
TERMO DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE Nº. 038/2025

CONTRATO Nº 038/2025

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. 038/2025, QUE
ENTRE SI CELEBRAM O CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO
POLO SUL – CIM POLO SUL E A EMPRESA HEMOCLIN
CENTRO MÉDICO E 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 **HEMOCLIN CENTRO MÉDICO E LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS LTDA**, pessoa jurídica de Direito Privado, sediada na Rua Nestor Gomes, nº. 248, Bairro Centro, Vargem Alta/ES, CEP: 29.295-000, inscrita no CNPJ sob nº 38.538.611/0001-60, tendo como representante legal o(a) Sr(a). **FABIANA CARLETI CALVI**, inscrita no CPF nº 091.988.007-01, residente e domiciliada à Rua Projetada, s/n, Bairro Vila Esperança, Vargem Alta-ES, CEP: 29.295-000, 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 MIL)** 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
Elemento Despesa: 3.3.90.39.00.00 – OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA
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 DESCREDENCIAMENTO E EXTINÇÃO DO CONTRATO

8.1. Ocorrerá credenciamento 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 credenciamento 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 credenciamento 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 inexactidão 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

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

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, 02 de julho de 2025

GEDSON BRANDÃO PAULINO

PRESIDENTE DO CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO CIM POLO SUL
CONTRATANTE

FABIANA CARLETI CALVI

HEMOCLIN CENTRO MÉDICO E LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS LTDA
CONTRATADA

Testemunhas:

1) _____
CPF Nº.

2) _____
CPF Nº.

ANEXO I

Nº	EXAMES LABORATORIAIS CREDENCIADOS	VALOR UNITÁRIO
1	ACIDO FÓLICO	R\$ 13,00
5	ALÉRGICO ESPECIFICO	R\$ 20,00
6	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$ 3,70
7	ANTIBIOGRAMA	R\$ 4,98
8	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R\$ 13,33
9	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R\$ 13,33
10	ANTIGLIADINA IGA	R\$ 30,40
11	ANTI-BETA 2 GLICOPROTEINA IgG/IgM	R\$ 125,00
12	ANTI Ccp	R\$ 50,00
13	ANTI COAGULANTE LUPICO	R\$ 110,00
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
17	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$ 2,80
18	BNP	R\$ 120,00
19	C-ANCA	R\$ 55,00
20	CA-15	R\$ 19,00
21	CA-19	R\$ 19,00
22	CALCIURIA 24HS	R\$ 8,37
23	CALPROCTINA FECAL	R\$ 125,00
24	CAPROTEINA	R\$ 120,00
25	CAPROCULTURA	R\$ 31,00
26	CHAGAS IGG	R\$ 15,00
27	CHAGAS IGM	R\$ 15,00

28	CHIKUNGUNHA	R\$ 210,00
32	CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 3,51
33	CLEARANCE DE FOSFATO	R\$ 3,51
34	CLEARANCE DE UREIA	R\$ 3,51
35	CLEARANCE OSMOLAR	R\$ 3,51
36	COAGULOGRAMA	R\$ 13,50
38	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	R\$ 15,00
39	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	R\$ 15,00
40	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	R\$ 15,00
41	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 2,73
42	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$ 2,73
45	CULTURA FEZES + TSA	R\$ 16,00
46	CULTURA FUNGOS + TSA	R\$ 70,00
47	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 5,62
51	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R\$ 10,25
52	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$ 4,19
60	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	R\$ 10,65
61	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R\$ 6,00
65	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	R\$ 9,25
69	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 3,63
70	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (5DOSAGENS)	R\$ 6,55
71	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4DOSAGENS)	R\$ 3,68
72	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	R\$ 10,00
74	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 2,83
76	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	R\$ 12,54
79	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	R\$ 12,54
80	DETERMINACAO DE SULFO-HEMOGLOBINA	R\$ 2,73

82	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	R\$ 2,73
84	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	R\$ 9,00
85	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R\$ 2,73
87	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA	R\$ 2,85
88	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTPATIVADA)	R\$ 5,77
89	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 2,73
90	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTACAO (VHS)	R\$ 2,73
91	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37
92	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 9,25
93	DIMERO D	R\$ 40,00
96	DOSAGEM DE 17 HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO	R\$ 8,00
97	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R\$ 10,20
100	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 15,24
109	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$ 1,85
110	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R\$ 15,65
112	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$ 14,12
114	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	R\$ 2,01
115	DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$ 3,68
116	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$ 11,89
117	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	R\$ 3,68
118	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R\$ 3,68
120	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$ 15,06
121	DOSAGEM DE ALUMINIO	R\$ 27,50
122	DOSAGEM DE ANTICORPO ANTILÚPICO	R\$ 40,00
123	DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 2,25
132	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 16,42
133	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$ 6,48

