



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO**

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO DE
LABORATÓRIOS DE ANÁLISES CLÍNICAS**

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 01-052000/2022 - PMC

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2022-SMS

**OBJETO: CREDENCIAMENTO DE LABORATÓRIOS DE APOIO PARA SERVIÇOS
DE ANÁLISES CLÍNICAS NO MUNICÍPIO DE CURITIBA.**

PROPOSTAS: Serão recebidas, **exclusivamente**, no LABORATÓRIO MUNICIPAL DE CURITIBA (AUDITÓRIO), sito à rua Primo Lourenço Tosin, 1021 – Bairro Novo Mundo – Curitiba/PR, no dia **08 (segunda-feira) de agosto de 2022**, no horário das **14:00hs às 18:00hs**. Não serão aceitas propostas encaminhadas fora do horário determinado nem por outro meio que não seja o contido neste Edital.

Curitiba, 05 de julho de 2022.

TAMARA CRISTINA MATZEMBACHER PANIZZA
Presidente da Comissão



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO

I – INTRODUÇÃO

A Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba representada pela Comissão de Acompanhamento do processo de Chamamento Público designada pela Portaria nº 10 de 11/02/2022, torna público para conhecimento dos interessados, o chamamento público para “**CREDENCIAMENTO DE LABORATÓRIOS DE APOIO PARA SERVIÇOS DE ANÁLISES CLÍNICAS NO MUNICÍPIO DE CURITIBA**”, em conformidade com a Lei Federal nº 8666/93, Decreto Municipal nº 610/2019, Portarias de Consolidação do Ministério da Saúde nº 01, nº 03, nº 05 e nº 06 de 28 de setembro de 2017, e de acordo com as seguintes condições deste Termo de Referência.

II. DO OBJETO:

CREDENCIAMENTO DE LABORATÓRIOS DE APOIO PARA SERVIÇOS DE ANÁLISES CLÍNICAS NO MUNICÍPIO DE CURITIBA, mediante contrato. Os estabelecimentos contratados realizarão procedimentos referidos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, ambulatorial, hospitalar, hospital Dia, Internação Domiciliar, Assistência Domiciliar, Atenção Domiciliar do SUS – SIGTAP, em vigência, conforme TABELA no **ANEXO I**.

III. DO QUANTITATIVO E VALOR PROGRAMADO/ESTIMADO

1. Serão contratados procedimentos até o limite da programação física anual estabelecida, sendo a programação de até 300.000 (trezentos mil) exames, o que corresponderá a um limite orçamentário – financeiro anual de até R\$1.500.000 (Um milhão e quinhentos mil reais).

1.1. A programação mensal corresponderá de até 25.000 (Vinte e cinco mil) exames, correspondendo ao limite orçamentário-financeiro mensal de até R\$ 125.000,00 (Cento e vinte e cinco mil reais).

1.2. Os procedimentos deverão ser executados atendendo aos atributos estabelecidos pelo Ministério da Saúde no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Ambulatorial, Hospitalar, Hospital Dia, Internação Domiciliar, Assistência Domiciliar, Atenção Domiciliar do SUS – SIGTAP, em vigência, conforme TABELA do SUS – SIGTAP publicado no site www.sigtap.datasus.gov.br.

1.3. A população a ser atendida é de usuários do Sistema Único de Saúde do Município de Curitiba.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO**

IV. DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO (PRAZOS)

1. Para conhecimento dos interessados que no **dia 08/08/2022, no horário das 14:00 às 18:00 horas**, será recebida a documentação para CREDENCIAMENTO DE LABORATÓRIOS DE APOIO PARA SERVIÇOS DE ANÁLISES CLÍNICAS NO MUNICÍPIO DE CURITIBA.

2. A entrega física dos documentos para as Fases 1 e 2, deverá ser em envelope fechado e lacrado contendo os documentos exigidos, no LABORATÓRIO MUNICIPAL DE CURITIBA (AUDITÓRIO), à rua Primo Lourenço Tosin, 1021 – Bairro Novo Mundo, Curitiba/PR, no qual deverá constar em sua parte externa e frontal a seguinte informação:

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CREDENCIAMENTO DE LABORATÓRIOS DE APOIO PARA SERVIÇOS
DE ANÁLISES CLÍNICAS NO MUNICÍPIO DE CURITIBA
EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2022 - SMS
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 01-052000/2022 - PMC
LOCAL: Rua Primo Lourenço Tosin, 1021 – Bairro Novo Mundo,
Curitiba/PR
RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA

3. A abertura dos envelopes será realizada no **dia 09/08/2022, às 9h00min no LABORATÓRIO MUNICIPAL DE CURITIBA (AUDITÓRIO)**, à Rua Primo Lourenço Tosin, 1021 – Bairro Novo Mundo, Curitiba/PR, Auditório, e ficando a critério dos participantes o acompanhamento da análise dos documentos.

4. As dúvidas, informações ou outros elementos necessários ao perfeito entendimento do presente edital, deverão ser encaminhados por escrito até 05 (cinco) dias úteis antes do prazo final para a entrega da documentação e, serão dirimidos pela Comissão de Acompanhamento do processo de Chamamento Público em até 2 (dois) dias úteis anteriores ao mesmo prazo, no endereço eletrônico: gerencialab@sms.curitiba.pr.gov.br.

V. DO RECURSO FINANCEIRO:

1. O presente CHAMAMENTO PÚBLICO destina-se a suprir as necessidades da Secretaria Municipal da Saúde, devendo sua despesa, para o exercício de 2022, onerar as seguintes dotações orçamentárias:

33001.10302.0003.2003.339039.3.1.496 50 - 30

VI. DISPOSIÇÕES GERAIS:



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO

1. O(s) estabelecimento(s) credenciado(s) deverá(ão), obrigatoriamente, executar **todos os procedimentos** de Análises Clínicas, discriminados no **ANEXO I** deste Regulamento.
2. Os estabelecimentos de saúde interessados em participar deste processo de credenciamento deverão encaminhar todos os documentos exigidos neste Regulamento, no prazo estabelecido, independentes de estarem atualmente credenciados junto ao SUS – Curitiba.
3. A direção municipal do Sistema Único de Saúde dará preferência para participação complementar no Sistema, às entidades filantrópicas e às entidades sem fins lucrativos.
4. Nos moldes preceituados na Portaria GM/MS nº 1034, de 5 de maio de 2010, tendo em vista que o objetivo do presente credenciamento é a compra de serviços de saúde, celebrar-se-á contrato administrativo.
5. Eventual modificação no presente Regulamento terá divulgação pela mesma forma dada ao texto original, reabrindo-se o prazo inicialmente estabelecido.
6. A convocação pública para o credenciamento de estabelecimentos de saúde visando o **CRENCIAMENTO DE LABORATÓRIOS DE APOIO PARA SERVIÇOS DE ANÁLISES CLÍNICAS NO MUNICÍPIO DE CURITIBA**, observará as seguintes etapas:
 - a) Publicação do Aviso de Credenciamento, em pelo menos um meio de comunicação de ampla circulação, nesta Capital, bem como no sítio eletrônico da Prefeitura Municipal de Curitiba (PMC);
 - b) Recebimento das documentações dos interessados, relativas à Fase 1 - habilitação jurídica, regularidade fiscal e qualificação técnica, no dia 08/08/2022, no horário das 14:00h às 18:00h;
 - c) Avaliação da documentação de habilitação para Fase 1, divulgação do resultado e recurso do prazo de 5 (cinco) dias úteis para interposição de eventuais recursos;
 - d) Realização das vistorias técnicas “*IN LOCO*”, conforme **ANEXO XVI**, relativas à Fase 2 por Equipe Técnica, especificamente constituída para este fim, nos Estabelecimentos de Saúde habilitados na fase documental e emissão de parecer técnico;
 - d.1. A documentação técnica apresentada pelo laboratório participante, deverá estar em concordância com os itens exigidos na vistoria;
 - e) Análise dos documentos e do parecer técnico referido no item anterior (item d), pela Comissão de Credenciamento, com divulgação dos resultados e recurso no prazo de 5 (cinco) dias úteis para interposição de eventuais recursos;



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO**

-
- f) Convocação oficial para Cadastro no Portal E-Compras “www.e-compras.curitiba.pr.gov.br”, relativo à Fase 3, com aprovação do cadastro e da Análise do Balanço Patrimonial pela Secretaria Municipal das Finanças;
f.1. O prazo para cadastro e anexação de outros documentos e do Balanço Patrimonial no Portal E-Compras será de 5 (cinco) dias úteis a partir da convocação;
- g) Resultado da análise econômica – financeira, sendo que o Balanço deverá ser aprovado pela Secretaria Municipal das Finanças, com divulgação dos resultados e recurso no prazo de 5 (cinco) dias úteis para interposição de eventuais recursos;
- h) Homologação do resultado final.
- g) Celebração dos contratos de prestação de serviços entre os Estabelecimentos de Saúde e o Gestor Municipal.

VII. DA DOCUMENTAÇÃO PARA FASE 1 DE HABILITAÇÃO DOS DOCUMENTOS

1. A documentação relativa à habilitação jurídica consistirá em:

- 1.1. Cópia Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedade por ações, acompanhado de documentos de eleições de seus administradores;
- 1.2. Cópia da Inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício;
- 1.3. Cópia da Inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em vigência;
- 1.4. Cópia do Documentos relacionados no art. 6º da Portaria nº 358/GM de 22 de fevereiro de 2006 (registro no Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS e Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social – CEBAS atualizados), em se tratando de entidade filantrópica e sem fins lucrativos.

2. A documentação relativa à regularidade fiscal consistirá em:

- 2.1. Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ), demonstrando que a empresa se encontra em situação cadastral ativa;
- 2.2. Prova de Regularidade para com a Fazenda Federal, Estadual e Municipal (art. 29, inciso III da Lei nº 8666/93). A exigência de que trata este item assim resume:
- 2.2.1. Certidão Negativa de Tributos Municipais;
- 2.2.2. Certidão Negativa de Tributos Estaduais;



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO**

2.2.3. Certidão de Regularidade de Tributos Federais/Dívida Ativa da União e Contribuições Previdenciárias.

2.3. Prova de Regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei, expedida pela CEF, conforme Decreto nº 2.291, de 21 de novembro de 1986;

2.4. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT) expedido pelo TRT (Tribunal Regional do Trabalho);

2.5. Para as Empresas participantes e já cadastradas no Portal E-Compras da Prefeitura Municipal de Curitiba, fica facultado a apresentação dos documentos dos itens 2.2, 2.2.1, 2.2.2, 2.2.3, 2.3 e 2.4, , devendo ser entregue o CRC (Certificado de Registro Cadastral) atualizado dentro do prazo da entrega da documentação estabelecido neste Edital de credenciamento.

2.5.1. Para tanto deverá ser apresentado o Certificado de Registro Cadastral, emitido no Portal E-Compras “www.e-compras.curitiba.pr.gov.br” da Prefeitura Municipal de Curitiba.

3. A documentação relativa à qualificação técnica consistirá em:

3.1. Cópia do Registro ou inscrição do Estabelecimento de Saúde no Conselho Regional de Farmácia, Biomedicina ou de Medicina;

3.2. Cópia do Alvará de Localização em vigência, expedido pelo Município de Curitiba ou Região Metropolitana de Curitiba;

3.3. Cópia da Licença Sanitária em vigência, expedida pelo Município de Curitiba, ou Região Metropolitana de Curitiba, especificamente, para o ramo de atividade laboratório de análises clínicas;

3.4. Cópia do Certificado de regularidade emitida pelo Conselho Regional de Farmácia, Conselho Regional de Biomedicina ou Conselho Regional de Medicina;

3.5. Identificação do Responsável técnico pelo Laboratório e pelo posto de coleta, caso sejam diferentes.

3.6. A Empresa participante deverá participar de um Programa de Controle de Qualidade externo;

3.6.1. Certificado de participação no(s) Programa(s) de Controle de Qualidade Externo, devendo comprovar a realização de avaliação para todos os exames Bioquímicos, Hematológicos, Sorológicos e Imunológicos, realizados no próprio Estabelecimento;



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO**

3.6.2. Comprovar no mínimo 81% (oitenta e um por cento) ou nível excelente de conformidade nos últimos 12 meses, através do relatório mensal de avaliação do Provedor de CEQ (Controle Externo da Qualidade);

3.7. Declaração de disponibilidade de no mínimo 01 (um) posto de coleta no Município de Curitiba, bem como da logística para transportar amostras biológicas do Laboratório Municipal para o seu Laboratório Sede, em até 01(uma) hora, após receber essa solicitação, observando as normas de transporte de material biológico estabelecidas pela RDC 504/2021 da Anvisa, conforme **ANEXO XV**;

3.7.1. O funcionamento do Posto de coleta para exames ambulatoriais deverá ser no mínimo de segunda a sexta-feira das 07h às 13h;

3.7.2. O posto de coleta poderá ser dentro do Laboratório Sede, e desde que atenda o disposto nos itens 3.7 e 3.7.1;

3.7.3. Quando o posto de coleta tiver endereço diferente da Sede (LABORATÓRIO), deverá ser apresentado os documentos dos itens, 3.1. a 3.5;

3.8. A participante deverá apresentar os documentos dos itens 3.1. ao 3.6. do LABORATÓRIO DE APOIO indicado no **ANEXO VIII**;

3.8.1. Para os itens 3.2 e 3.3, fica dispensada a localização em Curitiba ou Região Metropolitana do LABORATÓRIO DE APOIO;

3.9. Declaração de que os laudos dos exames realizados serão disponibilizados, em **até 03 (três) dias úteis a contar da data da coleta da amostra**, exceto naqueles exames cujo prazo de realização exceda esse período, para as amostras do serviço ambulatorial, e o prazo máximo de 4 (quatro) horas para o serviço de URGÊNCIA/EMERGÊNCIA, **a contar da solicitação/comunicação pela contratante (ANEXO VII)**;

3.10. Declaração de que os laudos dos exames serão apresentados no formato definido pela Secretaria Municipal da Saúde, contendo:

- a. Identificação do Laboratório com logomarca;
- b. Nome completo do paciente;
- c. Unidade Municipal de Saúde de vinculação do paciente;
- d. Data da coleta e data da liberação do resultado;
- e. Resultado, com valores de referência e metodologia empregada;
- f. Identificação do responsável técnico pela realização do exame.

3.11. Declaração do quantitativo mensal de exames que tem capacidade de realizar em Laboratório próprio, conforme **ANEXO VI**;

3.12. Declaração de que possui contrato com Laboratório(s) de Apoio, conforme **ANEXO VIII**;

3.13. Declaração do quantitativo de exames realizados, efetivamente em seu Laboratório, nos últimos 12 meses, conforme **ANEXO IX**;



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO

3.14. **ANEXOS II e XVI** deste Regulamento, devidamente preenchidos;

3.15. Declaração da inexistência de superveniência de fato impeditivo de habilitação, nos termos do Art. 32, parágrafo 2º da Lei 8.666/93 que não foi declarado inidôneo e nem está suspenso em nenhum órgão público: federal, estadual e municipal assinada por seu representante legal conforme modelo descrito no **ANEXO III**;

3.16. Declaração informando que não possui em seu quadro funcional menores de dezoito anos executando trabalho no período noturno, perigoso ou insalubre e nem menores de 16 anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz a partir de 14 (quatorze) anos (Art. 27 inciso V da Lei Federal nº 8.666/93), conforme modelo descrito no **ANEXO IV**;

3.17. Declaração de atendimento ao art. 98 da Lei Orgânica do Município de Curitiba (declaração que não possui nenhum servidor ou cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, poderá ser diretor, proprietário, controlador ou integrar conselho de empresa fornecedora ou que realize qualquer modalidade de contrato com o Município, sob pena de demissão, conforme **ANEXO X**;

4. O estabelecimento de saúde participante deverá apresentar um índice (a título de organização) dos documentos, conforme disposição descrita no Regulamento, indicando a página onde estão localizados os mesmos, portanto toda a documentação deverá estar obrigatoriamente numerada;

5. DAS CONDIÇÕES TÉCNICAS ESTRUTURAIS DO LABORATÓRIO-SEDE, PARA PARTICIPAÇÃO

5.1. RECURSOS HUMANOS

5.1.1. Possuir no mínimo profissionais Farmacêuticos-Bioquímico ou Biomédicos, com cobertura desses “profissional(is) técnico(s)” durante todo o período de funcionamento do Laboratório Sede, correspondendo no total da carga horária de 168 horas/semanal.

