo, e será efetivado diretamente na conta corrente de titularidade da CONTRATADA, conta-corrente nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, agência \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Banco \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

***IV. DAS OBRIGAÇÕES***

***CLÁSULA SEXTA -*** Das obrigações do CONTRATANTE:

1. Autorizar expressamente, através do profissional de saúde do município em conjunto com o Secretário de Saúde ou pelo servidor por esta designado, a realização dos exames diretamente aos munícipes, que poderão escolher um dentre os credenciados para a realização dos serviços objeto deste contrato;
2. Fiscalizar a execução dos serviços, através da Secretaria da Saúde;
3. Pagar,na forma da Cláusula Quinta, os exames realizados no mês anterior, desde que apresentada à respectiva relação com nome, data e tipo de exame efetuado pelo laboratório acompanhada da nota fiscal até o dia 05, na Secretaria de Saúde que atestará a veracidade dos mesmos;

***CLÁSULA SÉTIMA -*** Das obrigações da CONTRATADA:

1. Cumprir todas as cláusulas do presente e demais legislação aplicável;

2. Manter a documentação de que trata o subitem 4.1 do edital atualizado, para substituição dos documentos vencidos, quando solicitado;

3. Manter sala de coleta própria de acordo com as exigências da Vigilância Sanitária, com profissionais capacitados a disposição dos pacientes com todos os cuidados de higiene e limpeza, para efetuar a coleta do material, sendo esse serviço de inteira responsabilidade dos mesmos.

4. Atender com zelo e presteza a população bem como os servidores municipais;

5. Realizar somente os exames expressamente autorizados por profissional de saúde do município (médico) e pela Secretária de Saúde ou servidor assim designado por esta, sob pena de não pagamento;

6. Entregar o resultado o mais brevemente possível, de acordo com o tipo de exame realizado, devendo o transporte do material ser efetuado pela contratada no máximo em 12 (doze) horas após a coleta;

7. Manter linha telefônica e fax disponível para comunicação com a Secretaria de Saúde, para fins de atendimento excepcional de necessidades urgentes, no menor prazo possível;

8. Encaminhar até o dia 05 do mês subseqüente nota fiscal e relação dos serviços prestados, com relatório com as guias de requisições, devidamente autorizados, deixando a disposição para conferencia dos responsáveis, contendo:

1. Nome dos exames realizados e respectivos valores;
2. Nome do paciente;
3. Data de realização do exame;
4. Cópia das autorizações emitidas pela CONTRATANTE e atendidas pelo CONTRATADO, com o recebimento da Secretaria de Saúde.

9. Não satisfeitos os requisitos do subitem 8, o laboratório retificará os dados, sendo que o prazo para o pagamento será iniciado após a apresentação dos mesmos;

10. Responsabilizar-se administrativa, civil e criminalmente pelos atos que digam respeito à prestação dos serviços ora assumidos.

11. São de responsabilidade única e exclusiva da credenciada o pagamento das obrigações tributárias, trabalhistas e previdenciárias, bem como o cumprimento de todas e quaisquer normas relativas à segurança, higiene e medicina do trabalho.

12 A empresa credenciada será responsável pelo material necessário às coletas, incluído nesse caso, todo e qualquer medicamento imprescindível para a realização do procedimento.

13. O transporte do material biológico deverá ocorrer de forma adequada e de acordo com as normas de biossegurança expedidas pela ANVISA ou outro órgão fiscalizador.

14. A Credenciada deve permitir o acompanhamento e a fiscalização da Contratante ou da comissão designada para tal, se assim solicitada pela contratante.

15. A Credenciada deverá de imediato, quando solicitado, apresentar material biológico, documentos, prontuários ou demais informações necessárias ao acompanhamento da execução do contrato.

16. Fica estabelecido que os Credenciados realizarão todos os exames distribuídos pela Secretaria Municipal de Saúde, incluindo-se aí, os que por ventura não possam ser feitos no Laboratório Municipal, ainda que as solicitações desses exames tenham sido inicialmente encaminhadas diretamente para o Laboratório Municipal.

17. O agendamento, a coleta, a realização dos exames e a distribuição dos resultados serão de responsabilidade da empresa credenciada, que assumirá todos os ônus decorrentes dos procedimentos.

18. Os resultados dos exames deverão ser entregues nos seguintes prazos:

a) Os exames de rotina, em até 04 (quatro) dias úteis;

b) Os de maior complexidade, em até 08 (oito) dias úteis;

c) Os casos excepcionais deverão obedecer aos prazos estabelecidos

19. A entrega dos resultados dos exames dar-se-á no local onde foi realizada a coleta, salvo nos casos de exames de HIV, que deverão seguir os protocolos determinados pela SEMUS.

