**EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA N° 008/2019/SMS/PMF**

A Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis - SMS, com sede na Av. Henrique da Silva Fontes, 6.100, Trindade, Florianópolis - SC, por meio da Comissão Especial de Credenciamento de Serviços de Saúde para Contratação de Prestadores de Serviços de Saúde, nomeada pela Portaria N°. 1023/2017, em conformidade, com a Lei 8.666/93, com a Lei Nº. 8.080/90, com a Portaria nº. 2567/2016 do Ministério da Saúde e demais legislações aplicáveis, torna pública a realização de seleção e possível contratação de **Laboratórios Clínicos** para a realização dos exames constantes na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde - SUS, nos termos das condições estabelecidas no presente instrumento de chamamento.

Tipo de Licitação: Credenciamento **n° 008/2019**

Expedido edital no dia: **29/04/2019**.

Período para o credenciamento: início **13/05/2019 até 07/06/2019.**

Local do credenciamento: Sala do Protocolo Central da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, situada na Av. Henrique da Silva Fontes, 6100 – Trindade, Florianópolis/SC.

Ato de abertura dos envelopes: **10/06/2019** – 15:30h, junto à Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, Av. Henrique da Silva Fontes, 6100 – Trindade, Florianópolis/SC.

1. **DO OBJETO**

A presente seleção tem por objetivo a possível contratação de entidades públicas, filantrópicas e/ou privadas, prestadoras de serviços de saúde especializadas na realização de exames **com Finalidade Diagnóstica – Laboratório Clínico,** conforme descrição na “Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde - SUS”, disponível por meio do **SIGTAP** – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM), conforme **Termo de Referência** **(Anexo I).**

* 1. Os procedimentos que constam do objeto deste edital - **Grupo 02 – Procedimentos com Finalidade Diagnóstica; Sub Grupo 02 – Diagnóstico em Laboratório Clínico-** estão organizados de acordo com as **formas de organização de 01 a 12**, conforme o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) - **SIGTAP**.

1. **DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL**

Constituição Federal, arts. 37, XXI e 199;

Lei 8.080/1990, arts. 24 e seguintes;

Lei 8.666/1993 e alterações;

PORTARIA Nº 24/SMS/GAB/2018 que cria a Comissão Especial de Credenciamento de Serviços de Saúde para Contratação de Prestadores de Serviços de Saúde para Secretaria Municipal de Saúde Florianópolis;

Norma Regulamentadora 32 -  NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde;

RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA – RDC Nº 50, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2002 - Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA – RDC Nº 306, DE 07 DE DEZEMBRO DE 2004 – Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde***.***

RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA – RDC Nº 302, DE 13 DE OUTUBRO DE 2005 - Dispõe sobre Regulamento Técnico para funcionamento de Laboratórios Clínicos.

RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 12, DE 16 DE FEVEREIRO DE 2012 - Dispõe sobre a Rede Brasileira de Laboratórios Analíticos em Saúde (REBLAS).

Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM): Resolução nº 2074/2014 e Resolução nº 813/77.

Manual para Acreditação do Sistema de Gestão da Qualidade de Laboratórios Clínicos. Sistema Nacional de Acreditação. 2016.

Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.

Resolução 1.821/2007 do Conselho Federal de Medicina - Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde;

Brasil. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação – 2012. Manual Técnico Operacional SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais -Aplicativos de captação da produção ambulatorial APAC Magnético – BPA Magnético VERSIA – DE-PARA – FPO Magnético. Disponível em: <http://www.saude.am.gov.br/docs/programas/bucal/manual_sia/Manual_Operacional_SIA_v_1.pdf>

Instrução Normativa nº 003/2013 da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis que regulamenta o processo de agendamento de consultas e exames especializados;

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Caderno 3: Orientações Técnicas sobre Auditoria na Assistência Ambulatorial e Hospitalar no SUS. 2005

Enunciado n° 18 COMESC/SC - Os profissionais de saúde que atendem pacientes encaminhados pelo Poder Público ou pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde, seja em estabelecimento privado conveniado ou contratado com o SUS, ou em estabelecimento eminentemente particular, são equiparados a agentes públicos para fins de responsabilização e devem observar as diretrizes e princípios que norteiam o sistema público de saúde, incluindo a observância dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e a proibição de cobrança ao paciente pelos serviços prestados;

E novas legislações ou outras que venham a substituir as existentes.

**3. CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO (**ART. 40, VI, da Lei nº 8.666/93)

3.1 – Poderão participar do credenciamento todas as empresas que atenderem a **todos** os procedimentos contidos no item 1 da Oferta de Procedimentos do Termo de Referência deste Edital (**Anexo I**), que tenha seu objeto contratual compatível com o que se almeja contratar no presente processo, desde que atendidos os todos requisitos exigidos neste instrumento de chamamento;

3.2 – Não poderão participar no credenciamento os interessados que estejam cumprindo as sanções previstas nos incisos III, do art. 87, da Lei n 8.666/93;

3.3 – Não poderão participar no credenciamento os interessados que estejam cumprindo a sanção prevista no inciso IV, do art. 87, da Lei n 8.666/93 (aplicável a todas as licitações sob qualquer modalidade, bem como aos procedimentos de dispensa e inexigibilidade de licitação por força do disposto no art. 97), que tenham sido declaradas inidôneas pela Secretaria Municipal de Saúde e/ou estejam cadastradas nos impedidos de licitar no site do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina;

3.4 – Poderão participar apenas pessoas jurídicas;

**4 – DA INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO** (art. 40, VI, da Lei nº 8.666/93)

4.1 – As empresas interessadas poderão inscrever-se para credenciamento no primeiro dia útil subsequente à publicação do presente instrumento no Diário Oficial do Município de Florianópolis, na sala do Protocolo da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, situada na Av. Henrique da Silva Fontes, 6100 – Trindade, Florianópolis/SC, no período de **13/05/2019 até 07/06/2019**, no horáriodas **12h00min às 17h30min.**

4.2 – Será considerada credenciada a empresa que apresentar os documentos enumerados no item 6, deste instrumento.

4.3 – Os interessados para atenderem o chamamento do credenciamento, poderão ter acesso aos modelos e anexos, no endereço eletrônico da SMS <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=chamadas+publicas+2019>

**5 – DA FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS** (art. 40, VI, da Lei nº 8.666/93)

5.1 – Os interessados deverão encaminhar os documentos relacionados no item 6 deste Edital para a Secretaria Municipal de Saúde, na sala do Protocolo, no horário das **12h00min às 17h30min**, na Avenida Henrique da Silva Fontes, nº 6.100, Bairro Trindade, Florianópolis/SC, no período de **13/05/2019 até 07/06/2019**.

5.2 - Os documentos do item 6 deverão ser apresentados em dois envelopes hermeticamente fechados, conforme descrito a seguir em envelope fechado com as seguintes indicações:

a) Envelope 1: destinado aos documentos do item 6.1 (relativos à Capacidade Jurídica), 6.2 (relativos à Regularidade Fiscal) e 6.3 (relativos à Idoneidade Financeira), identificado conforme segue:

ENVELOPE 01 – DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SALA DO PROTOCOLO CENTRAL

EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 008/2019/SMS/PMF –

**Procedimentos com** **Finalidade Diagnóstica – Laboratório Clínico**

*RAZÃO OU DENOMINAÇÃO SOCIAL E ENDEREÇO DO PROPONENTE*

b) Envelope 2: destinado aos documentos do item 6.4 (relativos à Qualificação Técnica e Oferta de Serviços), identificado conforme segue:

ENVELOPE 02 – DOCUMENTAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO TÉCNICA E OFERTA DE SERVIÇOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SALA DO PROTOCOLO CENTRAL

EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 008/2019/SMS/PMF

**Procedimentos com** **Finalidade Diagnóstica – Laboratório Clínico**

*RAZÃO OU DENOMINAÇÃO SOCIAL E ENDEREÇO DO PROPONENTE*

**6 – DA DOCUMENTAÇÃO REFERENTE À HABILITAÇÃO (Art. 40, VI e art. 27 da Lei nº 8.666/93)**

Para o credenciamento da empresa deverão ser apresentados os seguintes documentos:

**6.1 RELATIVOS À CAPACIDADE JURÍDICA**

1. Identificação do proponente, com CNPJ, nome, endereço, inscrição municipal e todas as formas de contato (telefone, fax e e-mail);
2. Cédula de Identidade dos sócios-diretores e Certidão de Matrícula na Junta Comercial, no caso de firma individual;
3. Ato Constitutivo (estatuto ou contrato social) devidamente registrado e acompanhado das alterações posteriores, em se tratando de Sociedades Comerciais, e, no caso de Sociedades por Ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;
4. Registro do Ato Constitutivo, no caso de Sociedades Civis, acompanhada de alterações e prova de diretoria em exercício;
5. Decreto de Autorização, devidamente arquivado, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir;
6. Declaração afirmando estar ciente das condições do Edital de Chamada Pública nº 008/2019/SMS/PMF e que assume a responsabilidade pela autenticidade de todos os documentos apresentados, sujeitando-se às penalidades legais e a sumária desclassificação do chamamento, e que fornecerá quaisquer informações complementares solicitadas pela Comissão Especial de Credenciamento de Serviços de Saúde para Contratação de Prestadores de Serviços de Saúde (**Anexo III**)**;**
7. Alvará Sanitário de Funcionamento;
8. Dados de identificação de conta bancária: identificação do Banco, número da agência e da conta corrente;
9. Declaração emitida pela empresa atestando que atende ao inciso XXXIII, art. 7º da Constituição Federal (*proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre aos menores de dezoito e de qualquer trabalho a menores de quatorze anos, salvo condição de aprendiz*);
10. Declaração de Inexistência de Fato Superveniente e Impeditivo (Anexo IV);
11. Certidão Simplificada da Junta Comercial.

**6.2 - RELATIVOS À REGULARIDADE FISCAL**

a) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);

b) Prova de inscrição no cadastro de contribuintes municipal, relativo ao domicílio ou sede do proponente, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;

c) Certidões de regularidade de situação para com a Fazenda Federal (Receita Federal e Dívida Ativa da União, inclusive as decorrentes da Seguridade Social), Estadual e Municipal, sendo os dois últimos expedidos pela localidade sede;

d) Certidão de regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), fornecida pela Caixa Econômica Federal, de acordo com o art. 27, “a”, da Lei Federal nº 8.036 de 11/05/1990.

**6.3 - RELATIVOS À IDONEIDADE FINANCEIRA**

1. Demonstrativos financeiros consistentes do balanço e demonstração de resultados do último exercício social, considerados forma e calendários legais acompanhados de índices contábeis;
2. Certidões Negativas de pedido de falência ou recuperação judicial expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, ou de execução patrimonial, expedida no domicílio da pessoa física.

**Observações:**

-As certidões que não indicarem o prazo de validade deverão ter sido expedidas, no máximo, até 180 (cento e oitenta) dias antes da data de recebimento das propostas;

- Os balanços, bem como os índices deverão conter as assinaturas dos sócios e do contador responsável da proponente, o número das folhas do livro diário, bem como seu registro na Junta Comercial ou Cartório de registro de Títulos e documentos.

- Os documentos que não possam ter sua autenticidade aferida por meio digital deverá estar devidamente autenticado, podendo ser em tabelionato/cartório oficial ou por servidor da Comissão de Credenciamento, mediante prévio agendamento de horário por meio do telefone 3239-1596 e/ou e-mail [credenciamentosaude.sms@gmail.com](mailto:credenciamentosaude.sms@gmail.com)

**6.4 – DOCUMENTOS RELATIVOS À QUALIFICAÇÃO TÉCNICA E OFERTA DE SERVIÇOS**

**6.4.1 - Documentos Relativos à Oferta de Serviços**

6.4.1.1 Ofício indicando sua capacidade total de oferta e quantidade mensal de **Procedimentos com Finalidade Diagnóstica – Laboratório Clínico** conforme descrição na “na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde - SUS, e no Sistema de Regulação (SISREG) nos termos das condições estabelecidas neste Edital (**Anexo V**);

a) A quantidade de exames objeto deste edital deverá ser discriminada no ofício respeitando a necessidade da rede municipal de saúde, disponibilizadas em planilha dinâmica de Excel, conforme modelo publicado no site *em*: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=chamadas+publicas+2019>

b) Do preenchimento da planilha de ofertas para o SUS:

I- O prestador deverá acessar o Edital de Chamada Pública nº 008/2019 e a respectiva planilha de oferta de procedimentos no site da Secretaria Municipal de Saúde, por meio do link: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=chamadas+publicas+2019>

II - Seguir a os passos contidos na **Aba 1: ” Orientações”**, quais sejam:

1. **1° Passo:** Abrir a aba “*Lab. Clínico Total*”;
2. **2° Passo** – (**Campo branco**) - Inserir a capacidade instalada total mensal de procedimentos realizados pelo proponente em seu estabelecimento;
3. **3° Passo** – (**Campo amarelo**) - Inserir a quantidade de procedimentos de Laboratório Clínico **Obrigatórios** ofertados ao SUS. Após esse passo, a planilha automaticamente realizará cálculo de oferta dos procedimentos; (**PROCEDIMENTOS OBRIGATÓRIOS**);
4. **4° Passo** – - Imprimir a aba da planilha “Oferta Total Lab. Clínico”;
5. **5º Passo** - Anexar a impressão do passo 4 ao ofício da oferta de procedimentos, indicado no item “6.1.4.1.1”;

6.4.1.2 Declaração de Aceitação dos Preços, conforme **Anexo VI**.

**6.4.2 - Documentos Relativos à Qualificação Técnica**

1. Comprovante de cadastramento no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES);
2. Registro ou inscrição na entidade profissional competente;
3. Relação nominal dos profissionais que compõem a equipe técnica do prestador, informando nome, CPF, carga horária semanal, cargo, função e número de inscrição no respectivo Conselho Profissional, quando for o caso **(Anexo VII);**
4. Declaração que a instituição não possui servidor público do Município de Florianópolis, como representante legal/membro da diretoria/sócio administrador/proprietário e/ou presidente da instituição **(anexo IX);**
5. Certificado do responsável técnico registrado no Conselho Regional de Farmácia, Medicina ou Biomedicina, bem como do seu substituto;
6. RG e CPF do responsável técnico e seu substituto;
7. Comprovação de Controle de Qualidade Interna e Externa conforme descrito na RDC ANVISA 302/2005;
8. Nos casos em que a Instituição terceirize seus serviços, apresentar Contrato de Terceirização e o Alvará Sanitário do Terceirizado. A terceirização dos serviços prestados não poderá exceder 25% do rol de procedimentos descritos no Termo de Referência deste Edital (**Anexo I**). Posteriormente a o recebimento da referida documentação, essa passará por aprovação por escrito, do gestor municipal;

**7. DA FORMA DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS E DO VALOR**

**7.1 DA FORMA DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

1. O prestador deverá oferecer e realizar **todos** os exames descritos neste Edital de Chamada Pública, os quais constam do **Grupo 02 – Procedimentos com Finalidade Diagnóstica; Sub Grupo 03 – Diagnóstico em Laboratório Clínico, compreendendo as Formas de organização 01 até 12 –**, conforme descrição na “Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde – SUS, inclusive quando da alteração ou inclusão de novos procedimentos nos referidos Grupo e Sub-Grupo;
2. O prestador contratado deverá indicar no **Anexo V**, qual (is) Distrito(s) Sanitário(s) prestará o serviço;
3. O prestador deverá possuir sede no município de Florianópolis e, pelo menos, um Posto de Coleta no(s) Distrito(s) Sanitário em que se candidatar. Assim, o prestador contratado poderá prestar serviço no Distrito em que possuir posto de coleta e/ou no Distrito em que está localizada a sede de sua instituição. Para isso, deverá preencher o **Anexo V**, indicando oferta para os todos locais que deseja prestar o serviço;
4. O prestador contratado deverá realizar a coleta dos exames, a análise/laudo dos materiais coletados e fornecer o respectivo resultado, conforme regras descritas neste Edital de Chamada Pública;
5. O Posto de Coleta deverá realizar todos os procedimentos os quais o prestador contratado ofertou, devendo possuir inclusive a estrutura física necessária para realizar as coletas ginecológicas, uretrais e anais;
6. As despesas decorrentes de materiais de consumo, insumos, materiais, estruturais e equipamentos necessários ao perfeito e bom desempenho dos serviços, deverão ser disponibilizados pelo prestador contratado sem ônus à Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis;
7. Os recursos humanos deverão ser disponibilizados pelo prestador contratado, conforme critérios para composição de quadro mínimo de profissionais necessários para prestação dos serviços contratados;
8. As despesas decorrentes do contrato dos profissionais, como salários, encargos sociais, fiscais, impostos, taxas e outros serão por conta do prestador credenciado;
9. A execução dos exames deverá ser realizada por meio de profissionais especializados, responsabilizando-se por quaisquer danos causados pelos mesmos aos pacientes, decorrentes de omissão, negligência, imperícia ou imprudência;
10. O prestador contratado deverá garantir a comunicação com WebService do Sistema de Prontuário Eletrônico da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, por meio do qual o resultado do exame no formato de campo estruturado (com critérios definidos pela contratante) deverá ser comunicado. Acrescido a isso, quando solicitado pelo usuário, o prestador contratado deverá disponibilizar o resultado por meio de site com protocolo e senha;
11. O prestador contratado deverá apresentar no laudo do exame:
12. identificação do laboratório;
13. endereço e telefone do laboratório;
14. identificação do Responsável Técnico(RT);
15. nº de registro do RT no respectivo conselho de classe profissional;
16. identificação do profissional que liberou o exame;
17. nº registro profissional que liberou o exame no respectivo conselho de classe profissional;
18. nome e registro de identificação do cliente no laboratório;
19. data da coleta da amostra;
20. data da emissão do laudo;
21. nome do exame, tipo de amostra e método analítico;
22. resultado do exame e unidade de medição;
23. valores de referência, limitações técnicas da metodologia e dados da interpretação;
24. observações pertinentes.
25. O prestador contratado deverá transportar o material biológico de forma adequada e de acordo com as normas de biossegurança expedidas pela ANVISA;
26. O prestador contratado deverá, obrigatoriamente, possuir os seguintes requisitos para a realização dos procedimentos de Laboratório Clínico: o Código Brasileiro de Ocupações (CBO), o Habilitação e serviço classificação, de acordo com o descrito na Tabela SIGTAP;
27. Em caso de o prestador contratado não possuir os requisitos descritos no item “7.1.13”, no momento da Habilitação (entrega dos documentos), este poderá registrar-se no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, por meio da Gerência de Informação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Para informações, encaminhar e-mail para [atualizacnesfpolis@gmail.com](mailto:atualizacnesfpolis@gmail.com) ou por meio do telefone 3239-1584;
28. A Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis não se responsabilizará por intercorrências/glosas relacionadas ao processamento dos procedimentos nos Sistemas de Informação do Ministério da Saúde bem como, não realizará o pagamento de procedimentos ao prestador contratado quando este não possuir os critérios/cadastros mencionados no item “7.1.13”;
29. O prestador contratado deverá manter em uso os equipamentos de automação e informatização capacidade de atendimento do volume de exames previsto, com configuração tecnológica vigente e de confiabilidade (técnica de dosagem, velocidade de testes, parâmetros e limites de detecção e quantificação);
30. É de responsabilidade do contratado a manutenção preventiva ou corretiva dos equipamentos, e no caso de defeitos desses, a CONTRATANTE deverá ser comunicada por escrito, não devendo interromper a manutenção do serviço prestado;
31. O prestador contratado deverá atender às especificações contidas no Regulamento Técnico para funcionamento de Laboratórios Clínicos - RDC Nº 302, de 13 de outubro de 2005, ou outra normativa que vier a substituí-lo;
32. O laboratório clínico deve assegurar a confiabilidade dos serviços laboratoriais prestados, por meio de, no mínimo:
    1. Controle interno de qualidade;
    2. Controle externo de qualidade (ensaios de proficiência).
33. Os programas de Controle Interno da Qualidade (CIQ) e Controle Externo da Qualidade (CEQ) devem ser documentados, contemplando:
    1. Lista de analitos;
    2. Forma e controle e frequência de utilização;
    3. Limites e critérios de aceitabilidade para os resultados dos controles;
    4. Avaliação e registro dos resultados dos controles.
34. O laboratório clínico deve realizar o Controle Externo da Qualidade (CEQ), contemplando:
    1. Monitoramento do processo analítico pela análise das amostras controle, com registro dos resultados obtidos e análise dos dados;
    2. Definição dos critérios de aceitação dos resultados por tipo de analito e de acordo com a metodologia utilizada;
    3. Liberação ou rejeição das análises após avaliação dos resultados das amostras controle.
35. Ainda acerca do Controle Externo da Qualidade:
    1. O laboratório clínico deve participar de Ensaios de Proficiência para todos os exames realizados na sua rotina;
    2. Para os exames não contemplados por programas de Ensaios de Proficiência, o laboratório clínico deve adotar formas alternativas de Controle Externo da Qualidade descritas em literatura científica;
    3. A participação em Ensaios de Proficiência deve ser individual para cada unidade do laboratório clínico que realiza as análises;
    4. A normalização sobre o funcionamento dos Provedores de Ensaios de Proficiência é a definida em resolução específica da ANVISA – Rede Brasileira de Laboratórios Analíticos em Saúde (REBLAS);
    5. O laboratório clínico deve registrar os resultados do Controle Externo da Qualidade, inadequações, investigação de causas e ações tomadas para os resultados rejeitados ou nos quais a proficiência não foi obtida;
    6. As amostras controle devem ser analisadas da mesma forma que as amostras pacientes.
36. O prestador contratado deverá atender às demais especificações contidas no Termo de Referência deste Edital;
37. O prestador contratado deverá permitir o acompanhamento e a fiscalização dos serviços prestados pela CONTRATANTE ou Comissão designada para tal atividade. Para isto, o prestador contratado deverá apresentar de imediato, materiais, documentos, prontuários ou demais informações necessárias ao acompanhamento e a fiscalização dos serviços prestados pela CONTRATANTE ou Comissão designada para tal;
38. O prestador contratado deverá arquivar os laudos por, no mínimo, 5 (cinco) anos nos casos de exames negativos e 20 anos nos casos de exames positivos. Esses deverão estar facilmente recuperáveis e de forma a garantir sua rastreabilidade;
39. Caso haja necessidade de retificação em qualquer dado constante de laudo já emitido, a mesma deve ser feita em um novo laudo descrevendo a retificação realizada;
40. O prestador contratado deverá responsabilizar-se por todos e quaisquer danos e/ou prejuízos a que vier causar às pacientes com relação aos laudos dos exames expedidos;
41. O prestador contratado deverá executar, conforme a melhor técnica, os exames, obedecendo rigorosamente às normas técnicas respectivas;
42. As empresas que possuírem matriz e filial(is) somente poderão participar da presente Chamada Pública por meio de um único CNPJ, por meio do qual receberão os pagamentos caso sejam contratadas. O CNPJ deverá ser identificado em ofício de encaminhamento e nos respectivos exigidos nos Itens 6.1.1, 6.1.2, 6.1.3 e 6.1.4 do Edital nº 008/2019;
43. A produção dos serviços prestados deverá ser registrada e apresentada mensalmente pelos prestadores por meio dos seguintes instrumentos de registro: 1) Boletim de Produção Ambulatorial – BPA; 2) Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado - BPA-I; 3. Os sistemas utilizados para o processamento da produção são os Sistemas de Informação Ambulatorial/SIA -SUS do Ministério da Saúde;
44. Os arquivos das produções mensais deverão ser entregues de acordo com as seguintes orientações:

a) os arquivos provenientes do SIA deverão ser encaminhados por e-mail para o Setor de Processamento ([processamento.sms.fpolis@gmail.com](mailto:processamento.sms.fpolis@gmail.com)), até o 5º dia útil de cada mês;

b) o Relatório Financeiro Resumido deverá conter as seguintes informações: nome do procedimento, quantitativo de procedimentos realizados, valor total dos procedimentos realizados de acordo com SIGTAP e valor total de complementação;

c) Os modelos dos Relatórios Financeiros Resumido e de Coleta Domiciliar deverão estar de acordo com os modelos disponibilizados nos Anexos XI e XII deste Edital de Chamada Pública;

d) O prestador contratado deverá encaminhar a Relação Nominal dos usuários que realizaram coleta domiciliar. Além disso, deverá também enviar cópia digitalizada das autorizações do Sistema de Regulação Municipal e os respectivos pedidos médicos, os quais deverão ser encaminhados juntamente com o Relatório Financeiro Resumido;

e) o Relatório Financeiro Resumido das produções mensais deverá ser entregues à Gerência de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde, por meio eletrônico ([gecoaproducao@gmail.com](mailto:gecoaproducao@gmail.com)) com certificação digital, até o 5º dia útil de cada mês;

f) A Gerência de Controle e Avaliação poderá, a qualquer tempo, modificar os modelos Relatórios acima, assim como, solicitar outras informações referentes ao contrato, para fins de pagamento;

1. Havendo necessidade da realização de mutirões de exames objeto deste Edital de Chamada Pública na rede municipal de saúde de Florianópolis, será solicitada a participação dos prestadores habilitados para que disponibilizem sua equipe e estrutura física de acordo com a capacidade instalada de oferta dos prestadores contratados. A organização dos mutirões ficará a cargo da SMS Florianópolis, bem como a definição do teto financeiro e quantidade de procedimentos a ser ofertados em cada mutirão;
2. Após finalização do processo de credenciamento, os prestadores habilitados serão convocados para realização de reunião com as áreas técnicas envolvidas da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, para repasse de informações operacionais e assinatura do Plano Operativo Assistencial;
3. Não poderá o prestador contratado deixar de comparecer na reunião de que trata o item “7.1.33” bem como, das demais reuniões convocadas pela Secretaria Municipal de Saúde;
4. O prestador contratado que tiver firmado contrato previamente com a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis que tenha como objeto o mesmo deste Edital, deverá cumprir o teto físico-financeiro do contrato vigente e, somente após extrapolar esses tetos, é que serão pagos os valores dos procedimentos relativos ao novo contrato, proveniente deste Edital de Chamada Pública;
5. No caso da situação relatada no item “7.1.35”, o contrato vigente somente será rescindido quando da publicação de novo edital que contemple todos os itens do referido contrato, e sua respectiva assinatura;
6. Nos casos que houver constatação pela Equipe da Unidade Solicitante da necessidade de coleta domiciliar mediante critérios definidos pela Secretaria Municipal de Saúde e sua indicação no pedido do exame para COLETA DOMICILIAR, a CONTRATADA será remunerada no valor de R$ 20,00 para coleta do bloco de exames solicitados;
7. As coletas domiciliares serão, inicialmente, divididas por Distrito Sanitário. Caso esta Secretaria de Saúde identifique a necessidade, o prestador contratado deverá realizar em qualquer localidade do município de Florianópolis, independentemente do Distrito Sanitário o qual ofertou exames, sem estabelecer limite máximo de coletas domiciliares a serem realizadas no mês;
8. Para fins de realização de coleta domiciliar, serão consideradas elegíveis as pessoas que apresentem pelo menos uma dos seguintes critérios:
   1. restrição ao leito;
   2. dificuldade de locomoção para fora do domicílio sem acompanhante;
   3. deficiência física, síndrome de imobilidade e/ou uso de prótese e/ou órtese que exija acompanhante;
   4. déficit cognitivo que exija cuidador;
   5. outras situações a serem definidas pelas Secretaria Municipal de Saúde.
9. Para fins de realização das coletas domiciliares, o prestador contratado deverá seguir seguintes diretrizes:
10. A coleta domiciliar não poderá ultrapassar o horário das 09:00h;
11. Em relação aos critérios de coleta domiciliar: na hipótese de o prestador identificar que o caso não seja de coleta domiciliar, deverá encaminhar comunicação à Gerência de Controle e Avaliação desta Secretaria de Saúde;
12. A SMS poderá disponibilizar profissional designado pela Equipe de Saúde da Família para acompanhar a realização da coleta. Nesse caso, o prestador contratado deverá prover transporte por meio de carro (obrigatoriamente) do Centro de Saúde até a residência e o seu retorno.
13. Todas as coletas de exames deverão ser realizadas no mês de vigência da autorização, independente da data autorizada. Caso a solicitação do prescritor conste de pedido de prioridade/urgência, o prestador contratado deverá realizar o procedimento de imediato, independente do mês de autorização;
14. Os resultados dos exames abaixo discriminados deverão, obrigatoriamente, estar disponíveis no prazo de 24 horas:

**Quadro 01: Exames que deverão obrigatoriamente estar disponíveis em 24 horas.**

|  |
| --- |
| **EXAMES** |
| HEMOGRAMA |
| GLICOSE |
| ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO NA URINA |
| COLESTEROL TOTAL |
| TRIGLICERIDEOS |
| COLESTEROL (HDL) |
| CREATININA |
| TRANSAMINASE PIRUVICA (ALANINA AMINO TRANSFERASE) |
| TRANSAMINASE OXALACETICA (ASPARTATO AMINO TRANSFERASE) |
| HEMOGLOBINA GLICOSILADA |
| DOSAGEM DE POTASSIO |
| ACIDO URICO |
| FERRITINA |
| DOSAGEM DE SODIO |
| DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA |
| GAMA-GLUTAMIL TRANSFERASE - GAMA GT |
| GONADOTROFINA CORIONICA - BETA HCG |
| VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS) |
| FOSFATASE ALCALINA |
| DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP) |
| CALCIO |
| BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES |
| CREATINOFOSFOQUINASE (CPK) |
| FERRO SERICO |
| TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA) |
| PROTEINA C REATIVA, DETERMINACAO QUANTITATIVA |
| CALCIO IONIZAVEL |
| PROTEINAS TOTAIS E FRACOES |

1. Além dos prazos estabelecidos para entrega dos exames descritos no item “7.1.42”, a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis poderá dispor de outros prazos, conforme sua necessidade e caberá ao prestador contratado seu cumprimento;

**7.2 DA REGULAÇÃO DOS SERVIÇOS PELA CONTRATANTE**

A prestação dos serviços deverá ser regulada conforme as condições a seguir estabelecidas, além daquelas previstas no edital:

1. Integrar-se ao Sistema de Regulação Municipal e ao Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS, destinando equipamento necessário para operacionalização do mesmo e indicando pelo menos 01 (um) profissional para ser treinado e apto a utilizar os Sistemas;
2. Atender os usuários agendados pelo Complexo Regulador Municipal, provenientes da Rede Municipal de Saúde de Florianópolis e/ou dos municípios da Região da Grande Florianópolis, em dias e horário previamente acordados com a Gerência de Regulação, com garantia de atendimento integral em todos os procedimentos contratualizados e de acordo com os tetos físico e financeiro, programado para cada grupo de procedimentos;
3. Seguir os seguintes critérios referentes à: (i) confirmação do atendimento; (ii) disponibilização das agendas; (iii) afastamentos; (iv) reagendamento de usuários e; (v) monitoramento de absenteísmo e reutilização do teto financeiro;

i) Confirmação do atendimento:

Todo atendimento realizado deverá, obrigatoriamente, ser confirmado no Sistema de Regulação Municipal em até 48h, pelo prestador, ou outro prazo estabelecido por esta Secretaria. A Gerência de Regulação realizará periodicamente o monitoramento desse indicador e, quando não identificada a realização de tal atividade, este receberá advertência por escrito. Após a comunicação formal, o prestador que persistir na ausência de confirmação da realização do exame e/ou consulta e/ou procedimento terá seu pagamento suspenso, até regularizar a situação;

ii) Afastamentos:

Situações de afastamento (férias, licença saúde, entre outras) e alterações devem ser comunicadas com antecedência mínima de 30 (trinta) dias. Caso o prestador não envie comunicação nesse período, caberá advertência. Na hipótese de persistência do fato gerador da punição, haverá segunda advertência e solicitado ao prestador que este elabore um Plano de Ajuste de Conduta. Assim, o caso será avaliado pela Gerência de Controle e Avaliação, Comissão de Credenciamento de Serviços de Saúde e juntamente das demais áreas técnicas que se considerarem necessárias, para realizar o monitoramento e avaliação das ações descritas e pactuadas no Plano de Ajuste de Conduta.

iii) Reagendamento de usuários:

Nos casos em que ocorra necessidade de reagendamento do usuário por motivos alheios a esta Secretaria, a responsabilidade da comunicação do reagendamento é do prestador. Estão ressalvadas as situações que apresentarem justificativa por escrito, que serão avaliadas pelo gestor do contrato. Nos casos em que haja previsão de afastamento do profissional (a exemplo: exoneração, férias, congressos, etc) devem ser comunicadas com antecedência mínima 30 (trinta) dias a Gerência de Regulação da Secretaria de Saúde de Florianópolis para que esta efetue os ajustes necessários.

