

---

**TERMO DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE Nº. 031/2025**

**CONTRATO Nº 031/2025**  
**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº. 0536/2025**  
**EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº. 001/2025**  
**ID/CIDADES: 2025.501.2600006.17.0001**

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE SAÚDE Nº. 031/2025, QUE ENTRE SI CELEBRAM O CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLO SUL – CIM POLO SUL E A EMPRESA LÉLLIS LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS LTDA.**

**O CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLO SUL – CIM POLO SUL**, Associação Pública de Direito Público, com sede a Rua Maria Josefina de Resende, nº 625, Bairro Café Moca, Mimoso do Sul/ES, CEP: 29400-000, inscrita no CNPJ nº 02.722.566.0001-52, neste ato, legalmente representado pelo seu Presidente o Sr. **GEDSON BRANDÃO PAULINO**, brasileiro, casado, Prefeito Municipal de Iconha inscrito no CPF sob o nº 083.592.647-83, residente e domiciliado na cidade de Iconha – Es, doravante denominado **CONTRATANTE** e, do outro lado, a Empresa **LÉLLIS LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS LTDA**, pessoa jurídica de Direito Privado, sediada na AV. Rubens, s/n, Bairro Santa Rita, Marataízes/ES, CEP: 29.345-000, inscrita no CNPJ sob nº 45.932.198/0001-80, tendo como representante legal o(a) Sr(a). **CARLOS ALEXANDRE GRANATO DA SILVA**, inscrita no CPF nº 838.477.906-68, residente e domiciliado à Rua Guaçuí, nº 1114, Praia Central, Marataízes-ES, CEP: 29.345-000, doravante denominada simplesmente CREDENCIADA/CONTRATADA, com embasamento legal no Edital de Credenciamento nº 001/2025, Processo Administrativo nº 0536/2025, Lei Federal nº 11.107/2005, Lei Federal nº 14.133/2021, Lei Federal 8.080/90 e demais legislações aplicáveis, observando que as partes, comprometem-se a observância das cláusulas e das condições a seguir pactuadas:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO**

1.1. O objeto do presente é a **prestação de serviços de saúde, consubstanciados na coleta, realização e distribuição de exames de Análises Clínicas (EXAMES LABORATORIAIS) constantes TABELA DE VALORES E EXAMES LABORATORIAIS – TVEL, do CIM Polo Sul, conforme Edital de Credenciamento nº. 001/2025 e, conforme tabela anexa apresentada pela CREDENCIADA**, para atender à população dos Municípios consorciados do CIM Polo Sul, na forma e condições das Cláusulas seguintes.

**CLÁUSULA SEGUNDA - DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

---

**2.1. Compete a CREDENCIADA/CONTRATADA:**

2.1.1 Prestar os serviços descritos na cláusula primeira em local apropriado, devidamente equipado e/ou disponibilizado pelos municípios consorciados;

2.1.2. Recusar a prestação de qualquer serviço de saúde aos municípios consorciados sem prévia autorização dos Secretários Municipais de Saúde ou servidor municipal devidamente autorizado;

2.1.3. Fornecer aos usuários ou seu responsável, relatório do atendimento, laudo médico, atestado médico ou outro documento necessário para atender as necessidades do usuário;

2.1.4. Não considerar como nova consulta a entrega e avaliação de exames se esta ocorrer dentro de 30 (trinta) da consulta;

2.1.5. Preencher todos os campos dos formulários oriundos das Secretarias Municipais de Saúde, com os respectivos dados, códigos do CID, mapas de produção, e demais formulários exigidos pelo Ministério da Saúde;

2.1.6. Dispensar aos usuários, sem qualquer diferenciação, os mesmos tratamentos realizados com padrões técnicos e de conforto material dispensado aos seus demais clientes da CREDENCIADA;

2.1.7. Comunicar a Central de Regulação Municipal os casos de suspensão do horário do atendimento de usuário, com antecedência suficiente para ser avisado aos respectivos usuários, salvo os casos de urgência, que não poderão ser repetitivos;

2.1.8. Comprometer-se a não cobrar diretamente dos usuários e/ou de seus responsáveis quaisquer quantias relacionadas direta ou indiretamente aos serviços objeto deste instrumento, durante a sua vigência;

2.1.9. Prestar ao CIM POLO SUL, sempre que solicitado, informações e relatórios necessários a permitir a realização do acompanhamento e fiscalização do presente instrumento;