20. A Credenciada fica proibida de ceder ou transferir para terceiros a realização de exames de rotina constantes na tabela de Procedimentos SIA/SUS, sem prévia autorização da Contratante.

***V. DAS INFRAÇÕES E MULTAS***

***CLÁUSULA OITAVA -*** Pela inexecução total ou parcial do contrato, o Município de Bocaina do Sul poderá, garantida a prévia defesa, aplicar aos CREDENCIADOS, às seguintes penalidades:

I – advertência;

II – multa, na forma prevista no instrumento convocatório ou no contrato;

III – suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração, por prazo não superior a 02 (dois) anos; e,

IV – declaração de inidoneidade para contratar com a Administração Pública, conforme inciso IV do art. 87 da Lei 8.666/93.

***CLÁUSULA NONA -*** O atraso injustificado na prestação do serviço, assim como o não-cumprimento integral, pela CONTRATADA, das obrigações assumidas, sujeitará a mesma às penalidades previstas na legislação pertinente, independentemente do direito do Município exigir reparações por perdas e danos e/ou multas.

***CLÁUSULA DÉCIMA –***A CONTRATADA aceita e autoriza que os valores totais de multas ou indenizações previstas acima serão descontados dos pagamentos eventualmente devidos pela PREFEITURA à CONTRATADA ou, no caso de sua insuficiência, serão cobrados extrajudicialmente ou, caso necessário, judicialmente.

***VI. DO DIREITO DE RESERVA***

***CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA -*** São prerrogativas da PREFEITURA as previstas no art. 58, da Lei 8.666/93, que as exercerá nos termos do contrato.

***CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA -*** A PREFEITURA poderá rescindir o contrato, por ato administrativo unilateral, nas hipóteses previstas no art. 78, incisos I a XII, da Lei 8.666/93, sem que caiba à CONTRATADA qualquer indenização.

***CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA***– A PREFEITURA não será obrigada a adquirir uma quantidade mínima dos serviços descritos na cláusula segunda, ficando a seu exclusivo critério a quantidade e oportunidade de aquisição dos mesmos.

***VII. DA VIGÊNCIA DO CONTRATO***

***CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA-*** O presente Instrumento terá vigência a partir da sua assinatura, findando em 31 de dezembro de 2014, podendo ser prorrogado na forma da Lei 8.666/93.

***VIII. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS***

***CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA -*** As despesas oriundas do presente contrato correrão por conta da seguinte dotação orçamentária:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cód. Red. | Un. Orç. | Proj. Ativ. | Elem. Despesa | Compl. Do Elemento | Saldo Dotação (R$) |
| 07 | 09.01 | 2.043 | 339000 | 339900 | 280.000,00 |

A constatação, no curso da presente, de condutas ou procedimentos que impliquem em atos contrários ao alcance dos fins nela objetivados, ensejará a apuração e, se for o caso, a formulação de imediata representação ao MINISTÉRIO PÚBLICO para que sejam adotadas as providências tendentes à apuração dos fatos e instauração do competente procedimento criminal, sem prejuízo da abertura de processo administrativo para os fins estabelecidos no art. 88, inciso II, da Lei nº 8.666/93.

***CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA-*** Os casos omissos neste contrato serão resolvidos nos termos da Lei nº 8.666/93 e demais textos legais pertinentes.

***CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA -*** As partes elegem o foro da Comarca de Lages/SC para dirimir eventuais dúvidas na interpretação dos termos deste contrato.

Bocaina do Sul/SC, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MUNICÍPIO DE BOCAINA DO SUL**

**LUIZ CARLOS SCHMULER – Prefeito Municipal**

**Contratante**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Contratada**

# Testemunhas

# Ass. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ass. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO V**

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE**

A empresa .............................., inscrita no CNPJ nº ................................., por intermédio de seu representante legal o Sr..................................................., portador da carteira de identidade nº....................... e do CPF nº ......................., na qualidade de proponente no processo licitatório denominado EDITAL DE CREDENCIAMENTO PÚBLICO DE LABORATÓRIOS nº 02/2014, DECLARA, sob as penas da lei, não ter recebido do Município de Bocaina do Sul ou de qualquer outra entidade da Administração Direta ou Indireta, em âmbito Federal, Estadual e Municipal, SUSPENSÃO TEMPORÁRIA de participação em licitação e ou impedimento de contratar com a Administração, assim como não ter recebido declaração de INIDONEIDADE para licitar e ou contratar com a Administração Federal, Estadual e Municipal, ou ainda ter em seu quadro societário sócio com condenação por improbidade administrativa ou qualquer outro fato que implique impedimento à assinatura de contrato com a Administração Pública.

Bocaina do Sul, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de2014.

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Nome e assinatura do representante legal da proponente*