



ESTADO DE SANTA CATARINA

## MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site [www.faxinal.sc.gov.br](http://www.faxinal.sc.gov.br)

CNPJ: 83 009 910/0001-62

### PROCESSO ADMINISTRATIVO 0012/2022 – FMS

#### EDITAL DE CREDENCIAMENTO CHAMADA PÚBLICA FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE 0004/2022-FMS

Código registro TCE: 66585D36DF2BE6DD85DAD52E9BDF143A959838CC

O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES, Estado de Santa Catarina, inscrito no CNPJ/MF sob n. 10.496.698/0001-31, com amparo legal no Art. 199, da Constituição Federal, e no uso de suas atribuições, consoante com as disposições da Lei Federal n. 8.666/93 e suas posteriores alterações, **TORNA PÚBLICO** que abrirá inscrição para **CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE**, desde que atendidas as exigências do presente Edital e seus Anexos:

#### 1. DO OBJETO

O objeto do presente Edital é o **CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DE SAÚDE NA ESPECIALIDADE DE LABORATÓRIO CLÍNICO**, para atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde do Município de Faxinal dos Guedes.

ITEM	UNID	QUANT.	DESCRIÇÃO	VALOR MÁXIMO	VALOR TOTAL
01	MÊS	12	ATENDIMENTO DE PESSOA JURÍDICA, NA ÁREA DE SAÚDE, ESPECIALIZADA EM LABORATÓRIO CLÍNICO, PARA ATENDER NECESSIDADES DA SECRETARIA DE SAÚDE, QUANDO DA REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS.	R\$ 7.931,21	R\$ 95.174,52

Os procedimentos e seus respectivos valores são extraídos da “Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde - SUS”, que está disponível através do site: <http://sigtap.datasus.gov.br>.

As quantidades de exames contratados serão variáveis, limitadas às quantidades mensais máximas fornecidas pela Secretária de Saúde.

#### 2. DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS

2.1 Poderão buscar credenciamento pessoas jurídicas, desde que apresentem toda a documentação necessárias. O credenciamento se dará após a aprovação do pedido de inscrição na forma deste edital, com análise técnica e deferimento do requerimento.



ESTADO DE SANTA CATARINA

## **MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES**

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site [www.faxinal.sc.gov.br](http://www.faxinal.sc.gov.br)

CNPJ: 83 009 910/0001-62

### **3. DA REMUNERAÇÃO**

3.1 A remuneração devida aos prestadores credenciados será produto dos exames autorizados mensalmente, levando em consideração a Tabela SUS limitado ao valor máximo descrito no item 1.

3.2 O preço referente à prestação dos serviços ambulatoriais, nos termos do art. 26 da Lei nº 8.080/90, será aquele constante na Tabela Unificada de Procedimentos/SUS do Ministério da Saúde, bem como, seus reajustes.

### **4. DOS PAGAMENTOS PELOS SERVIÇOS PRESTADOS**

4.1 O Contratado deverá entregar a produção até o décimo quinto dia de cada mês, relativo com a produção do mês anterior para a Secretaria Municipal de Saúde, acompanhado das guias autorizadas, contendo o nome do usuário, assinatura do usuário, e o valor do exame credenciado, para posterior faturamento;

4.2 Os pagamentos serão efetuados no mês subsequente ao da prestação dos serviços, após a apresentação da respectiva nota fiscal.

### **5. DO CREDENCIAMENTO DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS E DA DIVISÃO DOS SERVIÇOS**

5.1 O Credenciamento será exclusivo aos profissionais que Não fazem parte da Rede de Atenção Básica de Saúde do Município de Faxinal dos Guedes;

5.2 Os exames não serão cumulativos de um mês para outro;

5.3 As condições do Credenciamento de prestadores de serviços de saúde são universais e, portanto idêntica a todos. O credenciamento acontecerá após a aprovação da inscrição que dar-se-á com base na avaliação da regularidade da documentação solicitada no item 6 deste Edital.

### **6. DA DOCUMENTAÇÃO PARA CREDENCIAMENTO**

6.1 Os interessados em buscar credenciamento junto ao Município deverão apresentar a seguinte documentação:

- a) Relação dos exames a serem prestados e que tenha interesse em credenciar-se, e concordando com as condições do Edital de Credenciamento, conforme modelo do Anexo III;
- b) Cópia do Contrato Social, declaração da firma individual ou Estatuto Social



ESTADO DE SANTA CATARINA

## **MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES**

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site [www.faxinal.sc.gov.br](http://www.faxinal.sc.gov.br)

CNPJ: 83 009 910/0001-62

- devidamente registrado no Órgão Competente, bem como da última alteração (se houver);
- c) Certidão Negativa de Débito do FGTS;
  - d) Certidão Negativa da Fazenda Municipal;
  - e) Certidão Negativa de Débito para com a Fazenda Estadual;
  - f) Certidão de Regularização Fiscal RFB/PGFN;
  - g) Declaração de que não emprega menores de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e que não emprega menor de dezesseis anos em cumprimento do dispositivo no inciso V do Art. 27 da Lei nº 8.666/93, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999 (modelo AnexoII).
  - h) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT);
  - i) Certidão negativa de Falência ou recuperação judicial, expedidas pelos cartórios distribuidores da sede da Licitante.

### **QUALIFICAÇÃO TÉCNICA**

- a. Apresentar no mínimo 01 (um) atestado (ou declaração) de capacidade técnica, expedidos por pessoa jurídica de direito público ou privado em nome e em favor da empresa licitante, comprovando ter realizado serviços similares, compatíveis em características, quantidades de atendimento e prazos compatíveis com o objeto deste termo de referência. O(s) atestado(s) deverá(ão) ser devidamente assinado(s), carimbado(s) e em papel timbrado da empresa ou órgão público, compatível com o objeto a ser licitado.
- b. Certificado de registro da proponente no Conselho Regional de Farmácia ou de Medicina do respectivo estado, conforme estabelecido na Lei 6839/80. Art. 1º;
- c. Certificado de registro do profissional técnico responsável pela instituição no Conselho Regional da respectiva categoria profissional;
- d. Diploma do profissional responsável com habilitação em análises clínicas (no caso de farmacêutico) ou patologia (no caso de médico);
- e. Alvará expedido pela Vigilância Sanitária dos locais de coleta vigente e o respectivo comprovante de pagamento;
- f. Alvará de localização e funcionamento dos locais de coleta vigente e o respectivo comprovante de pagamento;
- g. Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES- como laboratório de análises clínicas ou patologia clínica.
- h. Documento que comprove a vinculação do profissional responsável técnico à proponente;
- i. Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) atendendo aos requisitos da RDC/ANVISA nº 306 de 07/12/2004.
- j. Contrato com empresa responsável pela coleta, transporte e destinação final dos resíduos de saúde.
- k. Licença Ambiental da empresa responsável pela coleta, transporte e destinação final dos resíduos de saúde.



ESTADO DE SANTA CATARINA

## **MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES**

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site [www.faxinal.sc.gov.br](http://www.faxinal.sc.gov.br)

CNPJ: 83 009 910/0001-62

6.2 A falta de quaisquer dos documentos acima mencionados é razão para indeferimento do credenciamento;

6.3 Os documentos, quando não originais, deverão ser autenticados por cartório competente ou por servidor da Administração Pública Municipal (no caso do último, os interessados deverão dirigir-se ao setor de Licitações da Prefeitura Municipal munidos da cópia e original do documento);

6.4 A documentação deverá ser apresentada em envelope lacrado, no setor de Licitações da Prefeitura Municipal, sito a Av. Rio Grande do Sul, 458 - Centro. Deverão constar na parte externa no invólucro dos seguintes dizeres:

**MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES**  
**CRENCIAMENTO N. 0004/2022-FMS**  
**SERVIÇO DE .....**  
**RAZÃO SOCIAL DA PROPONENTE**

6.5 A conferência da documentação requerida será realizada pelo setor de Licitações.

6.6 Uma vez homologada a inscrição, o prestador de serviços será convocado para firmar o devido Contrato, sendo que, a negativa ou o não comparecimento, num prazo de dois dias após o recebimento da convocação, acarretará na anulação da inscrição.