136	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$ 13,55
137	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 2,01
139	DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 1,85
140	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$ 3,51
143	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	R\$ 4,11
145	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	R\$ 3,68
146	DOSAGEM DE CHUMBO	R\$ 8,83
147	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R\$ 58,61
148	DOSAGEM DE CITRATO	R\$ 2,01
149	DOSAGEM DE CLORETO	R\$ 1,85
150	DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR	R\$ 150,00
151	DOSAGEM DE COBRE	R\$ 3,51
152	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 3,51
153	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 3,51
154	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 1,85
155	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R\$ 3,68
156	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 17,16
157	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$ 17,16
158	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 9,86
159	DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 1,85
161	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 3,68
162	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$ 4,12
163	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	R\$ 2,83
164	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 11,25
166	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	R\$ 3,51
167	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R\$ 3,68
168	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	R\$ 3,68

169	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R\$ 8,97
170	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 11,71
172	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 10,15
173	DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$ 11,55
174	DOSAGEM DE ESTRONA	R\$ 11,12
176	DOSAGEM DE FATOR II	R\$ 5,31
177	DOSAGEM DE FATOR IX	R\$ 7,61
178	DOSAGEM DE FATOR V	R\$ 4,73
179	DOSAGEM DE FATOR VII	R\$ 8,09
180	DOSAGEM DE FATOR VIII	R\$ 6,63
182	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	R\$ 18,91
183	DOSAGEM DE FATOR X	R\$ 6,66
184	DOSAGEM DE FATOR XI	R\$ 9,11
185	DOSAGEM DE FATOR XII	R\$ 10,51
186	DOSAGEM DE FATOR XIII	R\$ 6,66
187	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 5,50
188	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	R\$ 12,10
189	DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DEHEMOGLOBINA	R\$ 20,90
190	DOSAGEM DE FENITOINA	R\$ 35,22
192	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 15,59
193	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$ 3,51
194	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R\$ 4,60
195	DOSAGEM DE FOLATO	R\$ 15,65
196	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	R\$ 3,51
199	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,01
200	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	R\$ 2,01
201	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 1,85

203	DOSAGEM DE FRUTOSE	R\$ 2,01
206	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,51
207	DOSAGEM DE GASTRINA	R\$ 14,15
208	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 1,85
210	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	R\$ 3,68
211	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	R\$ 15,35
212	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 18,00
213	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	R\$ 3,04
214	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	R\$ 3,68
215	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 1,53
217	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	R\$ 2,73
218	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 7,86
221	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$ 10,21
222	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 7,89
223	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 8,97
224	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 8,96
225	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$ 17,16
226	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 9,25
227	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 17,16
229	DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 10,17
231	DOSAGEM DE LACTATO	R\$ 3,68
233	DOSAGEM DE LIPASE	R\$ 2,25
234	DOSAGEM DE LITIO	R\$ 2,25
235	DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 2,01
236	DOSAGEM DE MERCURIO	R\$ 2,04
237	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	R\$ 10,00

238	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	R\$ 4,11
240	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8,12
241	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	R\$ 2,01
242	DOSAGEM DE HOMOCISTEINA NO SANGUE	R\$ 50,00
244	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 43,13
245	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 15,35
246	DOSAGEM DE PIRUVATO	R\$ 3,68
249	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 1,85
250	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 10,22
251	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$ 10,15
252	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 2,83
253	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 2,04
255	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$ 1,40
256	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 1,85
260	DOSAGEM DE SODIO	R\$ 1,85
261	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$ 15,35
262	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R\$ 13,11
265	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 10,43
266	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 13,11
268	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$ 15,35
269	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 8,76
270	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 11,60
271	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 2,01
272	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 2,01
273	DOSAGEM DE TACROLIMUS	R\$ 170,00
274	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,12
275	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 3,51

276	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 8,71
279	DOSAGEM DE TROPONINA	R\$ 9,00
280	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 13,20
281	DOSAGEM DE UREIA	R\$ 1,85
282	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 15,24
283	DOSAGEM DE ZINCO	R\$ 15,65
284	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	R\$ 13,35
287	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 5,41
288	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$ 3,68
289	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 4,42
291	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R\$ 2,73
294	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	R\$ 1,89
295	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$ 2,80
296	EXAME PARASITOLÓGICO (MIF)	R\$ 6,00
298	FALCIZAÇÃO (TESTE AFOIÇAMENTO)	R\$ 4,50
299	FATOR V DE LEIDEN	R\$ 123,00
300	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	R\$ 10,65
301	FIBRINOGENO	R\$ 20,00
303	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 298,48
304	HEMATOCRITO	R\$ 1,53
305	HEMOCULTURA	R\$ 11,49
306	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11
307	HERPES IGG	R\$ 40,00
308	HERPES IGM	R\$ 40,00
310	INDICE DE SATURAÇÃO DE TRANSFERRINA	R\$ 5,00
313	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	R\$ 1,65
317	LISTERIOSE	R\$ 17,80