5.2. INFRAESTRUTURA OPERACIONAL

5.2.1. A estrutura do Laboratório SEDE de realização e processamento das amostras deverá ter funcionamento 24 horas x 7 dias;

5.2.2. Será obrigatório possuir no mínimo 01 (um) equipamento analisador totalmente automatizado, para realização dos exames de Bioquímica, Hematologia, Imunologia e Hormônios;

5.2.3 Para o Setor de Uroanálise deverá possuir no mínimo 01 (um) equipamento automatizado para análise físico-química das amostras, e os resultados da análise do sedimento urinário deverão ser quantitativos, ao menos, para os parâmetros células epiteliais, eritrócitos e leucócitos, nas unidades “células/ uL” ou “células/



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO

mL". Não serão aceitos resultados em "cruzes" ou "por campo". Os demais parâmetros da análise do sedimento urinário poderão ser laudados no formato qualitativo (ausente ou presente) ou semi quantitativo (raros, moderados ou abundantes), sendo que cilindros e cristais deverão ser identificados e laudados;

5.2.4. No Setor de Microbiologia deverá possuir equipamento de total automação para identificação de bactérias, fungos filamentosos e leveduras, e antibiograma com liberação C.I.M. (Concentração Inibitória Mínima) dos antimicrobianos testados, segundo critérios usados pelo Laboratório Municipal de Curitiba;

5.2.4.1. Deverá informar a capacidade por rotina do equipamento e não capacidade/hora do equipamento;

5.2.5. Possuir no mínimo 01 (um) equipamento de Gasometria e 01 (um) equipamento de Coagulação no Laboratório Sede;

5.2.6. Deverá possuir no mínimo 2 (dois) equipamentos de cada, em perfeitas e plenas condições de uso de: microscópio, centrífugas; e mínimo de 01 (um) equipamento de cada: estufa microbiológica e autoclave no Laboratório Sede;

5.2.7. Deverá possuir, geladeira, freezer e estufa microbiológica com registro de temperatura, será exigido documento comprobatório;

5.2.8. O funcionamento do Posto de coleta deverá ser no mínimo de segunda a sexta-feira das 07h às 13h.

6. DA GARANTIA DA QUALIDADE

6.1. A Empresa participante deverá ter registro de qualidade interno para **todos os exames realizados em seu Laboratório**, em cada um dos Setores de Bioquímica, Hematologia, Imunologia, Hormônios, Urinálise, Microbiologia, Parasitologia, Gasometria e Coagulação sob pena de ser desclassificado o Laboratório que não comprovar. **Comprovar o Controle de Qualidade Interno com registros na Vistoria Técnica.**

6.2. Será considerado controle de qualidade interno, produtos comerciais com registro na ANVISA e/ou "pool" preparado pelo laboratório devidamente validado, neste caso, será solicitado na Vistoria Técnica o protocolo de validação (POP).

7. DA DISPONIBILIDADE DOS LAUDOS

7.1. Utilizar o Sistema de Informática integrado ao E-SAUDE. O sistema de informática deverá receber as ordens de serviço com os dados dos pacientes, gerar os códigos de barra utilizados no Laboratório Contratado e integrar os resultados dos exames com o E-SAUDE, programa de informática utilizado na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO**

7.2. A Contratada é responsável por possuir um sistema de informática com equipamentos e periféricos que permitam o funcionamento do tipo de interfaceamento/integração necessária para a migração dos laudos.

7.3. Permitir a interoperabilidade por meio de integração entre sistemas informatizados, considerando todo o processo de realização de exames, desde o recebimento da solicitação até a emissão do laudo (resultado), seguindo os padrões e regras definidas neste Termo de Referência.

7.4. O sistema de informática da CONTRATADA deve manter compatibilidade que permita consultar resultados de exames anteriores a interoperabilidade do processo, porém, dentro do período de contratação.

7.5. A contratada se responsabiliza em manter a disponibilidades dos laudos (resultado) em até 5 (cinco) anos após a data de solicitação do exame.

7.6. Os serviços, os quais promovem a interoperabilidade entre os sistemas, devem ficar disponíveis 24 horas, 7 dias da semana.

7.7. A taxa de disponibilidade mensal dos serviços (SLA) deve ser superior a 99% conforme medições realizadas pelo gestor do contrato.

7.8. A contratada deverá possuir computador e periféricos, para absorção das funções tecnológicas abaixo:

- a) Solução de integração: Vie Web Services;
- b) Protocolo de comunicação: REST;
- c) Formato das mensagens: JSON;
- d) Laudo (resultado): base 64.

7.9. Em caso de inoperância do sistema de informática da Contratada, o laudo do Serviço de URGÊNCIA/EMERGÊNCIA, deverá ser transmitido em arquivo digital através de Email, a ser informado na eventual situação.

7.10. O Laboratório credenciado terá o prazo de 90 (noventa) dias a partir da data da assinatura do contrato, para instalação do Sistema de Informática integrado ao ESAUDE utilizado pela Secretaria Municipal da Saúde.

7.11. Após o prazo de 90 dias, será suspenso o serviço até a instalação do Sistema de Informática integrado ao E-SAUDE utilizado pela Secretaria Municipal da Saúde.

7.12. Caso o Sistema de Informática integrado ao E-SAUDE utilizado no Laboratório não seja instalado e/ou se encontre inoperante no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, o contrato será rescindido.

VIII. DAS DIGILIÊNCIAS E DAS VISTORIAS “IN LOCO” COMPREENDIDAS NA FASE 2



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO**

8.1. A Comissão de Credenciamento, se necessário, promoverá diligências destinadas a esclarecer ou a complementar as informações apresentadas, nos termos do Art. 43 §3º da Lei nº 8.666/93, bem como designará equipe técnica específica para proceder as vistorias “*IN LOCO*” junto aos estabelecimentos de saúde aprovados na fase de habilitação.

8.2. Os documentos de habilitação apresentados pelos estabelecimentos participantes no certame serão avaliados pela Comissão de Credenciamento, sendo que somente os considerados aprovados na fase 1, serão submetidos a vistoria técnica na fase 2.

8.3. A Comissão de Credenciamento designará equipe técnica específica para realizar as vistorias “*IN LOCO*” supra mencionadas nos estabelecimentos aprovados na fase de habilitação, devendo esta vistoria realizar-se atendendo aos quesitos constantes no **ANEXO II e XVI** do presente Regulamento.

8.4. Após a análise dos documentos nas fases 1 - habilitação de documentos e 2 - dos relatórios das vistorias técnicas, os estabelecimentos considerados aprovados serão declarados aptos e convocados para a apresentar no prazo de 5 (cinco) dias úteis os documentos da fase 3 no portal E-COMPRAS “www.e-compras.curitiba.pr.gov.br”.

8.5. O resultado dos aprovados nas fases 1, 2 e a convocação para cadastro no portal E-Compras será publicado no Diário Oficial do Municipal.

8.6. Os estabelecimentos que não forem considerados aprovados poderão apresentar recurso no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados a partir da data de publicação do resultado.

8.7. A relação dos estabelecimentos declarados aprovados e aptos para a Fase 3, será publicada no Diário Oficial do Município, em jornal de grande circulação da capital e no sítio eletrônico da Prefeitura Municipal de Curitiba.

IX. DA DOCUMENTAÇÃO PARA FASE 3 – HABILITAÇÃO ECÔNOMICO-FINANCEIRO

1. A documentação relativa à qualificação econômico-financeiro consistirá em:

1.1 Balanço Patrimonial atualizado, conforme Inciso I do Art. 2º do Decreto 328/2021 da Prefeitura Municipal de Curitiba;

1.2. Certidão Negativa de Falência ou concordata expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, ou de execução patrimonial, expedida no domicílio da pessoa física;

1.3. O Balanço Patrimonial e a Certidão de Falências, deverá ser anexado no Portal E-Compras www.e-compras.curitiba.pr.gov.br, para auditoria e aprovação do Profissional da Secretaria Municipal das Finanças e Setor de Cadastro da Secretaria Municipal de Administração, Gestão de Pessoal e Tecnologia da Informação.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO**

Para análise e aprovação dos documentos da Fase 3, pelo Setor de Cadastro da Secretaria Municipal de Administração, Gestão de Pessoal e Tecnologia da Informação e da Secretaria das Finanças, a(s) empresa(s) participante(s), aprovada(s) nas fase 1 e 2, serão convocadas pela Comissão de Credenciamento e deverão realizar o cadastro no Portal E-Compras “www.e-compras.curitiba.pr.gov.br”, e inserir o documento do itens 1.1. (Balanço Patrimonial) e 1.2. (Certidão Negativa de Falência ou concordata) no prazo de 5 (cinco) dias úteis.

X. DA APROVAÇÃO

1. Será considerado apto para o credenciamento o estabelecimento de saúde que:

- a) For aprovado na fase de habilitação (documentação) FASES 1, 2 e 3, conforme itens VII, VIII e IX, do presente Regulamento;
- b) Obter relatório com parecer favorável pela equipe técnica e estar com a documentação técnica de conformidade com a vistoria efetuada no local;
- c) Cumprir com os requisitos exigidos neste Regulamento;
- d) Obter, da Comissão de Credenciamento, parecer favorável ao credenciamento, face o cumprimento de todos os quesitos relacionados no edital.

2. Os estabelecimentos considerados aptos celebrarão contrato, conforme a proposta de disponibilização de exames para o SUS Curitiba, indicada no **ANEXOS I e II** deste Regulamento e a necessidade do Gestor Municipal.

XI. DA DISTRIBUIÇÃO DA PROGRAMAÇÃO DE SERVIÇOS:

1. Os estabelecimentos aprovados receberão programação na seguinte forma:

Os procedimentos serão rateados quantitativamente entre os serviços que vierem a ser credenciados, até o limite declarado pelo serviço, na Proposta de disponibilização de exames ao SUS e a necessidade do Gestor Municipal.

2. Para o rateio da programação dos serviços a direção municipal do SUS/Curitiba dará preferência às entidades beneficentes de assistência social (entidades filantrópicas) e às sem fins lucrativos até o limite de sua capacidade (artigos 24 e 25 da Lei 8080/90, e art. 199, parágrafo 1º Constituição da República Federativa do Brasil/88).



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO

XII. DOS SERVIÇOS

1. Os serviços de coleta e atendimento dos usuários do SUS, encaminhados pela CONTRATANTE, serão realizados no Posto de Coleta, no horário das 7:00 às 13 horas, de segunda à sexta-feira.
2. O processamento das amostras coletadas será realizado e processado, sob responsabilidade do Profissional Técnico Farmacêutico-Bioquímico, biomédico ou Médico Hematologista, registrado no Conselho de Classe.
3. A Empresa não poderá cobrar do usuário do SUS, portador de requisição de exame(s) autorizado(s) ou ordem de serviços emitida pela Secretaria Municipal da Saúde, qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados nos termos deste contrato.
4. A Empresa responsabilizar-se-á por qualquer cobrança indevida, realizada ao usuário do SUS, ou a seu representante ou ao próprio SUS, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato.
5. Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidos pela **CONTRATANTE** sobre a execução do objeto deste contrato, os contratantes reconhecem a prerrogativa de controle e a autoridade normativa genérica da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, como órgão gestor do SUS municipal, assim como das instâncias gestoras do SUS a nível estadual e federal, decorrente da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de Termo Aditivo específico ou de notificação dirigida à Empresa.
6. É de responsabilidade exclusiva e integral da Empresa a utilização de pessoal para execução do objeto deste contrato, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o **CONTRATANTE** ou para o Ministério da Saúde.
7. A empresa deverá realizar os atendimentos e encaminhamentos seguindo rigorosamente os procedimentos e prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal da Saúde.
8. Serão considerados exames do Serviço de URGÊNCIA/EMERGÊNCIA, aqueles provenientes de atendimentos solicitados pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPA, Hospital do Idoso Zilda Arns e Centro Médico Bairro Novo), e do Serviço Ambulatorial, aqueles provenientes das Unidades Básicas de Saúde e Serviços de Atendimentos Domiciliares.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO**

XIII. DA FORMALIZAÇÃO DOS CONTRATOS

1. Nos contratos celebrados para a prestação de serviços de assistência à saúde com entidades privadas com ou sem fins lucrativos e filantrópicos, o Município de Curitiba estabelecerá as cláusulas necessárias para a formalização do ajuste, com referência a:

1.1. O objeto e seus elementos característicos, descrevendo a natureza e a quantidade dos serviços avançados, com observância do limite orçamentário financeiro;

1.2. O regime de execução ou a forma de fornecimento do serviço, através da programação de procedimentos, bem como programação físico - financeira a ser realizada pelo Gestor Municipal, conforme prerrogativa estabelecida pela NOB-SUS 01/96 e Pacto Pela Saúde, observando os critérios de necessidade do Gestor, disponibilidade físico-financeira e capacidade operacional do serviço contratado;

1.3. O preço e as condições de pagamento, observando-se:

a) Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração de serviços, a direção Municipal do SUS obedecerá às diretrizes do Ministério da Saúde quanto à descrição dos itens e valores de remuneração, conforme tabela SIA-SUS em vigência;

b) Os serviços avançados serão submetidos às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do SUS/Ministério da Saúde, mantido o equilíbrio econômico e financeiro do ajuste;

c) A efetivação do pagamento dos valores devidos aos prestadores de serviço se dará na forma prevista na legislação específica, sendo que o pagamento já citado ocorrerá em conformidade com os recursos repassados mensalmente pelo Ministério da Saúde ao Município de Curitiba.

1.4. O prazo, fixando:

a) A data de início da prestação dos serviços, após cumpridas as exigências para a contratação e posterior assinatura dos instrumentos;

b) O prazo de vigência dos ajustes firmados para a prestação dos serviços será de 12 meses, a partir da data da sua assinatura, podendo prorrogar-se, sucessivamente, por igual período até um máximo de 60 meses, mediante assinatura de Termo Aditivo entre as partes, para cada período de prorrogação, desde que não haja comunicação formal em contrário por quaisquer das partes.

c) Para fins de prorrogação, a CONTRATADA deverá manter atualizados durante todo o período de vigência, as documentações aprovadas nas fases 1 - habilitação de documentos e 2 - dos relatórios das vistorias técnicas;



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO**

- 1.5. Os direitos e responsabilidades das partes;
- 1.6. As penalidades em caso de descumprimento do contrato;
2. A minuta de contrato é parte integrante do presente Regulamento **(ANEXO XVIII)**.

XIV. DO PROCESSO DE CHAMAMENTO PÚBLICO E CREDENCIAMENTO

1. O procedimento para credenciamento das entidades interessadas em celebrar o contrato com o SUS-Curitiba será iniciado com a abertura de processo administrativo, devidamente autuado, protocolado e numerado, contendo a autorização respectiva, a indicação do seu objeto, do recurso para sua despesa, e, ainda:

- a) Ato de designação da Comissão de Credenciamento;
- b) Regulamento e respectivos anexos;
- c) Comprovante da publicação do aviso de convocação pública;
- d) Pareceres técnicos ou jurídicos emitidos acerca da inexigibilidade de licitação;
- e) Original ou cópia autenticada da documentação apresentada pelas entidades interessadas em firmar o contrato;
- f) Atas, relatórios e deliberações da Comissão de Credenciamento;
- g) Recursos eventualmente apresentados pelos interessados e respectivas manifestações e decisões;
- h) Atos de adjudicação e homologação dos interessados credenciados;
- i) Termo de contrato;
- j) Despacho de anulação ou de revogação do processo de credenciamento, quando for o caso, fundamentado circunstancialmente.

2. Farão ainda parte integrante do processo:

- a) Autorização para a licitação, expedida pelo Secretário Municipal de Saúde;
- b) Indicação da fonte do recurso para sua despesa.

3. Em 1ª instância os recursos que venham a ser apresentados objetivando a aprovação do credenciamento do estabelecimento recorrente deverão ser dirigidos à Comissão de Credenciamento e, em 2ª instância serão apreciados pela Superintendência da Secretaria Municipal da Saúde.