### **7. DO LOCAL RA REALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E DA VIGÊNCIA DO CONTRATO**

7.1 Os serviços deverão ser realizados em consultório contratado;

7.2 Os exames das especialidades serão autorizadas pela Contratante, sendo que o Credenciado deverá atender somente pacientes com encaminhamento médico das Unidades de Saúde autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de Faxinal dos Guedes;

7.3 Os serviços credenciado terão vigência até **31 de Dezembro de 2022**, vedada sua prorrogação de que trata o dispositivo no art.57, II da Lei n. 8.666/93 e suas posteriores alterações.

### **8 – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA.**

8.1 – Prestar os serviços, rigorosamente em conformidade com todas as condições e prazos estipulados neste edital



ESTADO DE SANTA CATARINA

## **MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES**

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site [www.faxinal.sc.gov.br](http://www.faxinal.sc.gov.br)

CNPJ: 83 009 910/0001-62

8.2 - Responder por quaisquer danos causados diretamente ou indiretamente ao Município de Faxinal dos Guedes/SC, ou a terceiros, decorrentes de acontecimentos na prestação dos serviços.

8.3 – Atender somente usuários com requisições do SUS e autorizadas pela Secretaria de Saúde de Faxinal dos Guedes/SC, devidamente preenchidas, carimbadas e assinadas por profissional de saúde habilitado, conforme protocolos da secretaria municipal.

8.4 - A realização dos exames e a distribuição dos resultados serão de responsabilidade da empresa credenciada, que assumirá todos os ônus decorrentes dos procedimentos.

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

8.6 - Não rasurar, acrescentar ou excluir exames das requisições.

8.7 - Apresentar as guias de requisição devidamente autorizadas e relatório com nome do paciente, exames realizados e respectivos valores e deixar a disposição para conferência na Secretaria de Saúde do Município de Faxinal dos Guedes/SC.

8.8- Atender os pacientes com dignidade e respeito e de modo universal e igualitário, mantendo se a qualidade na prestação de serviços.

8.9- Responsabilizarem-se pelos salários, encargos sociais, previdenciários, taxas, impostos e quaisquer outros que incidam ou venham a incidir sobre seu pessoal necessário à execução do serviço.

## **9. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

As despesas dos serviços realizados por força dos serviços a serem contratados, ocorrerão a conta do orçamento para o exercício de 2022.

**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES DA SAÚDE  
APLICAÇÕES DIRETAS**

## **10. DISPOSIÇÕES GERAIS**

10.1 Os Credenciados deverão cumprir com o Agendamento dos exames médicos requisitados pelos médicos da Secretaria Municipal de Saúde, no menor espaço de tempo;



ESTADO DE SANTA CATARINA

## **MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES**

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site [www.faxinal.sc.gov.br](http://www.faxinal.sc.gov.br)

CNPJ: 83 009 910/0001-62

10.2 Dúvidas decorrentes do presente edital serão esclarecidas mediante consulta, formulada por escrito e/ou enviado por e-mail, através do e-mail: [saude\\_fx@faxinal.sc.gov.br](mailto:saude_fx@faxinal.sc.gov.br);

10.3 o Município reserva-se o direito de anular ou revogar (antes da assinatura do Contrato) o presente Edital de Credenciamento;

10.4 Fazem parte do presente Edital:

10.4.1 Anexo I – Minuta do Contrato de Prestação de Serviços

10.4.2 Anexo II – Modelo da Declaração de Não Emprego de Menores;

10.4.3 Anexo III – Relação dos exames a serem prestados.

10.4.4 Anexo IV – Descrição dos Serviços Prestados;

Faxinal dos Guedes – SC, 11 de fevereiro de 2022.

**GILBERTO ANGELO LAZZARI**  
**PREFEITO MUNICIPAL**



ESTADO DE SANTA CATARINA

## MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site [www.faxinal.sc.gov.br](http://www.faxinal.sc.gov.br)

CNPJ: 83 009 910/0001-62

### ANEXO I

#### MINUTA CONTRATO ADMINISTRATIVO N. xx/2022

TERMO DE CONTRATO QUE ENTRE SI FAZEM DE UM LADO O MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES E A EMPRESA xxxxxxxx, OBJETIVANDO A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx.

Contrato que entre si celebram o **FUNDO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES**, Estado de Santa Catarina, com endereço na Av. Rio Grande do Sul, 458, centro, inscrito no CNPJ sob o n. xx.xxx.xxx/xxxx-xx, neste ato representado por seu **PREFEITA MUNICIPAL EM EXERCÍCIO**, Senhor xxxxxxxx, brasileiro, inscrito no CPF/MF sob n. xxx.xxx.xxx-xx, doravante denominado simplesmente de **CONTRATANTE** e a Empresa **XXXXXXXXXX**, pessoa jurídica de direito privado, com sede jurídica na xxxxxxxxxxxx, xxxxxxxxxxx, xxxxx, Cidade de xxxxxxxxxxx, Estado de Santa Catarina, inscrita no CNPJ/MF sob n. xx.xxx.xxx/xxxx-xx, neste ato representado por xxxxxxxxxxxx Senhor xxxxxxxx, brasileiro, xxxxxxxx, com endereço profissional xxxxxxxxxxx, Cidade de xxxxxxxxxxx, Estado de Santa Catarina, inscrito no CPF/MF sob n. xxx.xxx.xxx-xx e, portador da Cédula de Identidade sob n. x.xxx.xxx, expedida pela SSP/SC, doravante denominado simplesmente de **CONTRATADO**, em decorrência do Processo Licitatório na Modalidade **CRENCIAMENTO N. 0004/2022**, , mediante sujeição mútua às normas constantes da Lei Federal n. 8.666, de 21/06/93 e suas posteriores alterações, Lei Complementar n. 123/2006 e legislação vigente pertinente à matéria, ao Edital antes citado, à proposta e às seguintes cláusulas contratuais:

#### CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1 - O objeto do presente contrato é a **Serviços Especializados em Laboratório Clínico para atender aos usuários do Sistema Único de Saúde**, no âmbito do Município de Faxinal dos Guedes.

#### CLÁUSULA SEGUNDA - DA DOCUMENTAÇÃO CONTRATUAL

2 - Fazem parte deste Contrato, independentemente de transcrição, os seguintes documentos, cujo teor é de conhecimento das partes contratantes: Proposta da **CONTRATADA**, especificações complementares, além das normas e instruções legais vigentes no País, que lhe forem atinentes.

#### CLÁUSULA TERCEIRA - DO REGIME DE EXECUÇÃO

3 - O objeto do presente contrato será realizado sob a Forma/Regime: Indireta/Preço Unitário.



ESTADO DE SANTA CATARINA

## MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site [www.faxinal.sc.gov.br](http://www.faxinal.sc.gov.br)

CNPJ: 83 009 910/0001-62

### CLÁUSULA QUARTA - DO PREÇO E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

#### 4.1 - Do preço

4.1.1 - O Preço Global do objeto contratado é da ordem de **R\$ xx.xxxx,xx** (xxxxxxxx), divididos em parcelas, mensais, iguais e consecutivas, no importe de **R\$ X.XXX,XX** (xxxxxxxxxxxx), pagáveis no mês subsequente à prestação dos serviços, mediante a apresentação da respectiva nota fiscal, devidamente recebida e liquidada pelo fiscal do presente contrato.

4.1.1.1. O pagamento será efetivado em conta corrente bancaria indicada pela Contratada após a conclusão dos serviços realizados, mediante autorização de pagamento por parte da Secretaria Municipal Saúde, juntamente com as respectivas notas fiscais, devidamente, recebida e aceita pela Secretária Municipal de Saúde.

4.1.2 - Fica expressamente estabelecido que os preços constantes na proposta da **CONTRATADA** incluem todos os custos diretos e indiretos requeridos para a execução do objeto contratado, constituindo-se na única remuneração devida;

### CLÁUSULA QUINTA - DO REAJUSTAMENTO

**OS PREÇOS COTADOS NÃO SOFRERÃO NENHUMA ESPÉCIE DE REAJUSTES.**

### CLÁUSULA SEXTA - DOS PRAZOS DE EXECUÇÃO E VIGÊNCIA

6.1 - O prazo de execução será da data da assinatura do presente instrumento contratual até 31 de Dezembro de 2022, ficando vedada sua prorrogação.

6.2 - O início dos serviços dar-se-á a partir da assinatura deste instrumento.