318	LEUCOGRAMA	R\$ 2,73
319	MICOLOGICO DIRETO DE LESÃO	R\$ 21,00
321	MUTAÇÃO DE GENE MTHFRT A1298C	R\$ 128,00
322	MUTAÇÃO DE GENE MTHFR C677T	R\$ 171,00
323	MUTAÇÃO DE GENE PROTROMBINA	R\$ 115,00
324	P-ANCA	R\$ 55,00
325	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	R\$ 4,33
327	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	R\$ 2,04
328	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	R\$ 3,70
329	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10,00
330	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10,00
331	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	R\$ 9,25
332	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	R\$ 10,00
333	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	R\$ 9,25
334	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	R\$ 3,70
335	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	R\$ 5,83
336	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R\$ 10,00
337	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL	R\$ 17,16
338	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 8,67
339	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	R\$ 9,25
340	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	R\$ 10,00
341	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	R\$ 9,70
342	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R\$ 9,70
343	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$ 2,83
344	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	R\$ 10,00
345	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	R\$ 10,00
346	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$ 17,16

347	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$ 85,00
348	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 10,00
349	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 22,00
351	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	R\$ 17,16
352	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	R\$ 4,10
353	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	R\$ 5,50
354	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$ 17,16
355	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	R\$ 17,16
356	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	R\$ 17,16
357	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	R\$ 17,16
358	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO (FAN)	R\$ 17,16
359	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	R\$ 17,16
360	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	R\$ 10,00
361	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R\$ 17,16
362	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R\$ 5,74
363	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$ 17,16
364	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$ 18,55
365	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$ 18,55
366	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$ 17,16
367	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 18,55
368	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$ 18,55
371	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI HCV)	R\$ 18,55
372	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI HDV)	R\$ 18,55
373	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	R\$ 9,25
375	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCIAL RESPIRATORIO	R\$ 18,55
376	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	R\$ 17,16

377	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN BARR	R\$ 2,83
378	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,00
379	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	R\$ 9,25
380	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 16,97
381	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25
383	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55
384	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16
385	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA HERPES ZOSTER	R\$ 17,16
386	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 17,16
387	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 17,16
388	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	R\$ 18,55
389	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,61
390	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	R\$ 10,00
391	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,55
392	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25
393	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 18,55
395	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55
396	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16
397	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA HERPES ZOSTER	R\$ 17,16
398	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 17,16
399	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 17,16
400	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO	R\$ 5,79
401	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC	R\$ 5,79
402	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO	R\$ 5,79
403	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$ 13,35
404	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$ 18,55
405	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R\$ 18,55

407	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	R\$ 2,80
411	PESQUISA DE CELULAS LE	R\$ 4,11
413	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	R\$ 2,04
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
419	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	R\$ 1,65
420	PESQUISA DE EOSINOFILOS	R\$ 1,65
422	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)	R\$ 4,80
423	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$ 4,33
424	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$ 4,10
425	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37
426	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	R\$ 2,04
428	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	R\$ 2,04
429	PESQUISA DE FUNGOS	R\$ 4,19
430	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	R\$ 3,36
432	PESQUISA DE GORDURA FECAL	R\$ 1,65
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 IMUNOFLOURESCENCIA	R\$ 10,00
436	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	R\$ 2,04
437	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	R\$ 9,25
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
441	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R\$ 1,65

442	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	R\$ 1,65
443	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	R\$ 12,15
446	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 1,65
447	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	R\$ 2,04
450	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	R\$ 10,25
451	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 7,00
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
460	PROVA CONFIRMATÓRIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES	R\$ 5,62
463	PROVA DE DILUICAO (URINA)	R\$ 2,04
465	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R\$ 2,73
466	PROVA DO LACO	R\$ 2,73
467	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	R\$ 1,89
468	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R\$ 1,89
470	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	R\$ 1,77
471	PROTEINA C FUNCIONAL	R\$ 75,00
472	PROTEINAS S	R\$ 115,00
473	PROTEINA S LIVRE	R\$ 161,63
474	PSA LIVRE/TOTAL	R\$ 20,00
475	PTH - PARATORMONIO	R\$ 30,00
477	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 168,48
479	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	R\$ 2,73

480	REACAO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 4,10
484	SOROLOGIA PARA DENGUE	R\$ 40,00
485	RT-PCR PARA CITOMEGALOVIRUS	R\$ 326,00
486	SHBG	R\$ 15,00
487	T3 LIVRE	R\$ 15,00
498	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	R\$ 12,01
499	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	R\$ 12,01
501	TESTE DE VDRL P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 2,83
502	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$ 2,73
503	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 20,00
504	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 18,00
505	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$ 2,73
509	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	R\$ 5,79
510	TIG (IMUNOLÓGICO GRAVIDEZ)	R\$ 7,50
511	TOTG	R\$ 25,70
512	TOTL	R\$ 33,37
513	TOXICOLÓGICO	R\$ 100,00
514	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	R\$ 2,83
515	VITAMINA A	R\$ 54,00
517	VITAMINA C	R\$ 50,00
518	VITAMINA E	R\$ 57,00
520	ZICA	R\$ 216,00
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