4. Os recursos que venham a ser apresentados objetivando a aprovação do credenciamento do estabelecimento recorrente deverão ser dirigidos à Comissão de Credenciamento.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO**

XV. DO PAGAMENTO

1. Os estabelecimentos prestadores de serviços receberão, mensalmente, da Prefeitura Municipal de Curitiba, através da Secretaria Municipal da Saúde, a importância referente aos serviços contratados, efetivamente prestados, de acordo com os valores unitários de cada exame previstos na Tabela SIA/SUS do Ministério da Saúde vigente na competência da realização do procedimento.

2. Os valores referidos anteriormente serão pagos mediante apresentação, pelos estabelecimentos contratados, das faturas através de Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), ou outro que vier a substituí-lo, obedecendo para tanto, as normativas e os prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

- 2.1. É imprescindível que a CONTRATADA apresente para faturamento os procedimentos realizados na efetiva competência de sua realização;
- 2.2. A Prefeitura Municipal de Curitiba, através da Secretaria Municipal da Saúde, processará a fatura apresentada no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde SIA/SUS e realização auditoria analítica e/ou operativa, julgadas necessárias, antes ou após a geração do crédito à CONTRATADA;
- 2.3. Para comprovação dos procedimentos efetivamente realizados e para ações de controle, avaliação e auditoria, a CONTRATADA deverá manter no estabelecimento toda documentação referente aos procedimentos realizados;
- 2.4. O pagamento dos procedimentos apresentados e aprovados será realizado mediante repasse do recurso do Fundo Nacional de Saúde transferido ao Fundo Municipal da Saúde do Município de Curitiba;
- 2.5. Após o processamento, poderá ser emitido Boletim de Diferença de Pagamento de Débito- BDP ou Ordem de Ressarcimento-OR, referente a irregularidades efetivamente comprovadas;
- 2.6. Antes do processamento do Boletim de Diferença de Pagamento de Débito – BDP ou da Ordem de Ressarcimento – OR será oportunizada ampla defesa à CONTRATADA;
- 2.7. Os valores repassados à CONTRATADA respeitam ao estabelecido pelo SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS e os reajustes estão condicionados à publicação de Portarias específicas do Ministério da Saúde.

3. A Prefeitura Municipal de Curitiba, através da Secretaria Municipal da Saúde, processará as faturas apresentadas no SIA/SUS, ou em outro sistema de processamento de faturas que o venha substituir e realizará as auditorias, técnica e/ou administrativa, julgadas necessárias, antes ou após a geração do crédito ao contratado.

- 3.1. Documentos comprobatórios da prestação de serviços (requisições autorizadas / ordem de serviços autorizadas e resultados) deverão ser mantidas



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO**

pelo contratado para eventual auditoria, que poderá ser realizada até 5 (cinco) anos após o faturamento.

3.2. O pagamento dos serviços prestados será realizado com recursos do Fundo Nacional de Saúde transferidos ao Fundo Municipal da Saúde do Município de Curitiba.

4. Após o processamento, poderá ser emitido Boletim de Diferença de Pagamento de Débito referente a glosas de procedimentos oriundas de irregularidades apontadas em auditoria sofrida pelo prestador.

4.1. Antes do processamento do Boletim de Diferença de Pagamento de Débito, será oportunizada ampla defesa ao prestador de serviços.

XVI. OUTRAS CONDIÇÕES

1. É vedado aos participantes:

1.1. Aos proprietários, administradores e dirigentes do serviço contratado é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde – SUS, de acordo com o art. 26 §4º da Lei Federal 8080/90;

1.2. Não poderão participar da presente licitação empresa que tenha dirigente, sócio, responsável técnico ou legal que seja servidor público, funcionário, empregado ou ocupante de cargo comissionado na Administração Pública Direta ou Indireta do Município de Curitiba:

a) Conforme a Lei Orgânica do Município de Curitiba:

*“Art. 98. Nenhum servidor ou seu cônjuge, companheiro ou parente **em linha reta**, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, poderá ser diretor, proprietário, controlador ou integrar conselho de empresa fornecedora ou que realize qualquer modalidade de contrato com o Município, sob pena de demissão. (NR) (Redação dada pela Emenda à Lei Orgânica nº 15, de 20 de dezembro de 2011);*

A vedação a que se refere o caput, aplica-se desde o período em que se inicia a fase interna do processo licitatório. (NR) (Redação dada pela Emenda à Lei Orgânica nº 15, de 20 de dezembro de 2011);”

b) Para melhor entendimento (companheiro ou parente **em linha reta**), verificar **TABELA DE GRAUS DE PARENTESCO** no quadro **abaixo**:



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO

LINHA COLATERAL FEMININA			LINHA RETA	LINHA COLATERAL MASCULINA		
			Trisavô(ô) 4º grau			
			Bisavô(ô) 3º grau			
Tia-avô 4º grau			Avô(ô) 2º grau			Tio-avô 4º grau
Filha da Tia-avô 5º grau	Tia 3º grau		Pai-mãe Sogro(a) 1º grau		Tio 3º grau	Filho do Tio-avô 5º grau
Neto da Tia-avô 6º grau	Prima 4º grau	Irmã Cunhado 2º grau	EU (candidato) cônjuge	Irmão Cunhada 2º grau	Primo 4º grau	Neto do Tio-avô 6º grau
Bisneto da Tia-avô 7º grau	Filho da Prima 5º grau	Sobrinha 3º grau	Filho(a) 1º grau	Sobrinho 3º grau	Filho do Primo 5º grau	Bisneto do Tio-avô 7º grau
Trineto da Tia-avô 8º grau	Neto da Prima 6º grau	Neto da Irmã 4º grau	Neto(a) 2º grau	Neto do Irmão 4º grau	Neto do Primo 6º grau	Trineto do Tio-avô 8º grau
	Bisneto da Prima 7º grau	Bisneto da Irmã 5º grau	Bisneto(a) 3º grau	Bisneto do Irmão 5º grau	Bisneto do Primo 7º grau	
	Trineto da Prima 8º grau	Trineto da Irmã 6º grau	Trineto(a) 4º grau	Trineto do Irmão 6º grau	Trineto do Primo 8º grau	

FONTE: <http://www.tre-sp.gov.br>

2. Na identificação da Pessoa Jurídica contratada deverá ser incluída, obrigatoriamente, a indicação do endereço do estabelecimento de saúde onde serão prestados os procedimentos contratados mediante apresentação de alvará de localização e licença sanitária, bem como se exigirá a remessa em 30 dias, pela entidade contratada, de eventuais alterações de sua razão social, controle acionário, composição nominal da diretoria e dos órgãos de deliberação superior e intermediária, contrato social ou ato constitutivo, e mudança de endereço.

XVII. DAS PENALIDADES

1. A inobservância pelo contratado de cláusula ou obrigação constante deste instrumento, ou de dever originado de norma legal, ou regulamentada pertinente, autorizará o contratante, garantida a prévia defesa a aplicar em cada caso, as sanções previstas na Lei Federal nº 8.666/93 e na Lei Municipal n.º 8962/96, regulamentada pelo Decreto Municipal n.º 1150/97 alterado pelo Decreto Municipal nº 245/04 e Decreto Municipal nº 610/2019, assim discriminadas:

1.1 As penalidades da Lei 8.666/1993 são as seguintes:

I) Advertência;

II) Multa;

III) Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração, por prazo não superior a 2 anos;

IV) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO

1.1.1 As sanções previstas nos incisos I, III e IV do item 1.1 poderão ser aplicadas juntamente com a do inciso II, facultada a defesa prévia da CONTRATADA, no respectivo processo, no prazo de 5 (cinco) dias úteis.

1.1.2 Da aplicação das penalidades do item 1.1, incisos I, II e III a CONTRATADA, terá o prazo de 5 (cinco) dias úteis para interpor recurso à Secretária Municipal da Saúde.

1.1.3 Da aplicação da penalidade do item 1.1, inciso IV a CONTRATADA terá o prazo de 10 (dez) dias úteis da intimação do ato do pedido de reconsideração.

1.2 As penalidades da Lei Municipal nº 8.962/1996 são as seguintes:

I – Advertência;

II – Multa;

III – Suspensão de prestação de serviços por prazo determinado;

IV – Descredenciamento.

1.2.1 As sanções previstas nos incisos I, III e IV do item 1.2 poderão ser aplicadas juntamente com o inciso II, facultada a defesa prévia da CONTRATADA, no respectivo processo, no prazo de 5 (cinco) dias;

1.2.2 Da aplicação das penalidades do item 1.2 a CONTRATADA terá o prazo de 5 (cinco) dias, contado da intimação da decisão para interpor recurso de revisão.

XVII. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

À CONTRATANTE compete:

1. O Transporte das “amostras das coletas da urgência/emergência” será de responsabilidade da CONTRATANTE;

2. Acompanhar, fiscalizar, supervisionar e auditar as ações desenvolvidas pela CONTRATADA;

3. Realizar o pagamento mensal à CONTRATADA, de acordo com as Tabelas do Sistema SIA/SUS vigente na competência da prestação dos serviços, dos procedimentos programados e autorizados, salvo os casos que requeiram auditoria prévia ao pagamento;

4. Notificar por escrito a CONTRATADA se verificado qualquer problema nos serviços prestados. Poderá ser ordenada a suspensão dos serviços e respectivos pagamentos, se dentro de 48 (quarenta e oito horas), a contar da entrega da notificação, não for atendida a reclamação, sem prejuízo das penalidades a que ficar sujeita;

5. Solicitar imediata rescisão, por Inadimplemento Contratual, além de responder a CONTRATADA por perdas e danos, quando esta:



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO**

- não cumprir as obrigações assumidas;
- falir ou dissolver-se;
- tiver sua atividade suspensa por determinação de autoridades competentes, de acordo com a legislação em vigor;
- interromper a prestação dos serviços por mais de 02 (dois) dias consecutivos, sem justo motivo aceito pela **CONTRATANTE**.

6. Comunicar à Contratada, por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades verificadas no objeto fornecido para que seja substituído, reparado ou corrigido;

7. Acompanhar e fiscalizar o cumprimento das obrigações da Contratada, através de comissão/servidor especialmente designado;

8. Prestar as informações e os esclarecimentos solicitados pela Contratada.

XIX. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

À CONTRATADA compete:

1. Manter nas suas dependências, pelo período mínimo de 05 anos, em arquivo, sob sua guarda, cópia dos laudos dos exames realizados por força deste contrato;

2. Realizar todos os procedimentos de atendimento ambulatorial especializado de diagnose em análises clínicas, a nível ambulatorial, de urgência e emergência para o SUS Curitiba, referido na Tabela Unificada de Procedimentos do SUS, Grupo 02 – Procedimento com finalidade diagnóstica, Subgrupo 02 – Diagnóstico em Laboratório Clínico, Forma de Organização 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09 e 12, em vigência, **ANEXO I**, para os usuários do Sistema único de Saúde de Curitiba, os quais estão sujeitos a alterações de competência no Ministério da Saúde;

3. Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem os usuários do SUS para fins de experimentação;

4. Atender os usuários do SUS com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade na prestação de serviços;

5. Somente aceitar as guias de requisição de exames autorizadas pelo CONTRATANTE, conforme protocolos do Ministério da Saúde;

6. Disponibilizar, no mínimo 01 (um) posto de coleta, bem como logística adequado para transportar amostras biológicas do Laboratório Municipal para o seu Laboratório em até 1 (uma) hora após receber essa solicitação, observando as normas de biossegurança para transporte de material biológico expedidas pela ANVISA ou outro órgão fiscalizados;

7. Fornecer os laudos dos exames no formato definido pelo CONTRATANTE, contendo:



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO

-
- a. Identificação do Laboratório com logomarca;
 - b. Nome completo do paciente;
 - c. Unidade Municipal de Saúde de vinculação do paciente;
 - d. Data da coleta e data da liberação do resultado;
 - e. Resultado, com valores de referência e metodologia empregada;
 - f. Identificação do responsável técnico pela realização do exame.
8. Fornecer os laudos dos exames ambulatoriais realizados em até 3 (três) dias úteis, exceto aqueles cujo prazo de realização exceda esse período, não devendo, neste caso, ultrapassar o prazo de 10 dias úteis, exceto cultura de fungos;
- 8.1. os laudos dos exames de urgência/emergência deverão ser entregues (liberados no sistema Esaúde) em até 4 horas após a solicitação/comunicação dos mesmos pelo Laboratório Municipal;
9. O transporte das “amostras ambulatoriais” do Laboratório Municipal será de responsabilidade da CONTRATADA, conforme RDC 520/2021.
- 9.1. A caixa térmica com monitoramento de temperatura e gelo reciclável será de responsabilidade da Contratada;
10. Para as amostras enviadas que apresentem problemas técnicas, e que não seja possível a realização do exame, a CONTRATADA deverá informar no imediatamente o CONTRATANTE ou o paciente;
11. Manter a infraestrutura técnica e de pessoal qualificado nas quantidades e qualidades constantes no documento de habilitação documental e técnica, conforme consta no termo de vistoria, o qual é parte integrante e indissociável deste contrato;
12. Justificar ao usuário do SUS, ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato previsto no contrato, enviando cópia do comentário ao gestor do presente contrato;
13. Notificar a CONTRATANTE, na pessoa do Gestor do presente CONTRATO, por escrito, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, a impossibilidade de execução de qualquer dos serviços contratados, viabilizando prontamente a solução do problema nesta correspondência;
14. A CONTRATADA deverá manter atualizada e vigente a Licença Sanitária na qualidade do Laboratório de Análises Clínicas, e inclusive do Laboratório de APOIO indicado por esta, durante todo o período do contrato;
15. Permitir e facilitar o trabalho do CONTRATANTE na realização do acompanhamento, supervisão, fiscalização e auditoria de ações desenvolvidas pelo CONTRATADO;
16. Manter atualizado e vigente o Certificado de Regularidade emitido pelo Conselho Regional de Farmácia ou do Conselho Regional de Medicina, e inclusive do Laboratório de APOIO indicado por esta, durante todo o período do contrato;
17. Manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO

18. Notificar diretamente ao Gestor do presente contrato, de eventual alteração de sua razão social ou de seu controle acionário e de mudança em sua diretoria, contrato ou estatuto, bem como de alteração da composição da equipe profissional, enviando-lhe, no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data do registro da alteração, cópia autenticada da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas, e cópia do quadro funcional, com planilha de horário dos profissionais, quando for o caso;

19. Manter em seu quadro permanente um responsável técnico, farmacêutico-bioquímico biomédico ou médico patologista, inscritos no CRF/PR, CRBM/PR ou CRM/PR, atuando nas dependências do Estabelecimento, durante todo o horário de seu funcionamento;

20. Qualquer comunicação à Secretaria Municipal de Saúde/Laboratório Municipal, ou solicitação de informação pertinente ao presente contrato deve ser endereçada, por escrito, para o Gestor do presente contrato: Tamara Matzembacher Panizza, Rua Primo Lourenço Tosin, 1021, Bairro Novo Mundo, Curitiba/PR, CEP 80.060-130;

21. Responsável pela indenização e danos causados aos usuários do SUS, aos órgãos do SUS e a terceiros a eles vinculados, decorrentes de ato ou omissão, negligência, imperícia ou imprudência, praticadas por seus empregados, profissionais ou prepostos, ficando assegurado ao CONTRATADO o direito de regresso, quando cabível;

22. A fiscalização ou o acompanhamento da execução deste contrato pelos órgãos competentes do SUS não exclui nem reduz a responsabilidade do CONTRATADO, nos termos da legislação referente à Lei nº. 8.666/93;

23. A responsabilidade de que trata esta cláusula estende-se aos casos de danos causados por defeitos relativos à prestação de serviços, nos estritos termos do Art. 14 da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor);

24. Aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem no serviço pelo **CONTRATANTE**, em até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado contratado, respeitando a capacidade produtiva da CONTRATADA;

25. Todos os exames do Plano de Coleta do Usuário, deverão ser coletados em único local de coleta (Posto de Coleta).

XX. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

1. Conforme art. 49 da Lei 8666/93 - A autoridade competente para a aprovação do procedimento somente poderá revogar a licitação por razões de interesse público decorrente de fato superveniente devidamente comprovado, pertinente e suficiente para justificar tal conduta, devendo anulá-la por ilegalidade, de ofício ou por provocação de terceiros, mediante parecer escrito e devidamente fundamentado.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO**

1.1. A anulação do procedimento licitatório por motivo de ilegalidade não gera obrigação de indenizar, ressalvado o disposto no parágrafo único do art. 59 desta Lei.