6.3 - Na contagem dos prazos, excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o dia do vencimento.

6.4 - Os prazos serão em dias consecutivos, exceto quando for explicitamente disposto de forma diferente.

6.5 - Os prazos se iniciam e vencem em dia de expediente normal.

### CLÁUSULA SÉTIMA - DA EXECUÇÃO

7.1 - Este Contrato deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas e as normas da Lei, respondendo cada uma pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.

7.2 - A execução deste Contrato será acompanhado e fiscalizado por um representante do **CONTRATANTE** especialmente designado.

7.3 - A **CONTRATADA** deverá manter preposto, aceito pelo **CONTRATANTE**, no local dos serviços, para representá-la na execução deste Contrato.





ESTADO DE SANTA CATARINA

## **MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES**

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site [www.faxinal.sc.gov.br](http://www.faxinal.sc.gov.br)

CNPJ: 83 009 910/0001-62

7.4 - A **CONTRATADA** é obrigada a reparar, corrigir, remover, reconstruir ou substituir, às suas expensas, no total ou em parte, o objeto deste Contrato em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução ou de materiais empregados.

7.5 - A **CONTRATADA** é responsável pelos danos causados diretamente ao **CONTRATANTE** ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo na responsabilidade a fiscalização ou o acompanhamento pelo órgão interessado.

### **CLÁUSULA OITAVA - DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL**

8.1 - Este contrato poderá ser alterado, com as devidas justificativas, nos seguintes casos:

8.1.1 - Unilateralmente pelo **CONTRATANTE**:

a) quando houver modificação do projeto ou das especificações para melhor adequação técnica aos seus objetivos;

b) quando necessária a modificação do valor contratual em decorrência de acréscimo ou diminuição quantitativo de seu objeto, nos limites permitidos no § 1º, do Artigo 65 da Lei N. 8.666/93 e suas posteriores alterações.

8.1.2 - Por acordo das partes:

a) quando conveniente a substituição da garantia de execução;

b) quando necessária a modificação do regime de execução da obra ou serviço, bem como do modo de fornecimento, em face de verificação técnica da inaplicabilidade dos termos contratuais originários;

c) quando necessária a modificação da forma de pagamento, por imposição de circunstâncias supervenientes, mantido o valor inicial atualizado, vedada a antecipação do pagamento com relação ao cronograma financeiro fixado sem a correspondente contraprestação de fornecimento de bens ou execução de obra ou serviço.

8.2 - A **CONTRATADA** fica obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais os acréscimos ou supressões que se fizerem necessárias, respeitados os termos do Parágrafo 1º do Artigo 65 da Lei n. 8.666/93 e suas posteriores alterações.

### **CLÁUSULA NONA - DAS MULTAS**

9.1 - Pela inexecução total ou parcial do contrato, caberá, conforme a gravidade da falta e garantida à prévia defesa, a aplicação das seguintes sanções, de acordo com o previsto na Seção II do Capítulo IV da Lei n. 8.666/93 e suas posteriores alterações.



ESTADO DE SANTA CATARINA

## MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site [www.faxinal.sc.gov.br](http://www.faxinal.sc.gov.br)

CNPJ: 83 009 910/0001-62

- a) advertência por escrito;
- b) multa de 1% (um por cento) por dia de atraso, calculado sobre o valor da última medição, no caso de retardamento, sem justa causa, do início dos trabalhos contratados;
- c) multa de 1% (um por cento) calculado sobre o valor da última medição por dia de paralisação, sem prejuízo das demais cominações, no caso de paralisação da execução do contrato, sem justa causa, por mais de 5 (cinco) dias úteis e no máximo de 7 (sete) dias consecutivos;
- d) multa de 1% (um por cento) por dia de atraso, calculado sobre o valor da última medição pelo não cumprimento do prazo contratual, sem plena justificativa;
- e) multa de até 1% (um por cento) calculados sobre o valor da última medição, em caso de inobservância das demais cláusulas do Contrato;
- f) suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com o MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES, por prazo não superior a 2 (dois) anos;
- g) declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com o MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, consoante inciso IV, Art. 87 da Lei Nº. 8.666/93 e suas posteriores alterações;
- h) no caso de inadimplemento que resulta em aplicação de multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor do Contrato, o pagamento devido só poderá ser liberado se comprovado, mediante a apresentação de guia, o recolhimento da multa em questão, ou o desconto do valor da mesma sobre o total da fatura.

9.2 - O valor da multa será automaticamente descontado dos pagamentos devidos pelo MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES e que a **CONTRATADA** vier a fazer jus.

9.3 - A **CONTRATADA** será notificada da aplicação da multa e a partir da notificação terá o prazo de 5 (cinco) dias para recolher a importância correspondente em nome do **CONTRATANTE**, assegurado o direito de defesa de que tratam o § 2º, do artigo 87, da Lei N. 8.666/93 e suas posteriores alterações.

9.4 - Fora deste prazo a multa será cobrada em dobro e o **CONTRATANTE** suspenderá os pagamentos até o valor correspondente à multa seja recolhido, não cabendo correção ou atualização dos valores do pagamento suspenso.

### CLÁUSULA DÉCIMA - DA RESCISÃO

10.1 - Rescisão deste Contrato por ato unilateral do **CONTRATANTE**:



ESTADO DE SANTA CATARINA

## MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site [www.faxinal.sc.gov.br](http://www.faxinal.sc.gov.br)

CNPJ: 83 009 910/0001-62

10.1.1 - O **CONTRATANTE** poderá, unilateralmente, rescindir de pleno direito este Contrato, independente de notificação judicial ou extrajudicial, desde que ocorra qualquer um dos fatos adiante enunciados, bastando para isso comunicar a **CONTRATADA** sua intenção, com antecedência mínima de 5 (cinco) dias:

a) o não cumprimento pela **CONTRATADA** das cláusulas contratuais, especificações, projetos ou prazos;

b) o cumprimento irregular pela **CONTRATADA** das cláusulas contratuais, especificações, projetos ou prazos;

c) o desatendimento pela **CONTRATADA** das determinações regulares da autorizada designada para acompanhar e fiscalizar a sua execução, assim como as de seus superiores;

d) razões de interesse do serviço público.

10.1.2 - O **CONTRATANTE** terá o direito de rescindir de imediato o presente contrato, independentemente de notificação judicial ou extrajudicial, caso ocorra qualquer um dos fatos a seguir enunciados:

a) o atraso injustificado no início dos serviços;

b) suspensão, pelas autoridades competentes, dos serviços da **CONTRATADA**, em decorrência de violação de disposições legais vigentes;

c) a paralisação dos serviços sem justa causa e prévia comunicação a **CONTRATANTE**;

d) a subcontratação total ou parcial do seu objeto, a associação com outrem, à cessão ou transferência, total ou parcial, bem como a fusão, cisão ou incorporação, que afetem a boa execução deste;

e) o cometimento reiterado de faltas na sua execução;

f) a decretação de falência, o pedido de concordata ou a instauração de insolvência civil;

g) a dissolução da sociedade ou o falecimento do proprietário, em se tratando de firma individual;

h) a alteração social ou a modificação da finalidade ou da estrutura da empresa, que, a juízo do **CONTRATANTE**, prejudique a execução do contrato;

i) o protesto de títulos ou a emissão de cheques, sem suficiente provisão, que caracterizem a insolvência do contrato.

10.1.3 - No caso de o presente Contrato ser rescindido por culpa da **CONTRATADA**,



ESTADO DE SANTA CATARINA

## MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site [www.faxinal.sc.gov.br](http://www.faxinal.sc.gov.br)

CNPJ: 83 009 910/0001-62

serão observadas as seguintes condições:

a) a **CONTRATADA** não terá direito de exigir indenização por qualquer prejuízo e será responsável pelos danos ocasionados, cabendo ao **CONTRATANTE** aplicar as sanções contratuais e legais pertinentes;

b) a **CONTRATADA** terá o direito de ser reembolsada pelos serviços já prestados, desde que aprovado pelo **CONTRATANTE**, até a data da rescisão, deduzidos os prejuízos causados ao **CONTRATANTE**;

c) em qualquer caso, o **CONTRATANTE** reserva-se o direito de dar continuidade aos serviços através de outras empresas, ou da forma que julgar mais conveniente;

d) caso o **CONTRATANTE** não use o direito de rescindir este Contrato, poderá, a seu exclusivo critério, reduzir ou suspender a execução dos serviços referente ao mesmo e sustar o pagamento das faturas pendentes, até que a **CONTRATADA** cumpra integralmente a condição contratual infringida.