1. É vedada a realização de exames quando houver adulterações nas respectivas solicitações médicas e/ou autorizações do Sistema de Regulação Municipal. Excetuam-se os casos em que a adulteração na solicitação médica vir obrigatoriamente acompanhada de assinatura adicional e número do registro no respectivo Conselho Profissional e a devida autorização do Sistema de Regulação Municipal de acordo com a nova solicitação médica;
2. Em caso de não cumprimento da oferta contratada, o prestador deverá comunicar o motivo e a solicitação de prazo para a regularização da situação à Gerência de Regulação e Gerência de Controle e Avaliação, no prazo máximo 07 dias. O gestor do contrato avaliará e deliberará acerca do atendimento do prazo solicitado pela contratada para regularizar a situação. Caso o prestador não cumpra a oferta contratada por mais de dois meses consecutivos ou três meses intercalados, sem justificativa, o contrato poderá ser rescindido, observando o processo legal.

**7.3 DO VALOR**

7.3.1 O Valor a ser pago nos exames descritos no objeto deste edital:

**Grupo 02 – Procedimentos com Finalidade Diagnóstica; Sub Grupo 02 – Diagnóstico em Laboratório Clínico - Formas de organização de 01 até 12,** serão pagos pelos valores discriminados na “Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde - SUS”, que se encontra disponível no seguinte endereço eletrônico: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>.

7.3.2 O pagamento pelos serviços ora credenciados, será individualizado, por exame realizado, conforme produção apresentada e processada nos Sistemas do Ministério da Saúde e relatórios definidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis;

7.3.3 O prestador contratado deverá realizar todos os procedimentos descritos Grupo 02, Sub-Grupo 02 da discriminados na “Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde - SUS”, inclusive quando da alteração ou inclusão de novos procedimentos no Grupo e Sub-Grupo. Tais procedimentos serão pagos conforme valores discriminados na referida Tabela;

7.3.4 Na ocorrência de atualização monetária dos valores referentes aos procedimentos contidos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde - SUS, os valores dos procedimentos serão atualizados conforme orientações do Ministério da Saúde e informações contidas na Tabela SIGTAP, pagos com recursos vinculados*.*

**8. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO E OBRIGAÇÕES**

1. Apresentar a documentação exigida neste Edital;
2. Poderão participar os prestadores de serviços com sede em Florianópolis;
3. O prestador contratado deverá realizar **todos** os procedimentos descritos neste edital;
4. Integrar-se ao Complexo Regulador de Florianópolis – ambulatorial para agendamento dos procedimentos, destinando equipamento necessário para operacionalização do mesmo e indicando pelo menos 01 (um) profissional para ser treinado e apto a utilizar o sistema;
5. Não poderá haver qualquer distinção entre o atendimento destinado aos pacientes do SUS e os demais pacientes atendidos pelo prestador;
6. A cobrança de valores dos exames listados neste Edital dos pacientes ou de seus responsáveis acarretará na imediata rescisão do contrato e sujeição à Declaração de Inidoneidade e responsabilização Civil e Criminal;
7. O exame cujo resultado se apresente incompatível com a clínica do paciente poderá ser novamente requerido pelo profissional solicitante com a devida justificativa, devendo este ser realizado sem custo para esta Secretaria de Saúde. Estes casos serão remetidos à Comissão de Avaliação da Qualidade dos Serviços do SUS, conforme fluxo estabelecido por essa, ou à Comissão de Credenciamento dos Serviços do SUS que poderão, após anuência do Gestor Municipal, a necessidade de revisão da rotina de realização do exame com vistas a garantir a acurácia do mesmo;
8. Em caso de não cumprimento da oferta contratada, o prestador deverá comunicar o motivo e a solicitação de prazo para a regularização da situação à Gerência de Regulação e Gerência de Controle e Avaliação, em um prazo de no máximo 07 dias. O gestor do contrato avaliará e deliberará acerca do atendimento do prazo solicitado pela contratada para regularizar a situação. Caso o prestador não cumpra a oferta contratada por mais de dois meses consecutivos ou três meses intercalados, sem justificativa, o contrato poderá ser rescindido, observado o processo legal;
9. Na hipótese de identificação de irregularidade na oferta dos procedimentos, o prestador será notificado. Caso a situação não seja restabelecida ou ocorra reincidência, o prestador será novamente notificado. Ressalta-se que as referidas notificações ocorrerão mediante anuência do Gestor Municipal. Na ocorrência de duas notificações, o contrato poderá ter aplicação de multa conforme “CLÁUSULA NONA – DAS PENALIDADES”, contida na Minuta Contratual, e/ou ser suspenso temporariamente para apuração dos fatos;
10. Na situação de suspensão contratual temporária, caberá a comissão de Credenciamento de Serviços de Saúde, e/ou Comissão de Avaliação de Qualidade dos Serviços realizados no Sistema Único de Saúde, com anuência do Gestor Municipal, deliberarem pela sua manutenção ou retomada dos serviços, de forma que na hipótese da última citada, essa ocorrerá mediante a elaboração e apresentação de um Plano de Ajuste de Conduta, pelo prestador;
11. Na hipótese da necessidade da elaboração do Plano de Ajuste de Conduta pelo prestador, este Plano deverá ser aprovado pela Comissão de Credenciamento de Serviços de Saúde e/ou Comissão de Avaliação de Qualidade dos Serviços realizados no Sistema Único de Saúde e Gestor Municipal;
12. Caberá a Gerência de Controle e Avaliação, á Comissão de Credenciamento de Serviços de Saúde e á Comissão de Avaliação de Qualidade dos Serviços realizados no Sistema Único de Saúde, juntamente das demais áreas técnicas que se considerarem necessárias, realizar o monitoramento e avaliação das ações descritas e pactuadas no Plano de Ajuste de Conduta;
13. Na inobservância das cláusulas descritas e pactuadas no Plano de Ajuste de Conduta Firmado entre o referido prestador e a Secretaria Municipal de Saúde, deverá o Gestor Municipal, juntamente dos membros da Comissão de Credenciamento de Serviços de Saúde, e/ou Comissão de Avaliação de Qualidade dos Serviços Realizados no Sistema Único de Saúde, avaliar acerca da rescisão do contrato, respeitando o contraditório e ampla defesa;
14. Os prestadores contratados responderão exclusiva e integralmente pela utilização de pessoal para a execução do objeto contratado, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a Secretaria Municipal de Saúde;
15. Os prestadores contratados deverão manter-se, durante a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações anteriores e com as condições de habilitação exigidas neste instrumento;
16. Cumprir as exigências presentes na RDC ANVISA 302/2005 e manual DICQ ou legislação que venha a substituí-los;
17. Realizar os atendimentos/procedimentos somente quando indicados pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, agendados pelo Sistema de Regulação Municipal;
18. O prestador contrato deverá seguir os seguintes critérios referentes à: (i) confirmação do atendimento; (ii) afastamento; (iii) modelo de agenda e (iv) reagendamento de usuários, conforme descrito no item “7.2 DA REGULAÇÃO DOS SERVIÇOS PELA CONTRANTE”;
19. É vedada a realização de exames quando houver adulterações nas respectivas solicitações médicas e/ou autorizações do Sistema de Regulação Municipal. Excetuam-se os casos em que a adulteração na solicitação do profissional assistente vir obrigatoriamente acompanhada de assinatura adicional, número do registro no respectivo Conselho Profissional e a devida autorização no Sistema de Regulação Municipal de acordo com a nova solicitação médica;
20. Os prestadores contratados deverão manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, compreendendo os dados referentes aos profissionais, alvará sanitário, serviços oferecidos, atendimento prestado, instalações físicas, dados bancários, equipamentos, postos de coleta, telefone, endereço e horário de funcionamento;
21. O prestador contratado deverá possuir: o código CBO, o serviço classificação e a habilitação necessária para a realização dos exames de Laboratório Clínico, de acordo com a Tabela SIGTAP;
22. A produção dos serviços prestados deverá ser registrada e apresentada mensalmente pela CONTRATADA, por meio do Sistema de Informação Ambulatorial, ou outro sistema disponibilizado pelo Ministério da Saúde;
23. Nos casos em que a Instituição terceirize seus serviços, apresentar Contrato de Terceirização e o Alvará Sanitário do Terceirizado. A terceirização dos serviços prestados não poderá exceder 25% do rol de procedimentos descritos no Termo de Referência deste Edital (**Anexo I**). Posteriormente o recebimento da referida documentação, essa passará por aprovação por escrito, do gestor municipal;
24. A empresa contratada deverá estar disponível a prestação do serviço contratado a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis a partir do momento da assinatura do contrato;
25. Todos os prestadores contratados ficarão sujeitos à auditoria do Sistema Único de Saúde durante a vigência do contrato;
26. Comunicar à Secretaria Municipal de Saúde toda e qualquer alteração de dados cadastrais para atualização;
27. Responsabilizar-se por todos e quaisquer danos e/ou prejuízos a que vier causar a Secretaria de Saúde de Florianópolis ou terceiros, tendo como agente ao prestador contratado, na pessoa de prepostos ou estranhos;
28. Apresentar sempre que solicitado pela Secretaria de Saúde, comprovação de cumprimento das obrigações tributárias e sociais legalmente exigidas;
29. Aceitar, nos termos do §1º do artigo 65 da Lei 8.666/93 o prestador contratado, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessárias na oferta de serviços, em até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato;
30. Estar em conformidade com os seguintes critérios para Habilitação:

I - O serviço deve ter um responsável técnico habilitado, registrado no Conselho Regional de Farmácia, Medicina ou Biomedicina, e um profissional legalmente habilitado para substituí-lo;

II - O responsável técnico e seu substituto devem possuir Título de Especialista emitido pelo Conselho Regional do Estado de Santa Catarina;

1. Não poderá haver qualquer obstáculo ou impedimento às vistorias técnicas que serão realizadas pelas Comissões de Credenciamento de Serviços de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde e de Avaliação da Qualidade dos Serviços Prestados no SUS, ou qualquer área técnica da Secretaria Municipal de Saúde;
2. Receber as amostras, entregar os resultados e efetuar as coletas para os serviços de saúde contratualizadas e/ou municípios pactuados em PPI, em dias úteis, das 08:00 às 17:00 horas, ininterruptamente.

**9. NÃO PODERÃO CONTRATAR**

1. Aqueles que deixarem de cumprir qualquer item deste Edital;
2. Prestadores declarados inidôneos por órgão ou entidade da administração pública direta ou indireta, federal, estadual e/ou municipal;
3. Aquele que se encontrar em processo de falência ou recuperação judicial, concordatária, concurso de credores, dissolução e liquidação;
4. É vedada a participação de prestadores em consórcio.

**10. DAS VISTORIAS TÉCNICAS, AUDITORIAS E FISCALIZAÇÕES**

1. As vistorias técnicas poderão ser realizadas, independente de agendamento prévio, anterior ou posteriormente a assinatura do contrato, a critério da Secretaria Municipal de Saúde e da Comissão de Qualidade e/ou de Credenciamento dos Prestadores de Serviços de Saúde de Florianópolis;
2. Todo o prestador contratado ficará sujeito à auditoria do Sistema Único de Saúde durante a vigência do contrato ou até quando a legislação vigente possibilitar tal ação, realizadas por auditores;
3. Todo prestador auditado pela Secretaria Municipal deverá:
4. Responder relatório no tempo solicitado pela auditoria;
5. Disponibilizar documentação solicitada pela auditoria.

**11. DA SELEÇÃO**

Serão selecionados os prestadores que atenderem a todas as exigências do presente edital e obtiverem declaração de não objeção à assinatura do contrato.

**12. DO CONTRATO E TETO FINANCEIRO**

1. Os prestadores selecionados serão chamados para assinatura do contrato, cuja Minuta consta no **Anexo X** deste Edital, conforme necessidade e conveniência da Secretaria Municipal de Saúde, momento em que tomarão conhecimento do seu teto financeiro;
2. No momento da assinatura do contrato, caso não haja aceitação do prestador selecionado, deverá ser assinado Termo de Desistência;
3. Em caso de desistência de algum prestador selecionado, o seu teto financeiro será redistribuído entre os demais interessados aptos a contratar, em caso de disponibilidade orçamentária e financeira da Secretaria Municipal de Saúde;
4. A assinatura do contrato ficará sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde.

**13. DA APRESENTAÇÃO DAS CONTAS E DO PAGAMENTO**

13.1 O(s) prestador (es) contratado(s) deverá(ão) utilizar o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e /ou Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Sistema Único de Saúde, ou qualquer outro que venha a ser substituído ou solicitado pelo Ministério da saúde, para realização do fechamento de sua produção mensal, que será validado e pago após processamento e liberação pelo Ministério da Saúde, obedecendo ao procedimento e aos prazos estabelecidos pelo Gestor Local.

13.2 Os arquivos da produção mensal deverão ser entregues de acordo com as seguintes orientações:

1. os arquivos provenientes do SIA deverão ser encaminhados por e-mail para o Setor de Processamento ([processamento.sms.fpolis@gmail.com](mailto:processamento.sms.fpolis@gmail.com)), até o 5º dia útil de cada mês;
2. o Relatório Financeiro Resumido deverá conter as seguintes informações: nome do procedimento, quantitativo de procedimentos realizados, valor total dos procedimentos realizados de acordo com SIGTAP e valor total de complementação;
3. o modelo do Relatório Financeiro Resumido deverá estar de acordo com o modelo disponibilizado no Anexo XI deste Edital de Chamada Pública;
4. o prestador contratado deverá encaminhar a Relação Nominal dos usuários que realizaram coleta domiciliar. Além disso, deverá também enviar cópia digitalizada das autorizações do Sistema de Regulação Municipal e os respectivos pedidos médicos, os quais deverão ser encaminhados juntamente com o Relatório Financeiro Resumido;
5. o Relatório Financeiro Resumido das produções mensais deverá ser entregues à Gerência de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde, por meio eletrônico ([gecoaproducao@gmail.com](mailto:gecoaproducao@gmail.com)) com certificação digital, até o 5º dia útil de cada mês;
6. A Gerência de Controle e Avaliação poderá, a qualquer tempo, modificar os modelos Relatórios acima, assim como, solicitar outras informações referentes ao contrato, para fins de pagamento;

13.3 Caberá a Gerência de Controle e Avaliação, após recebimento dos Relatórios Financeiros, realizar uma pré-análise da documentação. Caso seja necessário realizar correções essas serão comunicadas ao prestador contratado. Caso não sejam realizadas as correções em tempo definido por essa gerência para pagamento na competência, o prestador poderá não receber naquele mês, devendo apresentar a produção corrigida na competência seguinte.

13.4 Após a entrega do arquivo do processamento (5º dia útil), o relatório de crítica do arquivo processado deverá ser divulgado em até 30 (trinta) dias. Após sua divulgação no site da Secretaria Municipal de Saúde e autorização do pedido de nota pelo Setor Financeiro, o prestador deverá apresentar a Nota Fiscal na Gerência de Controle e Avaliação, para a respectiva validação e “aceite” da nota fiscal pelo Fiscal do Contrato. O “aceite” deverá ser realizado em até 15 dias após a entrega da nota fiscal pelo prestador, que será encaminhada à Assessoria Financeira para efetuar o pagamento.

13.5 O pagamento será efetuado por meio da apresentação da nota Fiscal, em reais, que deve apresentar em seu corpo de descrição: o número do contrato, tipo do recurso a ser utilizado (Recursos Vinculados), o objeto do contrato e competência da produção;

**14. DISPOSIÇÕES FINAIS**

14.1 - Estando o prestador selecionado apto para firmar contrato com o município, será providenciado o processo de Inexigibilidade de Licitação, de acordo com o art. 25 da Lei 8.666/93, tendo em vista que a competição resta faticamente impossibilitada, já que é de interesse da coletividade que o maior número possível de empresas preste serviços de procedimentos com finalidade diagnóstica, no intuito de ampliar e facilitar o acesso da população.

14.2 - O extrato do presente Edital será publicado no Diário Oficial Municipal e o Edital na íntegra, com seus anexos, estarão disponíveis no site [www.pf.sc.gov.br/entidades/saude](http://www.pf.sc.gov.br/entidades/saude).

14.3 - A Comissão de Contratualização dos Prestadores de Serviços de Saúde de Florianópolis terá o prazo de até 30 (trinta) dias após o recebimento dos envelopes de documentação para avaliar e divulgar o resultado.

14.4 - O prazo para entrega dos documentos estabelecido neste Edital poderá ser prorrogado a critério da Secretaria Municipal de Saúde.

14.5 - Faz parte deste Edital os seguintes documentos:

Anexo I – Termo de Referência;

Anexo II – Modelo de Plano Operativo Assistencial – Laboratório Clínico

Anexo III- Declaração de Aceitação do Edital;

Anexo IV – Declaração de Fato Superveniente e Impeditivo

Anexo V - Modelo deOfício indicando sua capacidade de oferta e quantidade

Anexo VI – Declaração de Aceitação dos Preços;

Anexo VII – Relação de profissionais que compõem a equipe técnica;

Anexo VIII – Serviços de Saúde

Anexo IX – Declaração que a instituição não possui servidor público do município de Florianópolis, como representante legal/membro da diretoria/sócio administrador/proprietário e/ou presidente da instituição;

Anexo X – Minuta do contrato

Anexo XI – Relatório Financeiro Resumido

Anexo XII – Relatório Financeiro de Coleta Domiciliar

14.6 - Esclarecimentos e informações a respeito deste Edital serão prestados pela Comissão de Contratualização dos Prestadores de Serviços de Saúde de Florianópolis, em dias úteis, na sede da Secretaria Municipal de Saúde, junto as seguintes Diretorias: Diretoria de Inteligência em Saúde– Gerência de Controle e Avaliação (3239-1596/98), Diretoria de Atenção à Saúde (3239-1544), na Av. Henrique da Silva Fontes, 6.100, Trindade, Florianópolis – SC.

Florianópolis, 29 de abril de 2019.

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

Mariana Itamaro Gonçalves

**ANEXO I**

**TERMO DE REFERÊNCIA**

1. **OBJETO DA CHAMADA PÚBLICA 008/2019/SMS/PMF**

Este Termo de Referência tem como finalidade detalhar a necessidade da Secretaria Municipal de Saúde para firmar contrato com empresas prestadoras de serviços de laboratório clínico, segundo a organização e nomenclatura da “Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde - SUS”, na seguinte formatação: **Grupo 02 – Procedimentos com Finalidade Diagnóstica; Sub Grupo 02 – Diagnóstico em Laboratório Clínico, nas Formas de Organização 01 até 12.**

**2. JUSTIFICATIVA DO OBJETO:**

A Secretaria de Saúde não dispõe de serviço próprio implantado de Laboratório Clínico, sendo necessária a realização de processo de Chamada Pública para contratação desses serviços. Considerando que possuímos uma rede municipal de saúde e outros municípios com Programação de Pactuação Integrada (PPI) que solicitam estes tipos de serviços através da Central de Regulação Municipal, se faz necessário garantir o serviço através de um contrato para que atenda uma demanda de, compreendendo **70.000** **exames/mês** de Laboratório Clínico por mês, divididos de acordo com as necessidades dos Distritos Sanitários, conforme descrito:

**Quadro 01: Necessidade de Exames/Mês – Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Distrito Sanitário** | **Necessidade de Oferta/Mês SMS** |
| Continente | 15.000 |
| Centro | 18.000 |
| Sul | 17.000 |
| Norte | 20.000 |
| **TOTAL** | **70.000** |

Em relação às coletas domiciliares, estima-se que esta Secretaria de Saúde necessite de **600** coletas por mês, divididos conforme descrito abaixo:

**Quadro 02: Necessidade de Coletas Domiciliares/Mês – Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Distrito Sanitário** | **Necessidade de Oferta/Mês SMS** |
| Continente | 128 |
| Centro | 154 |
| Sul | 146 |
| Norte | 172 |
| **TOTAL** | **600** |

As coletas domiciliares serão, inicialmente, divididas por Distrito Sanitário. Caso esta Secretaria de Saúde identifique a necessidade, o prestador contratado deverá realizar em qualquer localidade do município de Florianópolis.

1. **CARACTERIZAÇÃO DO OBJETO:**
   * 1. A remuneração dos procedimentos objeto do Edital de Chamada Pública nº **008/2019** compreenderá o valor dos procedimentos realizados:

**Quadro 03: Código de Procedimentos, Procedimentos e Valores dos Procedimentos de Laboratório Clínico, de acordo com SIGTAP.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Código** | **Nome** | **Valor** |
| 0202010015 | CLEARANCE OSMOLAR | R$ 3,51 |
| 0202010023 | DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO | R$ 2,01 |
| 0202010031 | DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS | R$ 15,65 |
| 0202010040 | DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS) | R$ 3,63 |
| 0202010058 | DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA ( 5 DOSAGENS) | R$ 6,55 |
| 0202010066 | DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS) | R$ 3,68 |
| 0202010074 | DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS) | R$ 10,00 |
| 0202010082 | DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE | R$ 3,51 |
| 0202010090 | DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE | R$ 3,51 |
| 0202010104 | DOSAGEM DE ACETONA | R$ 1,85 |
| 0202010112 | DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO | R$ 2,01 |
| 0202010120 | DOSAGEM DE ACIDO URICO | R$ 1,85 |
| 0202010139 | DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO | R$ 9,00 |
| 0202010147 | DOSAGEM DE ALDOLASE | R$ 3,68 |
| 0202010155 | DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA | R$ 3,68 |
| 0202010163 | DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA | R$ 3,68 |
| 0202010171 | DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA | R$ 3,68 |
| 0202010180 | DOSAGEM DE AMILASE | R$ 2,25 |
| 0202010198 | DOSAGEM DE AMONIA | R$ 3,51 |
| 0202010201 | DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES | R$ 2,01 |
| 0202010210 | DOSAGEM DE CALCIO | R$ 1,85 |
| 0202010228 | DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL | R$ 3,51 |
| 0202010236 | DOSAGEM DE CAROTENO | R$ 2,01 |
| 0202010252 | DOSAGEM DE CERULOPLASMINA | R$ 3,68 |
| 0202010260 | DOSAGEM DE CLORETO | R$ 1,85 |
| 0202010279 | DOSAGEM DE COLESTEROL HDL | R$ 3,51 |
| 0202010287 | DOSAGEM DE COLESTEROL LDL | R$ 3,51 |
| 0202010295 | DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL | R$ 1,85 |
| 0202010309 | DOSAGEM DE COLINESTERASE | R$ 3,68 |
| 0202010317 | DOSAGEM DE CREATININA | R$ 1,85 |
| 0202010325 | DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK) | R$ 3,68 |
| 0202010333 | DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB | R$ 4,12 |
| 0202010341 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA | R$ 3,51 |
| 0202010368 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA | R$ 3,68 |
| 0202010376 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS) | R$ 3,68 |
| 0202010384 | DOSAGEM DE FERRITINA | R$ 15,59 |
| 0202010392 | DOSAGEM DE FERRO SERICO | R$ 3,51 |
| 0202010406 | DOSAGEM DE FOLATO | R$ 15,65 |
| 0202010414 | DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL | R$ 2,01 |
| 0202010422 | DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA | R$ 2,01 |
| 0202010430 | DOSAGEM DE FOSFORO | R$ 1,85 |
| 0202010449 | DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA | R$ 2,01 |
| 0202010457 | DOSAGEM DE GALACTOSE | R$ 3,51 |
| 0202010465 | DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT) | R$ 3,51 |
| 0202010473 | DOSAGEM DE GLICOSE | R$ 1,85 |
| 0202010481 | DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE | R$ 3,68 |
| 0202010490 | DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA | R$ 3,68 |
| 0202010503 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA | R$ 7,86 |
| 0202010511 | DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA | R$ 3,68 |
| 0202010520 | DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE | R$ 3,51 |
| 0202010538 | DOSAGEM DE LACTATO | R$ 3,68 |
| 0202010546 | DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE | R$ 3,51 |
| 0202010554 | DOSAGEM DE LIPASE | R$ 2,25 |
| 0202010562 | DOSAGEM DE MAGNESIO | R$ 2,01 |
| 0202010570 | DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS | R$ 2,01 |
| 0202010589 | DOSAGEM DE PIRUVATO | R$ 3,68 |
| 0202010597 | DOSAGEM DE PORFIRINAS | R$ 3,51 |
| 0202010600 | DOSAGEM DE POTASSIO | R$ 1,85 |
| 0202010619 | DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS | R$ 1,40 |
| 0202010627 | DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES | R$ 1,85 |
| 0202010635 | DOSAGEM DE SODIO | R$ 1,85 |
| 0202010643 | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO | R$ 2,01 |
| 0202010651 | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP) | R$ 2,01 |
| 0202010660 | DOSAGEM DE TRANSFERRINA | R$ 4,12 |
| 0202010678 | DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS | R$ 3,51 |
| 0202010686 | DOSAGEM DE TRIPTOFANO | R$ 3,51 |
| 0202010694 | DOSAGEM DE UREIA | R$ 1,85 |
| 0202010708 | DOSAGEM DE VITAMINA B12 | R$ 15,24 |
| 0202010716 | ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS | R$ 3,68 |
| 0202010724 | ELETROFORESE DE PROTEINAS | R$ 4,42 |
| 0202010732 | GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE ) | R$ 15,65 |
| 0202010740 | PROVA DA D-XILOSE | R$ 3,68 |
| 0202010759 | TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS | R$ 6,55 |
| 0202010767 | DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D | R$ 15,24 |
| 0202010775 | DETERMINAÇÃO DE CREMATÓCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO | R$ 1,53 |
| 0202010783 | ACIDEZ TITULÁVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC) | R$ 3,04 |
| 0202020010 | CITOQUIMICA HEMATOLOGICA | R$ 6,48 |
| 0202020029 | CONTAGEM DE PLAQUETAS | R$ 2,73 |
| 0202020037 | CONTAGEM DE RETICULOCITOS | R$ 2,73 |
| 0202020045 | DETERMINACAO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR | R$ 2,73 |
| 0202020053 | DETERMINACAO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA) | R$ 2,73 |
| 0202020061 | DETERMINACAO DE SULFO-HEMOGLOBINA | R$ 2,73 |
| 0202020070 | DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO | R$ 2,73 |
| 0202020088 | DETERMINACAO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA | R$ 2,73 |
| 0202020096 | DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE | R$ 2,73 |
| 0202020100 | DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY | R$ 9,00 |
| 0202020118 | DETERMINACAO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS | R$ 5,79 |
| 0202020126 | DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA | R$ 2,85 |
| 0202020134 | DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA) | R$ 5,77 |
| 0202020142 | DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP) | R$ 2,73 |
| 0202020150 | DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS) | R$ 2,73 |
| 0202020169 | DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE FOSFOLIPÍDIOS | R$ 4,11 |
| 0202020177 | DOSAGEM DE ANTITROMBINA III | R$ 6,48 |
| 0202020185 | DOSAGEM DE FATOR II | R$ 5,31 |
| 0202020193 | DOSAGEM DE FATOR IX | R$ 7,61 |
| 0202020207 | DOSAGEM DE FATOR V | R$ 4,73 |
| 0202020215 | DOSAGEM DE FATOR VII | R$ 8,09 |
| 0202020223 | DOSAGEM DE FATOR VIII | R$ 6,63 |
| 0202020231 | DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR) | R$ 15,00 |
| 0202020240 | DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO) | R$ 18,91 |
| 0202020258 | DOSAGEM DE FATOR X | R$ 6,66 |
| 0202020266 | DOSAGEM DE FATOR XI | R$ 9,11 |
| 0202020274 | DOSAGEM DE FATOR XII | R$ 10,51 |
| 0202020282 | DOSAGEM DE FATOR XIII | R$ 6,66 |
| 0202020290 | DOSAGEM DE FIBRINOGENIO | R$ 4,60 |
| 0202020304 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA | R$ 1,53 |
| 0202020312 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC | R$ 2,73 |
| 0202020320 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL | R$ 2,73 |
| 0202020339 | DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA | R$ 2,73 |
| 0202020347 | DOSAGEM DE PLASMINOGENIO | R$ 4,11 |
| 0202020355 | ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA | R$ 5,41 |
| 0202020363 | ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO) | R$ 2,73 |
| 0202020371 | HEMATOCRITO | R$ 1,53 |
| 0202020380 | HEMOGRAMA COMPLETO | R$ 4,11 |
| 0202020398 | LEUCOGRAMA | R$ 2,73 |
| 0202020401 | PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA | R$ 25,00 |
| 0202020410 | PESQUISA DE CELULAS LE | R$ 4,11 |
| 0202020428 | PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ | R$ 2,73 |
| 0202020436 | PESQUISA DE FILARIA | R$ 2,73 |
| 0202020444 | PESQUISA DE HEMOGLOBINA S | R$ 2,73 |
| 0202020460 | PESQUISA DE TRIPANOSSOMA | R$ 2,73 |
| 0202020479 | PROVA DE COMPATIBILIDADE PRE-TRANSFUSIONAL (MEIOS SALINOS, ALBUMINOSO E COOMBS) | R$ - |
| 0202020487 | PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA | R$ 4,11 |
| 0202020495 | PROVA DE RETRACAO DO COAGULO | R$ 2,73 |
| 0202020509 | PROVA DO LACO | R$ 2,73 |
| 0202020517 | RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS | R$ 2,73 |
| 0202020525 | TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS | R$ 12,00 |
| 0202020533 | TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA) | R$ 2,73 |
| 0202020541 | TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD) | R$ 2,73 |
| 0202030016 | CONTAGEM DE LINFOCITOS B | R$ 15,00 |
| 0202030024 | CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8 | R$ 15,00 |
| 0202030032 | CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS | R$ 15,00 |
| 0202030040 | DETECCAO DE ÁCIDOS NUCLEICOS DO HIV-1 (QUALITATIVO) | R$ 65,00 |
| 0202030059 | DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO) | R$ 96,00 |
| 0202030067 | DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50) | R$ 9,25 |
| 0202030075 | DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE | R$ 2,83 |
| 0202030083 | DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA | R$ 9,25 |
| 0202030091 | DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA | R$ 15,06 |
| 0202030105 | DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA) | R$ 16,42 |
| 0202030105 | DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTATICO LIVRE | R$ 16,42 |
| 0202030113 | DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA | R$ 13,55 |
| 0202030121 | DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3 | R$ 17,16 |
| 0202030130 | DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4 | R$ 17,16 |
| 0202030148 | DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA | R$ 2,83 |
| 0202030156 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA) | R$ 17,16 |
| 0202030164 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) | R$ 9,25 |
| 0202030180 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM) | R$ 17,16 |
| 0202030199 | DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE | R$ 9,25 |
| 0202030202 | DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA | R$ 2,83 |
| 0202030210 | GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C | R$ 298,48 |
| 0202030229 | IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS | R$ 17,16 |
| 0202030237 | IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR) | R$ 80,00 |
| 0202030253 | PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA | R$ 10,00 |
| 0202030261 | PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA | R$ 10,00 |
| 0202030270 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA | R$ 8,67 |
| 0202030288 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI | R$ 17,16 |
| 0202030296 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT) | R$ 85,00 |
| 0202030300 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA) | R$ 10,00 |
| 0202030318 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2 | R$ 18,55 |
| 0202030326 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP) | R$ 17,16 |
| 0202030334 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS | R$ 5,74 |
| 0202030342 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM | R$ 17,16 |
| 0202030350 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO) | R$ 18,55 |
| 0202030369 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA) | R$ 18,55 |
| 0202030377 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS | R$ 9,25 |
| 0202030385 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS | R$ 10,00 |
| 0202030393 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS | R$ 9,25 |
| 0202030407 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS | R$ 3,70 |
| 0202030415 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO | R$ 5,83 |
| 0202030423 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA) | R$ 10,00 |
| 0202030431 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL | R$ 17,16 |
| 0202030440 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS | R$ 9,25 |
| 0202030458 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70) | R$ 10,00 |
| 202030466 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES | R$ 9,70 |
| 0202030466 | ESPERMOGRAMA (CARACTERES FISICOS, MOBILIDADE, CONTAGEM E MORFOLOGIA) | R$ 9,70 |
| 0202030474 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO) | R$ 2,83 |
| 0202030482 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO | R$ 10,00 |
| 0202030482 | ANTI-HIALURONIDASE, DETERMINACAO | R$ 10,00 |
| 0202030504 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO | R$ 10,00 |
| 0202030512 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS | R$ 10,00 |
| 0202030520 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA | R$ 17,16 |
| 0202030539 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS | R$ 4,10 |
| 0202030547 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA | R$ 5,50 |
| 0202030555 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS | R$ 17,16 |
| 0202030563 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA | R$ 17,16 |
| 0202030571 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO | R$ 17,16 |
| 0202030580 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO | R$ 17,16 |
| 0202030598 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO | R$ 17,16 |
| 0202030598 | FAN - ANTICORPOS ANTI-NUCLEO , IFI | R$ 17,16 |
| 0202030598 | ANTI JO 1 (JO 1) | R$ 17,16 |
| 0202030601 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS | R$ 17,16 |
| 0202030610 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS | R$ 10,00 |
| 0202030628 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA | R$ 17,16 |
| 0202030636 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS) | R$ 18,55 |
| 0202030644 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE) | R$ 18,55 |
| 0202030652 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA | R$ 7,78 |
| 0202030660 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII | R$ 9,71 |
| 0202030679 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV) | R$ 18,55 |
| 0202030687 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV) | R$ 18,55 |
| 0202030695 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO | R$ 9,25 |
| 0202030709 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS | R$ 4,10 |
| 0202030717 | PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO | R$ 18,55 |
| 0202030725 | PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA | R$ 17,16 |
| 0202030733 | PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTA O VIRUS EPSTEIN-BARR | R$ 2,83 |
| 0202030741 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS | R$ 11,00 |
| 0202030750 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS | R$ 9,25 |
| 0202030768 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA | R$ 16,97 |
| 0202030776 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI | R$ 9,25 |
| 0202030784 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL) | R$ 18,55 |
| 0202030792 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS | R$ 30,00 |
| 0202030806 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG) | R$ 18,55 |
| 0202030814 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA | R$ 17,16 |
| 0202030822 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER | R$ 17,16 |
| 0202030830 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR | R$ 17,16 |
| 0202030849 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES | R$ 17,16 |
| 0202030857 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS | R$ 11,61 |
| 0202030865 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS | R$ 10,00 |
| 0202030873 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA | R$ 18,55 |
| 0202030881 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI | R$ 9,25 |
| 0202030890 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM) | R$ 18,55 |
| 0202030903 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS | R$ 20,00 |
| 0202030911 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG) | R$ 18,55 |
| 0202030920 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA | R$ 17,16 |
| 0202030938 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER | R$ 17,16 |
| 0202030946 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR | R$ 17,16 |
| 0202030954 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES | R$ 17,16 |
| 0202030962 | PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA) | R$ 13,35 |
| 0202030962 | CA 15 3 (BRM) | R$ 13,35 |
| 0202030962 | CA 19 9 (GIM) | R$ 13,35 |
| 0202030970 | PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG) | R$ 18,55 |
| 0202030989 | PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG) | R$ 18,55 |
| 0202030997 | DETECÇÃO DE CLAMÍDIA E GONOCOCO POR BIOLOGIA MOLECULAR | R$ 60,00 |
| 0202031004 | PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS | R$ 2,83 |
| 0202031012 | PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE) | R$ 4,10 |
| 0202031020 | PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA | R$ 10,00 |
| 0202031039 | PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA | R$ 9,25 |
| 0202031047 | CHAGAS IGM | R$ 10,00 |
| 0202031047 | CHAGAS IGG | R$ 10,00 |
| 0202031055 | PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK) | R$ 1,77 |
| 0202031063 | PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS | R$ 1,77 |
| 0202031071 | QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1 | R$ 18,00 |
| 0202031080 | QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C | R$ 168,48 |
| 0202031098 | TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS | R$ 4,10 |
| 0202031101 | REACAO DE MONTENEGRO ID | R$ 2,83 |
| 0202031110 | TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS | R$ 2,83 |
| 0202031128 | TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS | R$ 10,00 |
| 0202031136 | TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS | R$ 10,00 |
| 0202031144 | TESTES ALERGICOS DE CONTATO | R$ 1,77 |
| 0202031152 | TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA | R$ 1,77 |
| 0202031179 | TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTES | R$ 2,83 |
| 0202031187 | DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA | R$ 18,55 |
| 0202031195 | DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO | R$ 17,16 |
| 0202031209 | DOSAGEM DE TROPONINA | R$ 9,00 |
| 0202031217 | DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125 | R$ 13,35 |
| 0202031225 | EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER I | R$ 80,00 |
| 0202031233 | EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER II | R$ 120,00 |
| 0202031250 | DETECÇÃO DE RNA DO HTLV-1 | R$ 65,00 |
| 0202031268 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 (WESTERN-BLOT) | R$ 85,00 |
| 0202040011 | DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL | R$ 1,65 |
| 0202040020 | DOSAGEM DE GORDURA FECAL | R$ 3,04 |
| 0202040038 | EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL | R$ 3,04 |
| 0202040046 | IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS | R$ 1,65 |
| 0202040054 | PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA) | R$ 1,65 |
| 0202040062 | PESQUISA DE EOSINOFILOS | R$ 1,65 |
| 0202040070 | PESQUISA DE GORDURA FECAL | R$ 1,65 |
| 0202040089 | PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES | R$ 1,65 |
| 0202040097 | PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES | R$ 1,65 |
| 0202040100 | PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES | R$ 1,65 |
| 0202040119 | PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA) | R$ 1,65 |
| 0202040127 | PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS | R$ 1,65 |
| 0202040135 | PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES | R$ 10,25 |
| 0202040143 | PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES | R$ 1,65 |
| 0202040151 | PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES | R$ 1,65 |
| 0202040160 | PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES | R$ 1,65 |
| 0202040178 | PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES | R$ 1,65 |
| 0202050017 | ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA | R$ 3,70 |
| 0202050025 | CLEARANCE DE CREATININA | R$ 3,51 |
| 0202050033 | CLEARANCE DE FOSFATO | R$ 3,51 |
| 0202050041 | CLEARANCE DE UREIA | R$ 3,51 |
| 0202050050 | CONTAGEM DE ADDIS | R$ 2,04 |
| 0202050068 | DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE | R$ 3,70 |
| 0202050076 | IDENTIFICAÇÃO DE GLICÍDIOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA) | R$ 3,70 |
| 0202050084 | DOSAGEM DE CITRATO | R$ 2,01 |
| 0202050092 | DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA | R$ 8,12 |
| 0202050106 | DOSAGEM DE OXALATO | R$ 3,68 |
| 0202050114 | DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS) | R$ 2,04 |
| 0202050122 | DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS | R$ 3,04 |
| 0202050130 | EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS | R$ 3,70 |
| 0202050149 | PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA) | R$ 3,70 |
| 0202050157 | PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA | R$ 2,04 |
| 0202050165 | PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA | R$ 3,70 |
| 0202050173 | PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA | R$ 2,04 |
| 0202050181 | PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA | R$ 2,40 |
| 0202050190 | PESQUISA DE CISTINA NA URINA | R$ 2,04 |
| 0202050203 | PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA | R$ 2,04 |
| 0202050211 | PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA | R$ 3,70 |
| 0202050220 | PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA | R$ 2,04 |
| 0202050238 | PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA | R$ 2,04 |
| 0202050246 | PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA | R$ 3,36 |
| 0202050262 | PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA | R$ 2,04 |
| 0202050270 | PESQUISA DE LACTOSE NA URINA | R$ 2,04 |
| 0202050289 | PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA | R$ 3,70 |
| 0202050300 | PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE) | R$ 4,44 |
| 0202050319 | PESQUISA DE TIROSINA NA URINA | R$ 2,04 |
| 0202050327 | PROVA DE DILUICAO (URINA) | R$ 2,04 |
| 0202060012 | DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE | R$ 12,54 |
| 0202060020 | DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3 | R$ 12,54 |
| 0202060039 | DETERMINACAO DE T3 REVERSO | R$ 14,69 |
| 0202060047 | DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA | R$ 10,20 |
| 0202060055 | DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS | R$ 6,72 |
| 0202060063 | DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES | R$ 6,72 |
| 0202060071 | DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA) | R$ 6,72 |
| 0202060080 | DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH) | R$ 14,12 |
| 0202060098 | DOSAGEM DE ALDOSTERONA | R$ 11,89 |
| 0202060101 | DOSAGEM DE AMP CICLICO | R$ 12,01 |
| 0202060110 | DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA | R$ 11,53 |
| 0202060128 | DOSAGEM DE CALCITONINA | R$ 14,38 |
| 0202060136 | DOSAGEM DE CORTISOL | R$ 9,86 |
| 0202060144 | DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA) | R$ 11,25 |
| 0202060152 | DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT) | R$ 11,71 |
| 0202060160 | DOSAGEM DE ESTRADIOL | R$ 10,15 |
| 0202060179 | DOSAGEM DE ESTRIOL | R$ 11,55 |
| 0202060187 | DOSAGEM DE ESTRONA | R$ 11,12 |
| 0202060195 | DOSAGEM DE GASTRINA | R$ 14,15 |
| 0202060209 | DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA | R$ 15,35 |
| 0202060217 | DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG) | R$ 7,85 |
| 0202060225 | DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH) | R$ 10,21 |
| 0202060233 | DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH) | R$ 7,89 |
| 0202060241 | DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH) | R$ 8,97 |
| 0202060250 | DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH) | R$ 8,96 |
| 0202060268 | DOSAGEM DE INSULINA | R$ 10,17 |
| 0202060268 | CURVA GLICEMICA E INSULINICA (6D) | R$ 10,17 |
| 0202060276 | DOSAGEM DE PARATORMONIO | R$ 43,13 |
| 0202060284 | DOSAGEM DE PEPTIDEO C | R$ 15,35 |
| 0202060292 | DOSAGEM DE PROGESTERONA | R$ 10,00 |
| 0202060306 | DOSAGEM DE PROLACTINA | R$ 10,15 |
| 0202060314 | DOSAGEM DE RENINA | R$ 13,19 |
| 0202060322 | DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1) | R$ 15,35 |
| 0202060330 | DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS) | R$ 13,11 |
| 0202060349 | DOSAGEM DE TESTOSTERONA | R$ 10,43 |
| 0202060357 | DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE | R$ 13,11 |
| 0202060365 | DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA | R$ 15,35 |
| 0202060373 | DOSAGEM DE TIROXINA (T4) | R$ 8,76 |
| 0202060381 | DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE) | R$ 11,60 |
| 0202060390 | DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3) | R$ 8,71 |
| 0202060403 | TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH | R$ 12,01 |
| 0202060411 | TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA | R$ 12,01 |
| 0202060420 | TESTE DE ESTIMULO COM GNRH OU COM AGONISTA GNRH | R$ 12,01 |
| 0202060438 | TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON | R$ 12,01 |
| 0202060446 | TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA | R$ 12,01 |
| 0202060454 | TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE | R$ 12,01 |
| 0202060462 | TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS | R$ 8,43 |
| 0202060470 | PESQUISA DE MACROPROLACTINA | R$ 12,15 |
| 0202070018 | DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO | R$ 2,06 |
| 0202070026 | DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO | R$ 2,23 |
| 0202070034 | DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO | R$ 3,68 |
| 0202070042 | DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO | R$ 2,04 |
| 0202070050 | DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO | R$ 15,65 |
| 0202070069 | DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE | R$ 3,51 |
| 0202070077 | DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO | R$ 2,01 |
| 0202070085 | DOSAGEM DE ALUMINIO | R$ 27,50 |
| 0202070093 | DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS | R$ 10,00 |
| 0202070107 | DOSAGEM DE ANFETAMINAS | R$ 10,00 |
| 0202070115 | DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS | R$ 10,00 |
| 0202070123 | DOSAGEM DE BARBITURATOS | R$ 13,13 |
| 0202070123 | DOSAGEM DE FENOBARBITAL | R$ 13,13 |
| 0202070131 | DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS | R$ 13,48 |
| 0202070140 | DOSAGEM DE CADMIO | R$ 6,55 |
| 0202070158 | DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA | R$ 17,53 |
| 0202070166 | DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA | R$ 4,11 |
| 0202070174 | DOSAGEM DE CHUMBO | R$ 8,83 |
| 202070182 | DOSAGEM DE CICLOSPORINA | R$ 58,61 |
| 0202070190 | DOSAGEM DE COBRE | R$ 3,51 |
| 0202070204 | DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA) | R$ 8,97 |
| 0202070212 | DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA | R$ 15,65 |
| 0202070220 | DOSAGEM DE FENITOINA | R$ 35,22 |
| 0202070239 | DOSAGEM DE FENOL | R$ 2,05 |
| 0202070247 | DOSAGEM DE FORMALDEIDO | R$ 3,51 |
| 0202070255 | DOSAGEM DE LITIO | R$ 2,25 |
| 0202070263 | DOSAGEM DE MERCURIO | R$ 2,04 |
| 0202070271 | DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA | R$ 4,11 |
| 0202070280 | DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA | R$ 10,00 |
| 0202070298 | DOSAGEM DE METOTREXATO | R$ 10,00 |
| 0202070301 | DOSAGEM DE QUINIDINA | R$ 10,00 |
| 0202070310 | DOSAGEM DE SALICILATOS | R$ 2,01 |
| 0202070328 | DOSAGEM DE SULFATOS | R$ 3,51 |
| 0202070336 | DOSAGEM DE TEOFILINA | R$ 15,65 |
| 0202070344 | DOSAGEM DE TIOCIANATO | R$ 3,68 |
| 0202070352 | DOSAGEM DE ZINCO | R$ 15,65 |
| 0202080013 | ANTIBIOGRAMA | R$ 4,98 |
| 0202080021 | ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA | R$ 13,33 |
| 0202080030 | ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS | R$ 13,33 |
| 0202080048 | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA) | R$ 4,20 |
| 0202080056 | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE) | R$ 4,20 |
| 0202080064 | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE) | R$ 4,20 |
| 0202080072 | BACTERIOSCOPIA (GRAM) | R$ 2,80 |
| 0202080080 | CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO | R$ 5,62 |
| 0202080080 | CULTURA PARA ESTREPTOCOCOS AGALACTIAE (BETA-HEMOLÃTICO DO GRUPO B) | R$ 5,62 |
| 0202080080 | CULTURA PARA NEISSERIA GONORRHOEAE | R$ 5,62 |
| 0202080080 | CULTURA PRA MICOPLASMA HOMINIS | R$ 5,62 |
| 0202080080 | CULTURA PRA UREAPLASMA UREALYTICUM | R$ 5,62 |
| 0202080099 | CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO) | R$ 5,62 |
| 0202080102 | CULTURA P/ HERPESVIRUS | R$ 4,33 |
| 0202080110 | CULTURA PARA BAAR | R$ 5,63 |
| 0202080129 | CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS | R$ 10,25 |
| 0202080137 | CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS | R$ 4,19 |
| 0202080145 | EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO) | R$ 2,80 |
| 0202080153 | HEMOCULTURA | R$ 11,49 |
| 0202080161 | IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS | R$ 5,63 |
| 0202080170 | PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI | R$ 4,33 |
| 0202080188 | PESQUISA DE BACILO DIFTERICO | R$ 2,80 |
| 0202080196 | PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A | R$ 4,33 |
| 0202080200 | PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY | R$ 2,80 |
| 0202080218 | PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI | R$ 4,33 |
| 0202080226 | PESQUISA DE LEPTOSPIRAS | R$ 2,80 |
| 0202080234 | PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM | R$ 5,04 |
| 0202080242 | PROVA CONFIRMATÓRIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES | R$ 5,62 |
| 0202090019 | ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES | R$ 1,89 |
| 0202090027 | ADENOGRAMA | R$ 5,79 |
| 0202090035 | CITOLOGIA P/ CLAMIDIA | R$ 4,33 |
| 0202090043 | CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS | R$ 4,33 |
| 0202090051 | CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR | R$ 1,89 |
| 0202090060 | CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR | R$ 1,89 |
| 0202090078 | DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO | R$ 6,56 |
| 0202090086 | DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO | R$ 1,89 |
| 0202090094 | DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA | R$ 2,01 |
| 0202090108 | DOSAGEM DE FRUTOSE | R$ 2,01 |
| 0202090116 | DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA | R$ 2,01 |
| 0202090124 | DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES | R$ 1,89 |
| 0202090132 | DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES | R$ 1,89 |
| 0202090159 | ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR | R$ 5,23 |
| 0202090167 | ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO | R$ 6,56 |
| 0202090175 | ESPLENOGRAMA | R$ 5,79 |
| 0202090183 | EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS | R$ 1,89 |
| 0202090191 | MIELOGRAMA | R$ 5,79 |
| 0202090213 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES ( ELISA ) | R$ 9,70 |
| 0202090221 | DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA | R$ 2,01 |
| 0202090230 | PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR | R$ 1,89 |
| 0202090248 | PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS | R$ 1,89 |
| 0202090256 | PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA | R$ 1,89 |
| 0202090264 | PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA) | R$ 4,80 |
| 0202090272 | PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES | R$ 1,89 |
| 0202090299 | PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C) | R$ 1,89 |
| 0202090302 | PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE | R$ 1,89 |
| 0202090310 | REACAO DE PANDY | R$ 1,89 |
| 0202090329 | REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES | R$ 1,89 |
| 0202090337 | TESTE DE CLEMENTS | R$ 1,89 |
| 0202090345 | TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS | R$ 4,69 |
| 0202090353 | TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO | R$ 4,69 |
| 0202100014 | DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS) | R$ 180,00 |
| 0202100022 | DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS) | R$ 160,00 |
| 0202100030 | DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS) | R$ 160,00 |
| 0202100049 | QUANTIFICAÇÃO/AMPLIFICAÇÃO DO HER-2 | R$ 120,00 |
| 0202110010 | DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO) | R$ 8,80 |
| 0202110028 | DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO) | R$ 66,00 |
| 0202110036 | DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO) | R$ 66,00 |
| 0202110044 | DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO) | R$ 5,50 |
| 0202110052 | DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4 | R$ 12,10 |
| 0202110060 | DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO) | R$ 20,90 |
| 0202110079 | DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO) | R$ 5,50 |
| 0202110087 | DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO) | R$ 13,20 |
| 0202110095 | DOSAGEM DE 17 HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO) | R$ 8,00 |
| 0202110109 | DOSAGEM DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SANGUE EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO) | R$ 5,50 |
| 0202110117 | DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SORO | R$ 137,00 |
| 0202110125 | DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA | R$ 66,00 |
| 0202110133 | DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE | R$ 66,00 |
| 0202110141 | DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR | R$ 150,00 |
| 0202120015 | DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS | R$ 10,65 |
| 0202120023 | DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO | R$ 1,37 |
| 0202120031 | FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR | R$ 10,65 |
| 0202120040 | IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS | R$ 10,65 |
| 0202120058 | PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO | R$ 5,79 |
| 0202120066 | PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC | R$ 5,79 |
| 0202120074 | PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO | R$ 5,79 |
| 0202120082 | PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO) | R$ 1,37 |
| 0202120090 | TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA) | R$ 2,73 |
| 0202120104 | TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B | R$ 5,79 |

**Fonte: SIGTAP, 2019.**

**ANEXO II**

**PLANO OPERATIVO ASSISTENCIAL**

**LABORATÓRIO CLÍNICO**

1. **Objeto do Plano Operativo Assistencial**

Este Plano Operativo é parte integrante do Contrato **XXX/2019**, sendo seu objeto formalizar a prestação de serviços de saúde para promover acesso aos procedimentos de **Laboratório Clínico** aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme descrição de códigos e procedimentos constante na “Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde - SUS”.

1. **A CONTRATADA deverá estar de acordo com as seguintes legislações:**

Constituição Federal, arts. 37, XXI e 199;

Lei 8.080/1990, arts. 24 e seguintes;

Lei 8.666/1993 e alterações;

PORTARIA Nº 24/SMS/GAB/2018 que cria a Comissão Especial de Credenciamento de Serviços de Saúde para Contratação de Prestadores de Serviços de Saúde para Secretaria Municipal de Saúde Florianópolis;

Norma Regulamentadora 32 -  NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde;

RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA – RDC Nº 50, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2002 - Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA – RDC Nº 306, DE 07 DE DEZEMBRO DE 2004 – Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde***.***

RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA – RDC Nº 302, DE 13 DE OUTUBRO DE 2005 - Dispõe sobre Regulamento Técnico para funcionamento de Laboratórios Clínicos.

RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 12, DE 16 DE FEVEREIRO DE 2012 - Dispõe sobre a Rede Brasileira de Laboratórios Analíticos em Saúde (REBLAS).

Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM): Resolução nº 2074/2014 e Resolução nº 813/77.

Manual para Acreditação do Sistema de Gestão da Qualidade de Laboratórios Clínicos. Sistema Nacional de Acreditação. 2016.

Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.

Resolução 1.821/2007 do Conselho Federal de Medicina - Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde;

Brasil. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação – 2012. Manual Técnico Operacional SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais -Aplicativos de captação da produção ambulatorial APAC Magnético – BPA Magnético VERSIA – DE-PARA – FPO Magnético. Disponível em: <http://www.saude.am.gov.br/docs/programas/bucal/manual_sia/Manual_Operacional_SIA_v_1.pdf>

Instrução Normativa nº 003/2013 da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis que regulamenta o processo de agendamento de consultas e exames especializados;

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Caderno 3: Orientações Técnicas sobre Auditoria na Assistência Ambulatorial e Hospitalar no SUS. 2005

Enunciado n° 18 COMESC/SC - Os profissionais de saúde que atendem pacientes encaminhados pelo Poder Público ou pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde, seja em estabelecimento privado conveniado ou contratado com o SUS, ou em estabelecimento eminentemente particular, são equiparados a agentes públicos para fins de responsabilização e devem observar as diretrizes e princípios que norteiam o sistema público de saúde, incluindo a observância dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e a proibição de cobrança ao paciente pelos serviços prestados;

E novas legislações ou outras que venham a substituir as existentes.