2. Qualquer cidadão é parte legítima para denunciar qualquer irregularidade na prestação de serviços ou no faturamento.

2.1. O credenciado que não mantiver as condições exigidas pelo presente Edital será descredenciado, observadas as demais regras estabelecidas.

3. Os serviços credenciados deverão garantir a gratuidade das ações e serviços de saúde contratados aos usuários do SUS. Parágrafo Único – Fica proibido ao serviço credenciado ofertar qualquer procedimento contratado com o Sistema Único de Saúde – SUS ao usuário em caráter particular e de plano de saúde suplementar.

4. Os serviços deverão garantir a acessibilidade ao tratamento de pacientes com limitação funcional temporária ou permanente, de acordo com a legislação vigente.
PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

5. O ato de descredenciamento far-se-á sem prejuízo das penalidades previstas, assegurando-se o contraditório e a ampla defesa.

6. O presente edital de chamamento vigorará por 12 (doze) meses podendo ser prorrogado nos termos dos parágrafos 135 do Decreto Municipal nº 610/2019.

6.1. Na hipótese mencionada neste artigo, o edital deverá ser publicado na imprensa oficial e no sítio eletrônico da Prefeitura Municipal de Curitiba, no mínimo, a cada 12 meses.

6.2. O edital poderá prever a possibilidade de sua prorrogação, que poderá ocorrer mediante justificativa da autoridade competente, se mantidas as razões da inexigibilidade de licitação e os demais requisitos para credenciamento previstos neste Decreto, observados os critérios de distribuição de serviços estabelecidos no instrumento convocatório e os contratos já firmados.

7. O presente contrato terá vigência por 12 (doze) meses, a contar da data de assinatura do contrato, podendo ser prorrogado a critério das partes e nos termos do artigo 57 da Lei Federal nº 8.666/93 e demais alterações.

Curitiba, 05 de julho de 2022.

TAMARA MATZEMBACHER PANIZZA,
PRESIDENTE DA COMISSÃO DE CREDENCIAMENTO.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO**

**ANEXO I – TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS ÓRTESES,
PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS DO SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE)**

Procedimento (Sintético com Valor)

Competência: 01/2022

Filtros Utilizados

Competencia: 01/2022
Situação do Procedimento: Publicado
Consultar: Todos
Grupo: 02 - Procedimentos com finalidade diagnóstica
SubGrupo: 02 - Diagnóstico em laboratório clínico

Código	Nome	Modalidade	Complexidade	SA	Tot. Amb.	SH	SP	Tot. Hosp.
0202010015	CLEARANCE OSMOLAR	01, 02, 03	MC	3.51	3.51	0.00	0.00	0.00
0202010023	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	01, 02, 03	MC	2.01	2.01	0.00	0.00	0.00
0202010031	DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS	01, 02, 03	MC	15.65	15.65	0.00	0.00	0.00
0202010040	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	01, 02, 03	MC	3.63	3.63	0.00	0.00	0.00
0202010058	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (5 DOSAGENS)	01, 02, 03	MC	6.55	6.55	0.00	0.00	0.00
0202010066	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	01, 02, 03	MC	3.68	3.68	0.00	0.00	0.00
0202010074	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	01, 02, 03	MC	10.00	10.00	0.00	0.00	0.00
0202010082	DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE	01, 02, 03	MC	3.51	3.51	0.00	0.00	0.00
0202010090	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	01, 02, 03	MC	3.51	3.51	0.00	0.00	0.00
0202010104	DOSAGEM DE ACETONA	01, 02, 03	MC	1.85	1.85	0.00	0.00	0.00
0202010112	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	01, 02, 03	MC	2.01	2.01	0.00	0.00	0.00
0202010120	DOSAGEM DE ACIDO URICO	01, 02, 03	MC	1.85	1.85	0.00	0.00	0.00
0202010139	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	01, 02, 03	MC	9.00	9.00	0.00	0.00	0.00
0202010147	DOSAGEM DE ALDOLASE	01, 02, 03	MC	3.68	3.68	0.00	0.00	0.00
0202010155	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	01, 02, 03	MC	3.68	3.68	0.00	0.00	0.00

Modalidades: 01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia, 04 - Internação Domiciliar, 05 - Assistência Domiciliar, 06 - Atenção Domiciliar, 07 - teste,

Complexidade: NA - Não se Aplica, AB - Atenção Básica, MC - Média Complexidade, AC - Alta Complexidade

Código	Nome	Modalidade	Complexidade	SA	Tot. Amb.	SH	SP	Tot. Hosp.
0202010163	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	01, 02, 03	MC	3.68	3.68	0.00	0.00	0.00
0202010171	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	01, 02, 03	MC	3.68	3.68	0.00	0.00	0.00
0202010180	DOSAGEM DE AMILASE	01, 02, 03	MC	2.25	2.25	0.00	0.00	0.00
0202010198	DOSAGEM DE AMONIA	01, 02, 03	MC	3.51	3.51	0.00	0.00	0.00
0202010201	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	01, 02, 03	MC	2.01	2.01	0.00	0.00	0.00
0202010210	DOSAGEM DE CALCIO	01, 02, 03	MC	1.85	1.85	0.00	0.00	0.00
0202010228	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	01, 02, 03	MC	3.51	3.51	0.00	0.00	0.00
0202010236	DOSAGEM DE CAROTENO	01, 02, 03	MC	2.01	2.01	0.00	0.00	0.00
0202010244	DOSAGEM DE CATECOLAMINAS	02, 03	MC	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0202010252	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	01, 02, 03	MC	3.68	3.68	0.00	0.00	0.00
0202010260	DOSAGEM DE CLORETO	01, 02, 03	MC	1.85	1.85	0.00	0.00	0.00
0202010279	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	01, 02, 03	MC	3.51	3.51	0.00	0.00	0.00
0202010287	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	01, 02, 03	MC	3.51	3.51	0.00	0.00	0.00
0202010295	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	01, 02, 03	MC	1.85	1.85	0.00	0.00	0.00
0202010309	DOSAGEM DE COLINESTERASE	01, 02, 03	MC	3.68	3.68	0.00	0.00	0.00
0202010317	DOSAGEM DE CREATININA	01, 02, 03	MC	1.85	1.85	0.00	0.00	0.00
0202010325	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	01, 02, 03	MC	3.68	3.68	0.00	0.00	0.00
0202010333	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	01, 02, 03	MC	4.12	4.12	0.00	0.00	0.00
0202010341	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	01, 02, 03	MC	3.51	3.51	0.00	0.00	0.00
0202010350	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	01, 02, 03	MC	3.51	3.51	0.00	0.00	0.00
0202010368	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	01, 02, 03	MC	3.68	3.68	0.00	0.00	0.00
0202010376	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	01, 02, 03	MC	3.68	3.68	0.00	0.00	0.00
0202010384	DOSAGEM DE FERRITINA	01, 02, 03	MC	15.59	15.59	0.00	0.00	0.00
0202010392	DOSAGEM DE FERRO SERICO	01, 02, 03	MC	3.51	3.51	0.00	0.00	0.00

Modalidades: 01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia, 04 - Internação Domiciliar, 05 - Assistência Domiciliar, 06 - Atenção Domiciliar, 07 - teste,
Complexidade: NA - Não se Aplica, AB - Atenção Básica, MC - Média Complexidade, AC - Alta Complexidade

Código	Nome	Modalidade	Complexidade	SA	Tot. Amb.	SH	SP	Tot. Hosp.
0202010406	DOSAGEM DE FOLATO	01, 02, 03	MC	15.65	15.65	0.00	0.00	0.00
0202010414	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	01, 02, 03	MC	2.01	2.01	0.00	0.00	0.00
0202010422	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	01, 02, 03	MC	2.01	2.01	0.00	0.00	0.00
0202010430	DOSAGEM DE FOSFORO	01, 02, 03	MC	1.85	1.85	0.00	0.00	0.00
0202010449	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	01, 02, 03	MC	2.01	2.01	0.00	0.00	0.00
0202010457	DOSAGEM DE GALACTOSE	01, 02, 03	MC	3.51	3.51	0.00	0.00	0.00
0202010465	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	01, 02, 03	MC	3.51	3.51	0.00	0.00	0.00
0202010473	DOSAGEM DE GLICOSE	01, 02, 03	MC	1.85	1.85	0.00	0.00	0.00
0202010481	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	01, 02, 03	MC	3.68	3.68	0.00	0.00	0.00
0202010490	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	01, 02, 03	MC	3.68	3.68	0.00	0.00	0.00
0202010503	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	01, 02, 03	MC	7.86	7.86	0.00	0.00	0.00
0202010511	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	01, 02, 03	MC	3.68	3.68	0.00	0.00	0.00
0202010520	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	01	MC	3.51	3.51	0.00	0.00	0.00
0202010538	DOSAGEM DE LACTATO	01, 02, 03	MC	3.68	3.68	0.00	0.00	0.00
0202010546	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	01, 02, 03	MC	3.51	3.51	0.00	0.00	0.00
0202010554	DOSAGEM DE LIPASE	01, 02, 03	MC	2.25	2.25	0.00	0.00	0.00
0202010562	DOSAGEM DE MAGNESIO	01, 02, 03	MC	2.01	2.01	0.00	0.00	0.00
0202010570	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	01, 02, 03	MC	2.01	2.01	0.00	0.00	0.00
0202010589	DOSAGEM DE PIRUVATO	01, 02, 03	MC	3.68	3.68	0.00	0.00	0.00
0202010597	DOSAGEM DE PORFIRINAS	01, 02, 03	MC	3.51	3.51	0.00	0.00	0.00
0202010600	DOSAGEM DE POTASSIO	01, 02, 03	MC	1.85	1.85	0.00	0.00	0.00
0202010619	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	01, 02, 03	MC	1.40	1.40	0.00	0.00	0.00
0202010627	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	01, 02, 03	MC	1.85	1.85	0.00	0.00	0.00
0202010635	DOSAGEM DE SODIO	01, 02, 03	MC	1.85	1.85	0.00	0.00	0.00
0202010643	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA	01, 02, 03	MC	2.01	2.01	0.00	0.00	0.00

Modalidades: 01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia, 04 - Internação Domiciliar, 05 - Assistência Domiciliar, 06 - Atenção Domiciliar, 07 - teste,

Complexidade: NA - Não se Aplica, AB - Atenção Básica, MC - Média Complexidade, AC - Alta Complexidade

Código	Nome	Modalidade	Complexidade	SA	Tot. Amb.	SH	SP	Tot. Hosp.
(TGO)								
0202010651	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	01, 02, 03	MC	2.01	2.01	0.00	0.00	0.00
0202010660	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	01, 02, 03	MC	4.12	4.12	0.00	0.00	0.00
0202010678	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	01, 02, 03	MC	3.51	3.51	0.00	0.00	0.00
0202010686	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	01, 02, 03	MC	3.51	3.51	0.00	0.00	0.00
0202010694	DOSAGEM DE UREIA	01, 02, 03	MC	1.85	1.85	0.00	0.00	0.00
0202010708	DOSAGEM DE VITAMINA B12	01, 02, 03	MC	15.24	15.24	0.00	0.00	0.00
0202010716	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	01, 02, 03	MC	3.68	3.68	0.00	0.00	0.00
0202010724	ELETROFORESE DE PROTEINAS	01, 02, 03	MC	4.42	4.42	0.00	0.00	0.00
0202010732	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	01, 02, 03	MC	15.65	15.65	0.00	0.00	0.00
0202010740	PROVA DA D-XILOSE	01, 02, 03	MC	3.68	3.68	0.00	0.00	0.00
0202010759	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	01, 02, 03	MC	6.55	6.55	0.00	0.00	0.00
0202010767	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	01, 02, 03	MC	15.24	15.24	0.00	0.00	0.00
0202010775	DETERMINAÇÃO DE CREMATÓCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO	01	MC	1.53	1.53	0.00	0.00	0.00
0202010783	ACIDEZ TITULÁVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)	01	MC	3.04	3.04	0.00	0.00	0.00
0202010791	DOSAGEM DE PEPTÍDEOS NATRIURÉTICOS TIPO B (BNP E NT-PROBNP)	01	MC	27.00	27.00	0.00	0.00	0.00
0202020010	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	01, 02, 03	MC	6.48	6.48	0.00	0.00	0.00
0202020029	CONTAGEM DE PLAQUETAS	01, 02, 03	MC	2.73	2.73	0.00	0.00	0.00
0202020037	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	01, 02, 03	MC	2.73	2.73	0.00	0.00	0.00
0202020045	DETERMINAÇÃO DE CURVA DE RESISTÊNCIA GLOBULAR	01, 02, 03	MC	2.73	2.73	0.00	0.00	0.00
0202020053	DETERMINAÇÃO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	01, 02, 03	MC	2.73	2.73	0.00	0.00	0.00
0202020061	DETERMINAÇÃO DE SULFO-HEMOGLOBINA	01, 02, 03	MC	2.73	2.73	0.00	0.00	0.00
0202020070	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	01, 02, 03	MC	2.73	2.73	0.00	0.00	0.00
0202020088	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	01, 02, 03	MC	2.73	2.73	0.00	0.00	0.00

Modalidades: 01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia, 04 - Internação Domiciliar, 05 - Assistência Domiciliar, 06 - Atenção Domiciliar, 07 - teste,

Complexidade: NA - Não se Aplica, AB - Atenção Básica, MC - Média Complexidade, AC - Alta Complexidade

Código	Nome	Modalidade	Complexidade	SA	Tot. Amb.	SH	SP	Tot. Hosp.
0202020096	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	01, 02, 03	MC	2.73	2.73	0.00	0.00	0.00
0202020100	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	01, 02, 03	MC	9.00	9.00	0.00	0.00	0.00
0202020118	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	01	MC	5.79	5.79	0.00	0.00	0.00
0202020126	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA	01, 02	MC	2.85	2.85	0.00	0.00	0.00
0202020134	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	01, 02, 03	MC	5.77	5.77	0.00	0.00	0.00
0202020142	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	01, 02, 03	MC	2.73	2.73	0.00	0.00	0.00
0202020150	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO (VHS)	01, 02, 03	MC	2.73	2.73	0.00	0.00	0.00
0202020169	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	01, 02, 03	MC	4.11	4.11	0.00	0.00	0.00
0202020177	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	01, 02, 03	MC	6.48	6.48	0.00	0.00	0.00
0202020185	DOSAGEM DE FATOR II	01, 02, 03	MC	5.31	5.31	0.00	0.00	0.00
0202020193	DOSAGEM DE FATOR IX	01, 02, 03	MC	7.61	7.61	0.00	0.00	0.00
0202020207	DOSAGEM DE FATOR V	01, 02, 03	MC	4.73	4.73	0.00	0.00	0.00
0202020215	DOSAGEM DE FATOR VII	01, 02, 03	MC	8.09	8.09	0.00	0.00	0.00
0202020223	DOSAGEM DE FATOR VIII	01, 02, 03	MC	6.63	6.63	0.00	0.00	0.00
0202020231	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	01, 02, 03	MC	15.00	15.00	0.00	0.00	0.00
0202020240	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	01, 02, 03	MC	18.91	18.91	0.00	0.00	0.00
0202020258	DOSAGEM DE FATOR X	01, 02, 03	MC	6.66	6.66	0.00	0.00	0.00
0202020266	DOSAGEM DE FATOR XI	01, 02, 03	MC	9.11	9.11	0.00	0.00	0.00
0202020274	DOSAGEM DE FATOR XII	01, 02, 03	MC	10.51	10.51	0.00	0.00	0.00
0202020282	DOSAGEM DE FATOR XIII	01, 02, 03	MC	6.66	6.66	0.00	0.00	0.00
0202020290	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	01, 02, 03	MC	4.60	4.60	0.00	0.00	0.00
0202020304	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	01, 02, 03	MC	1.53	1.53	0.00	0.00	0.00
0202020312	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	01, 02, 03	MC	2.73	2.73	0.00	0.00	0.00
0202020320	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	01, 02, 03	MC	2.73	2.73	0.00	0.00	0.00