10.2 - Rescisão deste Contrato por Acordo entre as Partes ou Judicial:

10.2.1 - O presente Contrato também poderá ser rescindido quando ocorrer:

a) a supressão, por parte do **CONTRATANTE**, dos serviços ou fornecimento, acarretando modificação do valor inicial do Contrato, além do permitido no Regulamento de Habilitação Licitação e Contratação, em seu artigo 79 da Lei n. 8.666/93 e suas posteriores alterações;

b) a suspensão de sua execução, por ordem escrita do **CONTRATANTE**, por prazo superior a 30 (trinta) dias, salvo em caso de calamidade pública, grave perturbação da ordem interna ou guerra;

c) o atraso superior a 30 (trinta) dias dos pagamentos devidos pelo **CONTRATANTE**, decorrentes de serviços já prestados, salvo em caso de calamidade pública, grave perturbação da ordem interna ou guerra;

d) a não liberação, por parte do **CONTRATANTE**, de área, local ou objeto para execução dos serviços, nos prazos contratuais.

10.2.2 - Nestes casos, o **CONTRATANTE**, deverá pagar a **CONTRATADA** os serviços já prestados, de acordo com os termos deste Contrato.

10.3 - Rescisão do Contrato em Virtude de Força Maior:

10.3.1 - Tanto o **CONTRATANTE** como a **CONTRATADA**, poderá rescindir este Contrato em caso de interrupção na execução dos serviços por um período maior que 30 (trinta) dias, em virtude de força maior, nos termos do Código Civil Brasileiro, regularmente comprovado e impedido da execução deste Instrumento Contratual.



ESTADO DE SANTA CATARINA

## **MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES**

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site [www.faxinal.sc.gov.br](http://www.faxinal.sc.gov.br)

CNPJ: 83 009 910/0001-62

Neste caso, o **CONTRATANTE** pagará a **CONTRATADA** os serviços que a mesma tenha realizado, de acordo com os termos deste Contrato.

10.3.2 - Sempre que uma das partes julgar necessário invocar motivo de força maior, deverá fazer imediata comunicação escrita à outra, tendo esta última um prazo até 5 (cinco) dias da data de seu recebimento para contestar, ou reconhecer os motivos constantes da notificação.

### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS OBRIGAÇÕES LEGAIS E FISCAIS**

11.1 - Todos e quaisquer impostos, taxas e contribuições fiscais e parafiscais, inclusive os de natureza previdenciária, social e trabalhista, bem como emolumentos, ônus ou encargos de qualquer natureza, decorrentes da celebração deste Contrato, ou da execução, correrão única e exclusivamente por conta da **CONTRATADA**.

11.1.1 - Obriga-se a **CONTRATADA** a manter-se inteiramente em dia com as contribuições previdenciárias, sociais e trabalhistas. Verificada, em qualquer tempo, a existência de débito proveniente do não-recolhimento dos mesmos, por parte da **CONTRATADA**, fica a **CONTRATANTE** desde já autorizada a suspender os pagamentos devidos a **CONTRATADA**, até que fique constatada a plena e total regularização de sua situação.

11.1.2 – Obriga-se a **CONTRATADA** a manter-se em dia com as obrigações tributárias, trabalhistas e sociais, apresentando na Tesouraria do Município, por ocasião de cada recebimento, uma cópia autenticada da folha de pagamento de seus funcionários ou declaração de que não possuem funcionários, e ainda, das guias de recolhimento do INSS e FGTS relativas ao mês imediatamente anterior.

11.2 - Quaisquer alterações nos encargos ou obrigações de natureza fiscal e/ou parafiscal, após a data limite de recebimento e abertura da proposta, será objeto de entendimento entre a **CONTRATADA** e ao **CONTRATANTE**.

11.3 - A **CONTRATADA** responderá a todas as reclamações trabalhistas que possam ocorrer em consequência da execução dos serviços contratados, os quais não importam em vinculação laboral entre o **CONTRATANTE** e o empregado envolvido, que mantém relação empregatícia com a **CONTRATADA**, empregadora na forma do disposto no Art. 2º da Consolidação das Leis do Trabalho.

11.3.1 - Caso haja condenação do **CONTRATANTE**, inclusive como responsável solidária, a **CONTRATADA**, reembolsar-lhe-á os valores pagos em decorrência da decisão judicial.

### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - NOVAÇÃO**



ESTADO DE SANTA CATARINA

## MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site [www.faxinal.sc.gov.br](http://www.faxinal.sc.gov.br)

CNPJ: 83 009 910/0001-62

12 - A não utilização por parte do **CONTRATANTE**, de quaisquer direitos a ela assegurados neste Contrato ou na Lei, em geral, ou a não aplicação de quaisquer sanções nelas previstas, não importa em novação quanto a seus termos, não devendo, portanto, ser interpretada como renúncia ou desistência de aplicação ou de ações futuras. Todos os recursos postos à disposição do **CONTRATANTE**, neste Contrato, serão considerados como cumulativos, e não alternativos, inclusive em relação a dispositivos legais.

### CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO SEGURO

13 - A **CONTRATADA** é responsável pelos seguros de seu pessoal e de todo o equipamento/material/veículo que utilizar na execução dos serviços previstos neste Contrato.

### CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DO FORO

14 - Para as questões decorrentes deste Contrato, fica eleito o Foro da Comarca de XANXERÊ/SC, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por assim estarem de acordo, assinam o presente termo em quatro vias de igual teor e forma, os representantes das partes contratantes, juntamente com as testemunhas abaixo.

FAXINAL DOS GUEDES/SC, xx de xxxxxxxxx de 2022.

\_\_\_\_\_  
XXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

\_\_\_\_\_  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXX  
CPF/MF sob n. xxx.xxx.xxx-xx  
CONTRATADA

Testemunhas:

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_



ESTADO DE SANTA CATARINA

## MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site [www.faxinal.sc.gov.br](http://www.faxinal.sc.gov.br)

CNPJ: 83 009 910/0001-62

### ANEXO II MODELO DE DECLARAÇÃO DE NÃO EMPREGO DE MENORES

Razão Social:  
Endereço:  
Cidade/Estado:  
CNPJ:

#### DECLARAÇÃO

Ref. Credenciamento n. 0004/2022-FMS

A empresa \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o Nº. \_\_\_\_\_, por intermédio de seu representante legal o(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_, portador(a) da Carteira de Identidade Nº. \_\_\_\_\_ e do CPF Nº. \_\_\_\_\_, **DECLARA**, para fins do disposto no inciso V do art. 27 da Lei no 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei Nº. 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.

**Ressalva:** emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz ( ).

(Observação: **em caso afirmativo, assinalar a ressalva acima.**)

Local, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

(nome e assinatura do responsável legal)  
(número da carteira de identidade e órgão emissor)



ESTADO DE SANTA CATARINA

## MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site [www.faxinal.sc.gov.br](http://www.faxinal.sc.gov.br)

CNPJ: 83 009 910/0001-62

### ANEXO III RELAÇÃO DOS EXAMES A SEREM PRESTADOS.

Faxinal dos Guedes, SC, ..... de ..... de 2022.

A ....., estabelecida à ....., cidade de ....., inscrita no CNPJ sob nº ....., neste ato representado por ....., sócio administrador inscrito no CPF/MF sob nº ....., vem por meio deste credenciar-se o profissional abaixo:

Dr (a):.....

Especialidade:.....

CRM nº .....