1. **DA FORMA DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

A prestação dos serviços deverá ocorrer conforme as condições a seguir estabelecidas, além daquelas previstas no Edital de Chamada Pública nº **008/2019**:

* 1. **DAS CONDIÇÕES GERAIS**

1. A CONTRATADA deverá oferecer e realizar **todos** os exames descritos no Edital de Chamada Pública nº xxx/2019, os quais constam do **Grupo 02 – Procedimentos com Finalidade Diagnóstica; Sub Grupo 03 – Diagnóstico em Laboratório Clínico, compreendendo as Formas de organização 01 até 12 –**, conforme descrição na “Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde – SUS, inclusive quando da alteração ou inclusão de novos procedimentos nos referidos Grupo e Sub-Grupo;
2. A CONTRATADA deverá indicar no momento da habilitação (ANEXO V, do Edital de Chamada Pública nº 008/2019), qual (is) Distrito(s) Sanitário(s) prestará o serviço;
3. A CONTRATADA deverá possuir sede no município de Florianópolis e, pelo menos, um Posto de Coleta no(s) Distrito(s) Sanitário em que se candidatar. Assim, a CONTRATADA poderá prestar serviço no Distrito em que possuir posto de coleta e/ou no Distrito em que está localizada a sede de sua instituição. Para isso, deverá preencher o ANEXO V do Edital de Chamada Pública nº 008/2019, indicando oferta para os todos locais que deseja prestar o serviço;
4. A CONTRATADA deverá realizar a coleta dos exames, a análise/laudo dos materiais coletados e fornecer o respectivo resultado, conforme regras descritas neste Edital de Chamada Pública;
5. O Posto de Coleta deverá realizar todos os procedimentos os quais o prestador contratado ofertou, devendo possuir inclusive a estrutura física necessária para realizar as coletas ginecológicas, uretrais e anais;
6. As despesas decorrentes de materiais de consumo, insumos, materiais, estruturais e equipamentos necessários ao perfeito e bom desempenho dos serviços, deverão ser disponibilizados pela CONTRATADA, sem ônus à Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis;
7. Os recursos humanos deverão ser disponibilizados pela CONTRATADA, conforme critérios para composição de quadro mínimo de profissionais necessários para prestação dos serviços contratados;
8. As despesas decorrentes do contrato dos profissionais, como salários, encargos sociais, fiscais, impostos, taxas e outros serão por conta da CONTRATADA;
9. A execução dos exames deverá ser realizada por meio de profissionais especializados, responsabilizando-se por quaisquer danos causados pelos mesmos aos pacientes, decorrentes de omissão, negligência, imperícia ou imprudência;
10. A CONTRATADAC deverá garantir a comunicação com WebService do Sistema de Prontuário Eletrônico da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, por meio do qual o resultado do exame no formato de campo estruturado (com critérios definidos pela contratante) deverá ser comunicado. Acrescido a isso, quando solicitado pelo usuário, o prestador contratado deverá disponibilizar o resultado por meio de site com protocolo e senha;
11. A CONTRATADA deverá apresentar no laudo do exame:
12. identificação do laboratório;
13. endereço e telefone do laboratório;
14. identificação do Responsável Técnico (RT);
15. nº de registro do RT no respectivo conselho de classe profissional;
16. identificação do profissional que liberou o exame;
17. nº registro profissional que liberou o exame no respectivo conselho de classe profissional;
18. nome e registro de identificação do cliente no laboratório;
19. data da coleta da amostra;
20. data da emissão do laudo;
21. nome do exame, tipo de amostra e método analítico;
22. resultado do exame e unidade de medição;
23. valores de referência, limitações técnicas da metodologia e dados da interpretação;
24. observações pertinentes.
25. A CONTRATADA deverá transportar o material biológico de forma adequada e de acordo com as normas de biossegurança expedidas pela ANVISA;
26. A CONTRATADA deverá, obrigatoriamente, possuir os seguintes requisitos para a realização dos procedimentos de Laboratório Clínico: o Código Brasileiro de Ocupações (CBO), o Habilitação e serviço classificação, de acordo com o descrito na Tabela SIGTAP;
27. Em caso de a CONTRATADA não possuir os requisitos descritos no item “13” no momento da Habilitação (entrega dos documentos), esta deverá registrar-se no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, por meio da Gerência de Informação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Para informações, encaminhar e-mail para [atualizacnesfpolis@gmail.com](mailto:atualizacnesfpolis@gmail.com) ou por meio do telefone 3239-1584;
28. A Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis não se responsabilizará por intercorrências/glosas relacionadas ao processamento dos procedimentos nos Sistemas de Informação do Ministério da Saúde bem como, não realizará o pagamento de procedimentos ao prestador contratado quando este não possuir os critérios/cadastros mencionados no item “13” e “14”;
29. A CONTRATADA deverá manter em uso os equipamentos de automação e informatização capacidade de atendimento do volume de exames previsto, com configuração tecnológica vigente e de confiabilidade (técnica de dosagem, velocidade de testes, parâmetros e limites de detecção e quantificação);
30. É de responsabilidade da CONTRATADA a manutenção preventiva ou corretiva dos equipamentos, e no caso de defeitos desses, a CONTRATANTE deverá ser comunicada por escrito, não devendo interromper a manutenção do serviço prestado;
31. A CONTRATADA deverá atender às demais especificações contidas no Regulamento Técnico para funcionamento de Laboratórios Clínicos - RDC Nº 302, de 13 de outubro de 2005, ou outra normativa que vier a substituí-la;
32. A CONTRATADA deve assegurar a confiabilidade dos serviços laboratoriais prestados, por meio de, no mínimo:
    1. Controle interno de qualidade;
    2. Controle externo de qualidade (ensaios de proficiência).
33. Os programas de Controle Interno da Qualidade (CIQ) e Controle Externo da Qualidade (CEQ) devem ser documentados, contemplando:
    1. Lista de analitos;
    2. Forme e controle e frequência de utilização;
    3. Limites e critérios de aceitabilidade para os resultados dos controles;
    4. Avaliação e registro dos resultados dos controles.
34. A CONTRATADA deverá realizar o Controle Externo da Qualidade (CEQ), contemplando:
35. Monitoramento do processo analítico pela análise das amostras controle, com registro dos resultados obtidos e análise dos dados;
36. Definição dos critérios de aceitação dos resultados por tipo de analito e de acordo com a metodologia utilizada;
37. Liberação ou rejeição das análises após avaliação dos resultados das amostras controle.
38. Ainda acerca do Controle Externo da Qualidade, a CONTRATADA deverá:
39. Participar de Ensaios de Proficiência para todos os exames realizados na sua rotina;
40. Para os exames não contemplados por programas de Ensaios de Proficiência, a CONTRATADA deverá adotar formas alternativas de Controle Externo da Qualidade descritas em literatura científica;
41. A participação em Ensaios de Proficiência deve ser individual para cada unidade da CONTRATADA que realiza as análises;
42. A normalização sobre o funcionamento dos Provedores de Ensaios de Proficiência é a definida em resolução específica da ANVISA – Rede Brasileira de Laboratórios Analíticos em Saúde (REBLAS);
43. A CONTRATADA deverá registrar os resultados do Controle Externo da Qualidade, inadequações, investigação de causas e ações tomadas para os resultados rejeitados ou nos quais a proficiência não foi obtida;
44. As amostras controle deverão ser analisadas da mesma forma que as amostras pacientes.
45. A CONTRATADA deverá atender às demais especificações contidas no Termo de Referência do Edital de Chamada Pública nº 008/2019;
46. A CONTRATADA deverá permitir o acompanhamento e a fiscalização dos serviços prestados pela CONTRATANTE ou Comissão designada para tal atividade. Para isso, a CONTRATADA deverá apresentar de imediato, materiais, documentos, prontuários ou demais informações necessárias ao acompanhamento e a fiscalização dos serviços prestados pela CONTRATANTE ou Comissão designada para tal;
47. A CONTRATADA deverá arquivar os laudos por, no mínimo, 5 (cinco) anos nos casos de exames negativos e 20 anos nos casos de exames positivos. Esses deverão estar facilmente recuperáveis e de forma a garantir sua rastreabilidade;
48. Caso haja necessidade de retificação em qualquer dado constante de laudo já emitido, a mesma deve ser feita em um novo laudo descrevendo a retificação realizada;
49. A CONTRATADA deverá responsabilizar-se por todos e quaisquer danos e/ou prejuízos a que vier causar às pacientes com relação aos laudos dos exames expedidos;
50. A CONTRATADA deverá executar, conforme a melhor técnica, os exames, obedecendo rigorosamente às normas técnicas respectivas;
51. Caso a CONTRATADA possua matriz e filial(is), somente poderá participar da presente Chamada Pública por meio de um único CNPJ, por meio do qual receberá os pagamentos caso seja contratada. O CNPJ deverá ser identificado em ofício de encaminhamento e nos respectivos exigidos nos Itens 6.1.1, 6.1.2, 6.1.3 e 6.1.4 do Edital nº 008/2019;
52. A produção dos serviços prestados deverá ser registrada e apresentada mensalmente pela CONTRATADA por meio dos seguintes instrumentos de registro: 1) Boletim de Produção Ambulatorial – BPA; 2) Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado - BPA-I; 3. Os sistemas utilizados para o processamento da produção são os Sistemas de Informação Ambulatorial/SIA -SUS do Ministério da Saúde;
53. Os arquivos das produções mensais deverão ser entregues de acordo com as seguintes orientações:

a) os arquivos provenientes do SIA deverão ser encaminhados por e-mail para o Setor de Processamento ([processamento.sms.fpolis@gmail.com](mailto:processamento.sms.fpolis@gmail.com)), até o 5º dia útil de cada mês;

b) o Relatório Financeiro Resumido deverá conter as seguintes informações: nome do procedimento, quantitativo de procedimentos realizados, valor total dos procedimentos realizados de acordo com SIGTAP e valor total de complementação;

c) Os modelos dos Relatórios Financeiros Resumido e de Coleta Domiciliar deverão estar de acordo com os modelos disponibilizados nos Anexos XI e XII do Edital de Chamada Pública n º 008/2019;

d) O prestador contratado deverá encaminhar a Relação Nominal dos usuários que realizaram coleta domiciliar. Além disso, deverá também enviar cópia digitalizada das autorizações do Sistema de Regulação Municipal e os respectivos pedidos médicos, os quais deverão ser encaminhados juntamente com o Relatório Financeiro Resumido;

e) o Relatório Financeiro Resumido das produções mensais deverá ser entregues à Gerência de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde, por meio eletrônico ([gecoaproducao@gmail.com](mailto:gecoaproducao@gmail.com)) com certificação digital, até o 5º dia útil de cada mês;

f) A Gerência de Controle e Avaliação poderá, a qualquer tempo, modificar os modelos Relatórios acima, assim como, solicitar outras informações referentes ao contrato, para fins de pagamento;

1. Havendo necessidade da realização de mutirões de exames objeto do Edital de Chamada Pública nº 008/2019 na rede municipal de saúde de Florianópolis, será solicitada a participação da CONTRATADA para que disponibilize sua equipe e estrutura física de acordo com a capacidade instalada de oferta. A organização dos mutirões ficará a cargo da SMS Florianópolis, bem como a definição do teto financeiro e quantidade de procedimentos a ser ofertados em cada mutirão;
2. Após finalização do processo de credenciamento, a CONTRATADA será convocada para realização de reunião com as áreas técnicas envolvidas da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, para repasse de informações operacionais e assinatura do Plano Operativo Assistencial;
3. Não poderá a CONTRATADA de comparecer na reunião de que trata o item “33” bem como, das demais reuniões convocadas pela Secretaria Municipal de Saúde;
4. A CONTRATADA que tiver firmado contrato previamente com a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis que tenha como objeto o mesmo deste Edital, deverá cumprir o teto físico-financeiro do contrato vigente e, somente após extrapolar esses tetos, é que serão pagos os valores dos procedimentos relativos ao novo contrato, proveniente do Edital de Chamada Pública nº 008/2019;
5. No caso da situação relatada no item “35”, o contrato vigente somente será rescindido quando da publicação de novo edital que contemple todos os itens do referido contrato, e sua respectiva assinatura;
6. Nos casos que houver constatação pela Equipe da Unidade Solicitante da necessidade de coleta domiciliar mediante critérios definidos pela Secretaria Municipal de Saúde e sua indicação no pedido do exame para COLETA DOMICILIAR, a CONTRATADA será remunerada no valor de R$ 20,00 para coleta do bloco de exames solicitados;
7. As coletas domiciliares serão, inicialmente, divididas por Distrito Sanitário. Caso esta Secretaria de Saúde identifique a necessidade, a CONTRATADA deverá realizar em qualquer localidade do município de Florianópolis, independentemente do Distrito Sanitário o qual ofertou exames, sem estabelecer limite máximo de coletas domiciliares a serem realizadas no mês;
8. Para fins de realização de coleta domiciliar, serão consideradas elegíveis as pessoas que apresentem pelo menos um dos seguintes critérios:
9. restrição ao leito;
10. dificuldade de locomoção para fora do domicílio sem acompanhante;
11. deficiência física, síndrome de imobilidade e/ou uso de prótese e/ou órtese que exija acompanhante;
12. déficit cognitivo que exija cuidador;
13. outras situações a serem definidas pelas Secretaria Municipal de Saúde.
14. Para fins de realização das coletas domiciliares, o prestador contratado deverá seguir seguintes diretrizes:
15. A coleta domiciliar não poderá ultrapassar o horário das 09:00h;
16. Em relação aos critérios de coleta domiciliar: na hipótese de o prestador identificar que o caso não seja de coleta domiciliar, deverá encaminhar comunicação à Gerência de Controle e Avaliação desta Secretaria de Saúde;
17. A SMS poderá disponibilizar profissional designado pela Equipe de Saúde da Família para acompanhar a realização da coleta. Nesse caso, o prestador contratado deverá prover transporte por meio de carro (obrigatoriamente) do Centro de Saúde até a residência e o seu retorno.
18. Todas as coletas de exames deverão ser realizadas no mês de vigência da autorização, independente da data autorizada. Caso a solicitação do prescritor conste de pedido de prioridade/urgência, o prestador contratado deverá realizar o procedimento de imediato, independente do mês de autorização;
19. Os resultados dos exames abaixo discriminados deverão, obrigatoriamente, estar disponíveis no prazo de 24 horas:

**Quadro 01: Exames que deverão obrigatoriamente estar disponíveis em 24 horas.**

|  |
| --- |
| **EXAMES** |
| HEMOGRAMA |
| GLICOSE |
| ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO NA URINA |
| COLESTEROL TOTAL |
| TRIGLICERIDEOS |
| COLESTEROL (HDL) |
| CREATININA |
| TRANSAMINASE PIRUVICA (ALANINA AMINO TRANSFERASE) |
| TRANSAMINASE OXALACETICA (ASPARTATO AMINO TRANSFERASE) |
| HEMOGLOBINA GLICOSILADA |
| DOSAGEM DE POTASSIO |
| ACIDO URICO |
| FERRITINA |
| DOSAGEM DE SODIO |
| DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA |
| GAMA-GLUTAMIL TRANSFERASE - GAMA GT |
| GONADOTROFINA CORIONICA - BETA HCG |
| VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS) |
| FOSFATASE ALCALINA |
| DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP) |
| CALCIO |
| BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES |
| CREATINOFOSFOQUINASE (CPK) |
| FERRO SERICO |
| TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA) |
| PROTEINA C REATIVA, DETERMINACAO QUANTITATIVA |
| CALCIO IONIZAVEL |
| PROTEINAS TOTAIS E FRACOES |

1. Além dos prazos estabelecidos para entrega dos exames descritos no item “41”, a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis poderá dispor de outros prazos, conforme sua necessidade e caberá ao prestador contratado seu cumprimento;
2. A CONTRATADA deverá integrar-se ao Sistema de Regulação Municipal e ao Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS, destinando equipamento necessário para operacionalização do mesmo e indicando pelo menos 01 (um) profissional para ser treinado e apto a utilizar os Sistemas;
3. A CONTRATADA deverá atender os usuários agendados pelo Complexo Regulador Municipal, provenientes da Rede Municipal de Saúde de Florianópolis e/ou dos municípios da Região da Grande Florianópolis, em dias e horário previamente acordados com a Gerência de Regulação, com garantia de atendimento integral em todos os procedimentos contratualizados e de acordo com os tetos físico e financeiro, programado para cada grupo de procedimentos;
4. A CONTRATADA deverá seguir os seguintes critérios referentes à: (i) confirmação do atendimento; (ii) disponibilização das agendas; (iii) afastamentos; (iv) reagendamento de usuários e; (v) monitoramento de absenteísmo e reutilização do teto financeiro;

i) Confirmação do atendimento:

Todo atendimento realizado deverá, obrigatoriamente, ser confirmado no Sistema de Regulação Municipal em até 48h, pelo prestador, ou outro prazo estabelecido por esta Secretaria. A Gerência de Regulação realizará periodicamente o monitoramento desse indicador e, quando não identificada a realização de tal atividade, este receberá advertência por escrito. Após a comunicação formal, o prestador que persistir na ausência de confirmação da realização do exame e/ou consulta e/ou procedimento terá seu pagamento suspenso, até regularizar a situação;

ii) Afastamentos:

Situações de afastamento (férias, licença saúde, entre outras) e alterações devem ser comunicadas com antecedência mínima de 30 (trinta) dias. Caso a CONTRATADA não envie comunicação nesse período, caberá advertência. Na hipótese de persistência do fato gerador da punição, haverá segunda advertência e solicitado a CONTRATADA que elabore um Plano de Ajuste de Conduta. Assim, o caso será avaliado pela Gerência de Controle e Avaliação, Comissão de Credenciamento de Serviços de Saúde e juntamente das demais áreas técnicas que se considerarem necessárias, para realizar o monitoramento e avaliação das ações descritas e pactuadas no Plano de Ajuste de Conduta.

iv) Reagendamento de usuários:

Nos casos em que ocorra necessidade de reagendamento do usuário por motivos alheios a esta Secretaria, a responsabilidade da comunicação do reagendamento é da CONTRATADA. Estão ressalvadas as situações que apresentarem justificativa por escrito, que serão avaliadas pelo gestor do contrato. Nos casos em que haja previsão de afastamento do profissional (a exemplo: exoneração, férias, congressos, etc) devem ser comunicadas com antecedência mínima 30 (trinta) dias a Gerência de Regulação da Secretaria de Saúde de Florianópolis para que esta efetue os ajustes necessários.

1. É vedada a realização de exames quando houver adulterações nas respectivas solicitações médicas e/ou autorizações do Sistema de Regulação Municipal. Excetuam-se os casos em que a adulteração na solicitação médica vir obrigatoriamente acompanhada de assinatura adicional e número do registro no respectivo Conselho Profissional e a devida autorização do Sistema de Regulação Municipal de acordo com a nova solicitação médica;
2. Em caso de não cumprimento da oferta contratada, a CONTRATADA deverá comunicar o motivo e a solicitação de prazo para a regularização da situação à Gerência de Regulação e Gerência de Controle e Avaliação, no prazo máximo 07 dias. O gestor do contrato avaliará e deliberará acerca do atendimento do prazo solicitado pela contratada para regularizar a situação. Caso o prestador não cumpra a oferta contratada por mais de dois meses consecutivos ou três meses intercalados, sem justificativa, o contrato poderá ser rescindido, observando o processo legal.

**4. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

1. A CONTRATADA deverá apresentar a documentação exigida no Edital de Chamada Pública nº 008/2019;
2. A CONTRATADA deverá ter sede em Florianópolis;
3. A CONTRATADA deverá realizar **todos** os procedimentos descritos no Edital de Chamada Pública nº 008/2019;
4. Integrar-se ao Complexo Regulador de Florianópolis – ambulatorial para agendamento dos procedimentos, destinando equipamento necessário para operacionalização do mesmo e indicando pelo menos 01 (um) profissional para ser treinado e apto a utilizar o sistema;
5. Não poderá haver qualquer distinção entre o atendimento destinado aos pacientes do SUS e os demais pacientes atendidos pela CONTRATADA;
6. A CONTRATADA deverá receber as amostras, entregar os resultados e efetuar as coletas para os serviços de saúde contratualizadas e/ou municípios pactuados em PPI, em dias úteis, das 08:00 às 17:00 horas, ininterruptamente.
7. A cobrança de valores dos exames listados no Edital de Chamada Pública nº 008/2019 dos pacientes ou de seus responsáveis acarretará na imediata rescisão do contrato e sujeição à Declaração de Inidoneidade e responsabilização Civil e Criminal;
8. O exame cujo resultado se apresente incompatível com a clínica do paciente poderá ser novamente requerido pelo profissional solicitante com a devida justificativa, devendo este ser realizado sem custo para esta Secretaria de Saúde. Estes casos serão remetidos à Comissão de Avaliação da Qualidade dos Serviços do SUS, conforme fluxo estabelecido por essa, ou à Comissão de Credenciamento dos Serviços do SUS que poderão, após anuência do Gestor Municipal, a necessidade de revisão da rotina de realização do exame com vistas a garantir a acurácia do mesmo;
9. Em caso de não cumprimento da oferta contratada, a CONTRATADA deverá comunicar o motivo e a solicitação de prazo para a regularização da situação à Gerência de Regulação e Gerência de Controle e Avaliação, em um prazo de no máximo 07 dias. O gestor do contrato avaliará e deliberará acerca do atendimento do prazo solicitado pela contratada para regularizar a situação. Caso a CONTRATADA não cumpra a oferta contratada por mais de dois meses consecutivos ou três meses intercalados, sem justificativa, o contrato poderá ser rescindido, observado o processo legal;
10. Na hipótese de identificação de irregularidade na oferta dos procedimentos, a CONTRATADA será notificada. Caso a situação não seja restabelecida ou ocorra reincidência, a CONTRATADA será novamente notificada. Ressalta-se que as referidas notificações ocorrerão mediante anuência do Gestor Municipal. Na ocorrência de duas notificações, o contrato poderá ter aplicação de multa conforme “CLÁUSULA NONA – DAS PENALIDADES”, contida na Minuta Contratual, e/ou ser suspenso temporariamente para apuração dos fatos;
11. Na situação de suspensão contratual temporária, caberá a comissão de Credenciamento de Serviços de Saúde, e/ou Comissão de Avaliação de Qualidade dos Serviços realizados no Sistema Único de Saúde, com anuência do Gestor Municipal, deliberarem pela sua manutenção ou retomada dos serviços, de forma que na hipótese da última citada, essa ocorrerá mediante a elaboração e apresentação de um Plano de Ajuste de Conduta, pela CONTRATADA;
12. Na hipótese da necessidade da elaboração do Plano de Ajuste de Conduta pela CONTRATADA, este Plano deverá ser aprovado pela Comissão de Credenciamento de Serviços de Saúde e/ou Comissão de Avaliação de Qualidade dos Serviços realizados no Sistema Único de Saúde e Gestor Municipal;
13. Caberá a Gerência de Controle e Avaliação, á Comissão de Credenciamento de Serviços de Saúde e á Comissão de Avaliação de Qualidade dos Serviços realizados no Sistema Único de Saúde, juntamente das demais áreas técnicas que se considerarem necessárias, realizar o monitoramento e avaliação das ações descritas e pactuadas no Plano de Ajuste de Conduta;
14. Na inobservância das cláusulas descritas e pactuadas no Plano de Ajuste de Conduta Firmado entre a referida CONTRATADA e a Secretaria Municipal de Saúde, deverá o Gestor Municipal, juntamente dos membros da Comissão de Credenciamento de Serviços de Saúde, e/ou Comissão de Avaliação de Qualidade dos Serviços Realizados no Sistema Único de Saúde, avaliar acerca da rescisão do contrato, respeitando o contraditório e ampla defesa;
15. A CONTRATADA responderá exclusiva e integralmente pela utilização de pessoal para a execução do objeto contratado, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a Secretaria Municipal de Saúde;
16. A CONTRATADA deverá manter-se, durante a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações anteriores e com as condições de habilitação exigidas neste instrumento;
17. Cumprir as exigências presentes na RDC ANVISA 302/2005 e manual DICQ ou legislação que venha a substituí-los;
18. Realizar os atendimentos/procedimentos somente quando indicados pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, agendados pelo Sistema de Regulação Municipal;
19. A CONTRATADA deverá seguir os seguintes critérios referentes à: (i) confirmação do atendimento; (ii) afastamento; (iii) modelo de agenda e (iv) reagendamento de usuários, conforme descrito no item “7.2 DA REGULAÇÃO DOS SERVIÇOS PELA CONTRANTE” do Edital de Chamada Pública nº 008/2019;
20. É vedada a realização de exames quando houver adulterações nas respectivas solicitações médicas e/ou autorizações do Sistema de Regulação Municipal. Excetuam-se os casos em que a adulteração na solicitação do profissional assistente vir obrigatoriamente acompanhada de assinatura adicional, número do registro no respectivo Conselho Profissional e a devida autorização no Sistema de Regulação Municipal de acordo com a nova solicitação médica;
21. A CONTRATADA deverá manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, compreendendo os dados referentes aos profissionais, alvará sanitário, serviços oferecidos, atendimento prestado, instalações físicas, dados bancários, equipamentos, postos de coleta, telefone, endereço e horário de funcionamento;
22. A CONTRATADA deverá possuir: o código CBO, o serviço classificação e a habilitação necessária para a realização dos exames de Laboratório Clínico, de acordo com descrito na Tabela SIGTAP;
23. A produção dos serviços prestados deverá ser registrada e apresentada mensalmente pela CONTRATADA, por meio do Sistema de Informação Ambulatorial, ou outro sistema disponibilizado pelo Ministério da Saúde;
24. Nos casos em que a Instituição terceirize seus serviços, apresentar Contrato de Terceirização e o Alvará Sanitário do Terceirizado. A terceirização dos serviços prestados não poderá exceder 25% do rol de procedimentos descritos no Termo de Referência do Edital de Chamada Pública nº 008/2019 (**Anexo I**). Posteriormente a o recebimento da referida documentação, essa passará por aprovação por escrito, do gestor municipal;
25. A CONTRATADA deverá estar disponível a prestação do serviço contratado a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis a partir do momento da assinatura do contrato;
26. A CONTRATADA ficará sujeita à auditoria do Sistema Único de Saúde durante a vigência do contrato;
27. Comunicar à Secretaria Municipal de Saúde toda e qualquer alteração de dados cadastrais para atualização;
28. Responsabilizar-se por todos e quaisquer danos e/ou prejuízos a que vier causar a Secretaria de Saúde de Florianópolis ou terceiros, tendo como agente a CONTRATADA, na pessoa de prepostos ou estranhos;
29. Apresentar sempre que solicitado pela Secretaria de Saúde, comprovação de cumprimento das obrigações tributárias e sociais legalmente exigidas;
30. Aceitar, nos termos do §1º do artigo 65 da Lei 8.666/93, a CONTRATADA, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessárias na oferta de serviços, em até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato;
31. Estar em conformidade com os seguintes critérios para Habilitação:

I - O serviço deve ter um responsável técnico habilitado, registrado no Conselho Regional de Farmácia, Medicina e Biomedicina, e um profissional legalmente habilitado para substituí-lo;

II - O responsável técnico e seu substituto devem possuir Título de Especialista emitido pelo Conselho Regional do Estado de Santa Catarina;

1. Não poderá haver qualquer obstáculo ou impedimento às vistorias técnicas que serão realizadas pelas Comissões de Credenciamento de Serviços de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde e de Avaliação da Qualidade dos Serviços Prestados no SUS, ou qualquer área técnica da Secretaria Municipal de Saúde;
2. **QUANTIDADE, VALORES E TETOS FÍSICOS E FINANCEIROS**
   * 1. O teto financeiro mensal estimado será de R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_, apurado mediante a aplicação dos critérios técnicos descritos no Edital de Chamada Pública n° 008/2019 e respectivos Instrumento Contratual e este Plano Operativo Anual;
     2. A despesa decorrente deste contrato correrá por conta do Orçamento Fiscal de 2019 do Fundo Municipal de Saúde de Florianópolis, com as seguintes características:

Órgão:  
Funcional:

Projeto/Atividade:

Elemento da Despesa:

Fonte de Recursos: recurso MAC + recursos próprios.