Modalidades: 01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia, 04 - Internação Domiciliar, 05 - Assistência Domiciliar, 06 - Atenção Domiciliar, 07 - teste,

Complexidade: NA - Não se Aplica, AB - Atenção Básica, MC - Média Complexidade, AC - Alta Complexidade

Código	Nome	Modalidade	Complexidade	SA	Tot. Amb.	SH	SP	Tot. Hosp.
0202020339	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	01, 02, 03	MC	2.73	2.73	0.00	0.00	0.00
0202020347	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	01, 02, 03	MC	4.11	4.11	0.00	0.00	0.00
0202020355	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	01, 02, 03	MC	5.41	5.41	0.00	0.00	0.00
0202020363	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA,	01, 02, 03	MC	2.73	2.73	0.00	0.00	0.00
0202020371	HEMATOCRITO	01, 02, 03	MC	1.53	1.53	0.00	0.00	0.00
0202020380	HEMOGRAMA COMPLETO	01, 02, 03	MC	4.11	4.11	0.00	0.00	0.00
0202020398	LEUCOGRAMA	01, 02, 03	MC	2.73	2.73	0.00	0.00	0.00
0202020401	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	01, 02, 03	MC	25.00	25.00	0.00	0.00	0.00
0202020410	PESQUISA DE CELULAS LE	01, 02, 03	MC	4.11	4.11	0.00	0.00	0.00
0202020428	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	01, 02, 03	MC	2.73	2.73	0.00	0.00	0.00
0202020436	PESQUISA DE FILARIA	01, 02, 03	MC	2.73	2.73	0.00	0.00	0.00
0202020444	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	01, 02, 03	MC	2.73	2.73	0.00	0.00	0.00
0202020452	PESQUISA DE PLASMODIO	01, 02, 03	AB	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0202020460	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	01, 02, 03	MC	2.73	2.73	0.00	0.00	0.00
0202020479	PROVA DE COMPATIBILIDADE PRE-TRANSFUSIONAL (MEIOS SALINOS, ALBUMINOSO E COOMBS)	02	MC	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0202020487	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	01, 02, 03	MC	4.11	4.11	0.00	0.00	0.00
0202020495	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	01, 02, 03	MC	2.73	2.73	0.00	0.00	0.00
0202020509	PROVA DO LACO	01, 02, 03	MC	2.73	2.73	0.00	0.00	0.00
0202020517	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	01	MC	2.73	2.73	0.00	0.00	0.00
0202020525	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	01, 02, 03	MC	12.00	12.00	0.00	0.00	0.00
0202020533	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	01, 02, 03	MC	2.73	2.73	0.00	0.00	0.00
0202020541	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	01, 02, 03	MC	2.73	2.73	0.00	0.00	0.00
0202020550	DOSAGEM DE PROTEINA C FUNCIONAL	01, 02	MC	75.00	75.00	75.00	0.00	75.00
0202020568	DOSAGEM DE PROTEINA S FUNCIONAL	01, 02	MC	125.00	125.00	125.00	0.00	125.00

Modalidades: 01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia, 04 - Internação Domiciliar, 05 - Assistência Domiciliar, 06 - Atenção Domiciliar, 07 - teste,

Complexidade: NA - Não se Aplica, AB - Atenção Básica, MC - Média Complexidade, AC - Alta Complexidade

Código	Nome	Modalidade	Complexidade	SA	Tot. Amb.	SH	SP	Tot. Hosp.
0202020576	PESQUISA DE ANTICOAGULANTE LÚPICO	01, 02	MC	110.00	110.00	110.00	0.00	110.00
0202030016	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	01, 02, 03	MC	15.00	15.00	0.00	0.00	0.00
0202030024	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	01, 02, 03	AC	15.00	15.00	0.00	0.00	0.00
0202030032	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	01, 02, 03	MC	15.00	15.00	0.00	0.00	0.00
0202030040	DETECÇÃO DE ÁCIDOS NUCLEICOS DO HIV-1 (QUALITATIVO)	01, 02, 03	MC	65.00	65.00	0.00	0.00	0.00
0202030059	DETECÇÃO DE RNA DO VÍRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	01, 02, 03	MC	96.00	96.00	0.00	0.00	0.00
0202030067	DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO (CH50)	01, 02, 03	MC	9.25	9.25	0.00	0.00	0.00
0202030075	DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE	01, 02, 03	MC	2.83	2.83	0.00	0.00	0.00
0202030083	DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA	01, 02, 03	MC	9.25	9.25	0.00	0.00	0.00
0202030091	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	01, 02, 03	MC	15.06	15.06	0.00	0.00	0.00
0202030105	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	01, 02, 03	MC	16.42	16.42	0.00	0.00	0.00
0202030113	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	01, 02, 03	MC	13.55	13.55	0.00	0.00	0.00
0202030121	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	01, 02, 03	MC	17.16	17.16	0.00	0.00	0.00
0202030130	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	01, 02, 03	MC	17.16	17.16	0.00	0.00	0.00
0202030148	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	01, 02, 03	MC	2.83	2.83	0.00	0.00	0.00
0202030156	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	01, 02, 03	MC	17.16	17.16	0.00	0.00	0.00
0202030164	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	01, 02, 03	MC	9.25	9.25	0.00	0.00	0.00
0202030172	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG)	02, 03	MC	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0202030180	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	01, 02, 03	MC	17.16	17.16	0.00	0.00	0.00
0202030199	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	01, 02, 03	MC	9.25	9.25	0.00	0.00	0.00
0202030202	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	01, 02, 03	MC	2.83	2.83	0.00	0.00	0.00
0202030210	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	01	AC	298.48	298.48	0.00	0.00	0.00
0202030229	IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS	01, 02, 03	MC	17.16	17.16	0.00	0.00	0.00
0202030237	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	01, 02	MC	80.00	80.00	80.00	0.00	80.00

Modalidades: 01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia, 04 - Internação Domiciliar, 05 - Assistência Domiciliar, 06 - Atenção Domiciliar, 07 - teste,

Complexidade: NA - Não se Aplica, AB - Atenção Básica, MC - Média Complexidade, AC - Alta Complexidade

Código	Nome	Modalidade	Complexidade	SA	Tot. Amb.	SH	SP	Tot. Hosp.
0202030245	INTRADERMORREACAO COM DERIVADO PROTEICO PURIFICADO (PPD)	01, 02, 03	AB	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0202030253	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	01, 02, 03	MC	10.00	10.00	0.00	0.00	0.00
0202030261	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	01	MC	10.00	10.00	0.00	0.00	0.00
0202030270	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	01, 02, 03	MC	8.67	8.67	0.00	0.00	0.00
0202030288	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	01, 02, 03	MC	17.16	17.16	0.00	0.00	0.00
0202030296	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	01, 02, 03	MC	85.00	85.00	0.00	0.00	0.00
0202030300	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	01, 02, 03	MC	10.00	10.00	0.00	0.00	0.00
0202030318	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	01, 02, 03	MC	18.55	18.55	0.00	0.00	0.00
0202030326	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA	01, 02, 03	MC	17.16	17.16	0.00	0.00	0.00
0202030334	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	01, 02, 03	MC	5.74	5.74	0.00	0.00	0.00
0202030342	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	01, 02, 03	MC	17.16	17.16	0.00	0.00	0.00
0202030350	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	01, 02, 03	MC	18.55	18.55	0.00	0.00	0.00
0202030369	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	01, 02, 03	MC	18.55	18.55	0.00	0.00	0.00
0202030377	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	01, 02, 03	MC	9.25	9.25	0.00	0.00	0.00
0202030385	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	01, 02, 03	MC	10.00	10.00	0.00	0.00	0.00
0202030393	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	01, 02, 03	MC	9.25	9.25	0.00	0.00	0.00
0202030407	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	01, 02, 03	MC	3.70	3.70	0.00	0.00	0.00
0202030415	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	01, 02, 03	MC	5.83	5.83	0.00	0.00	0.00
0202030423	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	01, 02, 03	MC	10.00	10.00	0.00	0.00	0.00
0202030431	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEIX SUPRARENAL	01, 02, 03	MC	17.16	17.16	0.00	0.00	0.00
0202030440	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	01, 02, 03	MC	9.25	9.25	0.00	0.00	0.00
0202030458	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	01, 02, 03	MC	10.00	10.00	0.00	0.00	0.00
0202030466	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	01, 02, 03	MC	9.70	9.70	0.00	0.00	0.00
0202030474	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	01, 02, 03	MC	2.83	2.83	0.00	0.00	0.00

Modalidades: 01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia, 04 - Internação Domiciliar, 05 - Assistência Domiciliar, 06 - Atenção Domiciliar, 07 - teste,

Complexidade: NA - Não se Aplica, AB - Atenção Básica, MC - Média Complexidade, AC - Alta Complexidade

Código	Nome	Modalidade	Complexidade	SA	Tot. Amb.	SH	SP	Tot. Hosp.
0202030482	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	01, 02, 03	MC	10.00	10.00	0.00	0.00	0.00
0202030504	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	01, 02, 03	MC	10.00	10.00	0.00	0.00	0.00
0202030512	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	01, 02, 03	MC	10.00	10.00	0.00	0.00	0.00
0202030520	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	01, 02, 03	MC	17.16	17.16	0.00	0.00	0.00
0202030539	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	01, 02, 03	MC	4.10	4.10	0.00	0.00	0.00
0202030547	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	01, 02, 03	MC	5.50	5.50	0.00	0.00	0.00
0202030555	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	01, 02, 03	MC	17.16	17.16	0.00	0.00	0.00
0202030563	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	01, 02, 03	MC	17.16	17.16	0.00	0.00	0.00
0202030571	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	01, 02, 03	MC	17.16	17.16	0.00	0.00	0.00
0202030580	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	01, 02, 03	MC	17.16	17.16	0.00	0.00	0.00
0202030598	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	01, 02, 03	MC	17.16	17.16	0.00	0.00	0.00
0202030601	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	01, 02	MC	17.16	17.16	0.00	0.00	0.00
0202030610	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	01, 02, 03	MC	10.00	10.00	0.00	0.00	0.00
0202030628	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	01, 02, 03	MC	17.16	17.16	0.00	0.00	0.00
0202030636	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	01, 02, 03	MC	18.55	18.55	0.00	0.00	0.00
0202030644	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	01, 02, 03	MC	18.55	18.55	0.00	0.00	0.00
0202030652	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	01, 02, 03	MC	7.78	7.78	0.00	0.00	0.00
0202030660	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	01, 02, 03	MC	9.71	9.71	0.00	0.00	0.00
0202030679	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	01, 02, 03	MC	18.55	18.55	0.00	0.00	0.00
0202030687	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	01, 02, 03	MC	18.55	18.55	0.00	0.00	0.00
0202030695	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	01, 02, 03	MC	9.25	9.25	0.00	0.00	0.00
0202030709	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIIOIDES BRASILIENSIS	01, 02, 03	MC	4.10	4.10	0.00	0.00	0.00
0202030717	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO	01, 02, 03	MC	18.55	18.55	0.00	0.00	0.00

Modalidades: 01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia, 04 - Internação Domiciliar, 05 - Assistência Domiciliar, 06 - Atenção Domiciliar, 07 - teste,

Complexidade: NA - Não se Aplica, AB - Atenção Básica, MC - Média Complexidade, AC - Alta Complexidade

Código	Nome	Modalidade	Complexidade	SA	Tot. Amb.	SH	SP	Tot. Hosp.
0202030725	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	01, 02, 03	MC	17.16	17.16	0.00	0.00	0.00
0202030733	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTA O VIRUS EPSTEIN-BARR	01, 02, 03	MC	2.83	2.83	0.00	0.00	0.00
0202030741	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	01, 02, 03	MC	11.00	11.00	0.00	0.00	0.00
0202030750	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	01, 02, 03	MC	9.25	9.25	0.00	0.00	0.00
0202030768	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	01, 02, 03	MC	16.97	16.97	0.00	0.00	0.00
0202030776	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	01, 02, 03	MC	9.25	9.25	0.00	0.00	0.00
0202030784	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	01, 02, 03	MC	18.55	18.55	0.00	0.00	0.00
0202030792	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS	01, 02, 03	MC	30.00	30.00	0.00	0.00	0.00
0202030806	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	01, 02, 03	MC	18.55	18.55	0.00	0.00	0.00
0202030814	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA	01, 02, 03	MC	17.16	17.16	0.00	0.00	0.00
0202030822	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	01, 02, 03	MC	17.16	17.16	0.00	0.00	0.00
0202030830	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	01, 02, 03	MC	17.16	17.16	0.00	0.00	0.00
0202030849	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	01, 02, 03	MC	17.16	17.16	0.00	0.00	0.00
0202030857	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	01, 02, 03	MC	11.61	11.61	0.00	0.00	0.00
0202030865	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	01, 02, 03	MC	10.00	10.00	0.00	0.00	0.00
0202030873	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	01, 02, 03	MC	18.55	18.55	0.00	0.00	0.00
0202030881	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	01, 02, 03	MC	9.25	9.25	0.00	0.00	0.00
0202030890	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	01, 02, 03	MC	18.55	18.55	0.00	0.00	0.00
0202030903	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS	01, 02, 03	MC	20.00	20.00	0.00	0.00	0.00
0202030911	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	01, 02, 03	MC	18.55	18.55	0.00	0.00	0.00
0202030920	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA	01, 02, 03	MC	17.16	17.16	0.00	0.00	0.00
0202030938	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	01, 02, 03	MC	17.16	17.16	0.00	0.00	0.00

Modalidades: 01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia, 04 - Internação Domiciliar, 05 - Assistência Domiciliar, 06 - Atenção Domiciliar, 07 - teste,

Complexidade: NA - Não se Aplica, AB - Atenção Básica, MC - Média Complexidade, AC - Alta Complexidade

Código	Nome	Modalidade	Complexidade	SA	Tot. Amb.	SH	SP	Tot. Hosp.
0202030946	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	01, 02, 03	MC	17.16	17.16	0.00	0.00	0.00
0202030954	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	01, 02, 03	MC	17.16	17.16	0.00	0.00	0.00
0202030962	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	01, 02, 03	MC	13.35	13.35	0.00	0.00	0.00
0202030970	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	01, 02, 03	MC	18.55	18.55	0.00	0.00	0.00
0202030989	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B	01, 02, 03	MC	18.55	18.55	0.00	0.00	0.00
0202030997	DETECÇÃO DE CLAMÍDIA E GONOCOCO POR BIOLOGIA MOLECULAR	01, 02, 03	MC	60.00	60.00	0.00	0.00	0.00
0202031004	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	01, 02, 03	MC	2.83	2.83	0.00	0.00	0.00
0202031012	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	01, 02, 03	MC	4.10	4.10	0.00	0.00	0.00
0202031020	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA	01, 02, 03	MC	10.00	10.00	0.00	0.00	0.00
0202031039	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-	01, 02, 03	MC	9.25	9.25	0.00	0.00	0.00
0202031047	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	01, 02, 03	MC	10.00	10.00	0.00	0.00	0.00
0202031055	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	01	MC	1.77	1.77	0.00	0.00	0.00
0202031063	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	01, 02, 03	MC	1.77	1.77	0.00	0.00	0.00
0202031071	QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO HIV-1	01, 02, 03	AC	18.00	18.00	0.00	0.00	0.00
0202031080	QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO VÍRUS DA HEPATITE C	01	MC	168.48	168.48	0.00	0.00	0.00
0202031098	TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	01, 02, 03	MC	4.10	4.10	5.00	0.00	5.00
0202031101	REAÇÃO DE MONTENEGRO ID	01, 02, 03	MC	2.83	2.83	0.00	0.00	0.00
0202031110	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	01, 02, 03	MC	2.83	2.83	0.00	0.00	0.00
0202031128	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	01, 02, 03	MC	10.00	10.00	0.00	0.00	0.00
0202031136	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	01, 02, 03	MC	10.00	10.00	0.00	0.00	0.00
0202031144	TESTES ALERGICOS DE CONTATO	01, 02, 03	MC	1.77	1.77	0.00	0.00	0.00
0202031152	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	01, 02, 03	MC	1.77	1.77	0.00	0.00	0.00
0202031179	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTES	01, 02, 03	MC	2.83	2.83	0.00	0.00	0.00