2.1.10. Observar no momento do atendimento que, a autorização para a realização dos serviços médicos terá validade de no máximo 60 dias;

2.1.11. Garantir o atendimento do aumento da demanda, em caso de surto ou epidemia de doenças;

2.1.12. Informar diariamente por meio do sistema de gestão em saúde, disponibilizado pelo CIM POLO SUL, sem ônus para a CREDENCIADA, os atendimentos realizados;

2.1.13. Enviar, mensalmente, ao CIM POLO SUL, relatório com as autorizações de

---

atendimentos, devidamente assinadas, com nome do paciente, atendimento realizado e respectivos valores, visando à conferência de faturamento e fiscalização da equipe do Consórcio e ou do Município consorciado demandante dos serviços.

2.1.14. Para a prestação dos serviços, o estabelecimento de saúde deverá possuir microcomputador, leitor biométrico para coleta de digital do paciente e acesso à rede mundial de computadores. O leitor biométrico não inabilita, mas é item obrigatório para a prestação dos serviços.

### **CLÁUSULA TERCEIRA - DO PREÇO E REAJUSTAMENTO**

**3.1** - O valor total do presente Contrato é de **RS 250.000,00 (DUZENTOS E CINQUENTA CINQUENTA MIL REAIS)** cujo pagamento sera efetuado por demanda e de acordo com os preços consignados na tabela do CIM POLO SUL, conforme apresentado pela Contratada no ato do Credenciamento, sendo vedada a cobrança extra de valores a qualquer título, conforme vedação constante da legislação do SUS.

**3.2.** Os preços dos serviços poderão ser alterados sempre na mesma data e na mesma proporção em que ocorrer modificação da TABELA DE VALORES E EXAMES LABORATORIAIS – TVEL, do CIM POLO SUL.

### **CLÁUSULA QUARTA - DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

4.1. O Consórcio Público da Região Polo Sul - CIM POLO SUL pagará, mensalmente, à CREDENCIADA/CONTRATADA pelos serviços prestados, observando-se o seguinte:

a) Os fechamentos das produções deverão compor períodos do primeiro e o último dia do mês anterior, a emissão da nota fiscal;

b) A CREDENCIADA/CONTRATADA deverá apresentar a Nota Fiscal até o dia 5º (quinto) dia útil do mês subsequente à prestação de serviço, sempre acompanhada de relatório de atendimento individualizado por município (onde conste nome completo do paciente, data do atendimento, município referente, tipo de consulta realizada e valor cobrado) e das guias de autorização/requisição que autorizaram os serviços;

c) Somente após conferir e atestar o serviço prestado, poderá o CIM POLO SUL efetuar o pagamento devido, que deverá ocorrer até o 05º dia após a entrega dos documentos e nota fiscal. Havendo incorreções ou irregularidades no faturamento apresentado, o pagamento somente será efetuado após a correção da mesma;

d) Junto à nota fiscal, deverão ser apresentadas as certidões de regularidade fiscal e trabalhista;

4.2. No caso do pagamento ocorrer mediante crédito em conta corrente bancária de titularidade da CREDENCIADA/CONTRATADA, o comprovante de depósito terá a validade como recibo de quitação para todos os efeitos.

4.3. Fica vedada a emissão de duplicatas e/ou boletos bancários de cobrança dos serviços

prestados com prazo/data de vencimento das mesmas e inclusão de quaisquer multas e ou penalidades.

#### **CLÁUSULA QUINTA - DAS DOTAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS**

**5.1.** Os recursos financeiros a serem utilizados para pagamento das despesas advindas do presente Contrato, correrão à conta de recursos constantes do orçamento do CIM POLO SUL

01 – CIM POLO SUL – CONSÓRCIO PÚBLICO POLO SUL
01 – CIM POLO SUL – CONSÓRCIO PÚBLICO POLO SUL
2.001 – PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, APOIO E DIAGNÓSTICOS CONTRATADOS
<b>Elemento Despesa: 3.3.90.39.00.00 – OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA</b>
Sub-Elemento Despesa: 3.3.90.39.50.00 – Serviços Médico-Hospitalares, Odontológicos e Laboratoriais
Fonte de Recurso: 1880.0000 – RECURSOS PRÓPRIOS