* + 1. O valor a ser pago pelos exames descritos no objeto do Edital de Chamada Pública nº XXX/2019 será de acordo com o discriminado no **Grupo 02 – Procedimentos com Finalidade Diagnóstica; Sub Grupo 03 – Diagnóstico em Laboratório Clínico - Formas de organização de 01 até 12 da**  “Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde - SUS”, disponível no seguinte endereço eletrônico: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>
    2. O pagamento pelos serviços ora credenciados, será individualizado, por exame realizado, conforme produção apresentada e processada nos Sistemas do Ministério da Saúde e relatórios definidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis;
    3. A remuneração dos procedimentos objeto do Edital de Chamada Pública nº 008/2019 compreenderá o valor dos procedimentos realizados:

**Quadro 02: Código de Procedimentos, Procedimentos e Valores dos Procedimentos de Laboratório Clínico, de acordo com SIGTAP.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Código** | | **Nome** | **Valor** |
| 0202010015 | | CLEARANCE OSMOLAR | R$ 3,51 |
| 0202010023 | | DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO | R$ 2,01 |
| 0202010031 | | DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS | R$ 15,65 |
| 0202010040 | | DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS) | R$ 3,63 |
| 0202010058 | | DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA ( 5 DOSAGENS) | R$ 6,55 |
| 0202010066 | | DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS) | R$ 3,68 |
| 0202010074 | | DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS) | R$ 10,00 |
| 0202010082 | | DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE | R$ 3,51 |
| 0202010090 | | DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE | R$ 3,51 |
| 0202010104 | | DOSAGEM DE ACETONA | R$ 1,85 |
| 0202010112 | | DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO | R$ 2,01 |
| 0202010120 | | DOSAGEM DE ACIDO URICO | R$ 1,85 |
| 0202010139 | | DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO | R$ 9,00 |
| 0202010147 | | DOSAGEM DE ALDOLASE | R$ 3,68 |
| 0202010155 | | DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA | R$ 3,68 |
| 0202010163 | | DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA | R$ 3,68 |
| 0202010171 | | DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA | R$ 3,68 |
| 0202010180 | | DOSAGEM DE AMILASE | R$ 2,25 |
| 0202010198 | | DOSAGEM DE AMONIA | R$ 3,51 |
| 0202010201 | | DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES | R$ 2,01 |
| 0202010210 | | DOSAGEM DE CALCIO | R$ 1,85 |
| 0202010228 | | DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL | R$ 3,51 |
| 0202010236 | | DOSAGEM DE CAROTENO | R$ 2,01 |
| 0202010252 | | DOSAGEM DE CERULOPLASMINA | R$ 3,68 |
| 0202010260 | | DOSAGEM DE CLORETO | R$ 1,85 |
| 0202010279 | | DOSAGEM DE COLESTEROL HDL | R$ 3,51 |
| 0202010287 | | DOSAGEM DE COLESTEROL LDL | R$ 3,51 |
| 0202010295 | | DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL | R$ 1,85 |
| 0202010309 | | DOSAGEM DE COLINESTERASE | R$ 3,68 |
| 0202010317 | | DOSAGEM DE CREATININA | R$ 1,85 |
| 0202010325 | | DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK) | R$ 3,68 |
| 0202010333 | | DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB | R$ 4,12 |
| 0202010341 | | DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA | R$ 3,51 |
| 0202010368 | | DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA | R$ 3,68 |
| 0202010376 | | DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS) | R$ 3,68 |
| 0202010384 | | DOSAGEM DE FERRITINA | R$ 15,59 |
| 0202010392 | | DOSAGEM DE FERRO SERICO | R$ 3,51 |
| 0202010406 | | DOSAGEM DE FOLATO | R$ 15,65 |
| 0202010414 | | DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL | R$ 2,01 |
| 0202010422 | | DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA | R$ 2,01 |
| 0202010430 | | DOSAGEM DE FOSFORO | R$ 1,85 |
| 0202010449 | | DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA | R$ 2,01 |
| 0202010457 | | DOSAGEM DE GALACTOSE | R$ 3,51 |
| 0202010465 | | DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT) | R$ 3,51 |
| 0202010473 | | DOSAGEM DE GLICOSE | R$ 1,85 |
| 0202010481 | | DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE | R$ 3,68 |
| 0202010490 | | DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA | R$ 3,68 |
| 0202010503 | | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA | R$ 7,86 |
| 0202010511 | | DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA | R$ 3,68 |
| 0202010520 | | DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE | R$ 3,51 |
| 0202010538 | | DOSAGEM DE LACTATO | R$ 3,68 |
| 0202010546 | | DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE | R$ 3,51 |
| 0202010554 | | DOSAGEM DE LIPASE | R$ 2,25 |
| 0202010562 | | DOSAGEM DE MAGNESIO | R$ 2,01 |
| 0202010570 | | DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS | R$ 2,01 |
| 0202010589 | | DOSAGEM DE PIRUVATO | R$ 3,68 |
| 0202010597 | | DOSAGEM DE PORFIRINAS | R$ 3,51 |
| 0202010600 | | DOSAGEM DE POTASSIO | R$ 1,85 |
| 0202010619 | | DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS | R$ 1,40 |
| 0202010627 | | DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES | R$ 1,85 |
| 0202010635 | | DOSAGEM DE SODIO | R$ 1,85 |
| 0202010643 | | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO | R$ 2,01 |
| 0202010651 | | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP) | R$ 2,01 |
| 0202010660 | | DOSAGEM DE TRANSFERRINA | R$ 4,12 |
| 0202010678 | | DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS | R$ 3,51 |
| 0202010686 | | DOSAGEM DE TRIPTOFANO | R$ 3,51 |
| 0202010694 | | DOSAGEM DE UREIA | R$ 1,85 |
| 0202010708 | | DOSAGEM DE VITAMINA B12 | R$ 15,24 |
| 0202010716 | | ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS | R$ 3,68 |
| 0202010724 | | ELETROFORESE DE PROTEINAS | R$ 4,42 |
| 0202010732 | | GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE ) | R$ 15,65 |
| 0202010740 | | PROVA DA D-XILOSE | R$ 3,68 |
| 0202010759 | | TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS | R$ 6,55 |
| 0202010767 | | DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D | R$ 15,24 |
| 0202010775 | | DETERMINAÇÃO DE CREMATÓCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO | R$ 1,53 |
| 0202010783 | | ACIDEZ TITULÁVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC) | R$ 3,04 |
| 0202020010 | | CITOQUIMICA HEMATOLOGICA | R$ 6,48 |
| 0202020029 | | CONTAGEM DE PLAQUETAS | R$ 2,73 |
| 0202020037 | | CONTAGEM DE RETICULOCITOS | R$ 2,73 |
| 0202020045 | | DETERMINACAO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR | R$ 2,73 |
| 0202020053 | | DETERMINACAO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA) | R$ 2,73 |
| 0202020061 | | DETERMINACAO DE SULFO-HEMOGLOBINA | R$ 2,73 |
| 0202020070 | | DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO | R$ 2,73 |
| 0202020088 | | DETERMINACAO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA | R$ 2,73 |
| 0202020096 | | DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE | R$ 2,73 |
| 0202020100 | | DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY | R$ 9,00 |
| 0202020118 | | DETERMINACAO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS | R$ 5,79 |
| 0202020126 | | DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA | R$ 2,85 |
| 0202020134 | | DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA) | R$ 5,77 |
| 0202020142 | | DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP) | R$ 2,73 |
| 0202020150 | | DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS) | R$ 2,73 |
| 0202020169 | | DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE FOSFOLIPÍDIOS | R$ 4,11 |
| 0202020177 | | DOSAGEM DE ANTITROMBINA III | R$ 6,48 |
| 0202020185 | | DOSAGEM DE FATOR II | R$ 5,31 |
| 0202020193 | | DOSAGEM DE FATOR IX | R$ 7,61 |
| 0202020207 | | DOSAGEM DE FATOR V | R$ 4,73 |
| 0202020215 | | DOSAGEM DE FATOR VII | R$ 8,09 |
| 0202020223 | | DOSAGEM DE FATOR VIII | R$ 6,63 |
| 0202020231 | | DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR) | R$ 15,00 |
| 0202020240 | | DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO) | R$ 18,91 |
| 0202020258 | | DOSAGEM DE FATOR X | R$ 6,66 |
| 0202020266 | | DOSAGEM DE FATOR XI | R$ 9,11 |
| 0202020274 | | DOSAGEM DE FATOR XII | R$ 10,51 |
| 0202020282 | | DOSAGEM DE FATOR XIII | R$ 6,66 |
| 0202020290 | | DOSAGEM DE FIBRINOGENIO | R$ 4,60 |
| 0202020304 | | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA | R$ 1,53 |
| 0202020312 | | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC | R$ 2,73 |
| 0202020320 | | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL | R$ 2,73 |
| 0202020339 | | DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA | R$ 2,73 |
| 0202020347 | | DOSAGEM DE PLASMINOGENIO | R$ 4,11 |
| 0202020355 | | ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA | R$ 5,41 |
| 0202020363 | | ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO) | R$ 2,73 |
| 0202020371 | | HEMATOCRITO | R$ 1,53 |
| 0202020380 | | HEMOGRAMA COMPLETO | R$ 4,11 |
| 0202020398 | | LEUCOGRAMA | R$ 2,73 |
| 0202020401 | | PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA | R$ 25,00 |
| 0202020410 | | PESQUISA DE CELULAS LE | R$ 4,11 |
| 0202020428 | | PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ | R$ 2,73 |
| 0202020436 | | PESQUISA DE FILARIA | R$ 2,73 |
| 0202020444 | | PESQUISA DE HEMOGLOBINA S | R$ 2,73 |
| 0202020460 | | PESQUISA DE TRIPANOSSOMA | R$ 2,73 |
| 202020479 | | PROVA DE COMPATIBILIDADE PRE-TRANSFUSIONAL (MEIOS SALINOS, ALBUMINOSO E COOMBS) | R$ - |
| 0202020487 | | PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA | R$ 4,11 |
| 0202020495 | | PROVA DE RETRACAO DO COAGULO | R$ 2,73 |
| 0202020509 | | PROVA DO LACO | R$ 2,73 |
| 0202020517 | | RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS | R$ 2,73 |
| 0202020525 | | TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS | R$ 12,00 |
| 0202020533 | | TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA) | R$ 2,73 |
| 0202020541 | | TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD) | R$ 2,73 |
| 0202030016 | | CONTAGEM DE LINFOCITOS B | R$ 15,00 |
| 0202030024 | | CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8 | R$ 15,00 |
| 0202030032 | | CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS | R$ 15,00 |
| 0202030040 | | DETECCAO DE ÁCIDOS NUCLEICOS DO HIV-1 (QUALITATIVO) | R$ 65,00 |
| 0202030059 | | DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO) | R$ 96,00 |
| 0202030067 | | DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50) | R$ 9,25 |
| 0202030075 | | DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE | R$ 2,83 |
| 0202030083 | | DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA | R$ 9,25 |
| 0202030091 | | DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA | R$ 15,06 |
| 202030105 | | DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA) | R$ 16,42 |
|  | 202030105 | DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTATICO LIVRE | R$ 16,42 |
| 0202030113 | | DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA | R$ 13,55 |
| 0202030121 | | DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3 | R$ 17,16 |
| 0202030130 | | DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4 | R$ 17,16 |
| 0202030148 | | DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA | R$ 2,83 |
| 202030156 | | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA) | R$ 17,16 |
| 0202030164 | | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) | R$ 9,25 |
| 202030180 | | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM) | R$ 17,16 |
| 0202030199 | | DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE | R$ 9,25 |
| 0202030202 | | DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA | R$ 2,83 |
| 0202030210 | | GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C | R$ 298,48 |
| 0202030229 | | IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS | R$ 17,16 |
| 0202030237 | | IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR) | R$ 80,00 |
| 0202030253 | | PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA | R$ 10,00 |
| 0202030261 | | PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA | R$ 10,00 |
| 0202030270 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA | R$ 8,67 |
| 0202030288 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI | R$ 17,16 |
| 0202030296 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT) | R$ 85,00 |
| 0202030300 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA) | R$ 10,00 |
| 0202030318 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2 | R$ 18,55 |
| 0202030326 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP) | R$ 17,16 |
| 0202030334 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS | R$ 5,74 |
| 0202030342 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM | R$ 17,16 |
| 0202030350 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO) | R$ 18,55 |
| 0202030369 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA) | R$ 18,55 |
| 0202030377 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS | R$ 9,25 |
| 0202030385 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS | R$ 10,00 |
| 0202030393 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS | R$ 9,25 |
| 0202030407 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS | R$ 3,70 |
| 0202030415 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO | R$ 5,83 |
| 0202030423 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA) | R$ 10,00 |
| 0202030431 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL | R$ 17,16 |
| 0202030440 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS | R$ 9,25 |
| 0202030458 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70) | R$ 10,00 |
| 202030466 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES | R$ 9,70 |
| 0202030466 | | ESPERMOGRAMA (CARACTERES FISICOS, MOBILIDADE, CONTAGEM E MORFOLOGIA) | R$ 9,70 |
| 0202030474 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO) | R$ 2,83 |
| 202030482 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO | R$ 10,00 |
| 0202030482 | | ANTI-HIALURONIDASE, DETERMINACAO | R$ 10,00 |
| 0202030504 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO | R$ 10,00 |
| 0202030512 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS | R$ 10,00 |
| 0202030520 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA | R$ 17,16 |
| 0202030539 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS | R$ 4,10 |
| 0202030547 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA | R$ 5,50 |
| 0202030555 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS | R$ 17,16 |
| 0202030563 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA | R$ 17,16 |
| 0202030571 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO | R$ 17,16 |
| 0202030580 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO | R$ 17,16 |
| 202030598 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO | R$ 17,16 |
| 0202030598 | | FAN - ANTICORPOS ANTI-NUCLEO , IFI | R$ 17,16 |
| 0202030598 | | ANTI JO 1 (JO 1) | R$ 17,16 |
| 0202030601 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS | R$ 17,16 |
| 0202030610 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS | R$ 10,00 |
| 0202030628 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA | R$ 17,16 |
| 0202030636 | | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS) | R$ 18,55 |
| 0202030644 | | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE) | R$ 18,55 |
| 0202030652 | | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA | R$ 7,78 |
| 0202030660 | | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII | R$ 9,71 |
| 0202030679 | | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV) | R$ 18,55 |
| 0202030687 | | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV) | R$ 18,55 |
| 0202030695 | | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO | R$ 9,25 |
| 0202030709 | | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS | R$ 4,10 |
| 0202030717 | | PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO | R$ 18,55 |
| 0202030725 | | PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA | R$ 17,16 |
| 0202030733 | | PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTA O VIRUS EPSTEIN-BARR | R$ 2,83 |
| 0202030741 | | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS | R$ 11,00 |
| 0202030750 | | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS | R$ 9,25 |
| 0202030768 | | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA | R$ 16,97 |
| 0202030776 | | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI | R$ 9,25 |
| 0202030784 | | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL) | R$ 18,55 |
| 0202030792 | | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS | R$ 30,00 |
| 0202030806 | | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG) | R$ 18,55 |
| 0202030814 | | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA | R$ 17,16 |
| 0202030822 | | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER | R$ 17,16 |
| 0202030830 | | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR | R$ 17,16 |
| 0202030849 | | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES | R$ 17,16 |
| 0202030857 | | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS | R$ 11,61 |
| 0202030865 | | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS | R$ 10,00 |
| 0202030873 | | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA | R$ 18,55 |
| 0202030881 | | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI | R$ 9,25 |
| 0202030890 | | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM) | R$ 18,55 |
| 0202030903 | | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS | R$ 20,00 |
| 0202030911 | | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG) | R$ 18,55 |
| 0202030920 | | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA | R$ 17,16 |
| 0202030938 | | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER | R$ 17,16 |
| 0202030946 | | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR | R$ 17,16 |
| 0202030954 | | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES | R$ 17,16 |
| 0202030962 | | PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA) | R$ 13,35 |
| 0202030962 | | CA 15 3 (BRM) | R$ 13,35 |
| 0202030962 | | CA 19 9 (GIM) | R$ 13,35 |
| 0202030970 | | PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG) | R$ 18,55 |
| 0202030989 | | PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG) | R$ 18,55 |
| 0202030997 | | DETECÇÃO DE CLAMÍDIA E GONOCOCO POR BIOLOGIA MOLECULAR | R$ 60,00 |
| 0202031004 | | PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS | R$ 2,83 |
| 0202031012 | | PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE) | R$ 4,10 |
| 0202031020 | | PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA | R$ 10,00 |
| 0202031039 | | PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA | R$ 9,25 |
| 0202031047 | | CHAGAS IGM | R$ 10,00 |
| 0202031047 | | CHAGAS IGG | R$ 10,00 |
| 0202031055 | | PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK) | R$ 1,77 |
| 0202031063 | | PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS | R$ 1,77 |
| 0202031071 | | QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1 | R$ 18,00 |
| 0202031080 | | QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C | R$ 168,48 |
| 0202031098 | | TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS | R$ 4,10 |
| 0202031101 | | REACAO DE MONTENEGRO ID | R$ 2,83 |
| 0202031110 | | TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS | R$ 2,83 |
| 0202031128 | | TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS | R$ 10,00 |
| 0202031136 | | TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS | R$ 10,00 |
| 0202031144 | | TESTES ALERGICOS DE CONTATO | R$ 1,77 |
| 0202031152 | | TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA | R$ 1,77 |
| 0202031179 | | TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTES | R$ 2,83 |
| 0202031187 | | DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA | R$ 18,55 |
| 0202031195 | | DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO | R$ 17,16 |
| 0202031209 | | DOSAGEM DE TROPONINA | R$ 9,00 |
| 202031217 | | DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125 | R$ 13,35 |
| 0202031225 | | EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER I | R$ 80,00 |
| 0202031233 | | EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER II | R$ 120,00 |
| 0202031250 | | DETECÇÃO DE RNA DO HTLV-1 | R$ 65,00 |
| 0202031268 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 (WESTERN-BLOT) | R$ 85,00 |
| 0202040011 | | DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL | R$ 1,65 |
| 0202040020 | | DOSAGEM DE GORDURA FECAL | R$ 3,04 |
| 0202040038 | | EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL | R$ 3,04 |
| 0202040046 | | IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS | R$ 1,65 |
| 0202040054 | | PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA) | R$ 1,65 |
| 0202040062 | | PESQUISA DE EOSINOFILOS | R$ 1,65 |
| 0202040070 | | PESQUISA DE GORDURA FECAL | R$ 1,65 |
| 0202040089 | | PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES | R$ 1,65 |
| 0202040097 | | PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES | R$ 1,65 |
| 0202040100 | | PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES | R$ 1,65 |
| 0202040119 | | PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA) | R$ 1,65 |
| 0202040127 | | PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS | R$ 1,65 |
| 0202040135 | | PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES | R$ 10,25 |
| 0202040143 | | PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES | R$ 1,65 |
| 0202040151 | | PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES | R$ 1,65 |
| 0202040160 | | PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES | R$ 1,65 |
| 0202040178 | | PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES | R$ 1,65 |
| 0202050017 | | ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA | R$ 3,70 |
| 0202050025 | | CLEARANCE DE CREATININA | R$ 3,51 |
| 0202050033 | | CLEARANCE DE FOSFATO | R$ 3,51 |
| 0202050041 | | CLEARANCE DE UREIA | R$ 3,51 |
| 0202050050 | | CONTAGEM DE ADDIS | R$ 2,04 |
| 0202050068 | | DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE | R$ 3,70 |
| 0202050076 | | IDENTIFICAÇÃO DE GLICÍDIOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA) | R$ 3,70 |
| 0202050084 | | DOSAGEM DE CITRATO | R$ 2,01 |
| 0202050092 | | DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA | R$ 8,12 |
| 0202050106 | | DOSAGEM DE OXALATO | R$ 3,68 |
| 0202050114 | | DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS) | R$ 2,04 |
| 0202050122 | | DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS | R$ 3,04 |
| 0202050130 | | EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS | R$ 3,70 |
| 0202050149 | | PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA) | R$ 3,70 |
| 0202050157 | | PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA | R$ 2,04 |
| 0202050165 | | PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA | R$ 3,70 |
| 0202050173 | | PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA | R$ 2,04 |
| 0202050181 | | PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA | R$ 2,40 |
| 0202050190 | | PESQUISA DE CISTINA NA URINA | R$ 2,04 |
| 0202050203 | | PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA | R$ 2,04 |
| 0202050211 | | PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA | R$ 3,70 |
| 0202050220 | | PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA | R$ 2,04 |
| 0202050238 | | PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA | R$ 2,04 |
| 0202050246 | | PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA | R$ 3,36 |
| 0202050262 | | PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA | R$ 2,04 |
| 0202050270 | | PESQUISA DE LACTOSE NA URINA | R$ 2,04 |
| 0202050289 | | PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA | R$ 3,70 |
| 0202050300 | | PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE) | R$ 4,44 |
| 0202050319 | | PESQUISA DE TIROSINA NA URINA | R$ 2,04 |
| 0202050327 | | PROVA DE DILUICAO (URINA) | R$ 2,04 |
| 0202060012 | | DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE | R$ 12,54 |
| 0202060020 | | DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3 | R$ 12,54 |
| 0202060039 | | DETERMINACAO DE T3 REVERSO | R$ 14,69 |
| 0202060047 | | DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA | R$ 10,20 |
| 0202060055 | | DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS | R$ 6,72 |
| 0202060063 | | DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES | R$ 6,72 |
| 0202060071 | | DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA) | R$ 6,72 |
| 0202060080 | | DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH) | R$ 14,12 |
| 0202060098 | | DOSAGEM DE ALDOSTERONA | R$ 11,89 |
| 0202060101 | | DOSAGEM DE AMP CICLICO | R$ 12,01 |
| 0202060110 | | DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA | R$ 11,53 |
| 0202060128 | | DOSAGEM DE CALCITONINA | R$ 14,38 |
| 0202060136 | | DOSAGEM DE CORTISOL | R$ 9,86 |
| 0202060144 | | DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA) | R$ 11,25 |
| 0202060152 | | DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT) | R$ 11,71 |
| 0202060160 | | DOSAGEM DE ESTRADIOL | R$ 10,15 |
| 0202060179 | | DOSAGEM DE ESTRIOL | R$ 11,55 |
| 0202060187 | | DOSAGEM DE ESTRONA | R$ 11,12 |
| 0202060195 | | DOSAGEM DE GASTRINA | R$ 14,15 |
| 0202060209 | | DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA | R$ 15,35 |
| 0202060217 | | DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG) | R$ 7,85 |
| 0202060225 | | DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH) | R$ 10,21 |
| 0202060233 | | DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH) | R$ 7,89 |
| 0202060241 | | DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH) | R$ 8,97 |
| 0202060250 | | DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH) | R$ 8,96 |
| 0202060268 | | DOSAGEM DE INSULINA | R$ 10,17 |
| 0202060268 | | CURVA GLICEMICA E INSULINICA (6D) | R$ 10,17 |
| 0202060276 | | DOSAGEM DE PARATORMONIO | R$ 43,13 |
| 0202060284 | | DOSAGEM DE PEPTIDEO C | R$ 15,35 |
| 0202060292 | | DOSAGEM DE PROGESTERONA | R$ 10,00 |
| 0202060306 | | DOSAGEM DE PROLACTINA | R$ 10,15 |
| 0202060314 | | DOSAGEM DE RENINA | R$ 13,19 |
| 0202060322 | | DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1) | R$ 15,35 |
| 0202060330 | | DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS) | R$ 13,11 |
| 0202060349 | | DOSAGEM DE TESTOSTERONA | R$ 10,43 |
| 0202060357 | | DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE | R$ 13,11 |
| 0202060365 | | DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA | R$ 15,35 |
| 0202060373 | | DOSAGEM DE TIROXINA (T4) | R$ 8,76 |
| 0202060381 | | DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE) | R$ 11,60 |
| 0202060390 | | DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3) | R$ 8,71 |
| 0202060403 | | TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH | R$ 12,01 |
| 0202060411 | | TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA | R$ 12,01 |
| 0202060420 | | TESTE DE ESTIMULO COM GNRH OU COM AGONISTA GNRH | R$ 12,01 |
| 0202060438 | | TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON | R$ 12,01 |
| 0202060446 | | TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA | R$ 12,01 |
| 0202060454 | | TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE | R$ 12,01 |
| 0202060462 | | TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS | R$ 8,43 |
| 0202060470 | | PESQUISA DE MACROPROLACTINA | R$ 12,15 |
| 0202070018 | | DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO | R$ 2,06 |
| 0202070026 | | DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO | R$ 2,23 |
| 0202070034 | | DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO | R$ 3,68 |
| 0202070042 | | DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO | R$ 2,04 |
| 0202070050 | | DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO | R$ 15,65 |
| 0202070069 | | DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE | R$ 3,51 |
| 0202070077 | | DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO | R$ 2,01 |
| 0202070085 | | DOSAGEM DE ALUMINIO | R$ 27,50 |
| 0202070093 | | DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS | R$ 10,00 |
| 0202070107 | | DOSAGEM DE ANFETAMINAS | R$ 10,00 |
| 0202070115 | | DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS | R$ 10,00 |
| 0202070123 | | DOSAGEM DE BARBITURATOS | R$ 13,13 |
| 0202070123 | | DOSAGEM DE FENOBARBITAL | R$ 13,13 |
| 0202070131 | | DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS | R$ 13,48 |
| 0202070140 | | DOSAGEM DE CADMIO | R$ 6,55 |
| 0202070158 | | DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA | R$ 17,53 |
| 0202070166 | | DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA | R$ 4,11 |
| 0202070174 | | DOSAGEM DE CHUMBO | R$ 8,83 |
| 0202070182 | | DOSAGEM DE CICLOSPORINA | R$ 58,61 |
| 0202070190 | | DOSAGEM DE COBRE | R$ 3,51 |
| 0202070204 | | DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA) | R$ 8,97 |
| 0202070212 | | DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA | R$ 15,65 |
| 0202070220 | | DOSAGEM DE FENITOINA | R$ 35,22 |
| 0202070239 | | DOSAGEM DE FENOL | R$ 2,05 |
| 0202070247 | | DOSAGEM DE FORMALDEIDO | R$ 3,51 |
| 0202070255 | | DOSAGEM DE LITIO | R$ 2,25 |
| 0202070263 | | DOSAGEM DE MERCURIO | R$ 2,04 |
| 0202070271 | | DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA | R$ 4,11 |
| 0202070280 | | DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA | R$ 10,00 |
| 0202070298 | | DOSAGEM DE METOTREXATO | R$ 10,00 |
| 0202070301 | | DOSAGEM DE QUINIDINA | R$ 10,00 |
| 0202070310 | | DOSAGEM DE SALICILATOS | R$ 2,01 |
| 0202070328 | | DOSAGEM DE SULFATOS | R$ 3,51 |
| 0202070336 | | DOSAGEM DE TEOFILINA | R$ 15,65 |
| 0202070344 | | DOSAGEM DE TIOCIANATO | R$ 3,68 |
| 0202070352 | | DOSAGEM DE ZINCO | R$ 15,65 |
| 0202080013 | | ANTIBIOGRAMA | R$ 4,98 |
| 0202080021 | | ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA | R$ 13,33 |
| 0202080030 | | ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS | R$ 13,33 |
| 0202080048 | | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA) | R$ 4,20 |
| 0202080056 | | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE) | R$ 4,20 |
| 0202080064 | | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE) | R$ 4,20 |
| 0202080072 | | BACTERIOSCOPIA (GRAM) | R$ 2,80 |
| 0202080080 | | CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO | R$ 5,62 |
| 0202080080 | | CULTURA PARA ESTREPTOCOCOS AGALACTIAE (BETA-HEMOLÃTICO DO GRUPO B) | R$ 5,62 |
| 0202080080 | | CULTURA PARA NEISSERIA GONORRHOEAE | R$ 5,62 |
| 0202080080 | | CULTURA PRA MICOPLASMA HOMINIS | R$ 5,62 |
| 0202080080 | | CULTURA PRA UREAPLASMA UREALYTICUM | R$ 5,62 |
| 0202080099 | | CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO) | R$ 5,62 |
| 0202080102 | | CULTURA P/ HERPESVIRUS | R$ 4,33 |
| 0202080110 | | CULTURA PARA BAAR | R$ 5,63 |
| 0202080129 | | CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS | R$ 10,25 |
| 0202080137 | | CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS | R$ 4,19 |
| 0202080145 | | EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO) | R$ 2,80 |
| 0202080153 | | HEMOCULTURA | R$ 11,49 |
| 0202080161 | | IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS | R$ 5,63 |
| 0202080170 | | PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI | R$ 4,33 |
| 0202080188 | | PESQUISA DE BACILO DIFTERICO | R$ 2,80 |
| 0202080196 | | PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A | R$ 4,33 |
| 0202080200 | | PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY | R$ 2,80 |
| 0202080218 | | PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI | R$ 4,33 |
| 0202080226 | | PESQUISA DE LEPTOSPIRAS | R$ 2,80 |
| 0202080234 | | PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM | R$ 5,04 |
| 0202080242 | | PROVA CONFIRMATÓRIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES | R$ 5,62 |
| 0202090019 | | ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES | R$ 1,89 |
| 0202090027 | | ADENOGRAMA | R$ 5,79 |
| 0202090035 | | CITOLOGIA P/ CLAMIDIA | R$ 4,33 |
| 0202090043 | | CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS | R$ 4,33 |
| 0202090051 | | CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR | R$ 1,89 |
| 0202090060 | | CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR | R$ 1,89 |
| 0202090078 | | DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO | R$ 6,56 |
| 0202090086 | | DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO | R$ 1,89 |
| 0202090094 | | DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA | R$ 2,01 |
| 0202090108 | | DOSAGEM DE FRUTOSE | R$ 2,01 |
| 0202090116 | | DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA | R$ 2,01 |
| 0202090124 | | DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES | R$ 1,89 |
| 0202090132 | | DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES | R$ 1,89 |
| 0202090159 | | ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR | R$ 5,23 |
| 0202090167 | | ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO | R$ 6,56 |
| 0202090175 | | ESPLENOGRAMA | R$ 5,79 |
| 0202090183 | | EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS | R$ 1,89 |
| 0202090191 | | MIELOGRAMA | R$ 5,79 |
| 0202090213 | | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES ( ELISA ) | R$ 9,70 |
| 0202090221 | | DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA | R$ 2,01 |
| 0202090230 | | PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR | R$ 1,89 |
| 0202090248 | | PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS | R$ 1,89 |
| 0202090256 | | PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA | R$ 1,89 |
| 0202090264 | | PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA) | R$ 4,80 |
| 0202090272 | | PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES | R$ 1,89 |
| 0202090299 | | PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C) | R$ 1,89 |
| 0202090302 | | PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE | R$ 1,89 |
| 0202090310 | | REACAO DE PANDY | R$ 1,89 |
| 0202090329 | | REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES | R$ 1,89 |
| 0202090337 | | TESTE DE CLEMENTS | R$ 1,89 |
| 0202090345 | | TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS | R$ 4,69 |
| 0202090353 | | TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO | R$ 4,69 |
| 0202100014 | | DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS) | R$ 180,00 |
| 0202100022 | | DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS) | R$ 160,00 |
| 0202100030 | | DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS) | R$ 160,00 |
| 0202100049 | | QUANTIFICAÇÃO/AMPLIFICAÇÃO DO HER-2 | R$ 120,00 |
| 0202110010 | | DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO) | R$ 8,80 |
| 0202110028 | | DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO) | R$ 66,00 |
| 0202110036 | | DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO) | R$ 66,00 |
| 0202110044 | | DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO) | R$ 5,50 |
| 0202110052 | | DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4 | R$ 12,10 |
| 0202110060 | | DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO) | R$ 20,90 |
| 0202110079 | | DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO) | R$ 5,50 |
| 0202110087 | | DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO) | R$ 13,20 |
| 0202110095 | | DOSAGEM DE 17 HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO) | R$ 8,00 |
| 0202110109 | | DOSAGEM DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SANGUE EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO) | R$ 5,50 |
| 0202110117 | | DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SORO | R$ 137,00 |
| 0202110125 | | DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA | R$ 66,00 |
| 0202110133 | | DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE | R$ 66,00 |
| 0202110141 | | DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR | R$ 150,00 |
| 0202120015 | | DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS | R$ 10,65 |
| 0202120023 | | DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO | R$ 1,37 |
| 0202120031 | | FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR | R$ 10,65 |
| 0202120040 | | IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS | R$ 10,65 |
| 0202120058 | | PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO | R$ 5,79 |
| 0202120066 | | PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC | R$ 5,79 |
| 0202120074 | | PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO | R$ 5,79 |
| 0202120082 | | PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO) | R$ 1,37 |
| 0202120090 | | TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA) | R$ 2,73 |
| 0202120104 | | TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B | R$ 5,79 |

**Fonte: SIGTAP, 2019.**

* + 1. A CONTRATADA deverá realizar todos os procedimentos descritos Grupo 02, Sub-Grupo 02 da discriminados na “Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde - SUS”, inclusive quando da alteração ou inclusão de novos procedimentos no Grupo e Sub-Grupo. Tais procedimentos serão pagos conforme valores discriminados na referida Tabela;
    2. Na ocorrência de atualização monetária dos valores referentes aos procedimentos contidos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde - SUS, os valores dos procedimentos serão atualizados conforme orientações do Ministério da Saúde e informações contidas na Tabela SIGTAP, pagos com recursos vinculados*.*

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

(Nome do Responsável Técnico/Proprietário do Prestador Contratado)

Nome da Instituição Contratada

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

Carlos Alberto Justo da Silva

Secretário Municipal de Saúde de Florianópolis

**ANEXO III**

**DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DO EDITAL**

A empresa ......................................................................, pessoa jurídica de direito privado, com sede na................................................................................................ ........................................................................................................., Florianópolis-SC, inscrita no CNPJ nº............................................, por meio de seu sócio-gerente ou representante legal, abaixo firmado, vem declarar que possui pleno conhecimento, e manifestar inteira concordância, com todos os termos do EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA N° 008/2019/SMS/PMF, que trata da seleção e possível contratação de entidades Filantrópicas e/ou privadas, prestadoras de Serviços de Laboratório Clínico, discriminados na “Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde - SUS”, assumindo a responsabilidade pela autenticidade de todos os documentos apresentados, sujeitando-se às penalidades legais e a sumária desclassificação do chamamento, e que fornecerá quaisquer informações complementares solicitadas pela Comissão de Contratualização dos Prestadores de Serviços de Saúde de Florianópolis.