Modalidades: 01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia, 04 - Internação Domiciliar, 05 - Assistência Domiciliar, 06 - Atenção Domiciliar, 07 - teste,
Complexidade: NA - Não se Aplica, AB - Atenção Básica, MC - Média Complexidade, AC - Alta Complexidade

Código	Nome	Modalidade	Complexidade	SA	Tot. Amb.	SH	SP	Tot. Hosp.
0202031187	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA	01, 02, 03	MC	18.55	18.55	0.00	0.00	0.00
0202031195	DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO	01, 02, 03	MC	17.16	17.16	0.00	0.00	0.00
0202031209	DOSAGEM DE TROPONINA	01, 02, 03	MC	9.00	9.00	9.00	0.00	9.00
0202031217	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	01	MC	13.35	13.35	0.00	0.00	0.00
0202031225	EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER I	01, 02, 03	MC	80.00	80.00	0.00	0.00	0.00
0202031233	EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER II	01, 02, 03	MC	120.00	120.00	0.00	0.00	0.00
0202031241	GENOTIPAGEM DO HIV	01	AC	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0202031250	DETECÇÃO DE RNA DO HTLV-1	01	MC	65.00	65.00	0.00	0.00	0.00
0202031268	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 (WESTERN-BLOT)	01	MC	85.00	85.00	0.00	0.00	0.00
0202031276	DOSAGEM DE ADENOSINA-DESAMINASE (ADA)	01, 02, 03	MC	13.06	13.06	13.06	0.00	13.06
0202031284	ANTIBETA 2 GLICOPROTEINA I -IGG	01, 02	MC	125.00	125.00	125.00	0.00	125.00
0202031292	DOSAGEM DE ANTI-BETA-2-GLICOPROTEÍNA I - IGM	01, 02	MC	125.00	125.00	125.00	0.00	125.00
0202031306	DIAGNÓSTICO E REAVALIAÇÃO DE HEMOGLOBINÚRIA PAROXISTICA NOTURNA	01, 02	MC	80.00	80.00	80.00	0.00	80.00
0202031314	DOSAGEM DE ANTICORPO ANTI-ACHR	01, 02	MC	86.20	86.20	86.20	0.00	86.20
0202040011	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	01, 02, 03	MC	1.65	1.65	0.00	0.00	0.00
0202040020	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	01, 02, 03	MC	3.04	3.04	0.00	0.00	0.00
0202040038	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	01, 02, 03	MC	3.04	3.04	0.00	0.00	0.00
0202040046	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	01, 02, 03	MC	1.65	1.65	0.00	0.00	0.00
0202040054	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS	01, 02, 03	MC	1.65	1.65	0.00	0.00	0.00
0202040062	PESQUISA DE EOSINOFILOS	01, 02, 03	MC	1.65	1.65	0.00	0.00	0.00
0202040070	PESQUISA DE GORDURA FECAL	01, 02, 03	MC	1.65	1.65	0.00	0.00	0.00
0202040089	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	01, 02, 03	MC	1.65	1.65	0.00	0.00	0.00
0202040097	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	01, 02, 03	MC	1.65	1.65	0.00	0.00	0.00

Modalidades: 01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia, 04 - Internação Domiciliar, 05 - Assistência Domiciliar, 06 - Atenção Domiciliar, 07 - teste,

Complexidade: NA - Não se Aplica, AB - Atenção Básica, MC - Média Complexidade, AC - Alta Complexidade

Código	Nome	Modalidade	Complexidade	SA	Tot. Amb.	SH	SP	Tot. Hosp.
0202040100	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	01, 02, 03	MC	1.65	1.65	0.00	0.00	0.00
0202040119	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)	01	MC	1.65	1.65	0.00	0.00	0.00
0202040127	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	01, 02, 03	MC	1.65	1.65	0.00	0.00	0.00
0202040135	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	01, 02, 03	MC	10.25	10.25	0.00	0.00	0.00
0202040143	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	01, 02, 03	MC	1.65	1.65	0.00	0.00	0.00
0202040151	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	01, 02, 03	MC	1.65	1.65	0.00	0.00	0.00
0202040160	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	01, 02, 03	MC	1.65	1.65	0.00	0.00	0.00
0202040178	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	01, 02, 03	MC	1.65	1.65	0.00	0.00	0.00
0202050017	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	01, 02, 03	MC	3.70	3.70	0.00	0.00	0.00
0202050025	CLEARANCE DE CREATININA	01, 02, 03	MC	3.51	3.51	0.00	0.00	0.00
0202050033	CLEARANCE DE FOSFATO	01, 02, 03	MC	3.51	3.51	0.00	0.00	0.00
0202050041	CLEARANCE DE UREIA	01, 02, 03	MC	3.51	3.51	0.00	0.00	0.00
0202050050	CONTAGEM DE ADDIS	01, 02, 03	MC	2.04	2.04	0.00	0.00	0.00
0202050068	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	01, 02, 03	MC	3.70	3.70	0.00	0.00	0.00
0202050076	IDENTIFICAÇÃO DE GLICÍDIOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA)	01, 02, 03	MC	3.70	3.70	0.00	0.00	0.00
0202050084	DOSAGEM DE CITRATO	01, 02, 03	MC	2.01	2.01	0.00	0.00	0.00
0202050092	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	01, 02, 03	MC	8.12	8.12	0.00	0.00	0.00
0202050106	DOSAGEM DE OXALATO	01, 02, 03	MC	3.68	3.68	0.00	0.00	0.00
0202050114	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	01, 02, 03	MC	2.04	2.04	0.00	0.00	0.00
0202050122	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	01, 02, 03	MC	3.04	3.04	0.00	0.00	0.00
0202050130	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	01, 02, 03	MC	3.70	3.70	0.00	0.00	0.00
0202050149	PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	01, 02, 03	MC	3.70	3.70	0.00	0.00	0.00
0202050157	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	01, 02, 03	MC	2.04	2.04	0.00	0.00	0.00
0202050165	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	01, 02, 03	MC	3.70	3.70	0.00	0.00	0.00

Modalidades: 01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia, 04 - Internação Domiciliar, 05 - Assistência Domiciliar, 06 - Atenção Domiciliar, 07 - teste,

Complexidade: NA - Não se Aplica, AB - Atenção Básica, MC - Média Complexidade, AC - Alta Complexidade

Código	Nome	Modalidade	Complexidade	SA	Tot. Amb.	SH	SP	Tot. Hosp.
0202050173	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	01, 02, 03	MC	2.04	2.04	0.00	0.00	0.00
0202050181	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	01, 02, 03	MC	2.40	2.40	0.00	0.00	0.00
0202050190	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	01, 02, 03	MC	2.04	2.04	0.00	0.00	0.00
0202050203	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	01, 02, 03	MC	2.04	2.04	0.00	0.00	0.00
0202050211	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	01, 02, 03	MC	3.70	3.70	0.00	0.00	0.00
0202050220	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	01, 02, 03	MC	2.04	2.04	0.00	0.00	0.00
0202050238	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	01, 02, 03	MC	2.04	2.04	0.00	0.00	0.00
0202050246	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	01, 02, 03	MC	3.36	3.36	0.00	0.00	0.00
0202050254	PESQUISA DE GONADOTROFINA CORIONICA	01, 02, 03	AB	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0202050262	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	01, 02, 03	MC	2.04	2.04	0.00	0.00	0.00
0202050270	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	01, 02, 03	MC	2.04	2.04	0.00	0.00	0.00
0202050289	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	01, 02, 03	MC	3.70	3.70	0.00	0.00	0.00
0202050297	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	01, 02, 03	MC	2.04	2.04	0.00	0.00	0.00
0202050300	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	01, 02, 03	MC	4.44	4.44	0.00	0.00	0.00
0202050319	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	01, 02, 03	MC	2.04	2.04	0.00	0.00	0.00
0202050327	PROVA DE DILUICAO (URINA)	01, 02, 03	MC	2.04	2.04	0.00	0.00	0.00
0202060012	DETERMINAÇÃO DE ÍNDICE DE TIROXINA LIVRE	01, 02, 03	MC	12.54	12.54	0.00	0.00	0.00
0202060020	DETERMINAÇÃO DE RETENÇÃO DE T3	01, 02, 03	MC	12.54	12.54	0.00	0.00	0.00
0202060039	DETERMINAÇÃO DE T3 REVERSO	01, 02, 03	MC	14.69	14.69	0.00	0.00	0.00
0202060047	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	01, 02, 03	MC	10.20	10.20	0.00	0.00	0.00
0202060055	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	01, 02, 03	MC	6.72	6.72	0.00	0.00	0.00
0202060063	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	01, 02, 03	MC	6.72	6.72	0.00	0.00	0.00
0202060071	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	01, 02, 03	MC	6.72	6.72	0.00	0.00	0.00
0202060080	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	01, 02, 03	MC	14.12	14.12	0.00	0.00	0.00

Modalidades: 01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia, 04 - Internação Domiciliar, 05 - Assistência Domiciliar, 06 - Atenção Domiciliar, 07 - teste,

Complexidade: NA - Não se Aplica, AB - Atenção Básica, MC - Média Complexidade, AC - Alta Complexidade

Código	Nome	Modalidade	Complexidade	SA	Tot. Amb.	SH	SP	Tot. Hosp.
0202060098	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	01, 02, 03	MC	11.89	11.89	0.00	0.00	0.00
0202060101	DOSAGEM DE AMP CICLICO	01, 02, 03	MC	12.01	12.01	0.00	0.00	0.00
0202060110	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	01, 02, 03	MC	11.53	11.53	0.00	0.00	0.00
0202060128	DOSAGEM DE CALCITONINA	01, 02, 03	MC	14.38	14.38	0.00	0.00	0.00
0202060136	DOSAGEM DE CORTISOL	01, 02, 03	MC	9.86	9.86	0.00	0.00	0.00
0202060144	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	01, 02, 03	MC	11.25	11.25	0.00	0.00	0.00
0202060152	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	01, 02, 03	MC	11.71	11.71	0.00	0.00	0.00
0202060160	DOSAGEM DE ESTRADIOL	01, 02, 03	MC	10.15	10.15	0.00	0.00	0.00
0202060179	DOSAGEM DE ESTRIOL	01, 02, 03	MC	11.55	11.55	0.00	0.00	0.00
0202060187	DOSAGEM DE ESTRONA	01, 02, 03	MC	11.12	11.12	0.00	0.00	0.00
0202060195	DOSAGEM DE GASTRINA	01, 02, 03	MC	14.15	14.15	0.00	0.00	0.00
0202060209	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	01, 02, 03	MC	15.35	15.35	0.00	0.00	0.00
0202060217	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	01, 02, 03	MC	7.85	7.85	0.00	0.00	0.00
0202060225	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	01, 02, 03	MC	10.21	10.21	0.00	0.00	0.00
0202060233	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	01, 02, 03	MC	7.89	7.89	0.00	0.00	0.00
0202060241	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	01, 02, 03	MC	8.97	8.97	0.00	0.00	0.00
0202060250	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	01, 02, 03	MC	8.96	8.96	0.00	0.00	0.00
0202060268	DOSAGEM DE INSULINA	01, 02, 03	MC	10.17	10.17	0.00	0.00	0.00
0202060276	DOSAGEM DE PARATORMONIO	01	MC	43.13	43.13	0.00	0.00	0.00
0202060284	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	01, 02, 03	MC	15.35	15.35	0.00	0.00	0.00
0202060292	DOSAGEM DE PROGESTERONA	01, 02, 03	MC	10.22	10.22	0.00	0.00	0.00
0202060306	DOSAGEM DE PROLACTINA	01, 02, 03	MC	10.15	10.15	0.00	0.00	0.00
0202060314	DOSAGEM DE RENINA	01, 02, 03	MC	13.19	13.19	0.00	0.00	0.00
0202060322	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	01	MC	15.35	15.35	0.00	0.00	0.00

Modalidades: 01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia, 04 - Internação Domiciliar, 05 - Assistência Domiciliar, 06 - Atenção Domiciliar, 07 - teste,

Complexidade: NA - Não se Aplica, AB - Atenção Básica, MC - Média Complexidade, AC - Alta Complexidade

Código	Nome	Modalidade	Complexidade	SA	Tot. Amb.	SH	SP	Tot. Hosp.
0202060330	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA	01, 02, 03	MC	13.11	13.11	0.00	0.00	0.00
0202060349	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	01, 02, 03	MC	10.43	10.43	0.00	0.00	0.00
0202060357	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	01, 02	MC	13.11	13.11	0.00	0.00	0.00
0202060365	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	01, 02, 03	MC	15.35	15.35	0.00	0.00	0.00
0202060373	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	01, 02, 03	MC	8.76	8.76	0.00	0.00	0.00
0202060381	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	01, 02, 03	MC	11.60	11.60	0.00	0.00	0.00
0202060390	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	01, 02, 03	MC	8.71	8.71	0.00	0.00	0.00
0202060403	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	01, 02, 03	MC	12.01	12.01	0.00	0.00	0.00
0202060411	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS	01, 02, 03	MC	12.01	12.01	0.00	0.00	0.00
0202060420	TESTE DE ESTIMULO COM GNRH OU COM AGONISTA GNRH	01, 02, 03	MC	12.01	12.01	0.00	0.00	0.00
0202060438	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	01, 02, 03	MC	12.01	12.01	0.00	0.00	0.00
0202060446	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	01, 02, 03	MC	12.01	12.01	0.00	0.00	0.00
0202060454	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	01, 02, 03	MC	12.01	12.01	0.00	0.00	0.00
0202060462	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	01, 02, 03	MC	8.43	8.43	0.00	0.00	0.00
0202060470	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	01, 02, 03	MC	12.15	12.15	0.00	0.00	0.00
0202070018	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	01, 02, 03	MC	2.06	2.06	0.00	0.00	0.00
0202070026	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	01, 02, 03	MC	2.23	2.23	0.00	0.00	0.00
0202070034	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	01, 02, 03	MC	3.68	3.68	0.00	0.00	0.00
0202070042	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	01, 02, 03	MC	2.04	2.04	0.00	0.00	0.00
0202070050	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	01, 02, 03	MC	15.65	15.65	0.00	0.00	0.00
0202070069	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	01, 02, 03	MC	3.51	3.51	0.00	0.00	0.00
0202070077	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	01, 02, 03	MC	2.01	2.01	0.00	0.00	0.00
0202070085	DOSAGEM DE ALUMINIO	01, 02, 03	MC	27.50	27.50	0.00	0.00	0.00
0202070093	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	01, 02, 03	MC	10.00	10.00	0.00	0.00	0.00
0202070107	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	01, 02, 03	MC	10.00	10.00	0.00	0.00	0.00

Modalidades: 01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia, 04 - Internação Domiciliar, 05 - Assistência Domiciliar, 06 - Atenção Domiciliar, 07 - teste,

Complexidade: NA - Não se Aplica, AB - Atenção Básica, MC - Média Complexidade, AC - Alta Complexidade

