

---

**TERMO DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE Nº. 035/2026**

**CONTRATO Nº 035/2026**  
**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. 035/2026, QUE ENTRE  
SI CELEBRAM O CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLO  
SUL – CIM POLO SUL E A EMPRESA LAFARMA  
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 **LAFARMA LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS LTDA**, pessoa jurídica de Direito Privado, sediada na Rua Virgílio Silva, 565, Bairro Centro, Iconha/ES, inscrita no CNPJ sob nº 39.357.553/0004-84, tendo como representante legal o Sr. **BRUNO THADEU DUARTE SILVINO**, inscrito no CPF nº 043.025.026-65, residente e domiciliado na Rua Eliseu Xavier Nunes, 913, Fundos, Centro, Piúma/ES, CEP: 29.285-000, 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 200.000,00 (duzentos mil reais)** cujo pagamento será 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 da data de sua assinatura**, 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 do artigo 107 da Lei nº 14.133, de 2021).

**7.2.** Caso o Contrato seja assinado eletronicamente, o prazo de vigência será contado a partir da data da última assinatura.

#### **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 credenciamento, 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:

**FISCAL TITULAR:**

**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 13.709/18, 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, 15 de maio de 2026

\_\_\_\_\_  
**GEDSON BRANDÃO PAULINO**  
CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLO SUL – CIM POLO SUL  
CONTRATANTE

\_\_\_\_\_  
**BRUNO THADEU DUARTE SILVINO**  
LAFARMA LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNIAS LTDA.  
CONTRATADA

Testemunhas:

1) \_\_\_\_\_  
CPF Nº.

2) \_\_\_\_\_  
CPF Nº.

## ANEXO I

| Nº | EXAMES LABORATORIAIS / PROCEDIMENTOS | VALOR |
|----|--------------------------------------|-------|
|----|--------------------------------------|-------|

|    |                                                               | <b>UNITÁRIO</b> |
|----|---------------------------------------------------------------|-----------------|
| 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        |
| 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      |
| 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        |
| 36 | COAGULOGAMA                                                   | 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        |
| 50 | CULTURA PARA BAAR                                             | R\$ 5,63        |
| 51 | CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS                            | R\$ 10,25       |
| 52 | CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS                          | R\$ 4,19        |
| 53 | DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)                        | R\$ 65,00       |
| 54 | DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)          | R\$ 96,00       |
| 55 | DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)     | R\$ 8,80        |
| 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  |
| 72  | DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)                 | R\$ 10,00 |
| 74  | DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE                                      | R\$ 2,83  |
| 81  | DETERMINACAO DE T3 REVERSO                                            | R\$ 14,69 |
| 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 (TTP ATIVADA) | R\$ 5,77  |
| 89  | DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)                | R\$ 2,73  |
| 90  | DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (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 |
| 95  | DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO                                  | R\$ 17,16 |
| 96  | DOSAGEM DE 17 HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO                 | R\$ 8,00  |
| 97  | DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA                                | R\$ 10,20 |
| 98  | DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS                                    | R\$ 6,72  |
| 99  | DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES                                 | R\$ 6,72  |
| 100 | DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D                                       | R\$ 15,24 |
| 101 | DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE                                             | R\$ 3,51  |
| 102 | DOSAGEM DE ACETONA                                                    | R\$ 1,85  |
| 103 | DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)                 | R\$ 6,72  |
| 104 | DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO                                            | R\$ 2,01  |
| 105 | DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO                                | R\$ 2,06  |
| 106 | DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO                                             | R\$ 2,23  |
| 107 | DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO                                            | R\$ 3,68  |
| 108 | DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO                                       | R\$ 2,04  |
| 109 | DOSAGEM DE ACIDO URICO                                                | R\$ 1,85  |
| 110 | DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO                                            | R\$ 15,65 |
| 111 | DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO                                       | R\$ 9,00  |
| 112 | DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)                                | R\$ 14,12 |
| 113 | DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE                                            | R\$ 3,51  |
| 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  |