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS A SEREM PRESTADOS		
Relatório de Procedimentos Laboratoriais – SUS		
Código	Procedimento	Valor
02.02.01.001-5	CLEARANCE OSMOLAR	R\$ 3,51
02.02.01.002-3	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R\$ 2,01
02.02.01.003-1	DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS	R\$ 15,65
02.02.01.004-0	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 3,63
02.02.01.005-8	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA ( 5 DOSAGENS)	R\$ 6,55
02.02.01.006-6	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	R\$ 3,68
02.02.01.007-4	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	R\$ 10,00
02.02.01.008-2	DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE	R\$ 3,51
02.02.01.009-0	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	R\$ 3,51
02.02.01.010-4	DOSAGEM DE ACETONA	R\$ 1,85
02.02.01.011-2	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R\$ 2,01
02.02.01.012-0	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$ 1,85
02.02.01.013-9	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	R\$ 9,00
02.02.01.014-7	DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$ 3,68
02.02.01.015-5	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	R\$ 3,68
02.02.01.016-3	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R\$ 3,68
02.02.01.017-1	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	R\$ 3,68
02.02.01.018-0	DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 2,25
02.02.01.019-8	DOSAGEM DE AMONIA	R\$ 3,51
02.02.01.020-1	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 2,01





ESTADO DE SANTA CATARINA

## MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site [www.faxinal.sc.gov.br](http://www.faxinal.sc.gov.br)

CNPJ: 83 009 910/0001-62

02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 1,85
02.02.01.022-8	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$ 3,51
02.02.01.023-6	DOSAGEM DE CAROTENO	R\$ 2,01
02.02.01.024-4	DOSAGEM DE CATECOLAMINAS	R\$ 0,00
02.02.01.025-2	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	R\$ 3,68
02.02.01.026-0	DOSAGEM DE CLORETO	R\$ 1,85
02.02.01.027-9	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 3,51
02.02.01.028-7	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 3,51
02.02.01.029-5	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 1,85
02.02.01.030-9	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R\$ 3,68
02.02.01.031-7	DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 1,85
02.02.01.032-5	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 3,68
02.02.01.033-3	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$ 4,12
02.02.01.034-1	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	R\$ 3,51
02.02.01.035-0	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	R\$ 3,51
02.02.01.036-8	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R\$ 3,68
02.02.01.037-6	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	R\$ 3,68
02.02.01.038-4	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 15,59
02.02.01.039-2	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$ 3,51
02.02.01.040-6	DOSAGEM DE FOLATO	R\$ 15,65
02.02.01.041-4	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	R\$ 2,01
02.02.01.042-2	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,01
02.02.01.043-0	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 1,85
02.02.01.044-9	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	R\$ 2,01
02.02.01.045-7	DOSAGEM DE GALACTOSE	R\$ 3,51
02.02.01.046-5	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,51
02.02.01.047-3	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 1,85
02.02.01.048-1	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	R\$ 3,68
02.02.01.049-0	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	R\$ 3,68
02.02.01.050-3	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 7,86
02.02.01.051-1	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	R\$ 3,68
02.02.01.052-0	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	R\$ 3,51
02.02.01.053-8	DOSAGEM DE LACTATO	R\$ 3,68
02.02.01.054-6	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	R\$ 3,51
02.02.01.055-4	DOSAGEM DE LIPASE	R\$ 2,25
02.02.01.056-2	DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 2,01
02.02.01.057-0	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	R\$ 2,01
02.02.01.058-9	DOSAGEM DE PIRUVATO	R\$ 3,68
02.02.01.059-7	DOSAGEM DE PORFIRINAS	R\$ 3,51
02.02.01.060-0	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 1,85
02.02.01.061-9	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$ 1,40
02.02.01.062-7	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 1,85
02.02.01.063-5	DOSAGEM DE SODIO	R\$ 1,85



ESTADO DE SANTA CATARINA

## MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site [www.faxinal.sc.gov.br](http://www.faxinal.sc.gov.br)

CNPJ: 83 009 910/0001-62

02.02.01.064-3	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 2,01
02.02.01.065-1	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 2,01
02.02.01.066-0	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,12
02.02.01.067-8	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 3,51
02.02.01.068-6	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	R\$ 3,51
02.02.01.069-4	DOSAGEM DE UREIA	R\$ 1,85
02.02.01.070-8	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 15,24
02.02.01.071-6	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$ 3,68
02.02.01.072-4	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 4,42
02.02.01.073-2	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE )	R\$ 15,65
02.02.01.074-0	PROVA DA D-XILOSE	R\$ 3,68
02.02.01.075-9	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTE ORAIS	R\$ 6,55
02.02.01.076-7	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 15,24
02.02.01.077-5	DETERMINAÇÃO DE CREMATÓCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO	R\$ 1,53
02.02.01.078-3	ACIDEZ TITULÁVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)	R\$ 3,04
02.02.01.079-1	DOSAGEM DE PEPTÍDEOS NATRIURÉTICOS TIPO B (BNP E NT-PROBNP)	R\$ 27,00
02.02.02.001-0	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	R\$ 6,48
02.02.02.002-9	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 2,73
02.02.02.003-7	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$ 2,73
02.02.02.004-5	DETERMINAÇÃO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR	R\$ 2,73
02.02.02.005-3	DETERMINAÇÃO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	R\$ 2,73
02.02.02.006-1	DETERMINAÇÃO DE SULFO-HEMOGLOBINA	R\$ 2,73
02.02.02.007-0	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	R\$ 2,73
02.02.02.008-8	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	R\$ 2,73
02.02.02.009-6	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R\$ 2,73
02.02.02.010-0	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	R\$ 9,00
02.02.02.011-8	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	R\$ 5,79
02.02.02.012-6	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA	R\$ 2,85
02.02.02.013-4	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 5,77
02.02.02.014-2	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 2,73
02.02.02.015-0	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSIDIMENTAÇÃO (VHS)	R\$ 2,73
02.02.02.016-9	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R\$ 4,11
02.02.02.017-7	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$ 6,48
02.02.02.018-5	DOSAGEM DE FATOR II	R\$ 5,31
02.02.02.019-3	DOSAGEM DE FATOR IX	R\$ 7,61
02.02.02.020-7	DOSAGEM DE FATOR V	R\$ 4,73
02.02.02.021-5	DOSAGEM DE FATOR VII	R\$ 8,09
02.02.02.022-3	DOSAGEM DE FATOR VIII	R\$ 6,63
02.02.02.023-1	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	R\$ 15,00



ESTADO DE SANTA CATARINA

## MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site [www.faxinal.sc.gov.br](http://www.faxinal.sc.gov.br)

CNPJ: 83 009 910/0001-62

02.02.02.024-0	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	R\$ 18,91
02.02.02.025-8	DOSAGEM DE FATOR X	R\$ 6,66
02.02.02.026-6	DOSAGEM DE FATOR XI	R\$ 9,11
02.02.02.027-4	DOSAGEM DE FATOR XII	R\$ 10,51
02.02.02.028-2	DOSAGEM DE FATOR XIII	R\$ 6,66
02.02.02.029-0	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R\$ 4,60
02.02.02.030-4	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 1,53
02.02.02.031-2	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	R\$ 2,73
02.02.02.032-0	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	R\$ 2,73
02.02.02.033-9	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	R\$ 2,73
02.02.02.034-7	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	R\$ 4,11
02.02.02.035-5	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 5,41
02.02.02.036-3	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R\$ 2,73
02.02.02.037-1	HEMATOCRITO	R\$ 1,53
02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11
02.02.02.039-8	LEUCOGRAMA	R\$ 2,73
02.02.02.040-1	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	R\$ 25,00
02.02.02.041-0	PESQUISA DE CELULAS LE	R\$ 4,11
02.02.02.042-8	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	R\$ 2,73
02.02.02.043-6	PESQUISA DE FILARIA	R\$ 2,73
02.02.02.044-4	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R\$ 2,73
02.02.02.045-2	PESQUISA DE PLASMODIO	R\$ 0,00
02.02.02.046-0	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	R\$ 2,73
02.02.02.047-9	PROVA DE COMPATIBILIDADE PRE-TRANSFUSIONAL (MEIOS SALINOS, ALBUMINOSO E COOMBS)	R\$ 0,00
02.02.02.048-7	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R\$ 4,11
02.02.02.049-5	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R\$ 2,73
02.02.02.050-9	PROVA DO LACO	R\$ 2,73
02.02.02.051-7	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	R\$ 2,73
02.02.02.052-5	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	R\$ 12,00
02.02.02.053-3	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	R\$ 2,73
02.02.02.054-1	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$ 2,73
02.02.03.051-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	R\$ 10,00
02.02.03.052-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	R\$ 17,16
02.02.03.053-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	R\$ 4,10
02.02.03.054-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	R\$ 5,50
02.02.03.055-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$ 17,16
02.02.03.056-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	R\$ 17,16
02.02.03.057-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	R\$ 17,16
02.02.03.058-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	R\$ 17,16
02.02.03.059-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	R\$ 17,16
02.02.03.060-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	R\$ 17,16
02.02.03.011-3	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$ 13,55
02.02.03.012-1	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 17,16