Código	Nome	Modalidade	Complexidade	SA	Tot. Amb.	SH	SP	Tot. Hosp.
0202070115	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	01, 02, 03	MC	10.00	10.00	0.00	0.00	0.00
0202070123	DOSAGEM DE BARBITURATOS	01, 02, 03	MC	13.13	13.13	0.00	0.00	0.00
0202070131	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	01, 02, 03	MC	13.48	13.48	0.00	0.00	0.00
0202070140	DOSAGEM DE CADMIO	01, 02, 03	MC	6.55	6.55	0.00	0.00	0.00
0202070158	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	01, 02, 03	MC	17.53	17.53	0.00	0.00	0.00
0202070166	DOSAGEM DE CARBOXYI-HEMOGLOBINA	01, 02, 03	MC	4.11	4.11	0.00	0.00	0.00
0202070174	DOSAGEM DE CHUMBO	01, 02, 03	MC	8.83	8.83	0.00	0.00	0.00
0202070182	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	01, 02, 03	AC	58.61	58.61	0.00	0.00	0.00
0202070190	DOSAGEM DE COBRE	01, 02, 03	MC	3.51	3.51	0.00	0.00	0.00
0202070204	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	01, 02, 03	MC	8.97	8.97	0.00	0.00	0.00
0202070212	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	01, 02, 03	MC	15.65	15.65	0.00	0.00	0.00
0202070220	DOSAGEM DE FENITOINA	01, 02, 03	MC	35.22	35.22	0.00	0.00	0.00
0202070239	DOSAGEM DE FENOL	01, 02, 03	MC	2.05	2.05	0.00	0.00	0.00
0202070247	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	01, 02, 03	MC	3.51	3.51	0.00	0.00	0.00
0202070255	DOSAGEM DE LITIO	01, 02, 03	MC	2.25	2.25	0.00	0.00	0.00
0202070263	DOSAGEM DE MERCURIO	01, 02, 03	MC	2.04	2.04	0.00	0.00	0.00
0202070271	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	01, 02, 03	MC	4.11	4.11	0.00	0.00	0.00
0202070280	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	01, 02, 03	MC	10.00	10.00	0.00	0.00	0.00
0202070298	DOSAGEM DE METOTREXATO	01, 02, 03	MC	10.00	10.00	0.00	0.00	0.00
0202070301	DOSAGEM DE QUINIDINA	01, 02, 03	MC	10.00	10.00	0.00	0.00	0.00
0202070310	DOSAGEM DE SALICILATOS	01, 02, 03	MC	2.01	2.01	0.00	0.00	0.00
0202070328	DOSAGEM DE SULFATOS	01, 02, 03	MC	3.51	3.51	0.00	0.00	0.00
0202070336	DOSAGEM DE TEOFILINA	01, 02, 03	MC	15.65	15.65	0.00	0.00	0.00
0202070344	DOSAGEM DE TIOCIANATO	01, 02, 03	MC	3.68	3.68	0.00	0.00	0.00
0202070352	DOSAGEM DE ZINCO	01, 02, 03	MC	15.65	15.65	0.00	0.00	0.00

Modalidades: 01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia, 04 - Internação Domiciliar, 05 - Assistência Domiciliar, 06 - Atenção Domiciliar, 07 - teste,

Complexidade: NA - Não se Aplica, AB - Atenção Básica, MC - Média Complexidade, AC - Alta Complexidade

Código	Nome	Modalidade	Complexidade	SA	Tot. Amb.	SH	SP	Tot. Hosp.
0202080013	ANTIBIOGRAMA	01, 02, 03	MC	4.98	4.98	0.00	0.00	0.00
0202080021	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	01, 02, 03	MC	13.33	13.33	0.00	0.00	0.00
0202080030	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	01, 02, 03	MC	13.33	13.33	0.00	0.00	0.00
0202080048	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE	01, 02, 03	MC	4.20	4.20	0.00	0.00	0.00
0202080056	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	01, 02, 03	MC	4.20	4.20	0.00	0.00	0.00
0202080064	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	01, 02, 03	MC	4.20	4.20	0.00	0.00	0.00
0202080072	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	01, 02, 03	MC	2.80	2.80	0.00	0.00	0.00
0202080080	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	01, 02, 03	MC	5.62	5.62	0.00	0.00	0.00
0202080099	CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO)	01, 02, 03	MC	5.62	5.62	0.00	0.00	0.00
0202080102	CULTURA P/ HERPESVIRUS	01, 02, 03	MC	4.33	4.33	0.00	0.00	0.00
0202080110	CULTURA PARA BAAR	01, 02, 03	MC	5.63	5.63	0.00	0.00	0.00
0202080129	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	01, 02, 03	MC	10.25	10.25	0.00	0.00	0.00
0202080137	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	01, 02, 03	MC	4.19	4.19	0.00	0.00	0.00
0202080145	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	01, 02, 03	MC	2.80	2.80	0.00	0.00	0.00
0202080153	HEMOCULTURA	01, 02, 03	MC	11.49	11.49	0.00	0.00	0.00
0202080161	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	01, 02, 03	MC	5.63	5.63	0.00	0.00	0.00
0202080170	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	01, 02, 03	MC	4.33	4.33	0.00	0.00	0.00
0202080188	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	01, 02, 03	MC	2.80	2.80	0.00	0.00	0.00
0202080196	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	01, 02, 03	MC	4.33	4.33	0.00	0.00	0.00
0202080200	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	01, 02, 03	MC	2.80	2.80	0.00	0.00	0.00
0202080218	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	01, 02, 03	MC	4.33	4.33	0.00	0.00	0.00
0202080226	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	01, 02, 03	MC	2.80	2.80	0.00	0.00	0.00
0202080234	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	01, 02, 03	MC	5.04	5.04	0.00	0.00	0.00
0202080242	PROVA CONFIRMATÓRIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES	01	MC	5.62	5.62	0.00	0.00	0.00

Modalidades: 01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia, 04 - Internação Domiciliar, 05 - Assistência Domiciliar, 06 - Atenção Domiciliar, 07 - teste,

Complexidade: NA - Não se Aplica, AB - Atenção Básica, MC - Média Complexidade, AC - Alta Complexidade

Código	Nome	Modalidade	Complexidade	SA	Tot. Amb.	SH	SP	Tot. Hosp.
0202090019	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	01, 02, 03	MC	1.89	1.89	0.00	0.00	0.00
0202090027	ADENOGRAMA	01, 02, 03	MC	5.79	5.79	0.00	0.00	0.00
0202090035	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	01, 02, 03	MC	4.33	4.33	0.00	0.00	0.00
0202090043	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	01, 02, 03	MC	4.33	4.33	0.00	0.00	0.00
0202090051	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	01, 02, 03	MC	1.89	1.89	0.00	0.00	0.00
0202090060	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	01, 02, 03	MC	1.89	1.89	0.00	0.00	0.00
0202090078	DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO	01, 02, 03	MC	6.56	6.56	0.00	0.00	0.00
0202090086	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	01, 02, 03	MC	1.89	1.89	0.00	0.00	0.00
0202090094	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	01, 02, 03	MC	2.01	2.01	0.00	0.00	0.00
0202090108	DOSAGEM DE FRUTOSE	01, 02, 03	MC	2.01	2.01	0.00	0.00	0.00
0202090116	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	01	MC	2.01	2.01	0.00	0.00	0.00
0202090124	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	01, 02, 03	MC	1.89	1.89	0.00	0.00	0.00
0202090132	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E	01, 02, 03	MC	1.89	1.89	0.00	0.00	0.00
0202090140	DOSAGEM DE SODIO E CLORO NO SUOR (C/ COLETA)	02	MC	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0202090159	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	01, 02, 03	MC	5.23	5.23	0.00	0.00	0.00
0202090167	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	01, 02, 03	MC	6.56	6.56	0.00	0.00	0.00
0202090175	ESPLENOGRAMA	01, 02, 03	MC	5.79	5.79	0.00	0.00	0.00
0202090183	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	01, 02, 03	MC	1.89	1.89	0.00	0.00	0.00
0202090191	MIELOGRAMA	01, 02, 03	MC	5.79	5.79	0.00	0.00	0.00
0202090213	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA	01, 02, 03	MC	9.70	9.70	0.00	0.00	0.00
0202090221	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA	01, 02, 03	MC	2.01	2.01	0.00	0.00	0.00
0202090230	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	01, 02, 03	MC	1.89	1.89	0.00	0.00	0.00
0202090248	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	01, 02, 03	MC	1.89	1.89	0.00	0.00	0.00
0202090256	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	01, 02, 03	MC	1.89	1.89	0.00	0.00	0.00

Modalidades: 01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia, 04 - Internação Domiciliar, 05 - Assistência Domiciliar, 06 - Atenção Domiciliar, 07 - teste,

Complexidade: NA - Não se Aplica, AB - Atenção Básica, MC - Média Complexidade, AC - Alta Complexidade

Código	Nome	Modalidade	Complexidade	SA	Tot. Amb.	SH	SP	Tot. Hosp.
0202090264	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)	01, 02, 03	MC	4.80	4.80	0.00	0.00	0.00
0202090272	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E	01, 02, 03	MC	1.89	1.89	0.00	0.00	0.00
0202090280	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	01, 02, 03	MC	9.70	9.70	0.00	0.00	0.00
0202090299	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	01, 02, 03	MC	1.89	1.89	0.00	0.00	0.00
0202090302	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	01, 02, 03	MC	1.89	1.89	0.00	0.00	0.00
0202090310	REACAO DE PANDY	01, 02, 03	MC	1.89	1.89	0.00	0.00	0.00
0202090329	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	01, 02, 03	MC	1.89	1.89	0.00	0.00	0.00
0202090337	TESTE DE CLEMENTS	01, 02, 03	MC	1.89	1.89	0.00	0.00	0.00
0202090345	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS	01, 02, 03	MC	4.69	4.69	0.00	0.00	0.00
0202090353	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	01, 02, 03	MC	4.69	4.69	0.00	0.00	0.00
0202090361	TESTE MOLECULAR PARA A DETECÇÃO DO COMPLEXO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS	01, 02, 03	MC	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0202100014	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS)	01, 02	MC	180.00	180.00	180.00	0.00	180.00
0202100022	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)	01, 02	MC	160.00	160.00	160.00	0.00	160.00
0202100030	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	01, 02	MC	160.00	160.00	160.00	0.00	160.00
0202100049	QUANTIFICAÇÃO/AMPLIFICAÇÃO DO HER-2	01, 02	MC	120.00	120.00	120.00	0.00	120.00
0202100057	FOCALIZAÇÃO ISOELÉTRICA DA TRANSFERRINA	01	MC	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0202100065	ANÁLISE DE DNA PELA TÉCNICA DE SOUTHERN BLOT	01	MC	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0202100073	ANÁLISE DE DNA POR MLPA	01	MC	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0202100081	IDENTIFICAÇÃO DE MUTAÇÃO/REARRANJOS POR PCR, PCR SENSÍVEL A METILAÇÃO, qPCR E qPCR SENSÍVEL A	01	MC	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0202100090	FISH EM METÁFASE OU NÚCLEO INTERFÁSICO, POR DOENÇA	01	MC	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0202100103	IDENTIFICAÇÃO DE ALTERAÇÃO CROMOSSÔNICA SUBMICROSCÓPICA POR ARRAY-CGH	01	MC	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0202100111	IDENTIFICAÇÃO DE MUTAÇÃO POR SEQUENCIAMENTO POR	01	MC	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Modalidades: 01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia, 04 - Internação Domiciliar, 05 - Assistência Domiciliar, 06 - Atenção Domiciliar, 07 - teste,

Complexidade: NA - Não se Aplica, AB - Atenção Básica, MC - Média Complexidade, AC - Alta Complexidade

Código	Nome	Modalidade	Complexidade	SA	Tot. Amb.	SH	SP	Tot. Hosp.
AMPLICON ATÉ 500 PARES DE BASES								
0202100120	IDENTIFICAÇÃO DE GLICOSAMINOGLICANOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA EM CAMADA DELGADA , ELETROFORESE E DOSAGEM QUANTITATIVA	01	MC	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0202100138	IDENTIFICAÇÃO DE OLIGOSSACARÍDEOS E SIALOSSACARÍDEOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA	01	MC	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0202100146	DOSAGEM QUANTITATIVA DE CARNITINA, PERFIL DE ACILCARNITINAS	01	MC	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0202100154	DOSAGEM QUANTITATIVA DE AMINOÁCIDOS	01	MC	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0202100162	DOSAGEM QUANTITATIVA DE ÁCIDOS ORGÂNICOS	01	MC	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0202100170	ENSAIOS ENZIMÁTICOS NO PLASMA E LEUCÓCITOS PARA DIAGNÓSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO	01	MC	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0202100189	ENSAIOS ENZIMÁTICOS EM ERITRÓCITOS PARA DIAGNÓSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO	01	MC	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0202100197	ENSAIOS ENZIMÁTICOS EM TECIDO CULTIVADO PARA DIAGNÓSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO	01	MC	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0202100200	SEQUENCIAMENTO COMPLETO DO EXOMA	01	MC	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0202100219	DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA CROMOSSOMA PHILADELPHIA POSITIVO POR TÉCNICA MOLECULAR	01, 02	MC	144.24	144.24	144.24	0.00	144.24
0202100227	REAVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE LEUCEMIA CROMOSSOMA PHILADELPHIA POSITIVO POR TÉCNICA MOLECULAR	01, 02	MC	168.48	168.48	168.48	0.00	168.48
0202100235	PESQUISA DE MUTAÇÃO DO GENE DA PROTROMBINA	01, 02	MC	180.00	180.00	180.00	0.00	180.00
0202110010	DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)	01	MC	8.80	8.80	0.00	0.00	0.00
0202110028	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)	01	MC	66.00	66.00	0.00	0.00	0.00
0202110036	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)	01	MC	66.00	66.00	0.00	0.00	0.00
0202110044	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	01	MC	5.50	5.50	0.00	0.00	0.00
0202110052	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	01	MC	12.10	12.10	0.00	0.00	0.00
0202110060	DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	01	MC	20.90	20.90	0.00	0.00	0.00
0202110079	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	01	MC	5.50	5.50	0.00	0.00	0.00

Modalidades: 01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia, 04 - Internação Domiciliar, 05 - Assistência Domiciliar, 06 - Atenção Domiciliar, 07 - teste,

Complexidade: NA - Não se Aplica, AB - Atenção Básica, MC - Média Complexidade, AC - Alta Complexidade

Código	Nome	Modalidade	Complexidade	SA	Tot. Amb.	SH	SP	Tot. Hosp.
0202110087	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	01	MC	13.20	13.20	0.00	0.00	0.00
0202110095	DOSAGEM DE 17 HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	01	MC	8.00	8.00	0.00	0.00	0.00
0202110109	DOSAGEM DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SANGUE EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	01	MC	5.50	5.50	0.00	0.00	0.00
0202110117	DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SORO	01	MC	137.00	137.00	0.00	0.00	0.00
0202110125	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA	01	MC	66.00	66.00	0.00	0.00	0.00
0202110133	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE	01	MC	66.00	66.00	0.00	0.00	0.00
0202110141	DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR	01	MC	150.00	150.00	0.00	0.00	0.00
0202120015	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	01, 02, 03	MC	10.65	10.65	0.00	0.00	0.00
0202120023	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	01, 02, 03	MC	1.37	1.37	0.00	0.00	0.00
0202120031	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	01, 02, 03	MC	10.65	10.65	0.00	0.00	0.00
0202120040	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	01, 02, 03	MC	10.65	10.65	0.00	0.00	0.00
0202120058	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO	01, 02, 03	MC	5.79	5.79	0.00	0.00	0.00
0202120066	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC	01, 02, 03	MC	5.79	5.79	0.00	0.00	0.00
0202120074	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO	01, 02, 03	MC	5.79	5.79	0.00	0.00	0.00
0202120082	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	01, 02, 03	MC	1.37	1.37	0.00	0.00	0.00
0202120090	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	01, 02, 03	MC	2.73	2.73	0.00	0.00	0.00
0202120104	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	01, 02, 03	MC	5.79	5.79	0.00	0.00	0.00

Modalidades: 01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia, 04 - Internação Domiciliar, 05 - Assistência Domiciliar, 06 - Atenção Domiciliar, 07 - teste,
Complexidade: NA - Não se Aplica, AB - Atenção Básica, MC - Média Complexidade, AC - Alta Complexidade



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO**

**ANEXO II
RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA
C.N.P.J.
ENDEREÇO**

**TABELA DE EXAMES REALIZADOS NO LABORATÓRIO CREDENCIADO E NO APOIO
(APRESENTAR JUNTAMENTE COM A DOCUMENTAÇÃO)**

(Tabela Unificada de Procedimentos)