#### **CLÁUSULA SEXTA - DO AMPARO LEGAL**

**6.1.** O presente Contrato encontra-se amparado no disposto no caput do artigo 74 da Lei Federal nº 14.133/2021 e alterações posteriores.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA - DA VIGÊNCIA**

**7.1.** O presente instrumento vigorará pelo prazo de até **24 (vinte e quatro) meses, a contar de 10 (dez) de julho de 2025**, podendo ser prorrogado por prazos iguais e sucessivos por manifestação expressa do CIM Polo Sul na forma do artigo 105 da Lei nº 14.133, de 2021. (na forma dos artigo 107 da Lei nº 14.133, de 2021).

#### **CLÁUSULA OITAVA - DO DESCRENCIAMENTO E EXTINÇÃO DO CONTRATO**

**8.1.** Ocorrerá descredenciamento do prestador de serviços, nos seguintes casos:

- a) Não cumprimento ou cumprimento irregular de cláusulas do presente termo;
- b) Paralisação dos serviços sem justa causa e sem prévia comunicação ao CIM POLO SUL;
- c) Por decisão da Câmara Setorial de Saúde do CIM POLO SUL, motivados pela má qualidade dos serviços prestados, em relação aos atendimentos realizados e a ética profissional;
- d) Por interesse do CIM POLO SUL, no caso dos serviços deixarem de integrar o plano de atendimento aos Municípios Consorciados, ou ainda, a TABELA DE VALORES E EXAMES LABORATORIAIS – TVEL), deste Consórcio.

**8.2.** Quando o descredenciamento ocorrer pelos motivos expressos nas letras “a”, “b”, “c” a CREDENCIADA/CONTRATADA ficará impedida de prestar serviço ao CIM Polo Sul e Municípios Consorciados pelo prazo não inferior a 12 (doze) meses;

---

8.3. Caso o descredenciamento previsto no item 8.1 seja levado a efeito, caberá a CREDENCIADA/CONTRATADA, durante o prazo da notificação e até a data do efetivo descredenciamento, manter o atendimento aos usuários.

## **CLÁUSULA NONA - DAS RESPONSABILIDADES**

### **9.1. Compete a CREDENCIADA/CONTRATADA:**

- a) Utilizar na execução dos serviços credenciados, pessoal habilitado, e sob a sua supervisão direta;
- b) Providenciar a imediata correção das deficiências apresentadas pelo CIM Polo Sul e entes Consorciado, quando do atendimento e prestação dos serviços;
- c) Responsabilizar-se diretamente por todas as despesas diretas e indiretas relativas aos serviços prestados, tais como: salário, encargos sociais, fiscais, trabalhistas, previdenciários, indenizações e quaisquer outros que forem devidas aos seus empregados no desempenho do serviço descrito na cláusula primeira, isentando o CIM Polo Sul de qualquer vínculo empregatício com os mesmos;
- d) Responsabilizar-se por danos e/ou prejuízos pessoais, morais e ou materiais verificados nos atendimentos e nas prestações dos serviços aos usuários do CIM Polo Sul, sejam eles causados pela CREDENCIADA por meio de seus empregados ou terceiros;
- e) Atualizar seus dados cadastrais junto ao CIM POLO SUL, comprometendo-se a comunicar por escrito, eventuais mudanças de número de telefone/fax, endereço, e-mail e horário de atendimento, em até 30 (trinta) dias após a alteração dos mesmos;
- f) Responsabilizar-se por toda e qualquer informação fornecida ao CIM Polo Sul, em razão dos serviços prestados aos seus usuários, respondendo, deste modo, pela inobservância de normas legais, bem como pela inexatidão das referidas informações;
- g) Disponibilizar para o CIM Polo Sul os dados assistenciais dos atendimentos prestados, observadas as questões éticas e o sigilo profissional, na forma prevista na legislação do SUS.
- h) Para a prestação dos serviços o estabelecimento de saúde deverá possuir microcomputador, leitor biométrico para coleta de digital do paciente e acesso à rede mundial de computadores.

### **9.2. Compete ao CIM POLO SUL:**

- a) Avaliar, por intermédio dos municípios consorciados, a qualidade do atendimento e dos serviços prestados;
- b) Designar responsável para acompanhamento e fiscalização do presente termo;
- c) Efetuar os pagamentos nas condições pactuadas.