ESTADO DE SANTA CATARINA

## MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site [www.faxinal.sc.gov.br](http://www.faxinal.sc.gov.br)

CNPJ: 83 009 910/0001-62

02.02.03.013-0	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$ 17,16
02.02.03.014-8	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	R\$ 2,83
02.02.03.015-6	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$ 17,16
02.02.03.016-4	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 9,25
02.02.03.017-2	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG)	R\$ 0,00
02.02.03.018-0	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 17,16
02.02.03.019-9	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	R\$ 9,25
02.02.03.020-2	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 2,83
02.02.03.021-0	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 298,48
02.02.03.022-9	IMUNOELETOFORESE DE PROTEINAS	R\$ 17,16
02.02.03.023-7	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$ 80,00
02.02.03.024-5	INTRADERMORREACAO COM DERIVADO PROTEICO PURIFICADO (PPD)	R\$ 0,00
02.02.03.025-3	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10,00
02.02.03.026-1	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10,00
02.02.03.027-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 8,67
02.02.03.028-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$ 17,16
02.02.03.029-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$ 85,00
02.02.03.030-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 10,00
02.02.03.031-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 18,55
02.02.03.032-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R\$ 17,16
02.02.03.033-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R\$ 5,74
02.02.03.034-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$ 17,16
02.02.03.035-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$ 18,55
02.02.03.036-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$ 18,55
02.02.03.037-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	R\$ 9,25
02.02.03.038-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	R\$ 10,00
02.02.03.039-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	R\$ 9,25
02.02.03.040-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	R\$ 3,70
02.02.03.041-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	R\$ 5,83
02.02.03.042-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R\$ 10,00
02.02.03.043-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL	R\$ 17,16
02.02.03.044-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	R\$ 9,25
02.02.03.045-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	R\$ 10,00
02.02.03.046-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	R\$ 9,70
02.02.03.047-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$ 2,83
02.02.03.048-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	R\$ 10,00
02.02.03.050-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	R\$ 10,00
02.02.03.051-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	R\$ 10,00
02.02.03.052-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	R\$ 17,16
02.02.03.053-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	R\$ 4,10
02.02.03.054-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	R\$ 5,50
02.02.03.055-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$ 17,16



ESTADO DE SANTA CATARINA

## MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site [www.faxinal.sc.gov.br](http://www.faxinal.sc.gov.br)

CNPJ: 83 009 910/0001-62

02.02.03.056-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	R\$ 17,16
02.02.03.057-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	R\$ 17,16
02.02.03.058-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	R\$ 17,16
02.02.03.059-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	R\$ 17,16
02.02.03.060-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	R\$ 17,16
02.02.03.061-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	R\$ 10,00
02.02.03.062-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$ 17,16
02.02.03.063-6	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 18,55
02.02.03.064-4	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$ 18,55
02.02.03.065-2	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	R\$ 7,78
02.02.03.066-0	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	R\$ 9,71
02.02.03.067-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 18,55
02.02.03.068-7	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	R\$ 18,55
02.02.03.069-5	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	R\$ 9,25
02.02.03.070-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	R\$ 4,10
02.02.03.071-7	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO	R\$ 18,55
02.02.03.072-5	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	R\$ 17,16
02.02.03.073-3	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 2,83
02.02.03.074-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,00
02.02.03.075-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	R\$ 9,25
02.02.03.076-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 16,97
02.02.03.077-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25
02.02.03.078-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	R\$ 18,55
02.02.03.079-2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS	R\$ 30,00
02.02.03.080-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55
02.02.03.081-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16
02.02.03.082-2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 17,16
02.02.03.083-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 17,16
02.02.03.084-9	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 17,16
02.02.03.085-7	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,61
02.02.03.086-5	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	R\$ 10,00
02.02.03.087-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,55
02.02.03.088-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25
02.02.03.089-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO	R\$ 18,55



ESTADO DE SANTA CATARINA

## MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site [www.faxinal.sc.gov.br](http://www.faxinal.sc.gov.br)

CNPJ: 83 009 910/0001-62

	CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	
02.02.03.090-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS	R\$ 20,00
02.02.03.091-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55
02.02.03.092-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16
02.02.03.093-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 17,16
02.02.03.094-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 17,16
02.02.03.095-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 17,16
02.02.03.096-2	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$ 13,35
02.02.03.097-0	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$ 18,55
02.02.03.098-9	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R\$ 18,55
02.02.03.099-7	DETECÇÃO DE CLAMÍDIA E GONOCOCO POR BIOLOGIA MOLECULAR	R\$ 60,00
02.02.03.100-4	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	R\$ 2,83
02.02.03.101-2	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$ 4,10
02.02.03.102-0	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLOURESCENCIA	R\$ 10,00
02.02.03.103-9	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	R\$ 9,25
02.02.03.104-7	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	R\$ 10,00
02.02.03.105-5	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	R\$ 1,77
02.02.03.106-3	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANA	R\$ 1,77
02.02.03.107-1	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	R\$ 18,00
02.02.03.108-0	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 168,48
02.02.03.109-8	TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 4,10
02.02.03.110-1	REACAO DE MONTENEGRO ID	R\$ 2,83
02.02.03.111-0	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 2,83
02.02.03.112-8	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00
02.02.03.113-6	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00
02.02.03.114-4	TESTES ALERGICOS DE CONTATO	R\$ 1,77
02.02.03.115-2	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	R\$ 1,77
02.14.01.007-4	TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS	R\$ 1,00
02.14.01.008-2	TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS EM GESTANTE PAI/ PARCEIRO	R\$ 0,00
02.02.03.117-9	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTES	R\$ 2,83
02.02.03.118-7	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE RECOMBINANTE HUMANO IGA	R\$ 18,55
02.02.03.119-5	DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO	R\$ 17,16
02.02.03.120-9	DOSAGEM DE TROPONINA	R\$ 9,00
02.02.03.121-7	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	R\$ 13,35
02.02.03.122-5	EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER I	R\$ 80,00
02.02.03.123-3	EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER II	R\$ 120,00





ESTADO DE SANTA CATARINA

## MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site [www.faxinal.sc.gov.br](http://www.faxinal.sc.gov.br)

CNPJ: 83 009 910/0001-62

02.02.03.124-1	GENOTIPAGEM DO HIV	R\$ 0,00
02.02.03.125-0	DETECÇÃO DE RNA DO HTLV-1	R\$ 65,00
02.02.03.126-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 (WESTERN-BLOT)	R\$ 85,00
02.02.03.127-6	DOSAGEM DE ADENOSINA-DESAMINASE (ADA)	R\$ 13,06
02.02.04.001-1	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	R\$ 1,65
02.02.04.002-0	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	R\$ 3,04
02.02.04.003-8	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	R\$ 3,04
02.02.04.004-6	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	R\$ 1,65
02.02.04.005-4	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	R\$ 1,65
02.02.04.006-2	PESQUISA DE EOSINOFILOS	R\$ 1,65
02.02.04.007-0	PESQUISA DE GORDURA FECAL	R\$ 1,65
02.02.04.008-9	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	R\$ 1,65
02.02.04.009-7	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R\$ 1,65
02.02.04.010-0	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	R\$ 1,65
02.02.04.011-9	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)	R\$ 1,65
02.02.04.012-7	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 1,65
02.02.04.013-5	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	R\$ 10,25
02.02.04.014-3	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 1,65
02.02.04.015-1	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	R\$ 1,65
02.02.04.016-0	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	R\$ 1,65
02.02.04.017-8	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	R\$ 1,65
02.02.05.001-7	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$ 3,70
02.02.05.002-5	CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 3,51
02.02.05.003-3	CLEARANCE DE FOSFATO	R\$ 3,51
02.02.05.004-1	CLEARANCE DE UREIA	R\$ 3,51
02.02.05.005-0	CONTAGEM DE ADDIS	R\$ 2,04
02.02.05.006-8	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	R\$ 3,70
02.02.05.007-6	IDENTIFICAÇÃO DE GLICÍDIOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA)	R\$ 3,70
02.02.05.008-4	DOSAGEM DE CITRATO	R\$ 2,01
02.02.05.009-2	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8,12
02.02.05.010-6	DOSAGEM DE OXALATO	R\$ 3,68
02.02.05.011-4	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 2,04
02.02.05.012-2	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	R\$ 3,04
02.02.05.013-0	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	R\$ 3,70
02.02.05.014-9	PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	R\$ 3,70
02.02.05.015-7	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	R\$ 2,04
02.02.05.016-5	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	R\$ 3,70
02.02.05.017-3	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	R\$ 2,04
02.02.05.018-1	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	R\$ 2,40
02.02.05.019-0	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	R\$ 2,04
02.02.05.020-3	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	R\$ 2,04