Florianópolis, .................................

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

NOME:

CPF:

**ANEXO IV**

**DECLARAÇÃO DE FATO SUPERVENIENTE E IMPEDITIVO**

Razão Social da Empresa:

CNPJ:

Endereço:

**DECLARAMOS**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que a empresa [NOME DA EMPRESA] **não** foi declarada inidônea e **não** está suspensa em nenhum órgão público, federal, estadual ou municipal, nos termos do artigo 32 § 2º, da Lei Federal nº 8.666/93.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

Florianópolis, \_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2019.

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

Carimbo da empresa e/ou identificação gráfica e assinatura devidamente identificada do proponente local da empresa licitante.

**ANEXO V**

**MODELO DE OFÍCIO INDICANDO CAPACIDADE DE OFERTA E QUANTIDADE**

(Inserir logo marca da instituição) (data/mês/ano)

Conforme solicitação do item 6.1.4.1 referente os Documentos Relativos à Oferta de Serviços, letra a, segue abaixo a proposta de oferta **Exames de Laboratório Clínico** a ser disponibilizada ao SUS:

Endereço Sede:

Oferta de Serviço (marque um “X” o Distrito no qual prestará o serviço) e indique o endereço do (s) Posto (s) de Coleta:

( ) Distrito Norte:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Endereço Posto de Coleta (no Distrito de sua escolha) | Oferta Mensal  (Capacidade instalada)\* | Oferta Mensal  para o SUS |
|  |  |  |

**\* Capacidade Instalada: Capacidade total de oferta do prestador (Possível oferta SUS + oferta por contrato/convênio + oferta particular)**

( ) Distrito Sul:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Endereço Posto de Coleta (no Distrito de sua escolha) | Oferta Mensal  (Capacidade instalada)\* | Oferta Mensal  para o SUS |
|  |  |  |

**\* Capacidade Instalada: Capacidade total de oferta do prestador (Possível oferta SUS + oferta por contrato/convênio + oferta particular)**

( ) Distrito Centro:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Endereço Posto de Coleta (no Distrito de sua escolha) | Oferta Mensal  (Capacidade instalada)\* | Oferta Mensal  para o SUS |
|  |  |  |

**\* Capacidade Instalada: Capacidade total de oferta do prestador (Possível oferta SUS + oferta por contrato/convênio + oferta particular)**

( ) Distrito Continente:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Endereço Posto de Coleta (no Distrito de sua escolha) | Oferta Mensal  (Capacidade instalada)\* | Oferta Mensal  para o SUS |
|  |  |  |

**\* Capacidade Instalada: Capacidade total de oferta do prestador (Possível oferta SUS + oferta por contrato/convênio + oferta particular)**

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

**Assinatura do Responsável**

**Data:**

**ANEXO VI**

**DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DOS PREÇOS**

A empresa ......................................................................, pessoa jurídica de direito privado, com sede na......................................................................................................................................................................................................, Florianópolis-SC, inscrita no CNPJ nº............................................, por meio de seu sócio-gerente ou representante legal, abaixo firmado, em atenção ao EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA N° 008/2019/SMS/PMF, vem manifestar sua aceitação aos preços praticados pela “Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde - SUS), estando também ciente de que os reajustes aplicados aos referidos procedimentos obedeceram às determinações do Ministério da Saúde.

Florianópolis, .................................

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

NOME:

CPF:

**ANEXO VII**

**RELAÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE COMPÕEM A EQUIPE TÉCNICA**

Empresa:

CNPJ:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome do profissional** | **CPF** | **Cargo Função** | **Carga horária semanal** | **Número do Conselho** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Florianópolis, .................................

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

NOME:

CPF:

**ANEXO VIII**

**RELAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE PRÓPRIOS DE FLORIANÓPOLIS**

|  |  |
| --- | --- |
| **DISTRITOS SANITÁRIOS** | **CENTROS DE SAÚDE** |
| **Distrito Sanitário Centro**  **End: Av. Rio Branco, nº 90 – Centro**  **Telefones:3952-0118/3952-0117** | **Agronômica: R. Rui Barbosa, s/n° - T.: 32281862/32281809/ 32281310**  **Centro: Av. Rio Branco,90 T: 39520123/ 39520124**  [**Monte Serrat**](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php)**: R. General Nestor Passos, n° 226 - T.: 3223-7816/ 3223-3910**  **Policlínica Centro: Av. Rio Branco, 90 - T.: 3952-0100 - 3952-0102 - 3952-0131**  **Prainha: R. Silva Jardim, 621 – Prainha T.: 3225-7647/ 3225-8134**  **Saco dos Limões: R. Aldo Alves, s.n° T.: 3333-6797/ 3223-4563** ﷟  [**Pantanal**](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php)**: Rua Deputado Antônio Edu Vieira, 968 - T: 3234-7880/ 3238-2232**  **Trindade: Confluência da rua Odilon Fernandes c/ av. Henrique da Silva Fontes, 6000 - T: 32340177/32349577**  **Córrego Grande: Rua João Pio Duarte da Silva 1415 - T: 3234-1328/3234-0291**  [**Itacorubi**](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php)**: Rod. Amaro Antônio Vieira, 2260 - T.: 3234-7236 (coordenação) 3334-0096 3334-5555**  **João Paulo: R. João Paulo,1268**  [**Saco Grande**](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php)**: Rod. Virgí­lio Várzea, s/n° - T: 3238-0110/ 3238-0608/ 3234-6995** |
| **Distrito Sanitário Continente**  **End: Coronel Pedro Demoro, 1923**  **Telefones:3244-3955/3244- 557** | **Abraão: R. João Meirelles, s/n° - T: 3249-5844 / 3249-5962**  [**Balneário**](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php)**: Av. Santa Catarina, 1.570 - T: 3248-1620 / 3244-4904**  [**Capoeiras**](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php)**: Av. Santa Catarina, 1.570 - T: 3248-1620 / 3244-4904**  [**Coloninha**](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php) **R. Aracy Vaz Callado, 1830 - T: 3244-2891/ 3244-4902**  [**Coqueiros**](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php)**: Av: Engenheiro Max de Souza S/N - Coqueiros -Telefones: (48) 3248 0451/3241 6097**  [**Estreito**](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php)**: R. Aracy Vaz Callado, 742 - T: 3244 1200/3348 5682**  [**Jardim Atlântico**](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php)**: R. Manoel Pizzolatti, 273 -T: 3240-2168/ 3348-9595**  [**Monte Cristo**](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php)**: R. Joaquim Nabuco, s/n° T: 3240 8809 3348 7467 3348 9065**  [**Novo Continente**](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php)**: Rua Prof. Clementino Brito esquina com a Rua Osvaldo de Oliveira -T:3244 8488 3249 2448**  [**Policlínica Continente**](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php)**: Rua Heitor Blum, 521 -Recepção:3271-1713, Farmácia: 3271-1716**  **Sapé: Trav. Prof° Waldemar Osmar Hermann, 82 - T: 3240 6602/3240 9382**  [**Vila Aparecida**](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php)**: R. Fermi­no Costa, 284 -T: 3248-1611/ 3244-6724** |
| **Distrito Sanitário Norte**  **End: R. Francisco Faustino Martins – Policlínica Norte da Ilha**  **Telefone: 3266-7355** | [**Barra da Lagoa**](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php)**: R. Altamiro Barcelos Dutra, 659 - T.: 3232 3302/ 3226 7281**  [**Cachoeira do Bom Jesus**](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php)**: Rua Leonel Pereira, 273 | esq. c/ Servidão Gabriel T: 3284-8077 / 3284-6045**  [**Canasvieira:**](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php) **Rod. Francisco Faustino Martins, Confluencias SC 401 e SC 403 T:3269-6902 3266-7063**  [**Ingleses**](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php)**: Travessa dos Imigrantes, n° 135 -T:3269-2100 3369 5937 3369 3229**  [**Jurerê**](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php)**: Rua Jurerê Tradicional, 242 - T: 32821670 32829761**  [**Policlínica Norte**](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php)**: Rua Francisco Faustino Martins, Confluencias SC 401 e SC 403. Telefone:3261 0600 3261 0601**  [**Ponta das Canas**](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php)**: R. Alcides Bonatelli, s/n°- T: 3284 1337 3284 2257**  [**Ratones**](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php)**: R. João Januário da Silva, s/n° - T: 3266 8090 3369 6436**  [**Rio Vermelho**](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php)**: Rod. João Gualberto Soares, 1099 - T: 3269 7100/3269 9857**  [**Santinho**](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php)**: Rua Dom João Becker n° 862 Telefones: (48) 3369 0174 ou 3369 5514**  [**Santo Antônio de Lisboa**](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php)**: Rodovia Nilta Franzoni Viegas, s/n T: 3235 1176 3235 3294**  **Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Norte da Ilha: Rua Francisco Faustino Martins, Confluências SC 401 e SC403.Telefone: (48)3261 0614/ 3261 0616/ 3261 0613/ 3261 0615**  [**Vargem Grande**](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php)**: Estrada Cristovão Machado Campos, s/n - CEP 88052-600 - Vargem Grande – Florianópolis/SC T: 3269-5034/ 3369-3425 / 3266-6293**  [**Vargem Pequena**](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php)**: Rod Manoel Leôncio de Souza Brito, s/n° T: 3269-5898** |
| **Distrito Sanitário Sul**  **End: Av. Pequeno Príncipe, 2859- Campeche**  **Telefone: 3234-8749** | [**Alto Ribeirão**](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php) **R: Severiano Firmino Martins, 69 Lote 3 -Telefones: 3269-9917 / 3233-3989 (recepção)**  [**Armação**](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php)**: Rod. SC-406, 6.074 - T.: 3389-5014, 3389-5120**  [**Caeira da Barra do Sul**](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php)**: Rod. Baldicero Filomeno, 19.795 - T.: 3237-6239/ 3237-6483**  [**Campeche**](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php)**: Av. Pequeno Prí­ncipe, 1714 - T.: 3237-4524/ 3237-4074**  [**Canto da Lagoa**](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php)**: Rua Laurindo Januário da Silveira, 2507 - T.: 3232-6121**  [**Costa da Lagoa**](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php)**: Estrada Geral Costa da Lagoa, Ponto 16 - T: 3335-3119 e 3335-3048**  [**Carianos**](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php)**: R. Ver. Osvaldo Bittercourt, s/n - T.: 3338-1125, 3236-1333**  [**Costeira do Pirajubaé**](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php)**: R. Ver. Osvaldo Bittercourt, s/n - T.: 3338-1125, 3236-1333**  [**Fazenda do Rio Tavares**](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php)**: R do Conselho s/n T.: 3233 4347 / 3338-3049**  [**Lagoa da Conceição**](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php)**: R. João Pacheco da Costa, 255 - T: 3232 0639/3233 6990/3234 4322**  [**Morro das Pedras**](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php)**: Rodovia SC-406, 1.685 - T.: 3237-9013/ 3338-7627**  [**Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Sul da Ilha**](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php)**: Rod SC 405, n° 682 cep: 88.063-700 Fone:(48) 3239 1701**  [**Pântano do Sul**](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php)**: R. Abelardo Otací­lio Gomes, s/n° - T.: 3237-7032/ 3389-2840**  [**Policlínica Sul**](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php)**: Rod SC 405, n°682 cep: 88.063-700 Fone:(48) 3239 1724/ 3239 1726**  [**Ribeirão da Ilha**](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php) **R. João José D'Avila, s.n° T/FAX.:3337-5997/3337-5579**  [**Rio Tavares**](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php)**: R. Silvio Lopes Araújo, s/n - T.: 3232-6118/ 3226 8030**  [**Tapera**](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php)**: Rua das Areias, s/n - T.: 3337-0289/ 3338-4531** |

**ANEXO IX**

**DECLARAÇÃO QUE INSTITUIÇÃO NÃO POSSUI SERVIDOR PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS, COMO REPRESENTANTE LEGAL/MEMBRO DA DIRETORIA/SÓCIO ADMINISTRADOR/PROPRIETÁRIO E/OU PRESIDENTE DA INSTITUIÇÃO**

A instituição \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Pessoa jurídica de direito privado, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (com/sem) fins lucrativos, inscrita no CNPJ nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com sede na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, filial na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por meio de seu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, DECLARA, que a instituição não possui servidores públicos do Município de Florianópolis como representante legal/membro da diretoria/sócio administrador/proprietário e/ou presidente, nos termos do EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 008/2019/SMS/PMF, que trata do credenciamento de prestadores/instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde, interessados em prestar serviços de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS), no Município de Florianópolis - SC.

Município de Florianópolis, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2019.

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

Nome do diretor/responsável legal etc. da instituição

CPF:

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

Ass. do diretor/responsável legal etc. da instituição

CPF:

**ANEXO X**

**MINUTA CONTRATUAL**

O Município de Florianópolis, pessoa jurídica de direito público, com sede situada à Rua Tenente Silveira nº 60, 5° andar, Bairro Centro, Florianópolis/SC, através da **Secretaria Municipal de Saúde/Fundo Municipal de Saúde** inscrita no CNPJ/MF sob o no 08.935.681/0001-91, situada à Avenida Henrique da Silva Fontes nº 6100, Bairro Trindade, Florianópolis/SC, doravante denominada CONTRATANTE, neste ato representada pelo Secretário Sr. Carlos Alberto Justo da Silva, RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e inscrito no CPF/MF sob o nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e a empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, representada pelo(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, doravante denominada CONTRATADA, resolvem firmar o presente contrato, decorrente do Edital de Chamada Pública n° 008/2019, cujo Edital fica fazendo parte integrante deste, mediante cláusulas e condições a seguir enunciadas:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

O presente contrato tem por objetivo a contratação de entidades públicas, filantrópicas e/ou privadas prestadoras de serviços de saúde para a realização de exames de **Laboratório Clínico** conforme descrição na “Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde - SUS”, disponível por meio do **SIGTAP** – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM), conforme **Termo de Referência** **do Edital de Chamada Pública nº 008/2019 e Plano Operativo Assistencial**.

Os procedimentos que constam do objeto deste edital **Grupo 02 – Procedimentos com Finalidade Diagnóstica: Sub Grupo 02 – Diagnóstico em Laboratório Clínico - Formas de organização de 01 até 12,** do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) – **SIGTAP:**