## **CLÁUSULA DÉCIMA - DO ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO**

**10.1. Os serviços prestados serão acompanhados e fiscalizados em conjunto pela Secretaria Municipal de Saúde de cada município consorciado e pelo CIM POLO SUL, os quais**

---

**poderão solicitar relatórios, informações e esclarecimentos sempre que julgar necessário a solução de denúncias, dúvidas ou divergências.**

**10.2.** O fiscal nomeado para acompanhar a execução das obrigações assumidas pela Contratada terá autoridade para exercer, em conjunto com o representante do Consórcio, toda e qualquer ação de orientação geral, acompanhamento e fiscalização da execução contratual, objetivando garantir qualidade e conformidade com o objeto deste Contrato, nos termos do art. 117, da Lei Federal nº 14.133/2021.

**10.3.** Os Fiscais anotarão em registro próprio todas as ocorrências relacionadas com a execução do contrato, indicando dia, mês e ano, bem como, o nome dos colaboradores, eventualmente, envolvidos, adotando as providências necessárias ao fiel cumprimento das cláusulas contratuais e comunicando à autoridade competente, quando for o caso, conforme o disposto nos §§ 1º e 2º, do artigo 117, da Lei Federal nº 14.133/2021.

**10.4.** A fiscalização não exclui e nem reduz a responsabilidade da Contratada, inclusive perante terceiros, por qualquer irregularidade, ainda que resultante de imperfeições técnicas, vícios redibitórios, e na ocorrência desta, não implica em corresponsabilidade da Contratante ou de seus agentes e prepostos, em conformidade com o artigo 120, da Lei Federal nº 14.133/2021.

**10.6** - Serão indicados, pelo Consórcio CIM POLO SUL, para fiscalizar esta contratação os seguintes empregados públicos:

**CIM POLO SUL:**

**NOME:** Jane Helena Barbosa Duarte

**CARGO/FUNÇÃO:** Supervisor Administrativo

**LOGRADOURO:** Rua Maria Josefina de Resende, 625, Café Moca, Mimoso do Sul-ES;

**E-MAIL:** [diretoria@cimpolosul.es.gov.br](mailto:diretoria@cimpolosul.es.gov.br)

**TELEFONE CELULAR:** (28) 99923-0577

**FISCAL SUPLENTE:**

**NOME:** Natália Gomes de Souza

**CARGO:** Gerente Administrativo do CIM POLO SUL

**LOGRADOURO:** Rua Maria Josefina de Resende, 625, Café Moca, Mimoso do Sul-ES.

**E-MAIL:** [diretoria@cimpolosul.es.gov.br](mailto:diretoria@cimpolosul.es.gov.br)

**TELEFONE CELULAR:** (28) 99923-0577

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS ALTERAÇÕES**

**11.1.** Em caso de solicitação de inclusão de profissional em contrato vigente, deverão ser apresentados os documentos relacionados abaixo:

- a) Requerimento de Credenciamento (Anexo VIII do edital) assinado pelo responsável legal da empresa;
- b) Relação atualizada do corpo clínico com informações de especialidade e registro no

---

referido conselho, assinado pelo representante legal da empresa;

c) Cópia dos documentos do profissional a ser incluído em conformidade com item 5 "O" do referido edital;

11.2. Em caso de solicitação de inclusão/exclusão de procedimento e ou serviços em contrato vigente, deverão ser apresentados os documentos relacionados abaixo Requerimento de Credenciamento (Anexo VIII do edital) assinado pelo responsável legal da empresa.

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

12.1. Os tributos e contribuições que forem devidos em decorrência direta ou indireta do presente instrumento, ou de sua execução, constituem ônus de responsabilidade do contribuinte, assim definido na legislação tributária.

12.2. A CREDENCIADA/CONTRATADA autoriza o CIM Polo Sul a divulgar seu nome, endereço e telefone aos municípios consorciados e seus usuários.

12.3. O presente instrumento não é firmado em caráter de exclusividade, podendo a CREDENCIADA operar com quaisquer outras instituições.

12.4. Fica vedado a CREDENCIADA transferir a terceiros, no todo ou em parte, os direitos e as obrigações estabelecidas neste instrumento.

12.5. O termo de credenciamento obedecerá às disposições, no que couber às normas da Lei Federal nº 14.133/2021 e da Lei nº 8.080/1990, e demais normas do Sistema Único de Saúde e princípios gerais da administração pública, sem prejuízo de outras exigências ajustadas pelas partes.