|     |                                                                     |            |
|-----|---------------------------------------------------------------------|------------|
| 119 | DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA                                    | 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   |
| 127 | DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA                                          | R\$ 11,53  |
| 128 | DOSAGEM DE ANFETAMINAS                                              | R\$ 10,00  |
| 129 | DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE                                | R\$ 4,11   |
| 130 | DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA | R\$ 18,55  |
| 131 | DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS                              | R\$ 10,00  |
| 132 | DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)                     | R\$ 16,42  |
| 133 | DOSAGEM DE ANTITROMBINA III                                         | R\$ 6,48   |
| 134 | DOSAGEM DE BARBITURATOS                                             | R\$ 13,13  |
| 135 | DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS                                        | R\$ 13,48  |
| 136 | DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA                                    | R\$ 13,55  |
| 137 | DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES                              | R\$ 2,01   |
| 138 | DOSAGEM DE CADMIO                                                   | R\$ 6,55   |
| 139 | DOSAGEM DE CALCIO                                                   | R\$ 1,85   |
| 140 | DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL                                         | R\$ 3,51   |
| 141 | DOSAGEM DE CALCITONINA                                              | R\$ 14,38  |
| 142 | DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA                                            | R\$ 17,53  |
| 143 | DOSAGEM DE CARBOXY-HEMOGLOBINA                                      | R\$ 4,11   |
| 144 | DOSAGEM DE CAROTENO                                                 | R\$ 2,01   |
| 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   |



**CONSÓRCIO  
PÚBLICO**  
REGIÃO POLO SUL

*"Unidos somos mais fortes, juntos vamos mais longe!"*

|           |                                                                         |           |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 160       | DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO                              | R\$ 1,89  |
| 161       | DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)                                   | R\$ 3,68  |
| HIDR<br>O | DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB                               | R\$ 4,12  |
| 164       | DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)                                | R\$ 11,25 |
| 166       | DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA                                      | R\$ 3,51  |
| 167       | DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA                                         | R\$ 3,68  |
| 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  |
| 181       | DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)                                        | R\$ 15,00 |
| 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 DE HEMOGLOBINA | R\$ 20,90 |
| 190       | DOSAGEM DE FENITOINA                                                    | R\$ 35,22 |
| 191       | DOSAGEM DE FENOL                                                        | R\$ 2,05  |
| 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 |
| 198       | DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL                                        | R\$ 2,01  |
| 199       | DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA                                           | R\$ 2,01  |
| 201       | DOSAGEM DE FOSFORO                                                      | R\$ 1,85  |
| 202       | DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA                         | R\$ 2,01  |
| 203       | DOSAGEM DE FRUTOSE                                                      | R\$ 2,01  |
| 205       | DOSAGEM DE GALACTOSE                                                    | R\$ 3,51  |
| 206       | DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)                          | R\$ 3,51  |
| 207       | DOSAGEM DE GASTRINA                                                     | R\$ 14,15 |