**Quadro 01: Código de Procedimentos, Procedimentos e Valores dos Procedimentos de Laboratório Clínico, de acordo com SIGTAP.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Código** | **Nome** | **Valor** |
| 0202010015 | CLEARANCE OSMOLAR | R$ 3,51 |
| 0202010023 | DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO | R$ 2,01 |
| 0202010031 | DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS | R$ 15,65 |
| 0202010040 | DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS) | R$ 3,63 |
| 0202010058 | DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA ( 5 DOSAGENS) | R$ 6,55 |
| 0202010066 | DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS) | R$ 3,68 |
| 0202010074 | DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS) | R$ 10,00 |
| 0202010082 | DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE | R$ 3,51 |
| 0202010090 | DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE | R$ 3,51 |
| 0202010104 | DOSAGEM DE ACETONA | R$ 1,85 |
| 0202010112 | DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO | R$ 2,01 |
| 0202010120 | DOSAGEM DE ACIDO URICO | R$ 1,85 |
| 0202010139 | DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO | R$ 9,00 |
| 0202010147 | DOSAGEM DE ALDOLASE | R$ 3,68 |
| 0202010155 | DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA | R$ 3,68 |
| 0202010163 | DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA | R$ 3,68 |
| 0202010171 | DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA | R$ 3,68 |
| 0202010180 | DOSAGEM DE AMILASE | R$ 2,25 |
| 0202010198 | DOSAGEM DE AMONIA | R$ 3,51 |
| 0202010201 | DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES | R$ 2,01 |
| 0202010210 | DOSAGEM DE CALCIO | R$ 1,85 |
| 0202010228 | DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL | R$ 3,51 |
| 0202010236 | DOSAGEM DE CAROTENO | R$ 2,01 |
| 0202010252 | DOSAGEM DE CERULOPLASMINA | R$ 3,68 |
| 0202010260 | DOSAGEM DE CLORETO | R$ 1,85 |
| 0202010279 | DOSAGEM DE COLESTEROL HDL | R$ 3,51 |
| 0202010287 | DOSAGEM DE COLESTEROL LDL | R$ 3,51 |
| 0202010295 | DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL | R$ 1,85 |
| 0202010309 | DOSAGEM DE COLINESTERASE | R$ 3,68 |
| 0202010317 | DOSAGEM DE CREATININA | R$ 1,85 |
| 0202010325 | DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK) | R$ 3,68 |
| 0202010333 | DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB | R$ 4,12 |
| 0202010341 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA | R$ 3,51 |
| 0202010368 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA | R$ 3,68 |
| 0202010376 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS) | R$ 3,68 |
| 0202010384 | DOSAGEM DE FERRITINA | R$ 15,59 |
| 0202010392 | DOSAGEM DE FERRO SERICO | R$ 3,51 |
| 0202010406 | DOSAGEM DE FOLATO | R$ 15,65 |
| 0202010414 | DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL | R$ 2,01 |
| 0202010422 | DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA | R$ 2,01 |
| 0202010430 | DOSAGEM DE FOSFORO | R$ 1,85 |
| 0202010449 | DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA | R$ 2,01 |
| 0202010457 | DOSAGEM DE GALACTOSE | R$ 3,51 |
| 0202010465 | DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT) | R$ 3,51 |
| 0202010473 | DOSAGEM DE GLICOSE | R$ 1,85 |
| 0202010481 | DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE | R$ 3,68 |
| 0202010490 | DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA | R$ 3,68 |
| 0202010503 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA | R$ 7,86 |
| 0202010511 | DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA | R$ 3,68 |
| 0202010520 | DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE | R$ 3,51 |
| 0202010538 | DOSAGEM DE LACTATO | R$ 3,68 |
| 0202010546 | DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE | R$ 3,51 |
| 0202010554 | DOSAGEM DE LIPASE | R$ 2,25 |
| 0202010562 | DOSAGEM DE MAGNESIO | R$ 2,01 |
| 0202010570 | DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS | R$ 2,01 |
| 0202010589 | DOSAGEM DE PIRUVATO | R$ 3,68 |
| 0202010597 | DOSAGEM DE PORFIRINAS | R$ 3,51 |
| 0202010600 | DOSAGEM DE POTASSIO | R$ 1,85 |
| 0202010619 | DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS | R$ 1,40 |
| 0202010627 | DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES | R$ 1,85 |
| 0202010635 | DOSAGEM DE SODIO | R$ 1,85 |
| 0202010643 | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO | R$ 2,01 |
| 0202010651 | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP) | R$ 2,01 |
| 0202010660 | DOSAGEM DE TRANSFERRINA | R$ 4,12 |
| 0202010678 | DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS | R$ 3,51 |
| 0202010686 | DOSAGEM DE TRIPTOFANO | R$ 3,51 |
| 0202010694 | DOSAGEM DE UREIA | R$ 1,85 |
| 0202010708 | DOSAGEM DE VITAMINA B12 | R$ 15,24 |
| 0202010716 | ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS | R$ 3,68 |
| 0202010724 | ELETROFORESE DE PROTEINAS | R$ 4,42 |
| 0202010732 | GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE ) | R$ 15,65 |
| 0202010740 | PROVA DA D-XILOSE | R$ 3,68 |
| 0202010759 | TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS | R$ 6,55 |
| 0202010767 | DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D | R$ 15,24 |
| 0202010775 | DETERMINAÇÃO DE CREMATÓCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO | R$ 1,53 |
| 0202010783 | ACIDEZ TITULÁVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC) | R$ 3,04 |
| 0202020010 | CITOQUIMICA HEMATOLOGICA | R$ 6,48 |
| 0202020029 | CONTAGEM DE PLAQUETAS | R$ 2,73 |
| 0202020037 | CONTAGEM DE RETICULOCITOS | R$ 2,73 |
| 0202020045 | DETERMINACAO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR | R$ 2,73 |
| 0202020053 | DETERMINACAO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA) | R$ 2,73 |
| 0202020061 | DETERMINACAO DE SULFO-HEMOGLOBINA | R$ 2,73 |
| 0202020070 | DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO | R$ 2,73 |
| 0202020088 | DETERMINACAO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA | R$ 2,73 |
| 0202020096 | DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE | R$ 2,73 |
| 0202020100 | DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY | R$ 9,00 |
| 0202020118 | DETERMINACAO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS | R$ 5,79 |
| 0202020126 | DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA | R$ 2,85 |
| 0202020134 | DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA) | R$ 5,77 |
| 0202020142 | DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP) | R$ 2,73 |
| 0202020150 | DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS) | R$ 2,73 |
| 0202020169 | DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE FOSFOLIPÍDIOS | R$ 4,11 |
| 0202020177 | DOSAGEM DE ANTITROMBINA III | R$ 6,48 |
| 0202020185 | DOSAGEM DE FATOR II | R$ 5,31 |
| 0202020193 | DOSAGEM DE FATOR IX | R$ 7,61 |
| 0202020207 | DOSAGEM DE FATOR V | R$ 4,73 |
| 0202020215 | DOSAGEM DE FATOR VII | R$ 8,09 |
| 0202020223 | DOSAGEM DE FATOR VIII | R$ 6,63 |
| 0202020231 | DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR) | R$ 15,00 |
| 0202020240 | DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO) | R$ 18,91 |
| 0202020258 | DOSAGEM DE FATOR X | R$ 6,66 |
| 0202020266 | DOSAGEM DE FATOR XI | R$ 9,11 |
| 0202020274 | DOSAGEM DE FATOR XII | R$ 10,51 |
| 0202020282 | DOSAGEM DE FATOR XIII | R$ 6,66 |
| 0202020290 | DOSAGEM DE FIBRINOGENIO | R$ 4,60 |
| 0202020304 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA | R$ 1,53 |
| 0202020312 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC | R$ 2,73 |
| 0202020320 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL | R$ 2,73 |
| 0202020339 | DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA | R$ 2,73 |
| 0202020347 | DOSAGEM DE PLASMINOGENIO | R$ 4,11 |
| 0202020355 | ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA | R$ 5,41 |
| 0202020363 | ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO) | R$ 2,73 |
| 0202020371 | HEMATOCRITO | R$ 1,53 |
| 0202020380 | HEMOGRAMA COMPLETO | R$ 4,11 |
| 0202020398 | LEUCOGRAMA | R$ 2,73 |
| 0202020401 | PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA | R$ 25,00 |
| 0202020410 | PESQUISA DE CELULAS LE | R$ 4,11 |
| 0202020428 | PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ | R$ 2,73 |
| 0202020436 | PESQUISA DE FILARIA | R$ 2,73 |
| 0202020444 | PESQUISA DE HEMOGLOBINA S | R$ 2,73 |
| 0202020460 | PESQUISA DE TRIPANOSSOMA | R$ 2,73 |
| 0202020479 | PROVA DE COMPATIBILIDADE PRE-TRANSFUSIONAL (MEIOS SALINOS, ALBUMINOSO E COOMBS) | R$ - |
| 0202020487 | PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA | R$ 4,11 |
| 0202020495 | PROVA DE RETRACAO DO COAGULO | R$ 2,73 |
| 0202020509 | PROVA DO LACO | R$ 2,73 |
| 0202020517 | RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS | R$ 2,73 |
| 0202020525 | TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS | R$ 12,00 |
| 0202020533 | TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA) | R$ 2,73 |
| 0202020541 | TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD) | R$ 2,73 |
| 0202030016 | CONTAGEM DE LINFOCITOS B | R$ 15,00 |
| 0202030024 | CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8 | R$ 15,00 |
| 0202030032 | CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS | R$ 15,00 |
| 0202030040 | DETECCAO DE ÁCIDOS NUCLEICOS DO HIV-1 (QUALITATIVO) | R$ 65,00 |
| 0202030059 | DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO) | R$ 96,00 |
| 0202030067 | DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50) | R$ 9,25 |
| 0202030075 | DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE | R$ 2,83 |
| 0202030083 | DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA | R$ 9,25 |
| 0202030091 | DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA | R$ 15,06 |
| 0202030105 | DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA) | R$ 16,42 |
| 0202030105 | DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTATICO LIVRE | R$ 16,42 |
| 0202030113 | DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA | R$ 13,55 |
| 0202030121 | DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3 | R$ 17,16 |
| 0202030130 | DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4 | R$ 17,16 |
| 0202030148 | DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA | R$ 2,83 |
| 0202030156 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA) | R$ 17,16 |
| 0202030164 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) | R$ 9,25 |
| 0202030180 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM) | R$ 17,16 |
| 0202030199 | DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE | R$ 9,25 |
| 0202030202 | DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA | R$ 2,83 |
| 0202030210 | GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C | R$ 298,48 |
| 0202030229 | IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS | R$ 17,16 |
| 0202030237 | IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR) | R$ 80,00 |
| 0202030253 | PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA | R$ 10,00 |
| 0202030261 | PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA | R$ 10,00 |
| 0202030270 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA | R$ 8,67 |
| 0202030288 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI | R$ 17,16 |
| 0202030296 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT) | R$ 85,00 |
| 0202030300 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA) | R$ 10,00 |
| 0202030318 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2 | R$ 18,55 |
| 0202030326 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP) | R$ 17,16 |
| 0202030334 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS | R$ 5,74 |
| 0202030342 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM | R$ 17,16 |
| 0202030350 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO) | R$ 18,55 |
| 0202030369 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA) | R$ 18,55 |
| 0202030377 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS | R$ 9,25 |
| 0202030385 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS | R$ 10,00 |
| 0202030393 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS | R$ 9,25 |
| 0202030407 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS | R$ 3,70 |
| 0202030415 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO | R$ 5,83 |
| 0202030423 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA) | R$ 10,00 |
| 0202030431 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL | R$ 17,16 |
| 0202030440 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS | R$ 9,25 |
| 0202030458 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70) | R$ 10,00 |
| 0202030466 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES | R$ 9,70 |
| 0202030466 | ESPERMOGRAMA (CARACTERES FISICOS, MOBILIDADE, CONTAGEM E MORFOLOGIA) | R$ 9,70 |
| 0202030474 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO) | R$ 2,83 |
| 0202030482 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO | R$ 10,00 |
| 0202030482 | ANTI-HIALURONIDASE, DETERMINACAO | R$ 10,00 |
| 0202030504 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO | R$ 10,00 |
| 0202030512 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS | R$ 10,00 |
| 0202030520 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA | R$ 17,16 |
| 0202030539 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS | R$ 4,10 |
| 0202030547 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA | R$ 5,50 |
| 0202030555 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS | R$ 17,16 |
| 0202030563 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA | R$ 17,16 |
| 0202030571 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO | R$ 17,16 |
| 0202030580 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO | R$ 17,16 |
| 0202030598 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO | R$ 17,16 |
| 0202030598 | FAN - ANTICORPOS ANTI-NUCLEO , IFI | R$ 17,16 |
| 0202030598 | ANTI JO 1 (JO 1) | R$ 17,16 |
| 0202030601 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS | R$ 17,16 |
| 0202030610 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS | R$ 10,00 |
| 0202030628 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA | R$ 17,16 |
| 0202030636 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS) | R$ 18,55 |
| 0202030644 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE) | R$ 18,55 |
| 0202030652 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA | R$ 7,78 |
| 0202030660 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII | R$ 9,71 |
| 0202030679 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV) | R$ 18,55 |
| 0202030687 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV) | R$ 18,55 |
| 0202030695 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO | R$ 9,25 |
| 0202030709 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS | R$ 4,10 |
| 0202030717 | PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO | R$ 18,55 |
| 0202030725 | PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA | R$ 17,16 |
| 0202030733 | PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTA O VIRUS EPSTEIN-BARR | R$ 2,83 |
| 0202030741 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS | R$ 11,00 |
| 0202030750 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS | R$ 9,25 |
| 0202030768 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA | R$ 16,97 |
| 0202030776 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI | R$ 9,25 |
| 0202030784 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL) | R$ 18,55 |
| 0202030792 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS | R$ 30,00 |
| 0202030806 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG) | R$ 18,55 |
| 0202030814 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA | R$ 17,16 |
| 0202030822 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER | R$ 17,16 |
| 0202030830 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR | R$ 17,16 |
| 0202030849 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES | R$ 17,16 |
| 0202030857 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS | R$ 11,61 |
| 0202030865 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS | R$ 10,00 |
| 0202030873 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA | R$ 18,55 |
| 0202030881 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI | R$ 9,25 |
| 0202030890 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM) | R$ 18,55 |
| 0202030903 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS | R$ 20,00 |
| 0202030911 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG) | R$ 18,55 |
| 0202030920 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA | R$ 17,16 |
| 0202030938 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER | R$ 17,16 |
| 0202030946 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR | R$ 17,16 |
| 0202030954 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES | R$ 17,16 |
| 0202030962 | PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA) | R$ 13,35 |
| 0202030962 | CA 15 3 (BRM) | R$ 13,35 |
| 0202030962 | CA 19 9 (GIM) | R$ 13,35 |
| 0202030970 | PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG) | R$ 18,55 |
| 0202030989 | PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG) | R$ 18,55 |
| 0202030997 | DETECÇÃO DE CLAMÍDIA E GONOCOCO POR BIOLOGIA MOLECULAR | R$ 60,00 |
| 0202031004 | PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS | R$ 2,83 |
| 0202031012 | PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE) | R$ 4,10 |
| 0202031020 | PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA | R$ 10,00 |
| 0202031039 | PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA | R$ 9,25 |
| 0202031047 | CHAGAS IGM | R$ 10,00 |
| 0202031047 | CHAGAS IGG | R$ 10,00 |
| 0202031055 | PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK) | R$ 1,77 |
| 0202031063 | PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS | R$ 1,77 |
| 0202031071 | QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1 | R$ 18,00 |
| 0202031080 | QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C | R$ 168,48 |
| 0202031098 | TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS | R$ 4,10 |
| 0202031101 | REACAO DE MONTENEGRO ID | R$ 2,83 |
| 0202031110 | TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS | R$ 2,83 |
| 0202031128 | TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS | R$ 10,00 |
| 0202031136 | TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS | R$ 10,00 |
| 0202031144 | TESTES ALERGICOS DE CONTATO | R$ 1,77 |
| 0202031152 | TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA | R$ 1,77 |
| 0202031179 | TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTES | R$ 2,83 |
| 0202031187 | DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA | R$ 18,55 |
| 0202031195 | DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO | R$ 17,16 |
| 0202031209 | DOSAGEM DE TROPONINA | R$ 9,00 |
| 0202031217 | DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125 | R$ 13,35 |
| 0202031225 | EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER I | R$ 80,00 |
| 0202031233 | EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER II | R$ 120,00 |
| 0202031250 | DETECÇÃO DE RNA DO HTLV-1 | R$ 65,00 |
| 0202031268 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 (WESTERN-BLOT) | R$ 85,00 |
| 0202040011 | DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL | R$ 1,65 |
| 0202040020 | DOSAGEM DE GORDURA FECAL | R$ 3,04 |
| 0202040038 | EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL | R$ 3,04 |
| 0202040046 | IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS | R$ 1,65 |
| 0202040054 | PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA) | R$ 1,65 |
| 0202040062 | PESQUISA DE EOSINOFILOS | R$ 1,65 |
| 0202040070 | PESQUISA DE GORDURA FECAL | R$ 1,65 |
| 0202040089 | PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES | R$ 1,65 |
| 0202040097 | PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES | R$ 1,65 |
| 0202040100 | PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES | R$ 1,65 |
| 0202040119 | PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA) | R$ 1,65 |
| 0202040127 | PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS | R$ 1,65 |
| 0202040135 | PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES | R$ 10,25 |
| 0202040143 | PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES | R$ 1,65 |
| 0202040151 | PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES | R$ 1,65 |
| 0202040160 | PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES | R$ 1,65 |
| 0202040178 | PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES | R$ 1,65 |
| 0202050017 | ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA | R$ 3,70 |
| 0202050025 | CLEARANCE DE CREATININA | R$ 3,51 |
| 0202050033 | CLEARANCE DE FOSFATO | R$ 3,51 |
| 0202050041 | CLEARANCE DE UREIA | R$ 3,51 |
| 0202050050 | CONTAGEM DE ADDIS | R$ 2,04 |
| 0202050068 | DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE | R$ 3,70 |
| 0202050076 | IDENTIFICAÇÃO DE GLICÍDIOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA) | R$ 3,70 |
| 0202050084 | DOSAGEM DE CITRATO | R$ 2,01 |
| 0202050092 | DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA | R$ 8,12 |
| 0202050106 | DOSAGEM DE OXALATO | R$ 3,68 |
| 0202050114 | DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS) | R$ 2,04 |
| 0202050122 | DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS | R$ 3,04 |
| 0202050130 | EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS | R$ 3,70 |
| 0202050149 | PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA) | R$ 3,70 |
| 0202050157 | PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA | R$ 2,04 |
| 0202050165 | PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA | R$ 3,70 |
| 0202050173 | PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA | R$ 2,04 |
| 0202050181 | PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA | R$ 2,40 |
| 0202050190 | PESQUISA DE CISTINA NA URINA | R$ 2,04 |
| 0202050203 | PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA | R$ 2,04 |
| 0202050211 | PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA | R$ 3,70 |
| 0202050220 | PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA | R$ 2,04 |
| 0202050238 | PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA | R$ 2,04 |
| 0202050246 | PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA | R$ 3,36 |
| 0202050262 | PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA | R$ 2,04 |
| 0202050270 | PESQUISA DE LACTOSE NA URINA | R$ 2,04 |
| 0202050289 | PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA | R$ 3,70 |
| 0202050300 | PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE) | R$ 4,44 |
| 0202050319 | PESQUISA DE TIROSINA NA URINA | R$ 2,04 |
| 0202050327 | PROVA DE DILUICAO (URINA) | R$ 2,04 |
| 0202060012 | DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE | R$ 12,54 |
| 0202060020 | DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3 | R$ 12,54 |
| 0202060039 | DETERMINACAO DE T3 REVERSO | R$ 14,69 |
| 0202060047 | DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA | R$ 10,20 |
| 0202060055 | DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS | R$ 6,72 |
| 0202060063 | DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES | R$ 6,72 |
| 0202060071 | DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA) | R$ 6,72 |
| 0202060080 | DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH) | R$ 14,12 |
| 0202060098 | DOSAGEM DE ALDOSTERONA | R$ 11,89 |
| 0202060101 | DOSAGEM DE AMP CICLICO | R$ 12,01 |
| 0202060110 | DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA | R$ 11,53 |
| 0202060128 | DOSAGEM DE CALCITONINA | R$ 14,38 |
| 0202060136 | DOSAGEM DE CORTISOL | R$ 9,86 |
| 0202060144 | DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA) | R$ 11,25 |
| 0202060152 | DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT) | R$ 11,71 |
| 0202060160 | DOSAGEM DE ESTRADIOL | R$ 10,15 |
| 0202060179 | DOSAGEM DE ESTRIOL | R$ 11,55 |
| 0202060187 | DOSAGEM DE ESTRONA | R$ 11,12 |
| 0202060195 | DOSAGEM DE GASTRINA | R$ 14,15 |
| 0202060209 | DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA | R$ 15,35 |
| 0202060217 | DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG) | R$ 7,85 |
| 0202060225 | DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH) | R$ 10,21 |
| 0202060233 | DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH) | R$ 7,89 |
| 0202060241 | DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH) | R$ 8,97 |
| 0202060250 | DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH) | R$ 8,96 |
| 0202060268 | DOSAGEM DE INSULINA | R$ 10,17 |
| 0202060268 | CURVA GLICEMICA E INSULINICA (6D) | R$ 10,17 |
| 0202060276 | DOSAGEM DE PARATORMONIO | R$ 43,13 |
| 0202060284 | DOSAGEM DE PEPTIDEO C | R$ 15,35 |
| 0202060292 | DOSAGEM DE PROGESTERONA | R$ 10,00 |
| 0202060306 | DOSAGEM DE PROLACTINA | R$ 10,15 |
| 0202060314 | DOSAGEM DE RENINA | R$ 13,19 |
| 0202060322 | DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1) | R$ 15,35 |
| 0202060330 | DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS) | R$ 13,11 |
| 0202060349 | DOSAGEM DE TESTOSTERONA | R$ 10,43 |
| 0202060357 | DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE | R$ 13,11 |
| 0202060365 | DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA | R$ 15,35 |
| 0202060373 | DOSAGEM DE TIROXINA (T4) | R$ 8,76 |
| 0202060381 | DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE) | R$ 11,60 |
| 0202060390 | DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3) | R$ 8,71 |
| 0202060403 | TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH | R$ 12,01 |
| 0202060411 | TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA | R$ 12,01 |
| 0202060420 | TESTE DE ESTIMULO COM GNRH OU COM AGONISTA GNRH | R$ 12,01 |
| 0202060438 | TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON | R$ 12,01 |
| 0202060446 | TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA | R$ 12,01 |
| 0202060454 | TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE | R$ 12,01 |
| 0202060462 | TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS | R$ 8,43 |
| 0202060470 | PESQUISA DE MACROPROLACTINA | R$ 12,15 |
| 0202070018 | DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO | R$ 2,06 |
| 0202070026 | DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO | R$ 2,23 |
| 0202070034 | DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO | R$ 3,68 |
| 0202070042 | DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO | R$ 2,04 |
| 0202070050 | DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO | R$ 15,65 |
| 0202070069 | DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE | R$ 3,51 |
| 0202070077 | DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO | R$ 2,01 |
| 0202070085 | DOSAGEM DE ALUMINIO | R$ 27,50 |
| 0202070093 | DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS | R$ 10,00 |
| 0202070107 | DOSAGEM DE ANFETAMINAS | R$ 10,00 |
| 0202070115 | DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS | R$ 10,00 |
| 0202070123 | DOSAGEM DE BARBITURATOS | R$ 13,13 |
| 0202070123 | DOSAGEM DE FENOBARBITAL | R$ 13,13 |
| 0202070131 | DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS | R$ 13,48 |
| 0202070140 | DOSAGEM DE CADMIO | R$ 6,55 |
| 0202070158 | DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA | R$ 17,53 |
| 0202070166 | DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA | R$ 4,11 |
| 0202070174 | DOSAGEM DE CHUMBO | R$ 8,83 |
| 0202070182 | DOSAGEM DE CICLOSPORINA | R$ 58,61 |
| 0202070190 | DOSAGEM DE COBRE | R$ 3,51 |
| 0202070204 | DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA) | R$ 8,97 |
| 0202070212 | DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA | R$ 15,65 |
| 0202070220 | DOSAGEM DE FENITOINA | R$ 35,22 |
| 0202070239 | DOSAGEM DE FENOL | R$ 2,05 |
| 0202070247 | DOSAGEM DE FORMALDEIDO | R$ 3,51 |
| 0202070255 | DOSAGEM DE LITIO | R$ 2,25 |
| 0202070263 | DOSAGEM DE MERCURIO | R$ 2,04 |
| 0202070271 | DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA | R$ 4,11 |
| 0202070280 | DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA | R$ 10,00 |
| 0202070298 | DOSAGEM DE METOTREXATO | R$ 10,00 |
| 0202070301 | DOSAGEM DE QUINIDINA | R$ 10,00 |
| 0202070310 | DOSAGEM DE SALICILATOS | R$ 2,01 |
| 0202070328 | DOSAGEM DE SULFATOS | R$ 3,51 |
| 0202070336 | DOSAGEM DE TEOFILINA | R$ 15,65 |
| 0202070344 | DOSAGEM DE TIOCIANATO | R$ 3,68 |
| 0202070352 | DOSAGEM DE ZINCO | R$ 15,65 |
| 0202080013 | ANTIBIOGRAMA | R$ 4,98 |
| 0202080021 | ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA | R$ 13,33 |
| 0202080030 | ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS | R$ 13,33 |
| 0202080048 | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA) | R$ 4,20 |
| 0202080056 | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE) | R$ 4,20 |
| 0202080064 | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE) | R$ 4,20 |
| 0202080072 | BACTERIOSCOPIA (GRAM) | R$ 2,80 |
| 0202080080 | CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO | R$ 5,62 |
| 0202080080 | CULTURA PARA ESTREPTOCOCOS AGALACTIAE (BETA-HEMOLÃTICO DO GRUPO B) | R$ 5,62 |
| 0202080080 | CULTURA PARA NEISSERIA GONORRHOEAE | R$ 5,62 |
| 0202080080 | CULTURA PRA MICOPLASMA HOMINIS | R$ 5,62 |
| 0202080080 | CULTURA PRA UREAPLASMA UREALYTICUM | R$ 5,62 |
| 0202080099 | CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO) | R$ 5,62 |
| 0202080102 | CULTURA P/ HERPESVIRUS | R$ 4,33 |
| 0202080110 | CULTURA PARA BAAR | R$ 5,63 |
| 0202080129 | CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS | R$ 10,25 |
| 0202080137 | CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS | R$ 4,19 |
| 0202080145 | EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO) | R$ 2,80 |
| 0202080153 | HEMOCULTURA | R$ 11,49 |
| 0202080161 | IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS | R$ 5,63 |
| 0202080170 | PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI | R$ 4,33 |
| 0202080188 | PESQUISA DE BACILO DIFTERICO | R$ 2,80 |
| 0202080196 | PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A | R$ 4,33 |
| 0202080200 | PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY | R$ 2,80 |
| 0202080218 | PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI | R$ 4,33 |
| 0202080226 | PESQUISA DE LEPTOSPIRAS | R$ 2,80 |
| 0202080234 | PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM | R$ 5,04 |
| 0202080242 | PROVA CONFIRMATÓRIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES | R$ 5,62 |
| 0202090019 | ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES | R$ 1,89 |
| 0202090027 | ADENOGRAMA | R$ 5,79 |
| 0202090035 | CITOLOGIA P/ CLAMIDIA | R$ 4,33 |
| 0202090043 | CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS | R$ 4,33 |
| 0202090051 | CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR | R$ 1,89 |
| 0202090060 | CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR | R$ 1,89 |
| 0202090078 | DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO | R$ 6,56 |
| 0202090086 | DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO | R$ 1,89 |
| 0202090094 | DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA | R$ 2,01 |
| 0202090108 | DOSAGEM DE FRUTOSE | R$ 2,01 |
| 0202090116 | DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA | R$ 2,01 |
| 0202090124 | DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES | R$ 1,89 |
| 0202090132 | DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES | R$ 1,89 |
| 0202090159 | ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR | R$ 5,23 |
| 0202090167 | ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO | R$ 6,56 |
| 0202090175 | ESPLENOGRAMA | R$ 5,79 |
| 0202090183 | EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS | R$ 1,89 |
| 0202090191 | MIELOGRAMA | R$ 5,79 |
| 0202090213 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES ( ELISA ) | R$ 9,70 |
| 0202090221 | DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA | R$ 2,01 |
| 0202090230 | PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR | R$ 1,89 |
| 0202090248 | PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS | R$ 1,89 |
| 0202090256 | PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA | R$ 1,89 |
| 0202090264 | PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA) | R$ 4,80 |
| 0202090272 | PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES | R$ 1,89 |
| 0202090299 | PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C) | R$ 1,89 |
| 0202090302 | PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE | R$ 1,89 |
| 0202090310 | REACAO DE PANDY | R$ 1,89 |
| 0202090329 | REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES | R$ 1,89 |
| 0202090337 | TESTE DE CLEMENTS | R$ 1,89 |
| 0202090345 | TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS | R$ 4,69 |
| 0202090353 | TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO | R$ 4,69 |
| 0202100014 | DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS) | R$ 180,00 |
| 0202100022 | DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS) | R$ 160,00 |
| 0202100030 | DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS) | R$ 160,00 |
| 0202100049 | QUANTIFICAÇÃO/AMPLIFICAÇÃO DO HER-2 | R$ 120,00 |
| 0202110010 | DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO) | R$ 8,80 |
| 0202110028 | DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO) | R$ 66,00 |
| 0202110036 | DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO) | R$ 66,00 |
| 0202110044 | DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO) | R$ 5,50 |
| 0202110052 | DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4 | R$ 12,10 |
| 0202110060 | DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO) | R$ 20,90 |
| 0202110079 | DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO) | R$ 5,50 |
| 0202110087 | DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO) | R$ 13,20 |
| 0202110095 | DOSAGEM DE 17 HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO) | R$ 8,00 |
| 0202110109 | DOSAGEM DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SANGUE EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO) | R$ 5,50 |
| 0202110117 | DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SORO | R$ 137,00 |
| 0202110125 | DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA | R$ 66,00 |
| 0202110133 | DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE | R$ 66,00 |
| 0202110141 | DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR | R$ 150,00 |
| 0202120015 | DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS | R$ 10,65 |
| 0202120023 | DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO | R$ 1,37 |
| 0202120031 | FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR | R$ 10,65 |
| 0202120040 | IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS | R$ 10,65 |
| 0202120058 | PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO | R$ 5,79 |
| 0202120066 | PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC | R$ 5,79 |
| 0202120074 | PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO | R$ 5,79 |
| 0202120082 | PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO) | R$ 1,37 |
| 0202120090 | TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA) | R$ 2,73 |
| 0202120104 | TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B | R$ 5,79 |

**Fonte: SIGTAP, 2019.**

**CLÁUSULA SEGUNDA – DO FUNDAMENTO LEGAL**

Constituição Federal, arts. 37, XXI e 199;

Lei 8.080/1990, arts. 24 e seguintes;

Lei 8.666/1993 e alterações;

PORTARIA Nº 24/SMS/GAB/2018 que cria a Comissão Especial de Credenciamento de Serviços de Saúde para Contratação de Prestadores de Serviços de Saúde para Secretaria Municipal de Saúde Florianópolis;

Norma Regulamentadora 32 -  NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde;

RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA – RDC Nº 50, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2002 - Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA – RDC Nº 306, DE 07 DE DEZEMBRO DE 2004 – Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde***.***

RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA – RDC Nº 302, DE 13 DE OUTUBRO DE 2005 - Dispõe sobre Regulamento Técnico para funcionamento de Laboratórios Clínicos.

RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 12, DE 16 DE FEVEREIRO DE 2012 - Dispõe sobre a Rede Brasileira de Laboratórios Analíticos em Saúde (REBLAS).

Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM): Resolução nº 2074/2014 e Resolução nº 813/77.

Manual para Acreditação do Sistema de Gestão da Qualidade de Laboratórios Clínicos. Sistema Nacional de Acreditação. 2016.

Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.

Resolução 1.821/2007 do Conselho Federal de Medicina - Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde;

Brasil. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação – 2012. Manual Técnico Operacional SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais -Aplicativos de captação da produção ambulatorial APAC Magnético – BPA Magnético VERSIA – DE-PARA – FPO Magnético. Disponível em: <http://www.saude.am.gov.br/docs/programas/bucal/manual_sia/Manual_Operacional_SIA_v_1.pdf>

Instrução Normativa nº 003/2013 da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis que regulamenta o processo de agendamento de consultas e exames especializados;

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Caderno 3: Orientações Técnicas sobre Auditoria na Assistência Ambulatorial e Hospitalar no SUS. 2005

Enunciado n° 18 COMESC/SC - Os profissionais de saúde que atendem pacientes encaminhados pelo Poder Público ou pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde, seja em estabelecimento privado conveniado ou contratado com o SUS, ou em estabelecimento eminentemente particular, são equiparados a agentes públicos para fins de responsabilização e devem observar as diretrizes e princípios que norteiam o sistema público de saúde, incluindo a observância dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e a proibição de cobrança ao paciente pelos serviços prestados;

E novas legislações ou outras que venham a substituir as existentes.

**CLÁUSULA TERCEIRA – DO TETO FINANCEIRO**

O valor mensal estimado será de R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_, apurado mediante a aplicação dos critérios técnicos descritos no Edital de Chamada Pública n° 008/2019;

**CLÁUSULA QUARTA – DA DOTAÇÃO ORCAMENTÁRIA**

A despesa decorrente deste contrato correrá por conta do Orçamento Fiscal de 2019 do Fundo Municipal de Saúde de Florianópolis, conforme descrito na Cláusula Terceira deste Termo, com as seguintes características:

Órgão:  
Funcional:

Projeto/Atividade:

Elemento da Despesa:

Fonte de Recursos:

- Recurso MAC:

- Recursos Próprios:

**CLÁUSULA QUINTA - DA FORMA DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

A prestação dos serviços deverá ocorrer conforme as condições a seguir estabelecidas, além daquelas previstas no Edital de Chamada Pública n° 008/2019:

1. A CONTRATADA deverá oferecer e realizar **todos** os exames descritos no Edital de Chamada Pública nº xxx/2019, os quais constam do **Grupo 02 – Procedimentos com Finalidade Diagnóstica; Sub Grupo 03 – Diagnóstico em Laboratório Clínico, compreendendo as Formas de organização 01 até 12 –**, conforme descrição na “Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde – SUS, inclusive quando da alteração ou inclusão de novos procedimentos nos referidos Grupo e Sub-Grupo;
2. A CONTRATADA deverá possuir sede no município de Florianópolis e, pelo menos, um Posto de Coleta no(s) Distrito(s) Sanitário em que se candidatar. Assim, a CONTRATADA poderá prestar serviço no Distrito em que possuir posto de coleta e/ou no Distrito em que está localizada a sede de sua instituição. Para isso, deverá preencher o ANEXO V do Edital de Chamada Pública nº 008/2019, indicando oferta para os todos locais que deseja prestar o serviço;
3. A CONTRATADA deverá realizar a coleta dos exames, a análise/laudo dos materiais coletados e fornecer o respectivo resultado, conforme regras descritas neste Edital de Chamada Pública;
4. O Posto de Coleta deverá realizar todos os procedimentos os quais o prestador contratado ofertou, devendo possuir inclusive a estrutura física necessária para realizar as coletas ginecológicas, uretrais e anais;
5. As despesas decorrentes de materiais de consumo, insumos, materiais, estruturais e equipamentos necessários ao perfeito e bom desempenho dos serviços, deverão ser disponibilizados pela CONTRATADA, sem ônus à Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis;
6. Os recursos humanos deverão ser disponibilizados pela CONTRATADA, conforme critérios para composição de quadro mínimo de profissionais necessários para prestação dos serviços contratados;
7. As despesas decorrentes do contrato dos profissionais, como salários, encargos sociais, fiscais, impostos, taxas e outros serão por conta da CONTRATADA;
8. A execução dos exames deverá ser realizada por meio de profissionais especializados, responsabilizando-se por quaisquer danos causados pelos mesmos aos pacientes, decorrentes de omissão, negligência, imperícia ou imprudência;
9. A CONTRATADA deverá garantir a comunicação com WebService do Sistema de Prontuário Eletrônico da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, por meio do qual o resultado do exame no formato de campo estruturado (com critérios definidos pela contratante) deverá ser comunicado. Acrescido a isso, quando solicitado pelo usuário, o prestador contratado deverá disponibilizar o resultado por meio de site com protocolo e senha;
10. A CONTRATADA deverá apresentar no laudo do exame:
11. identificação do laboratório;
12. endereço e telefone do laboratório;
13. identificação do Responsável Técnico(RT);
14. nº de registro do RT no respectivo conselho de classe profissional;
15. identificação do profissional que liberou o exame;
16. nº registro profissional que liberou o exame no respectivo conselho de classe profissional;
17. nome e registro de identificação do cliente no laboratório;
18. data da coleta da amostra;
19. data da emissão do laudo;
20. nome do exame, tipo de amostra e método analítico;
21. resultado do exame e unidade de medição;
22. valores de referência, limitações técnicas da metodologia e dados da interpretação;
23. observações pertinentes.
24. A CONTRATADA deverá transportar o material biológico de forma adequada e de acordo com as normas de biossegurança expedidas pela ANVISA;
25. A CONTRATADA deverá, obrigatoriamente, possuir os seguintes requisitos para a realização dos procedimentos de Laboratório Clínico: o Código Brasileiro de Ocupações (CBO), o Habilitação e serviço classificação, de acordo com o descrito na Tabela SIGTAP;
26. Em caso de a CONTRATADA não possuir os requisitos descritos no item “12” no momento da Habilitação (entrega dos documentos), esta deverá registrar-se no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, por meio da Gerência de Informação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Para informações, encaminhar e-mail para [atualizacnesfpolis@gmail.com](mailto:atualizacnesfpolis@gmail.com) ou por meio do telefone 3239-1584;
27. A Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis não se responsabilizará por intercorrências/glosas relacionadas ao processamento dos procedimentos nos Sistemas de Informação do Ministério da Saúde bem como, não realizará o pagamento de procedimentos ao prestador contratado quando este não possuir os critérios/cadastros mencionados no item “12”;
28. A CONTRATADA deverá manter em uso os equipamentos de automação e informatização capacidade de atendimento do volume de exames previsto, com configuração tecnológica vigente e de confiabilidade (técnica de dosagem, velocidade de testes, parâmetros e limites de detecção e quantificação);
29. É de responsabilidade da CONTRATADA a manutenção preventiva ou corretiva dos equipamentos, e no caso de defeitos desses, a CONTRATANTE deverá ser comunicada por escrito, não devendo interromper a manutenção do serviço prestado;
30. A CONTRATADA deverá atender às demais especificações contidas no Regulamento Técnico para funcionamento de Laboratórios Clínicos - RDC Nº 302, de 13 de outubro de 2005, ou outra normativa que vier a substituí-lo;
31. A CONTRATADA deve assegurar a confiabilidade dos serviços laboratoriais prestados, por meio de, no mínimo:
32. Controle interno de qualidade;
33. Controle externo de qualidade (ensaios de proficiência).
34. Os programas de Controle Interno da Qualidade (CIQ) e Controle Externo da Qualidade (CEQ) devem ser documentados, contemplando:
    1. Lista de analitos;
    2. Forme e controle e frequência de utilização;
    3. Limites e critérios de aceitabilidade para os resultados dos controles;
    4. Avaliação e registro dos resultados dos controles.
35. A CONTRATADA deverá realizar o Controle Externo da Qualidade (CEQ), contemplando:
36. Monitoramento do processo analítico pela análise das amostras controle, com registro dos resultados obtidos e análise dos dados;
37. Definição dos critérios de aceitação dos resultados por tipo de analito e de acordo com a metodologia utilizada;
38. Liberação ou rejeição das análises após avaliação dos resultados das amostras controle.
39. Ainda acerca do Controle Externo da Qualidade, a CONTRATADA deverá:
40. Participar de Ensaios de Proficiência para todos os exames realizados na sua rotina;
41. Para os exames não contemplados por programas de Ensaios de Proficiência, a CONTRATADA deverá adotar formas alternativas de Controle Externo da Qualidade descritas em literatura científica;
42. A participação em Ensaios de Proficiência deve ser individual para cada unidade da CONTRATADA que realiza as análises;
43. A normalização sobre o funcionamento dos Provedores de Ensaios de Proficiência é a definida em resolução específica da ANVISA – Rede Brasileira de Laboratórios Analíticos em Saúde (REBLAS);
44. A CONTRATADA deverá registrar os resultados do Controle Externo da Qualidade, inadequações, investigação de causas e ações tomadas para os resultados rejeitados ou nos quais a proficiência não foi obtida;
45. As amostras controle deverão ser analisadas da mesma forma que as amostras pacientes.
46. A CONTRATADA deverá atender às demais especificações contidas no Termo de Referência do Edital de Chamada Pública nº 008/2019;
47. A CONTRATADA deverá permitir o acompanhamento e a fiscalização dos serviços prestados pela CONTRATANTE ou Comissão designada para tal atividade. Para isso, a CONTRATADA deverá apresentar de imediato, materiais, documentos, prontuários ou demais informações necessárias ao acompanhamento e a fiscalização dos serviços prestados pela CONTRATANTE ou Comissão designada para tal;
48. A CONTRATADA deverá arquivar os laudos por, no mínimo, 5 (cinco) anos nos casos de exames negativos e 20 anos nos casos de exames positivos. Esses deverão estar facilmente recuperáveis e de forma a garantir sua rastreabilidade;
49. Caso haja necessidade de retificação em qualquer dado constante de laudo já emitido, a mesma deve ser feita em um novo laudo descrevendo a retificação realizada;
50. A CONTRATADA deverá responsabilizar-se por todos e quaisquer danos e/ou prejuízos a que vier causar às pacientes com relação aos laudos descrevendo a retificação realizada;
51. A CONTRATADA deverá executar, conforme a melhor técnica, os exames, obedecendo rigorosamente às normas técnicas respectivas;
52. Caso a CONTRATADA possua matriz e filial(is), somente poderá participar da presente Chamada Pública por meio de um único CNPJ, por meio do qual receberá os pagamentos caso seja contratada. O CNPJ deverá ser identificado em ofício de encaminhamento e nos respectivos exigidos nos Itens 6.1.1, 6.1.2, 6.1.3 e 6.1.4 do Edital nº 0XX/2019;
53. A produção dos serviços prestados deverá ser registrada e apresentada mensalmente pela CONTRATADA por meio dos seguintes instrumentos de registro: 1) Boletim de Produção Ambulatorial – BPA; 2) Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado - BPA-I; 3. Os sistemas utilizados para o processamento da produção são os Sistemas de Informação Ambulatorial/SIA -SUS do Ministério da Saúde;
54. Os arquivos das produções mensais deverão ser entregues de acordo com as seguintes orientações:

a) os arquivos provenientes do SIA deverão ser encaminhados por e-mail para o Setor de Processamento ([processamento.sms.fpolis@gmail.com](mailto:processamento.sms.fpolis@gmail.com)), até o 5º dia útil de cada mês;

b) o Relatório Financeiro Resumido deverá conter as seguintes informações: nome do procedimento, quantitativo de procedimentos realizados, valor total dos procedimentos realizados de acordo com SIGTAP e valor total de complementação;

c) Os modelos dos Relatórios Financeiros Resumido e de Coleta Domiciliar deverão estar de acordo com os modelos disponibilizados nos Anexos XI e XII deste Edital de Chamada Pública;

d) O prestador contratado deverá encaminhar a Relação Nominal dos usuários que realizaram coleta domiciliar. Além disso, deverá também enviar cópia digitalizada das autorizações do Sistema de Regulação Municipal e os respectivos pedidos médicos, os quais deverão ser encaminhados juntamente com o Relatório Financeiro Resumido;

e) o Relatório Financeiro Resumido das produções mensais deverá ser entregues à Gerência de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde, por meio eletrônico ([gecoaproducao@gmail.com](mailto:gecoaproducao@gmail.com)) com certificação digital, até o 5º dia útil de cada mês;

f) A Gerência de Controle e Avaliação poderá, a qualquer tempo, modificar os modelos Relatórios acima, assim como, solicitar outras informações referentes ao contrato, para fins de pagamento;