## **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA LGPD.**

13.1. Com exceção do que dispõe o art. 4º da Lei Federal nº 13709/18, que trata da proteção dos dados pessoais, a CONTRANTE se obriga a dar ciência prévia à CONTRATADA quando fizer uso dos dados privados, sempre zelando pelos princípios da minimização da coleta, necessidade de exposição específica da finalidade, sem prejuízo da mera correção dos dados;

13.2. Fica vedado o tratamento de dados pessoais sensíveis por parte da CONTRANTE com objetivo de obter vantagem econômica de qualquer espécie, com exceção daquelas hipóteses previstas no parágrafo 4º do art.11 da Lei Federal nº13.709/18;

13.3. Multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor total do CONTRATO, na hipótese de tratamento de dados pessoais sensíveis com o objetivo de obter vantagem econômica, ou outra irregularidade havida no cumprimento do CONTRATO, por culpa da CONTRATADA;

13.4. A CONTRATANTE se compromete a zelar pelo tratamento dos dados pessoais dos titulares pessoas naturais vinculadas à CONTRATANTE, sem prejuízo de qualquer responsabilidade, admitindo-se o tratamento nas hipóteses de consentimento específico e destacado por termo de compromisso e ou nas hipóteses previstas nos incisos II a X do art. 7º da Lei Federal nº 13.709/18;

**18.5.** Multa de 10% (dez por cento) sobre o valor total do CONTRATO, na hipótese de descumprimento da obrigação de zelo no tratamento dos dados pessoais da pessoa natural vinculada à CONTRATANTE, ou em caso de tratamento de dados sem o consentimento específico e destacado por termo de compromisso, ou outra irregularidade havida no cumprimento do CONTRATO, por culpa da CONTRATADA.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DO COMBATE À CORRUPÇÃO.**

**14.1.** Para a execução deste Contrato, nenhuma das partes poderá oferecer, dar ou se comprometer a dar, a quem quer que seja, ou aceitar ou se comprometer a aceitar, de quem quer que seja, tanto por conta própria, quanto por intermédio de outrem, qualquer pagamento, doação, compensação, vantagens financeiras ou benefícios de qualquer espécie, seja de forma direta ou indireta quanto ao objeto deste Contrato, ou de outra forma a ele não relacionada, o que deve ser observado, ainda, pelos prepostos e colaboradores.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DO FORO**

**15.1.** Para dirimir toda e qualquer controvérsia oriunda deste instrumento, ou de seu objeto, as partes elegem como competente o foro da Comarca de Mimoso do Sul/ES, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem certas e ajustadas, as partes por si assinam o presente em três vias de igual teor e forma, na presença de 2 (duas) testemunhas, para os devidos efeitos legais.

Mimoso do Sul/ES, 01 de julho de 2025

**GEDSON BRANDÃO PAULINO**

PRESIDENTE DO CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO CIM POLO SUL

CIM POLO SUL

CONTRATANTE

Documento assinado digitalmente



**CARLOS ALEXANDRE GRANATO DA SILVA**

Data: 07/07/2025 15:17:44-0300

Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

**CARLOS ALEXANDRE GRANATO DA SILVA**

LÉLLIS LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS LTDA

CONTRATADA

Testemunhas:

1) \_\_\_\_\_  
CPF Nº.

2) \_\_\_\_\_  
CPF Nº.

### ANEXO I

Nº	EXAMES LABORATORIAIS CREDENCIADOS	VALOR UNITÁRIO
2	ACIDEZ TITULÁVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)	R\$ 3,04
3	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
4	ADENOGRAMA	R\$ 5,79
8	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R\$ 13,33
14	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	R\$ 4,20
15	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	R\$ 4,20
16	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$ 4,20
29	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	R\$ 4,33
30	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	R\$ 4,33
31	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	R\$ 6,48
33	CLEARANCE DE FOSFATO	R\$ 3,51
34	CLEARANCE DE UREIA	R\$ 3,51
35	CLEARANCE OSMOLAR	R\$ 3,51
37	CONTAGEM DE ADDIS	R\$ 2,04
38	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	R\$ 15,00
40	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	R\$ 15,00
43	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89
44	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89
45	CULTURA FEZES + TSA	R\$ 16,00
48	CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO)	R\$ 5,62
49	CULTURA P/ HERPESVIRUS	R\$ 4,33
50	CULTURA PARA BAAR	R\$ 5,63
55	DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 8,80
56	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE	R\$ 66,00
57	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS(CONFIRMATORIO)	R\$ 66,00
58	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA	R\$ 66,00
59	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)	R\$ 66,00