ESTADO DE SANTA CATARINA

## MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site [www.faxinal.sc.gov.br](http://www.faxinal.sc.gov.br)

CNPJ: 83 009 910/0001-62

02.02.05.021-1	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	R\$ 3,70
02.02.05.022-0	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	R\$ 2,04
02.02.05.025-4	PESQUISA DE GONADOTROFINA CORIONICA	R\$ 0,00
02.02.05.026-2	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	R\$ 2,04
02.02.05.027-0	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	R\$ 2,04
02.02.05.028-9	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	R\$ 3,70
02.02.05.029-7	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	R\$ 2,04
02.02.05.030-0	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	R\$ 4,44
02.02.05.031-9	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	R\$ 2,04
02.02.05.032-7	PROVA DE DILUICAO (URINA)	R\$ 2,04
02.02.06.001-2	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	R\$ 12,54
02.02.06.002-0	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	R\$ 12,54
02.02.06.003-9	DETERMINACAO DE T3 REVERSO	R\$ 14,69
02.02.06.004-7	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R\$ 10,20
02.02.06.005-5	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	R\$ 6,72
02.02.06.006-3	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	R\$ 6,72
02.02.06.007-1	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	R\$ 6,72
02.02.06.008-0	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$ 14,12
02.02.06.009-8	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$ 11,89
02.02.06.010-1	DOSAGEM DE AMP CICLICO	R\$ 12,01
02.02.06.011-0	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$ 11,53
02.02.06.012-8	DOSAGEM DE CALCITONINA	R\$ 14,38
02.02.06.013-6	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 9,86
02.02.06.014-4	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 11,25
02.02.06.015-2	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 11,71
02.02.06.016-0	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 10,15
02.02.06.018-7	DOSAGEM DE ESTRONA	R\$ 11,12
02.02.06.019-5	DOSAGEM DE GASTRINA	R\$ 14,15
02.02.06.020-9	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	R\$ 15,35
02.02.06.021-7	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 7,85
02.02.06.022-5	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$ 10,21
02.02.06.023-3	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 7,89
02.02.06.024-1	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 8,97
02.02.06.025-0	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 8,96
02.02.06.026-8	DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 10,17
02.02.06.027-6	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 43,13
02.02.06.028-4	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 15,35
02.02.06.029-2	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 10,22
02.02.06.030-6	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$ 10,15
02.02.06.031-4	DOSAGEM DE RENINA	R\$ 13,19
02.02.06.032-2	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$ 15,35
02.02.06.033-0	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R\$ 13,11
02.02.06.034-9	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 10,43





ESTADO DE SANTA CATARINA

## MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site [www.faxinal.sc.gov.br](http://www.faxinal.sc.gov.br)

CNPJ: 83 009 910/0001-62

02.02.06.035-7	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 13,11
02.02.06.036-5	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$ 15,35
02.02.06.037-3	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 8,76
02.02.06.038-1	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 11,60
02.02.06.039-0	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 8,71
02.02.06.040-3	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	R\$ 12,01
02.02.06.041-1	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	R\$ 12,01
02.02.06.042-0	TESTE DE ESTIMULO COM GNRH OU COM AGONISTA GNRH	R\$ 12,01
02.02.06.043-8	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	R\$ 12,01
02.02.06.044-6	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	R\$ 12,01
02.02.06.045-4	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	R\$ 12,01
02.02.06.046-2	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	R\$ 8,43
02.02.06.047-0	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	R\$ 12,15
02.02.07.001-8	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	R\$ 2,06
02.02.07.002-6	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	R\$ 2,23
02.02.07.003-4	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	R\$ 3,68
02.02.07.004-2	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	R\$ 2,04
02.02.07.005-0	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R\$ 15,65
02.02.07.006-9	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	R\$ 3,51
02.02.07.007-7	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	R\$ 2,01
02.02.07.008-5	DOSAGEM DE ALUMINIO	R\$ 27,50
02.02.07.009-3	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	R\$ 10,00
02.02.07.010-7	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	R\$ 10,00
02.02.07.011-5	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	R\$ 10,00
02.02.07.012-3	DOSAGEM DE BARBITURATOS	R\$ 13,13
02.02.07.013-1	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	R\$ 13,48
02.02.07.014-0	DOSAGEM DE CADMIO	R\$ 6,55
02.02.07.015-8	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$ 17,53
02.02.07.016-6	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	R\$ 4,11
02.02.07.017-4	DOSAGEM DE CHUMBO	R\$ 8,83
02.02.07.018-2	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R\$ 58,61
02.02.07.019-0	DOSAGEM DE COBRE	R\$ 3,51
02.02.07.020-4	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R\$ 8,97
02.02.07.021-2	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	R\$ 15,65
02.02.07.022-0	DOSAGEM DE FENITOINA	R\$ 35,22
02.02.07.023-9	DOSAGEM DE FENOL	R\$ 2,05
02.02.07.024-7	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	R\$ 3,51
02.02.07.025-5	DOSAGEM DE LITIO	R\$ 2,25
02.02.07.026-3	DOSAGEM DE MERCURIO	R\$ 2,04
02.02.07.027-1	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	R\$ 4,11
02.02.07.028-0	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	R\$ 10,00
02.02.07.029-8	DOSAGEM DE METOTREXATO	R\$ 10,00
02.02.07.030-1	DOSAGEM DE QUINIDINA	R\$ 10,00
02.02.07.031-0	DOSAGEM DE SALICILATOS	R\$ 2,01



ESTADO DE SANTA CATARINA

## MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site [www.faxinal.sc.gov.br](http://www.faxinal.sc.gov.br)

CNPJ: 83 009 910/0001-62

02.02.07.032-8	DOSAGEM DE SULFATOS	R\$ 3,51
02.02.07.033-6	DOSAGEM DE TEOFILINA	R\$ 15,65
02.02.07.034-4	DOSAGEM DE TIOCIANATO	R\$ 3,68
02.02.07.035-2	DOSAGEM DE ZINCO	R\$ 15,65
02.02.08.001-3	ANTIBIOGRAMA	R\$ 4,98
02.02.08.002-1	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R\$ 13,33
02.02.08.003-0	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	R\$ 13,33
02.02.08.004-8	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$ 4,20
02.02.08.005-6	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSEIASE)	R\$ 4,20
02.02.08.006-4	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	R\$ 4,20
02.02.08.007-2	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$ 2,80
02.02.08.008-0	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 5,62
02.02.08.009-9	CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO)	R\$ 5,62
02.02.08.010-2	CULTURA P/ HERPESVIRUS	R\$ 4,33
02.02.08.011-0	CULTURA PARA BAAR	R\$ 5,63
02.02.08.012-9	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R\$ 10,25
02.02.08.013-7	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$ 4,19
02.02.08.014-5	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$ 2,80
02.02.08.015-3	HEMOCULTURA	R\$ 11,49
02.02.08.016-1	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	R\$ 5,63
02.02.08.017-0	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	R\$ 4,33
02.02.08.018-8	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	R\$ 2,80
02.02.08.019-6	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$ 4,33
02.02.08.020-0	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	R\$ 2,80
02.02.08.021-8	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$ 4,33
02.02.08.022-6	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	R\$ 2,80
02.02.08.023-4	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	R\$ 5,04
02.02.08.024-2	PROVA CONFIRMATÓRIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES	R\$ 5,62
02.02.09.001-9	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
02.02.09.002-7	ADENOGRAMA	R\$ 5,79
02.02.09.003-5	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	R\$ 4,33
02.02.09.004-3	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	R\$ 4,33
02.02.09.005-1	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89
02.02.09.006-0	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89
02.02.09.007-8	DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,56
02.02.09.009-4	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	R\$ 2,01
02.02.09.010-8	DOSAGEM DE FRUTOSE	R\$ 2,01
02.02.09.011-6	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	R\$ 2,01
02.02.09.012-4	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
02.02.09.013-2	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
02.02.09.014-0	DOSAGEM DE SODIO E CLORO NO SUOR (C/ COLETA)	R\$ 0,00
02.02.09.015-9	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO	R\$ 5,23