1. Havendo necessidade da realização de mutirões de exames objeto do Edital de Chamada Pública nº 008/2019 na rede municipal de saúde de Florianópolis, será solicitada a participação da CONTRATADA para que disponibilize sua equipe e estrutura física de acordo com a capacidade instalada de oferta. A organização dos mutirões ficará a cargo da SMS Florianópolis, bem como a definição do teto financeiro e quantidade de procedimentos a ser ofertados em cada mutirão;
2. Após finalização do processo de credenciamento, a CONTRATADA será convocada para realização de reunião com as áreas técnicas envolvidas da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, para repasse de informações operacionais e assinatura do Plano Operativo Assistencial;
3. Não poderá a CONTRATADA de comparecer na reunião de que trata o item “31” bem como, das demais reuniões convocadas pela Secretaria Municipal de Saúde;
4. A CONTRATADA que tiver firmado contrato previamente com a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis que tenha como objeto o mesmo deste Edital, deverá cumprir o teto físico-financeiro do contrato vigente e, somente após extrapolar esses tetos, é que serão pagos os valores dos procedimentos relativos ao novo contrato, proveniente do Edital de Chamada Pública nº 008/2019;
5. No caso da situação relatada no item “33”, o contrato vigente somente será rescindido quando da publicação de novo edital que contemple todos os itens do referido contrato, e sua respectiva assinatura;
6. Nos casos que houver constatação pela Equipe da Unidade Solicitante da necessidade de coleta domiciliar mediante critérios definidos pela Secretaria Municipal de Saúde e sua indicação no pedido do exame para COLETA DOMICILIAR, a CONTRATADA será remunerada no valor de R$ 20,00 para coleta do bloco de exames solicitados;
7. As coletas domiciliares serão, inicialmente, divididas por Distrito Sanitário. Caso esta Secretaria de Saúde identifique a necessidade, a CONTRATADA deverá realizar em qualquer localidade do município de Florianópolis, independentemente do Distrito Sanitário o qual ofertou exames, sem estabelecer limite máximo de coletas domiciliares a serem realizadas no mês;
8. A CONTRATADA não poderá estabelecer limite máximo de coletas domiciliares a serem realizadas no mês, sendo essas definidas de acordo com as necessidades dos Centros de Saúde;
9. Para fins de realização de coleta domiciliar, serão consideradas elegíveis as pessoas que apresentem pelo menos um dos seguintes critérios:
10. restrição ao leito;
11. dificuldade de locomoção para fora do domicílio sem acompanhante;
12. deficiência física, síndrome de imobilidade e/ou uso de prótese e/ou órtese que exija acompanhante;
13. déficit cognitivo que exija cuidador;
14. outras situações a serem definidas pelas Secretaria Municipal de Saúde.
15. Para fins de realização das coletas domiciliares, o prestador contratado deverá seguir seguintes diretrizes:
16. A coleta domiciliar não poderá ultrapassar o horário das 09:00h;
17. Em relação aos critérios de coleta domiciliar: na hipótese de o prestador identificar que o caso não seja de coleta domiciliar, deverá encaminhar comunicação à Gerência de Controle e Avaliação desta Secretaria de Saúde;
18. A SMS poderá disponibilizar profissional designado pela Equipe de Saúde da Família para acompanhar a realização da coleta. Nesse caso, o prestador contratado deverá prover transporte por meio de carro (obrigatoriamente) do Centro de Saúde até a residência e o seu retorno.
19. Todas as coletas de exames deverão ser realizadas no mês de vigência da autorização, independente da data autorizada. Caso a solicitação do prescritor conste de pedido de prioridade/urgência, a CONTRATADA deverá realizar o procedimento de imediato, independente do mês de autorização;
20. Os resultados dos exames abaixo discriminados deverão, obrigatoriamente, estar disponíveis no prazo de 24 horas:

**Quadro 02: Exames que deverão obrigatoriamente estar disponíveis em 24 horas.**

|  |
| --- |
| **EXAMES** |
| HEMOGRAMA |
| GLICOSE |
| ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO NA URINA |
| COLESTEROL TOTAL |
| TRIGLICERIDEOS |
| COLESTEROL (HDL) |
| CREATININA |
| TRANSAMINASE PIRUVICA (ALANINA AMINO TRANSFERASE) |
| TRANSAMINASE OXALACETICA (ASPARTATO AMINO TRANSFERASE) |
| HEMOGLOBINA GLICOSILADA |
| DOSAGEM DE POTASSIO |
| ACIDO URICO |
| FERRITINA |
| DOSAGEM DE SODIO |
| DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA |
| GAMA-GLUTAMIL TRANSFERASE - GAMA GT |
| GONADOTROFINA CORIONICA - BETA HCG |
| VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS) |
| FOSFATASE ALCALINA |
| DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP) |
| CALCIO |
| BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES |
| CREATINOFOSFOQUINASE (CPK) |
| FERRO SERICO |
| TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA) |
| PROTEINA C REATIVA, DETERMINACAO QUANTITATIVA |
| CALCIO IONIZAVEL |
| PROTEINAS TOTAIS E FRACOES |

1. Além dos prazos estabelecidos para entrega dos exames descritos no item “40”, a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis poderá dispor de outros prazos, conforme sua necessidade e caberá ao prestador contratado seu cumprimento;
2. A CONTRATADA deverá integrar-se ao Sistema de Regulação Municipal e ao Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS, destinando equipamento necessário para operacionalização do mesmo e indicando pelo menos 01 (um) profissional para ser treinado e apto a utilizar os Sistemas;
3. A CONTRATADA deverá atender os usuários agendados pelo Complexo Regulador Municipal, provenientes da Rede Municipal de Saúde de Florianópolis e/ou dos municípios da Região da Grande Florianópolis, em dias e horário previamente acordados com a Gerência de Regulação, com garantia de atendimento integral em todos os procedimentos contratualizados e de acordo com os tetos físico e financeiro, programado para cada grupo de procedimentos;
4. A CONTRATADA deverá seguir os seguintes critérios referentes à: (i) confirmação do atendimento; ; (ii) afastamentos; (iii) reagendamento de usuários e; (iv) monitoramento de absenteísmo e reutilização do teto financeiro;

i) Confirmação do atendimento:

Todo atendimento realizado deverá, obrigatoriamente, ser confirmado no Sistema de Regulação Municipal em até 48h, pela CONTRATADA, ou outro prazo estabelecido por esta Secretaria. A Gerência de Regulação realizará periodicamente o monitoramento desse indicador e, quando não identificada a realização de tal atividade, este receberá advertência por escrito. Após a comunicação formal, o prestador que persistir na ausência de confirmação da realização do exame e/ou consulta e/ou procedimento terá seu pagamento suspenso, até regularizar a situação;

ii) Afastamentos:

Situações de afastamento (férias, licença saúde, entre outras) e alterações devem ser comunicadas com antecedência mínima de 30 (trinta) dias. . Caso a CONTRATADA não envie comunicação nesse período, caberá advertência. Na hipótese de persistência do fato gerador da punição, haverá segunda advertência e solicitado a CONTRATADA que elabore um Plano de Ajuste de Conduta. Assim, o caso será avaliado pela Gerência de Controle e Avaliação, Comissão de Credenciamento de Serviços de Saúde e juntamente das demais áreas técnicas que se considerarem necessárias, para realizar o monitoramento e avaliação das ações descritas e pactuadas no Plano de Ajuste de Conduta.

iii) Reagendamento de usuários:

Nos casos em que ocorra necessidade de reagendamento do usuário por motivos alheios a esta Secretaria, caso já tenham usuários agendados, a responsabilidade da comunicação do reagendamento é da CONTRATADA. Estão ressalvadas as situações que apresentarem justificativa por escrito, que serão avaliadas pelo gestor do contrato. Nos casos em que haja previsão de afastamento do profissional (a exemplo: exoneração, férias, congressos, etc) devem ser comunicadas com antecedência mínima 30 (trinta) dias a Gerência de Regulação da Secretaria de Saúde de Florianópolis para que esta efetue os ajustes necessários.

1. É vedada a realização de exames quando houver adulterações nas respectivas solicitações médicas e/ou autorizações do Sistema de Regulação Municipal. Excetuam-se os casos em que a adulteração na solicitação médica vir obrigatoriamente acompanhada de assinatura adicional e número do registro no respectivo Conselho Profissional e a devida autorização do Sistema de Regulação Municipal de acordo com a nova solicitação médica;
2. Em caso de não cumprimento da oferta contratada, a CONTRATADA deverá comunicar o motivo e a solicitação de prazo para a regularização da situação à Gerência de Regulação e Gerência de Controle e Avaliação, no prazo máximo 07 dias. O gestor do contrato avaliará e deliberará acerca do atendimento do prazo solicitado pela contratada para regularizar a situação. Caso o prestador não cumpra a oferta contratada por mais de dois meses consecutivos ou três meses intercalados, sem justificativa, o contrato poderá ser rescindido, observando o processo legal.

**CLÁUSULA SEXTA – DAS OBRIGAÇÕES DA PRESTACÃO DOS SERVICOS DA CONTRATADA**

1. A CONTRATADA deverá apresentar a documentação exigida no Edital de Chamada Pública nº 008/2019;
2. A CONTRATADA deverá ter sede em Florianópolis;
3. A CONTRATADA deverá realizar **todos** os procedimentos descritos neste edital;
4. Integrar-se ao Complexo Regulador de Florianópolis – ambulatorial para agendamento dos procedimentos, destinando equipamento necessário para operacionalização do mesmo e indicando pelo menos 01 (um) profissional para ser treinado e apto a utilizar o sistema;
5. Não poderá haver qualquer distinção entre o atendimento destinado aos pacientes do SUS e os demais pacientes atendidos pela CONTRATADA;
6. A CONTRATADA deverá receber as amostras, entregar os resultados e efetuar as coletas para os serviços de saúde contratualizadas e/ou municípios pactuados em PPI, em dias úteis, das 08:00 às 17:00 horas, ininterruptamente.
7. A cobrança de valores dos exames listados no Edital de Chamada Pública nº 008/2019 dos pacientes ou de seus responsáveis acarretará na imediata rescisão do contrato e sujeição à Declaração de Inidoneidade e responsabilização Civil e Criminal;
8. O exame cujo resultado se apresente incompatível com a clínica do paciente poderá ser novamente requerido pelo profissional solicitante com a devida justificativa, devendo este ser realizado sem custo para esta Secretaria de Saúde. Estes casos serão remetidos à Comissão de Avaliação da Qualidade dos Serviços do SUS, conforme fluxo estabelecido por essa, ou à Comissão de Credenciamento dos Serviços do SUS que poderão, após anuência do Gestor Municipal, a necessidade de revisão da rotina de realização do exame com vistas a garantir a acurácia do mesmo;
9. Em caso de não cumprimento da oferta contratada, a CONTRATADA deverá comunicar o motivo e a solicitação de prazo para a regularização da situação à Gerência de Regulação e Gerência de Controle e Avaliação, em um prazo de no máximo 07 dias. O gestor do contrato avaliará e deliberará acerca do atendimento do prazo solicitado pela contratada para regularizar a situação. Caso a CONTRATADA não cumpra a oferta contratada por mais de dois meses consecutivos ou três meses intercalados, sem justificativa, o contrato poderá ser rescindido, observado o processo legal;
10. Na hipótese de identificação de irregularidade na oferta dos procedimentos, a CONTRATADA será notificada. Caso a situação não seja restabelecida ou ocorra reincidência, a CONTRATADA será novamente notificada. Ressalta-se que as referidas notificações ocorrerão mediante anuência do Gestor Municipal. Na ocorrência de duas notificações, o contrato poderá ter aplicação de multa conforme “CLÁUSULA NONA – DAS PENALIDADES”, contida na Minuta Contratual, e/ou ser suspenso temporariamente para apuração dos fatos;
11. Na situação de suspensão contratual temporária, caberá a comissão de Credenciamento de Serviços de Saúde, e/ou Comissão de Avaliação de Qualidade dos Serviços realizados no Sistema Único de Saúde, com anuência do Gestor Municipal, deliberarem pela sua manutenção ou retomada dos serviços, de forma que na hipótese da última citada, essa ocorrerá mediante a elaboração e apresentação de um Plano de Ajuste de Conduta, pela CONTRATADA;
12. Na hipótese da necessidade da elaboração do Plano de Ajuste de Conduta pela CONTRATADA, este Plano deverá ser aprovado pela Comissão de Credenciamento de Serviços de Saúde e/ou Comissão de Avaliação de Qualidade dos Serviços realizados no Sistema Único de Saúde e Gestor Municipal;
13. Caberá a Gerência de Controle e Avaliação, á Comissão de Credenciamento de Serviços de Saúde e á Comissão de Avaliação de Qualidade dos Serviços realizados no Sistema Único de Saúde, juntamente das demais áreas técnicas que se considerarem necessárias, realizar o monitoramento e avaliação das ações descritas e pactuadas no Plano de Ajuste de Conduta;
14. Na inobservância das cláusulas descritas e pactuadas no Plano de Ajuste de Conduta Firmado entre a referida CONTRATADA e a Secretaria Municipal de Saúde, deverá o Gestor Municipal, juntamente dos membros da Comissão de Credenciamento de Serviços de Saúde, e/ou Comissão de Avaliação de Qualidade dos Serviços Realizados no Sistema Único de Saúde, avaliar acerca da rescisão do contrato, respeitando o contraditório e a ampla defesa;
15. A CONTRATADA responderá exclusiva e integralmente pela utilização de pessoal para a execução do objeto contratado, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a Secretaria Municipal de Saúde;
16. A CONTRATADA deverá manter-se, durante a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações anteriores e com as condições de habilitação exigidas neste instrumento;
17. Cumprir as exigências presentes na RDC ANVISA 302/2005 e manual DICQ ou legislação que venha a substituí-los;
18. Realizar os atendimentos/procedimentos somente quando indicados pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, agendados pelo Sistema de Regulação Municipal;
19. A CONTRATADA deverá seguir os seguintes critérios referentes à: (i) confirmação do atendimento; (ii) afastamento; (iii) modelo de agenda e (iv) reagendamento de usuários, conforme descrito no item “7.2 DA REGULAÇÃO DOS SERVIÇOS PELA CONTRANTE” do Edital de Chamada Pública nº 008/2019;
20. É vedada a realização de exames quando houver adulterações nas respectivas solicitações médicas e/ou autorizações do Sistema de Regulação Municipal. Excetuam-se os casos em que a adulteração na solicitação do profissional assistente vir obrigatoriamente acompanhada de assinatura adicional, número do registro no respectivo Conselho Profissional e a devida autorização no Sistema de Regulação Municipal de acordo com a nova solicitação médica;
21. A CONTRATADA deverá manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, compreendendo os dados referentes aos profissionais, alvará sanitário, serviços oferecidos, atendimento prestado, instalações físicas, dados bancários, equipamentos, postos de coleta, telefone, endereço e horário de funcionamento;
22. A CONTRATADA deverá possuir: o código CBO, o serviço classificação e a habilitação necessária para a realização dos exames de Laboratório Clínico, de acordo com descrito na Tabela SIGTAP;
23. A produção dos serviços prestados deverá ser registrada e apresentada mensalmente pela CONTRATADA, por meio do Sistema de Informação Ambulatorial, ou outro sistema disponibilizado pelo Ministério da Saúde;
24. Nos casos em que a Instituição terceirize seus serviços, apresentar Contrato de Terceirização e o Alvará Sanitário do Terceirizado. A terceirização dos serviços prestados não poderá exceder 25% do rol de procedimentos descritos no Termo de Referência do Edital de Chamada Pública nº xxx/2019 (ANEXO I). Posteriormente o recebimento da referida documentação, essa passará por aprovação por escrito, do gestor municipal;
25. A CONTRATADA deverá estar disponível a prestação do serviço contratado a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis a partir do momento da assinatura do contrato;
26. A CONTRATADA ficará sujeita à auditoria do Sistema Único de Saúde durante a vigência do contrato;
27. Comunicar à Secretaria Municipal de Saúde toda e qualquer alteração de dados cadastrais para atualização;
28. Responsabilizar-se por todos e quaisquer danos e/ou prejuízos a que vier causar a Secretaria de Saúde de Florianópolis ou terceiros, tendo como agente a CONTRATADA, na pessoa de prepostos ou estranhos;
29. Apresentar sempre que solicitado pela Secretaria de Saúde, comprovação de cumprimento das obrigações tributárias e sociais legalmente exigidas;
30. Aceitar, nos termos do §1º do artigo 65 da Lei 8.666/93, a CONTRATADA, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessárias na oferta de serviços, em até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato;
31. Estar em conformidade com os seguintes critérios para Habilitação:

I - O serviço deve ter um responsável técnico habilitado, registrado no Conselho Regional de Medicina, Farmácia ou Biomedicina, e um profissional legalmente habilitado para substituí-lo;

II - O responsável técnico e seu substituto devem possuir Título de Especialista emitido pelo Conselho Regional do Estado de Santa Catarina;

1. Não poderá haver qualquer obstáculo ou impedimento às vistorias técnicas que serão realizadas pelas Comissões de Credenciamento de Serviços de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde e de Avaliação da Qualidade dos Serviços Prestados no SUS, ou qualquer área técnica da Secretaria Municipal de Saúde;

**CLÁUSULA SÉTIMA** - **DA APRESENTAÇÃO DAS CONTAS E PAGAMENTO**

1. O(s) prestador (es) contratado(s) deverá(ão) utilizar o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e /ou Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Sistema Único de Saúde, ou qualquer outro que venha a ser substituído ou solicitado pelo Ministério da saúde, para realização do fechamento de sua produção mensal, que será validado e pago após processamento e liberação pelo Ministério da Saúde, obedecendo ao procedimento e aos prazos estabelecidos pelo Gestor Local;
2. Os arquivos da produção mensal deverão ser entregues de acordo com as seguintes orientações:
3. os arquivos provenientes do SIA deverão ser encaminhados por e-mail para o Setor de Processamento ([processamento.sms.fpolis@gmail.com](mailto:processamento.sms.fpolis@gmail.com)), até o 5º dia útil de cada mês;
4. o Relatório Financeiro Resumido deverá conter as seguintes informações: nome do procedimento, quantitativo de procedimentos realizados, valor total dos procedimentos realizados de acordo com SIGTAP e valor total de complementação;
5. o modelo do Relatório Financeiro Resumido e de Coleta Domiciliar deverão estar de acordo com os modelos disponibilizados nos Anexos XI e XII do Edital de Chamada Pública nº xxx/2019;
6. a CONTRATADA deverá encaminhar a Relação Nominal dos usuários que realizaram coleta domiciliar. Além disso, deverá também enviar cópia digitalizada das autorizações do Sistema de Regulação Municipal e os respectivos pedidos médicos, os quais deverão ser encaminhados juntamente com o Relatório Financeiro Resumido;
7. o Relatório Financeiro Resumido das produções mensais deverá ser entregues à Gerência de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde, por meio eletrônico ([gecoaproducao@gmail.com](mailto:gecoaproducao@gmail.com)) com certificação digital, até o 5º dia útil de cada mês;
8. A Gerência de Controle e Avaliação poderá, a qualquer tempo, modificar os modelos Relatórios acima, assim como, solicitar outras informações referentes ao contrato, para fins de pagamento;
9. Caberá a Gerência de Controle e Avaliação desta Secretaria de Saúde, após recebimento dos Relatórios Financeiros, realizar uma pré-análise da documentação. Caso seja necessário realizar correções essas serão comunicadas a CONTRATADA. Caso não sejam realizadas as correções em tempo definido por essa gerência para pagamento na competência, o prestador poderá não receber naquele mês, devendo apresentar a produção corrigida na competência seguinte.
10. Após a entrega do arquivo do processamento (5º dia útil), o relatório de crítica do arquivo processado deverá ser divulgado em até 30 (trinta) dias. Após sua divulgação no site da Secretaria Municipal de Saúde e autorização do pedido de nota pelo Setor Financeiro, o prestador deverá apresentar a Nota Fiscal na Gerência de Controle e Avaliação, para a respectiva validação e “aceite” da nota fiscal pelo Fiscal do Contrato. O “aceite” deverá ser realizado em até 15 dias após a entrega da nota fiscal pelo prestador, que será encaminhada à Assessoria Financeira para efetuar o pagamento.
11. O pagamento será efetuado por meio da apresentação da nota Fiscal, em reais, que deve apresentar em seu corpo de descrição: o número do contrato, tipo do recurso a ser utilizado (Recursos Vinculados), o objeto do contrato e competência da produção;

**CLÁUSULA OITAVA - DAS PENALIDADES**

A inobservância, pela contratada, de cláusula ou obrigação constante deste contrato ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente autorizará a contratante a aplicar-lhe as sanções previstas na Lei Federal nº 8.666, de 1993, ou seja:

I - Advertência;

II - Suspensão temporária de participar em licitação e impedimento de contratar com a administração por até 2 (dois) anos;

III - Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a administração, enquanto perdurarem os motivos da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida desde que ressarcida a administração dos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base na alínea anterior;

IV - Multa a ser cobrada segundo os seguintes critérios:

1) Pela inexecução total do objeto do contrato, multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor mensal estimado dos serviços contratados;

2) Pelo retardamento no início da prestação dos serviços contratados, multa diária de 1% (um por cento) sobre o valor estimado dos serviços em atraso até o 10º dia, data a partir da qual se caracterizará o inadimplemento absoluto;

3) Pela inexecução parcial, multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor correspondente à parcela dos serviços inexecutados ou executados em desacordo com o presente contrato ou com as normas legais e infra-legais aplicáveis à espécie;

4) Pelo descumprimento de qualquer outra cláusula, que não diga respeito diretamente à execução do objeto do contrato, multa de 0,5% (meio ponto percentual) sobre o valor mensal estimado dos serviços contratados;

5) Pela rescisão do contrato por culpa da contratada, multa de 10% (dez por cento) sobre o valor mensal estimado dos serviços contratados.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, consideradas as circunstâncias objetivas de cada ocorrência.

PARÁGRAFO SEGUNDO - As sanções previstas nos itens I, II e III desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com multa.

PARÁGRAFO TERCEIRO - A contratada terá o prazo de 5 (cinco) dias úteis, a partir da data da publicação, para interpor recurso contra a aplicação de qualquer penalidade, a ser dirigido diretamente ao Secretário de Saúde.

PARÁGRAFO QUARTO - O valor de eventuais multas será descontado dos pagamentos devidos à contratada.

PARÁGRAFO QUINTO - A imposição de qualquer das sanções não ilidirá o direito da contratante exigir indenização integral dos prejuízos que o fato gerador da penalidade tiver acarretado para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal ou ética do autor do fato.

PARÁGRAFO SEXTO - A violação ao disposto na Cláusula Oitava deste contrato, além de sujeitar a contratada às sanções previstas nesta cláusula, autorizará a contratante a reter, do montante devido à contratada, o valor indevidamente cobrado, para fins de ressarcimento dos usuários do SUS.

PARÁGRAFO SÉTIMO - A contratada deverá garantir o acesso às suas dependências do Conselho de Saúde, no exercício do seu poder de fiscalização.

**CLÁUSULA NONA - DO REAJUSTE DE PREÇO**

1. Os preços serão sempre aqueles praticados na “Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS”, sendo que os reajustes aplicados aos procedimentos constantes na referida Tabela obedecerão às determinações do Ministério da Saúde;
2. Os valores pagos com recursos próprios à CONTRATADA para a realização das coletas domiciliares não sofrerão reajustes.

**CLÁUSULA DÉCIMA – DA SUSPENSÃO POR INTERESSE DA CONTRATANTE**

A CONTRATANTE poderá́, a qualquer tempo, suspender a prestação dos serviços, ou de parte deles, desde que notifique por escrito à CONTRATADA, conforme preceitua a Lei nº 8.666/93 em seu artigo 78, inciso XIV.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA**

A execução do presente contrato será avaliada pelos órgãos competentes do SUS, mediante procedimentos de supervisão direta e indireta ou “in loco”, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste instrumento, à verificação do movimento dos procedimentos/atendimentos e de quaisquer outros dados necessários ao controle, avaliação e auditoria dos serviços prestados.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - A contratante poderá efetuar vistorias nas instalações da contratada para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas comprovadas por ocasião da assinatura deste contrato, de acordo com os critérios vigentes na legislação.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa da contratada poderá ensejar a não prorrogação deste contrato ou a revisão das condições ora estipuladas.

PARÁGRAFO TERCEIRO - A fiscalização exercida pela contratante sobre os serviços ora contratados não eximirá a contratante da sua plena responsabilidade perante o Ministério da Saúde, a própria contratante ou usuários e terceiros, decorrente de culpa ou dolo na execução do contrato.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA- GESTOR E FISCAL DO CONTRATO**

A CONTRATANTE designa o/a servidor/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_para atuar como fiscal responsável pela execução do presente contrato, conforme determina o artigo 67 da Lei no. 8.666/93.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DO PRAZO E DA VIGENCIA**

O prazo do contrato terá́ vigência a partir da data de sua assinatura até 31 de dezembro de 2019, podendo ser prorrogado por meio de Termos Aditivos, conforme art. 57 da Lei 8666/93.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA PUBLICACÃO**

O presente Termo deverá ser publicado, em extrato, no Diário Oficial do Município de Florianópolis.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA– DA ALTERACÃO DO CONTRATO**

Este contrato poderá́ ser alterado, exceto em seu objeto, nos casos previstos no artigo 65 da Lei no 8.666/93, por meio de Termos Aditivos e por acordo entre as partes.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DA RESCISÃO DO CONTRATO**

1. A rescisão contratual poderá ser:

1.1 Determinada por ato unilateral e escrito da CONTRATANTE, desde que haja a notificação da CONTRATADA com prazo de 30 (trinta) dias de antecedência;

1.1.1 Determinada por ato unilateral e escrito da CONTRATANTE, nos casos enumerados nos incisos I a XII e XVII do art. 78 da Lei Federal 8.666/93;

1.1.2 Amigável, por acordo entre as partes, mediante autorização escrita e fundamentada da autoridade competente, reduzida a termo no processo licitatório, desde que haja conveniência da CONTRATANTE.

1.2 A inexecução total ou parcial do Contrato enseja sua rescisão pela CONTRATANTE, com as consequências previstas na Cláusula Sétima;

1.3 Constituem motivos para rescisão do Contrato os previstos no art. 78 da Lei Federal 8.666/93;

1.4 A rescisão contratual de que trata o inciso I do art 78 acarretará as consequências previstas no art 80, incisos I a IV, ambos da Lei Federal 8.666/93.

**CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DO FORO**

Fica eleito o Foro da Comarca da Capital do Estado de Santa Catarina, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir questões resultantes do presente contrato não resolvidas na esfera administrativa.

E, por estarem assim justas e contratadas, as partes firmam o presente contrato na data abaixo indicada, em 03 (três) vias de igual teor e forma.

Florianópolis, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2019.

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

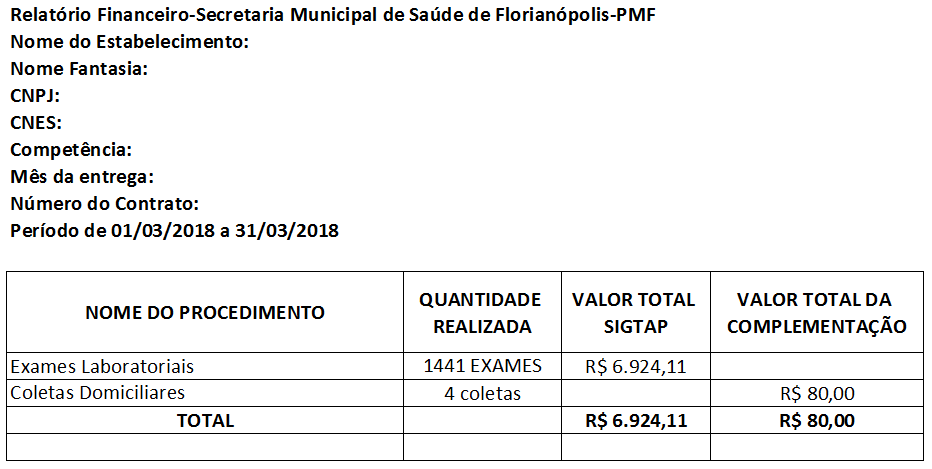
**CONTRATANTE**

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

**CONTRATADA**

**ANEXO XI**

**RELATÓRIO FINANCEIRO RESUMIDO**

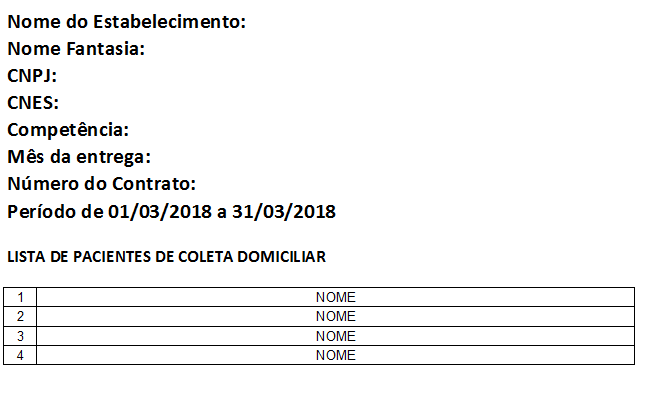
****

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

**ASSINATURA DO RESPONSÁVEL**

**ANEXO XII**

**RELATÓRIO FINANCEIRO DE COLETA DOMICILIAR**

****

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

**ASSINATURA DO RESPONSÁVEL**