60	DETERMINAÇÃO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETÁRIOS	R\$ 10,65
62	DETERMINAÇÃO DE CARÍOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURAÇÃO (C/ TÉCNICA DE BANDAS)	R\$ 180,00
63	DETERMINAÇÃO DE CARÍOTIPO EM MEDULA ÓSSEA E VILOSIDADES CORIÓNICAS (C/ TÉCNICA DE BANDAS)	R\$ 160,00
64	DETERMINAÇÃO DE CARÍOTIPO EM SANGUE PERIFÉRICO (C/ TÉCNICA DE BANDAS)	R\$ 160,00
66	DETERMINAÇÃO DE CREMATÓCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO	R\$ 1,53
68	DETERMINAÇÃO DE CURVA DE RESISTÊNCIA GLOBULAR	R\$ 2,73
70	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA C/ INDUÇÃO POR CORTISONA (5 DOSAGENS)	R\$ 6,55
71	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA C/ INDUÇÃO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	R\$ 3,68
73	DETERMINAÇÃO DE ENZIMAS ERITROCITÁRIAS (CADA)	R\$ 2,73
75	DETERMINAÇÃO DE FOSFOLÍPIDIOS RELACIONADA LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LÍQUIDO AMNIÓTICO	R\$ 6,56
77	DETERMINAÇÃO DE OSMOLALIDADE	R\$ 3,70
78	DETERMINAÇÃO DE OSMOLARIDADE	R\$ 3,51
80	DETERMINAÇÃO DE SULFO-HEMOGLOBINA	R\$ 2,73
83	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	R\$ 2,73
85	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO - DUKE	R\$ 2,73
86	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SOBREVIVÊNCIA DE HEMÁCIAS	R\$ 5,79
87	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA	R\$ 2,85
91	DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37
98	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	R\$ 6,72
99	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	R\$ 6,72
101	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	R\$ 3,51
102	DOSAGEM DE ACETONA	R\$ 1,85
103	DOSAGEM DE ÁCIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACÉTICO (SEROTONINA)	R\$ 6,72
104	DOSAGEM DE ÁCIDO ASCÓRBICO	R\$ 2,01
113	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	R\$ 3,51

<b>114</b>	DOSAGEM DE ALCÓOL ETILICO	R\$ 2,01
<b>119</b>	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	R\$ 3,68
<b>124</b>	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	R\$ 10,00
<b>125</b>	DOSAGEM DE AMONIA	R\$ 3,51
<b>126</b>	DOSAGEM DE AMP CICLICO	R\$ 12,01
<b>128</b>	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	R\$ 10,00
<b>129</b>	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R\$ 4,11
<b>130</b>	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE RECOMBINANTE HUMANO IGA	R\$ 18,55
<b>131</b>	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	R\$ 10,00
<b>135</b>	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	R\$ 13,48
<b>144</b>	DOSAGEM DE CAROTENO	R\$ 2,01
<b>145</b>	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	R\$ 3,68
<b>148</b>	DOSAGEM DE CITRATO	R\$ 2,01
<b>150</b>	DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR	R\$ 150,00
<b>160</b>	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 1,89
<b>163</b>	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	R\$ 2,83
<b>165</b>	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	R\$ 3,51
<b>166</b>	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	R\$ 3,51
<b>167</b>	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA	R\$ 3,68
<b>168</b>	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	R\$ 3,68
<b>169</b>	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R\$ 8,97
<b>171</b>	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	R\$ 1,65
<b>175</b>	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	R\$ 15,65
<b>176</b>	DOSAGEM DE FATOR II	R\$ 5,31
<b>177</b>	DOSAGEM DE FATOR IX	R\$ 7,61
<b>178</b>	DOSAGEM DE FATOR V	R\$ 4,73
<b>179</b>	DOSAGEM DE FATOR VII	R\$ 8,09
<b>180</b>	DOSAGEM DE FATOR VIII	R\$ 6,63
<b>181</b>	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	R\$ 15,00
<b>182</b>	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	R\$ 18,91
<b>183</b>	DOSAGEM DE FATOR X	R\$ 6,66
<b>184</b>	DOSAGEM DE FATOR XI	R\$ 9,11
<b>185</b>	DOSAGEM DE FATOR XII	R\$ 10,51