**CONSÓRCIO  
PÚBLICO**  
REGIÃO POLO SUL

*"Unidos somos mais fortes, juntos vamos mais longe!"*

|     |                                                           |           |
|-----|-----------------------------------------------------------|-----------|
| 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  |
| 219 | DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA                                  | R\$ 2,73  |
| 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 |
| 228 | DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE                        | R\$ 9,25  |
| 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  |
| 238 | DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA                               | R\$ 4,11  |
| 239 | DOSAGEM DE METOTREXATO                                    | R\$ 10,00 |
| 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 |
| 243 | DOSAGEM DE OXALATO                                        | R\$ 3,68  |
| 244 | DOSAGEM DE PARATORMONIO                                   | R\$ 43,13 |
| 245 | DOSAGEM DE PEPTIDEO C                                     | R\$ 15,35 |
| 246 | DOSAGEM DE PIRUVATO                                       | R\$ 3,68  |
| 247 | DOSAGEM DE PLASMINOGENIO                                  | R\$ 4,11  |
| 248 | DOSAGEM DE PORFIRINAS                                     | R\$ 3,51  |
| 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  |
| 263 | DOSAGEM DE SULFATOS                                                  | R\$ 3,51   |
| 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 TRACOLIMUS                                                | 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   |
| 277 | DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA                                    | R\$ 5,50   |
| 278 | DOSAGEM DE TRIPTOFANO                                                | R\$ 3,51   |
| 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  |
| 285 | DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS                       | R\$ 3,04   |
| 286 | DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SORO | R\$ 137,00 |
| 287 | ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA                                          | R\$ 5,41   |
| 288 | ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS                                        | R\$ 3,68   |
| 289 | ELETROFORESE DE PROTEINAS                                            | R\$ 4,42   |
| 290 | ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR                  | R\$ 5,23   |
| 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   |
| 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  |
| 309 | HOMOCISTEINA                                                 | R\$ 2,04   |
| 310 | INDICE DE SATURAÇÃO DE TRANSFERRINA                          | R\$ 5,00   |
| 311 | IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS                | R\$ 5,63   |
| 315 | IMUNOELETOFORESE DE PROTEINAS                                | R\$ 17,16  |
| 316 | IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)       | R\$ 80,00  |
| 317 | LISTERIOSE                                                   | R\$ 17,80  |
| 318 | LEUCOGRAMA                                                   | R\$ 2,73   |
| 319 | MICOLOGICO DIRETO DE LESÃO                                   | R\$ 21,00  |
| 320 | MIELOGRAMA                                                   | R\$ 5,79   |
| 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   |
| 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   |
| 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 ANTICORTEIX SUPRARENAL                | R\$ 17,16  |
| 338 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA                              | R\$ 8,67   |
| 340 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)             | R\$ 10,00  |
| 343 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)           | R\$ 2,83   |
| 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 |
| 350 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS                                        | R\$ 10,00 |
| 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 |
| 369 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA                                              | R\$ 7,78  |
| 370 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII                                     | R\$ 9,71  |
| 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  |
| 374 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS                            | R\$ 4,10  |
| 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  |
| 382 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)                   | R\$ 30,00 |
| 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 |
| 394 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)                             | R\$ 20,00 |
| 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 |
| 409 | PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA                                                         | R\$ 2,40  |
| 411 | PESQUISA DE CELULAS LE                                                                           | R\$ 4,11  |
| 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  |
| 419 | PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)                                             | R\$ 1,65  |
| 421 | PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA                                                 | R\$ 3,70  |
| 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  |
| 427 | PESQUISA DE FILARIA                                            | R\$ 2,73  |
| 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  |
| 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  |
| 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 |
| 444 | PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA                       | R\$ 3,70  |
| 445 | PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO MUCOSA)         | R\$ 1,65  |
| 446 | PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS                         | R\$ 1,65  |
| 448 | PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)             | R\$ 4,44  |
| 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 |
| 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  |

|     |                                                                                                                 |            |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 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  |
| 476 | QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1                                                                                   | R\$ 18,00  |
| 477 | QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C                                                                     | R\$ 168,48 |
| 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   |
| 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  |
| 500 | TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS                                                         | R\$ 6,55   |
| 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   |
| 506 | TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS                                                                     | R\$ 8,43   |
| 507 | TESTE RT – PCR                                                                                                  | R\$ 250,00 |
| 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  |
| 514 | VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE                                                                         | R\$ 2,83   |
| 515 | VITAMINA A                                                                                                      | R\$ 54,00  |
| 516 | VITAMINA B                                                                                                      | R\$ 89,00  |
| 517 | VITAMINA C                                                                                                      | R\$ 50,00  |



**CONSÓRCIO  
PÚBLICO**  
REGIÃO POLO SUL

*"Unidos somos mais fortes, juntos vamos mais longe!"*

|            |            |            |
|------------|------------|------------|
| <b>518</b> | VITAMINA E | R\$ 57,00  |
| <b>519</b> | VITAMINA K | R\$ 180,00 |
| <b>520</b> | ZICA       | R\$ 216,00 |