ESTADO DE SANTA CATARINA

## MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site [www.faxinal.sc.gov.br](http://www.faxinal.sc.gov.br)

CNPJ: 83 009 910/0001-62

	LIQUOR	
02.02.09.016-7	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,56
02.02.09.017-5	ESPLENOGRAMA	R\$ 5,79
02.02.09.018-3	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	R\$ 1,89
02.02.09.019-1	MIELOGRAMA	R\$ 5,79
02.02.09.021-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES ( ELISA )	R\$ 9,70
02.02.09.022-1	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA	R\$ 2,01
02.02.09.023-0	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$ 1,89
02.02.09.024-8	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	R\$ 1,89
02.02.09.025-6	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	R\$ 1,89
02.02.09.026-4	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)	R\$ 4,80
02.02.09.027-2	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
02.02.09.028-0	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	R\$ 9,70
02.02.09.029-9	ROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	R\$ 1,89
02.02.09.030-2	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R\$ 1,89
02.02.09.031-0	REACAO DE PANDY	R\$ 1,89
02.02.09.032-9	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
02.02.09.033-7	TESTE DE CLEMENTS	R\$ 1,89
02.02.09.034-5	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS	R\$ 4,69
02.02.09.035-3	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	R\$ 4,69
02.02.09.036-1	TESTE MOLECULAR PARA A DETECÇÃO DO COMPLEXO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS	R\$ 0,00
02.02.10.001-4	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 180,00
02.02.10.002-2	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 160,00
02.02.10.003-0	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 160,00
02.02.10.004-9	QUANTIFICAÇÃO/AMPLIFICAÇÃO DO HER-2	R\$ 120,00
02.02.10.005-7	FOCALIZAÇÃO ISOELÉTRICA DA TRANSFERRINA	R\$ 0,00
02.02.10.006-5	ANÁLISE DE DNA PELA TÉCNICA DE SOUTHERN BLOT	R\$ 0,00
02.02.10.007-3	ANÁLISE DE DNA POR MLPA	R\$ 0,00
02.02.10.008-1	IDENTIFICAÇÃO DE MUTAÇÃO/REARRANJOS POR PCR, PCR SENSÍVEL A METILAÇÃO, QPCR E QPCR SENSÍVEL A METILAÇÃO	R\$ 0,00
02.02.10.009-0	FISH EM METÁFASE OU NÚCLEO INTERFÁSICO, POR DOENÇA	R\$ 0,00
02.02.10.010-3	IDENTIFICAÇÃO DE ALTERAÇÃO CROMOSSÔNICA SUBMICROSCÓPICA POR ARRAY-CGH	R\$ 0,00
02.02.10.011-1	IDENTIFICAÇÃO DE MUTAÇÃO POR SEQUENCIAMENTO POR AMPLICON ATÉ 500 PARES DE BASES	R\$ 0,00
02.02.10.002-2	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 160,00
02.02.10.003-0	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 160,00



ESTADO DE SANTA CATARINA

## MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site [www.faxinal.sc.gov.br](http://www.faxinal.sc.gov.br)

CNPJ: 83 009 910/0001-62

02.02.10.004-9	QUANTIFICAÇÃO/AMPLIFICAÇÃO DO HER-2	R\$ 120,00
02.02.10.005-7	FOCALIZAÇÃO ISOELÉTRICA DA TRANSFERRINA	R\$ 0,00
02.02.10.006-5	ANÁLISE DE DNA PELA TÉCNICA DE SOUTHERN BLOT	R\$ 0,00
02.02.10.007-3	ANÁLISE DE DNA POR MLPA	R\$ 0,00
02.02.10.008-1	IDENTIFICAÇÃO DE MUTAÇÃO/REARRANJOS POR PCR, PCR SENSÍVEL A METILAÇÃO, QPCR E QPCR SENSÍVEL A METILAÇÃO	R\$ 0,00
02.02.10.009-0	FISH EM METÁFASE OU NÚCLEO INTERFÁSICO, POR DOENÇA	R\$ 0,00
02.02.10.010-3	IDENTIFICAÇÃO DE ALTERAÇÃO CROMOSSÔMICA SUBMICROSCÓPICA POR ARRAY-CGH	R\$ 0,00
02.02.10.011-1	IDENTIFICAÇÃO DE MUTAÇÃO POR SEQUENCIAMENTO POR AMPLICON ATÉ 500 PARES DE BASES	R\$ 0,00
02.02.10.012-0	IDENTIFICAÇÃO DE GLICOSAMINOGLICANOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA EM CAMADA DELGADA, ELETROFORESE E DOSAGEM QUANTITATIVA	R\$ 0,00
02.02.10.013-8	IDENTIFICAÇÃO DE OLIGOSSACARÍDEOS E SIALOSSACARÍDEOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA)	R\$ 0,00
02.02.10.014-6	DOSAGEM QUANTITATIVA DE CARNITINA, PERFIL DE ACILCARNITINAS	R\$ 0,00
02.02.10.015-4	DOSAGEM QUANTITATIVA DE AMINOÁCIDOS	R\$ 0,00
02.02.10.016-2	DOSAGEM QUANTITATIVA DE ÁCIDOS ORGÂNICOS	R\$ 0,00
02.02.10.017-0	ENSAIOS ENZIMÁTICOS NO PLASMA E LEUCÓCITOS PARA DIAGNÓSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO	R\$ 0,00
02.02.10.019-7	ENSAIOS ENZIMÁTICOS EM TECIDO CULTIVADO PARA DIAGNÓSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO	R\$ 0,00
02.02.12.001-5	DETERMINAÇÃO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETÁRIOS	R\$ 10,65
02.02.12.002-3	DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37
02.02.12.003-1	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	R\$ 10,65
02.02.12.004-0	IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	R\$ 10,65
02.02.12.005-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO MÉTODO DA ELUIÇÃO	R\$ 5,79
02.02.12.006-6	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES 37°C	R\$ 5,79
02.02.12.007-4	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES A FRIO	R\$ 5,79
02.02.12.008-2	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37
02.02.12.009-0	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$ 2,73
02.02.12010-4	TITULAÇÃO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	R\$ 5,79
02.02.11.001-0	DETECÇÃO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNÓSTICO TARDIO)	R\$ 8,80
02.02.11.002-8	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)	R\$ 66,00
02.02.11.003-6	DETECÇÃO MOLECULAR EM FIBROSE CÍSTICA (CONFIRMATORIO)	R\$ 66,00
02.02.11.004-4	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNÓSTICO TARDIO)	R\$ 5,50
02.02.11.005-2	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	R\$ 12,10



ESTADO DE SANTA CATARINA

## MUNICÍPIO DE FAXINAL DOS GUEDES

Av. Rio Grande do Sul, 458 – Centro CEP 89694-000 – FAXINAL DOS GUEDES – SC

Fone/fax (49) 3436-4300 – Site [www.faxinal.sc.gov.br](http://www.faxinal.sc.gov.br)

CNPJ: 83 009 910/0001-62

02.02.11.006-0	DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	R\$ 20,90
02.02.11.007-9	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	R\$ 5,50
02.02.11.008-7	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 13,20
02.02.11.009-5	DOSAGEM DE 17 HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	R\$ 8,00
02.02.11.010-9	DOSAGEM DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SANGUE EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	R\$ 5,50
02.02.11.011-7	DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SORO	R\$ 137,00
02.02.11.012-5	DETECCÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA	R\$ 66,00
02.02.11.013-3	DETECCÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE	R\$ 66,00
02.02.11.014-1	DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR	R\$ 150,00

Declaramos para os devidos fins e efeitos legais que tomamos conhecimento e aceitamos integralmente todas as normas e condições estabelecidas no presente Edital de Chamamento Público.

..... / .....

Razão Social

Assinatura

Carimbo