<b>186</b>	DOSAGEM DE FATOR XIII	R\$ 6,66
<b>187</b>	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 5,50
<b>188</b>	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	R\$ 12,10
<b>189</b>	DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DEHEMOGLOBINA	R\$ 20,90
<b>191</b>	DOSAGEM DE FENOL	R\$ 2,05
<b>196</b>	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	R\$ 3,51
<b>197</b>	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA	R\$ 2,01
<b>200</b>	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	R\$ 2,01
<b>202</b>	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	R\$ 2,01
<b>204</b>	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	R\$ 2,01
<b>209</b>	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
<b>211</b>	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	R\$ 15,35
<b>214</b>	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	R\$ 3,68
<b>216</b>	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	R\$ 2,73
<b>217</b>	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	R\$ 2,73
<b>219</b>	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	R\$ 2,73
<b>220</b>	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	R\$ 3,68
<b>230</b>	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	R\$ 3,51
<b>232</b>	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	R\$ 3,51
<b>234</b>	DOSAGEM DE LITIO	R\$ 2,25
<b>236</b>	DOSAGEM DE MERCURIO	R\$ 2,04
<b>237</b>	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	R\$ 10,00
<b>238</b>	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	R\$ 4,11
<b>239</b>	DOSAGEM DE METOTREXATO	R\$ 10,00
<b>246</b>	DOSAGEM DE PIRUVATO	R\$ 3,68
<b>247</b>	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	R\$ 4,11
<b>248</b>	DOSAGEM DE PORFIRINAS	R\$ 3,51
<b>252</b>	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 2,83
<b>254</b>	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
<b>257</b>	DOSAGEM DE QUINIDINA	R\$ 10,00
<b>259</b>	DOSAGEM DE SALICILATOS	R\$ 2,01
<b>263</b>	DOSAGEM DE SULFATOS	R\$ 3,51
<b>264</b>	DOSAGEM DE TEOFILINA	R\$ 15,65

267	DOSAGEM DE TIOCIANATO	R\$ 3,68
273	DOSAGEM DE TRACOLIMUS	R\$ 170,00
277	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA	R\$ 5,50
278	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	R\$ 3,51
280	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 13,20
284	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	R\$ 13,35
285	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	R\$ 3,04
286	DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DESORO	R\$ 137,00
290	ELETOFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	R\$ 5,23
292	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,56
293	ESPLENOGRAMA	R\$ 5,79
294	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	R\$ 1,89
297	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	R\$ 3,70
298	FALCIZAÇÃO (TESTE AFOIÇAMENTO)	R\$ 4,50
300	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	R\$ 10,65
302	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE)	R\$ 22,00
305	HEMOCULTURA	R\$ 11,49
312	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	R\$ 10,65
313	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	R\$ 1,65
314	IDENTIFICAÇÃO DE GLICÍDIOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA)	R\$ 3,70
315	IMUNOELETOFORESE DE PROTEINAS	R\$ 17,16
316	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$ 80,00
320	MIELOGRAMA	R\$ 5,79
321	MUTAÇÃO DE GENE MTHFR A1298C	R\$ 128,00
322	MUTAÇÃO DE GENE MTHFR C677T	R\$ 171,00
323	MUTAÇÃO DE GENE PROTROMBINA	R\$ 115,00
325	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	R\$ 4,33
326	PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	R\$ 3,70
327	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	R\$ 2,04
328	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	R\$ 3,70

<b>331</b>	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	R\$ 9,25
<b>332</b>	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	R\$ 10,00
<b>333</b>	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	R\$ 9,25
<b>334</b>	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	R\$ 3,70
<b>335</b>	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	R\$ 5,83
<b>336</b>	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R\$ 10,00
<b>337</b>	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL	R\$ 17,16
<b>339</b>	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	R\$ 9,25
<b>340</b>	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	R\$ 10,00
<b>341</b>	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	R\$ 9,70
<b>342</b>	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES ( ELISA )	R\$ 9,70
<b>344</b>	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	R\$ 10,00
<b>345</b>	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	R\$ 10,00
<b>346</b>	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$ 17,16
<b>350</b>	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	R\$ 10,00
<b>352</b>	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	R\$ 4,10
<b>353</b>	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	R\$ 5,50
<b>360</b>	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	R\$ 10,00
<b>361</b>	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R\$ 17,16
<b>362</b>	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R\$ 5,74
<b>369</b>	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	R\$ 7,78
<b>370</b>	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	R\$ 9,71
<b>372</b>	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	R\$ 18,55
<b>374</b>	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	R\$ 4,10
<b>375</b>	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO	R\$ 18,55
<b>376</b>	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	R\$ 17,16
<b>377</b>	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 2,83
<b>378</b>	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG	R\$ 11,00

	ANTICITOMEGALOVIRUS	
379	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	R\$ 9,25
382	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBREAMARELA)	R\$ 30,00
390	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	R\$ 10,00
394	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBREAMARELA)	R\$ 20,00
400	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO	R\$ 5,79
401	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 370C	R\$ 5,79
402	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO	R\$ 5,79
406	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	R\$ 25,00
407	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	R\$ 2,80
408	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	R\$ 2,04
409	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	R\$ 2,40
410	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$ 1,89
412	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	R\$ 1,89
413	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	R\$ 2,04
414	PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)	R\$ 60,00
415	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	R\$ 2,04
416	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	R\$ 2,73
417	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	R\$ 2,83
418	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	R\$ 1,89
421	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	R\$ 3,70
422	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)	R\$ 4,80
426	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	R\$ 2,04
427	PESQUISA DE FILARIA	R\$ 2,73
428	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	R\$ 2,04
430	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	R\$ 3,36
432	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	R\$ 2,80
433	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$ 4,33
434	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R\$ 2,73
435	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA	R\$ 10,00

436	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	R\$ 2,04
438	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	R\$ 2,04
439	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	R\$ 1,65
440	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	R\$ 2,80
442	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	R\$ 1,65
444	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	R\$ 3,70
445	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO MUCOSA)	R\$ 1,65
447	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	R\$ 2,04
448	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	R\$ 4,44
449	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
452	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	R\$ 1,65
453	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	R\$ 2,04
454	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	R\$ 5,04
455	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	R\$ 2,73
456	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	R\$ 1,65
457	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	R\$ 1,65
458	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R\$ 10,00
459	PESQUISA DE REFLUXO	R\$ 65,00
460	PROVA CONFIRMATÓRIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES	R\$ 5,62
461	PROVA DA D-XILOSE	R\$ 3,68
462	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R\$ 4,11
463	PROVA DE DILUICAO (URINA)	R\$ 2,04
464	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	R\$ 9,70
467	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUSPNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	R\$ 1,89
469	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	R\$ 1,77
470	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	R\$ 1,77
476	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	R\$ 18,00
478	QUANTIFICAÇÃO/AMPLIFICAÇÃO DO HER-2	R\$ 120,00
479	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	R\$ 2,73
480	REACAO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 4,10

481	REACAO DE MONTENEGRO ID	R\$ 2,83
482	REACAO DE PANDY	R\$ 1,89
483	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
488	TESTE ALÉRGICO	R\$ 17,00
489	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	R\$ 12,00
490	TESTE DE CLEMENTS	R\$ 1,89
491	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	R\$ 12,01
492	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	R\$ 12,01
493	TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APOS GONADORRELINA	R\$ 12,01
494	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	R\$ 12,01
495	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL P/60 EM 4 AMOSTRAS	R\$ 4,69
496	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	R\$ 2,73
497	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	R\$ 4,69
498	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	R\$ 12,01
499	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	R\$ 12,01
500	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	R\$ 6,55
502	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$ 2,73
505	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$ 2,73
506	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	R\$ 8,43
508	TESTE DE SUOR	R\$ 20,00
509	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	R\$ 5,79
510	TIG (IMUNOLÓGICO GRAVIDEZ)	R\$ 7,50

Nº	Z.1 - EXAMES CITOLOGIA E PATOLOGIA	VALOR UNITÁRIO
01	EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA	R\$ 13,72
02	IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS	R\$ 500,00
03	EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL)	R\$ 20,96
04	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM LAMINA DE PAAF ATÉ 5 LAMINAS	R\$ 40,00