PROCEDIMENTO	REALIZARÁ NO:	
	PRÓPRIO	APOIO
0202010015 - CLEARANCE OSMOLAR		
0202010023 - DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO		
0202010031 - DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS		
0202010040 - DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)		
0202010058 - DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (5 DOSAGENS)		
0202010066 - DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)		
0202010074 - DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)		
0202010082 - DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE		
0202010090 - DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE		
0202010104 - DOSAGEM DE ACETONA		
0202010112 - DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO		
0202010120 - DOSAGEM DE ACIDO URICO		
0202010139 - DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO		
0202010147 - DOSAGEM DE ALDOLASE		
0202010155 - DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA		
0202010163 - DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA		
0202010171 - DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA		
0202010180 - DOSAGEM DE AMILASE		
0202010198 - DOSAGEM DE AMONIA		
0202010201 - DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES		
0202010210 - DOSAGEM DE CALCIO		
0202010228 - DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL		
0202010236 - DOSAGEM DE CAROTENO		
0202010244 - DOSAGEM DE CATECOLAMINAS		
0202010252 - DOSAGEM DE CERULOPLASMINA		
0202010260 - DOSAGEM DE CLORETO		
0202010279 - DOSAGEM DE COLESTEROL HDL		
0202010287 - DOSAGEM DE COLESTEROL LDL		
0202010295 - DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL		
0202010309 - DOSAGEM DE COLINESTERASE		
0202010317 - DOSAGEM DE CREATININA		



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO

0202010325 - DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)		
0202010333 - DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB		
0202010341 - DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA		
0202010350 - DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA		
0202010368 - DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA		
0202010376 - DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)		
0202010384 - DOSAGEM DE FERRITINA		
0202010392 - DOSAGEM DE FERRO SERICO		
0202010406 - DOSAGEM DE FOLATO		
0202010414 - DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL		
0202010422 - DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA		
0202010430 - DOSAGEM DE FOSFORO		
0202010449 - DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA		
0202010457 - DOSAGEM DE GALACTOSE		
0202010465 - DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)		
0202010473 - DOSAGEM DE GLICOSE		
0202010481 - DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE		
0202010490 - DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA		
0202010503 - DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA		
0202010511 - DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA		
0202010520 - DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE		
0202010538 - DOSAGEM DE LACTATO		
0202010546 - DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE		
0202010554 - DOSAGEM DE LIPASE		
0202010562 - DOSAGEM DE MAGNESIO		
0202010570 - DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS		
0202010589 - DOSAGEM DE PIRUVATO		
0202010597 - DOSAGEM DE PORFIRINAS		
0202010600 - DOSAGEM DE POTASSIO		
0202010619 - DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS		
0202010627 - DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES		
0202010635 - DOSAGEM DE SODIO		
0202010643 - DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)		
0202010651 - DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)		
0202010660 - DOSAGEM DE TRANSFERRINA		
0202010678 - DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS		
0202010686 - DOSAGEM DE TRIPTOFANO		
0202010694 - DOSAGEM DE UREIA		
0202010708 - DOSAGEM DE VITAMINA B12		
0202010716 - ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS		
0202010724 - ELETROFORESE DE PROTEINAS		
0202010732 - GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)		
0202010740 - PROVA DA D-XILOSE		
0202010759 - TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTE ORAIS		
0202020010 - CITOQUIMICA HEMATOLOGICA		
0202020029 - CONTAGEM DE PLAQUETAS		



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO

0202020037 - CONTAGEM DE RETICULOCITOS		
0202020045 - DETERMINAÇÃO DE CURVA DE RESISTÊNCIA GLOBULAR		
0202020053 - DETERMINAÇÃO DE ENZIMAS ERITROCITÁRIAS (CADA)		
0202020061 - DETERMINAÇÃO DE SULFO-HEMOGLOBINA		
0202020070 - DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO		
0202020088 - DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA		
0202020096 - DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE		
0202020100 - DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY		
0202020118 - DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SOBREVIVÊNCIA DE HEMÁCIAS		
0202020126 - DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA		
0202020134 - DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)		
0202020142 - DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)		
0202020150 - DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSÉDIMENTAÇÃO (VHS)		
0202020169 - DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE		
0202020177 - DOSAGEM DE ANTITROMBINA III		
0202020185 - DOSAGEM DE FATOR II		
0202020193 - DOSAGEM DE FATOR IX		
0202020207 - DOSAGEM DE FATOR V		
0202020215 - DOSAGEM DE FATOR VII		
0202020223 - DOSAGEM DE FATOR VIII		
0202020231 - DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)		
0202020240 - DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)		
0202020258 - DOSAGEM DE FATOR X		
0202020266 - DOSAGEM DE FATOR XI		
0202020274 - DOSAGEM DE FATOR XII		
0202020282 - DOSAGEM DE FATOR XIII		
0202020290 - DOSAGEM DE FIBRINOGENIO		
0202020304 - DOSAGEM DE HEMOGLOBINA		
0202020312 - DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC		
0202020320 - DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL		
0202020347 - DOSAGEM DE PLASMINOGENIO		
0202020363 - ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)		
0202020371 - HEMATOCRITO		
0202020398 - LEUCOGRAMA		
0202020401 - PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA		
0202020410 - PESQUISA DE CELULAS LE		
0202020428 - PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ		
0202020436 - PESQUISA DE FILARIA		
0202020444 - PESQUISA DE HEMOGLOBINA S		
0202020452 - PESQUISA DE PLASMODIO		
0202020460 - PESQUISA DE TRIPANOSSOMA		
0202020487 - PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA		
0202020495 - PROVA DE RETRAÇÃO DO COAGULO		
0202020509 - PROVA DO LACO		
0202020517 - RASTREIO P/ DEFICIÊNCIA DE ENZIMAS ERITROCITÁRIAS		
0202020525 - TESTE DE AGREGAÇÃO DE PLAQUETAS		



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO

0202020533 - TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)		
0202030016 - CONTAGEM DE LINFOCITOS B		
0202030024 - CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8		
0202030032 - CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS		
0202030040 - DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)		
0202030059 - DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)		
0202030067 - DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)		
0202030075 - DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE		
0202030083 - DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA		
0202030091 - DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA		
0202030105 - DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)		
0202030113 - DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA		
0202030121 - DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3		
0202030130 - DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4		
0202030148 - DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA		
0202030156 - DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)		
0202030164 - DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)		
0202030172 - DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG)		
0202030180 - DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)		
0202030199 - DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE		
0202030202 - DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA		
0202030210 - GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C		
0202030229 - IMUNOELETOFORESE DE PROTEINAS		
0202030253 - PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA		
0202030261 - PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA		
0202030270 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA		
0202030288 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI		
0202030296 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)		
0202030300 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)		
0202030318 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2		
0202030326 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)		
0202030334 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS		
0202030342 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM		
0202030350 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)		
0202030369 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)		
0202030377 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS		
0202030385 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS		
0202030393 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS		
0202030407 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS		
0202030415 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO		
0202030423 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)		
0202030431 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEIX SUPRARENAL		
0202030440 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS		
0202030458 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)		
0202030466 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDEOS		
0202030474 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTISTREPTOLISINA O (ASLO)		



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO

0202030482 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO		
0202030490 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLIADINA (GLUTEN) IGG IGM E IGA		
0202030504 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO		
0202030512 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS		
0202030520 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA		
0202030539 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS		
0202030547 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA		
0202030555 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS		
0202030563 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA		
0202030571 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO		
0202030580 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO		
0202030598 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO		
0202030601 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS		
0202030610 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS		
0202030628 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA		
0202030636 - PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)		
0202030644 - PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)		
0202030652 - PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA		
0202030660 - PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII		
0202030679 - PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)		
0202030687 - PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)		
0202030695 - PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO		
0202030709 - PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS		
0202030717 - PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCIAL RESPIRATORIO		
0202030725 - PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA		
0202030733 - PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR		
0202030741 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS		
0202030750 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS		
0202030768 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA		
0202030776 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI		
0202030784 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)		
0202030792 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS		
0202030806 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)		
0202030814 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA		
0202030822 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER		
0202030830 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR		
0202030849 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES		
0202030857 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS		
0202030865 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS		
0202030873 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA		
0202030881 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI		



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO

0202030890 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)		
0202030903 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS		
0202030911 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)		
0202030920 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA		
0202030938 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER		
0202030946 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR		
0202030954 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES		
0202030962 - PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)		
0202030970 - PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)		
0202030989 - PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)		
0202030997 - PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)		
0202031004 - PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS		
0202031012 - PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)		
0202031020 - PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA		
0202031039 - PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA		
0202031047 - PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)		
0202031055 - PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)		
0202031063 - PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS		
0202031071 - QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1		
0202031080 - QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C		
0202031128 - TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS		
0202031136 - TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS		
0202031144 - TESTES ALERGICOS DE CONTATO		
0202031152 - TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA		
0202031160 - TESTES RAPIDOS P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS		
0202031209 - DOSAGEM DE TROPONINA		
0202040011 - DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL		
0202040020 - DOSAGEM DE GORDURA FECAL		
0202040046 - IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS		
0202040054 - PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)		
0202040062 - PESQUISA DE EOSINOFILOS		
0202040070 - PESQUISA DE GORDURA FECAL		
0202040089 - PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES		
0202040097 - PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES		
0202040100 - PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES		
0202040119 - PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)		
0202040127 - PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS		
0202040135 - PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES		
0202040143 - PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES		
0202040160 - PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES		
0202040178 - PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES		
0202050017 - ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA		
0202050033 - CLEARANCE DE FOSFATO		



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO

0202050041 - CLEARANCE DE UREIA		
0202050050 - CONTAGEM DE ADDIS		
0202050068 - DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE		
0202050084 - DOSAGEM DE CITRATO		
0202050092 - DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA		
0202050106 - DOSAGEM DE OXALATO		
0202050114 - DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)		
0202050122 - DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS		
0202050130 - EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS		
0202050149 - PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)		
0202050157 - PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA		
0202050165 - PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA		
0202050173 - PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA		
0202050181 - PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA		
0202050190 - PESQUISA DE CISTINA NA URINA		
0202050203 - PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA		
0202050220 - PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA		
0202050238 - PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA		
0202050246 - PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA		
0202050254 - PESQUISA DE GONADOTROFINA CORIONICA		
0202050262 - PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA		
0202050270 - PESQUISA DE LACTOSE NA URINA		
0202050289 - PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA		
0202050297 - PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA		
0202050300 - PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)		
0202050319 - PESQUISA DE TIROSINA NA URINA		
0202050327 - PROVA DE DILUICAO (URINA)		
0202060012 - DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE		
0202060020 - DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3		
0202060039 - DETERMINACAO DE T3 REVERSO		
0202060047 - DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA		
0202060055 - DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS		
0202060063 - DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES		
0202060071 - DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)		
0202060080 - DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)		
0202060098 - DOSAGEM DE ALDOSTERONA		
0202060101 - DOSAGEM DE AMP CICLICO		
0202060110 - DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA		
0202060128 - DOSAGEM DE CALCITONINA		
0202060136 - DOSAGEM DE CORTISOL		
0202060144 - DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)		
0202060152 - DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)		
0202060160 - DOSAGEM DE ESTRADIOL		
0202060179 - DOSAGEM DE ESTRIOL		
0202060187 - DOSAGEM DE ESTRONA		
0202060195 - DOSAGEM DE GASTRINA		
0202060209 - DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA		



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO

0202060217 - DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)		
0202060225 - DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)		
0202060233 - DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)		
0202060241 - DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)		
0202060250 - DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)		
0202060268 - DOSAGEM DE INSULINA		
0202060276 - DOSAGEM DE PARATORMONIO		
0202060284 - DOSAGEM DE PEPTIDEO C		
0202060292 - DOSAGEM DE PROGESTERONA		
0202060306 - DOSAGEM DE PROLACTINA		
0202060314 - DOSAGEM DE RENINA		
0202060322 - DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)		
0202060330 - DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)		
0202060349 - DOSAGEM DE TESTOSTERONA		
0202060357 - DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE		
0202060365 - DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA		
0202060373 - DOSAGEM DE TIROXINA (T4)		
0202060381 - DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)		
0202060390 - DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)		
0202060462 - TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS		
0202070018 - DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO		
0202070026 - DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO		
0202070034 - DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO		
0202070042 - DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO		
0202070050 - DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO		
0202070069 - DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE		
0202070077 - DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO		
0202070085 - DOSAGEM DE ALUMINIO		
0202070093 - DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS		
0202070107 - DOSAGEM DE ANFETAMINAS		
0202070115 - DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS		
0202070123 - DOSAGEM DE BARBITURATOS		
0202070131 - DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS		
0202070140 - DOSAGEM DE CADMIO		
0202070158 - DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA		
0202070166 - DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA		
0202070174 - DOSAGEM DE CHUMBO		
0202070182 - DOSAGEM DE CICLOSPORINA		
0202070190 - DOSAGEM DE COBRE		
0202070204 - DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)		
0202070212 - DOSAGEM DE ETOSUXIMIDA		
0202070220 - DOSAGEM DE FENITOINA		
0202070239 - DOSAGEM DE FENOL		
0202070247 - DOSAGEM DE FORMALDEIDO		
0202070255 - DOSAGEM DE LITIO		
0202070263 - DOSAGEM DE MERCURIO		



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO

0202070271 - DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA		
0202070298 - DOSAGEM DE METOTREXATO		
0202070301 - DOSAGEM DE QUINIDINA		
0202070310 - DOSAGEM DE SALICILATOS		
0202070328 - DOSAGEM DE SULFATOS		
0202070336 - DOSAGEM DE TEOFILINA		
0202070344 - DOSAGEM DE TIOCIANATO		
0202070352 - DOSAGEM DE ZINCO		
0202080013 - ANTIBIOGRAMA		
0202080021 - ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA		
0202080030 - ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS		
0202080048 - BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)		
0202080056 - BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)		
0202080064 - BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)		
0202080072 - BACTERIOSCOPIA (GRAM)		
0202080080 - CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO		
0202080099 - CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO)		
0202080102 - CULTURA P/ HERPESVIRUS		
0202080110 - CULTURA PARA BAAR		
0202080129 - CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS		
0202080137 - CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS		
0202080145 - EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)		
0202080153 - HEMOCULTURA		
0202080161 - IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS		
0202080170 - PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI		
0202080188 - PESQUISA DE BACILO DIFTERICO		
0202080196 - PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A		
0202080200 - PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY		
0202080218 - PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI		
0202080226 - PESQUISA DE LEPTOSPIRAS		
0202080234 - PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM		
0202090019 - ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES		
0202090027 - ADENOGRAMA		
0202090035 - CITOLOGIA P/ CLAMIDIA		
0202090043 - CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS		
0202090051 - CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR		
0202090060 - CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR		
0202090078 - DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO		
0202090086 - DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO		
0202090094 - DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA		
0202090108 - DOSAGEM DE FRUTOSE		
0202090116 - DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA		
0202090124 - DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES		
0202090132 - DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES		
0202090140 - DOSAGEM DE SODIO E CLORO NO SUOR (C/ COLETA)		
0202090159 - ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR		



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO

0202090167 - ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO		
0202090175 - ESPLENOGRAMA		
0202090183 - EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS		
0202090191 - MIELOGRAMA		
0202090221 - DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA		
0202090230 - PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR		
0202090248 - PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS		
0202090256 - PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA		
0202090264 - PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)		
0202090272 - PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES		
0202090280 - PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)		
0202090299 - PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)		
0202090302 - PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE		
0202090310 - REACAO DE PANDY		
0202090329 - REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES		
0202090337 - TESTE DE CLEMENTS		
0202120015 - DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS		
0202120023 - DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO		
0202120031 - FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR		
0202120040 - IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS		
0202120058 - PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO		
0202120066 - PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC		
0202120074 - PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIIO		
0202120082 - PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)		
0202120090 - TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)		
0202120104 - TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B		



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO**

ANEXO III

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA

C.N.P.J.

ENDEREÇO

**DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO IMPEDITIVO
(APRESENTAR JUNTAMENTE COM A DOCUMENTAÇÃO)**

À COMISSÃO ESPECIAL DE CREDENCIAMENTO

Secretaria Municipal da Saúde do Município de Curitiba

DECLARAÇÃO

Para fins de participação no CREDENCIAMENTO DE LABORATÓRIOS DE APOIO PARA SERVIÇOS DE ANÁLISES CLÍNICAS NO MUNICÍPIO DE CURITIBA, junto à Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, declaramos, para todos os fins de direito, a inexistência de superveniência de fato impeditivo da habilitação, nos termos do artigo 32, parágrafo 2º da Lei n.º 8.666/93 e de que não foi declarada inidônea e nem está suspensa em nenhum Órgão Público Federal, Estadual ou Municipal.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

Curitiba, de.....de 2022.

(DATA DA ABERTURA DA PROPOSTA)

**Assinatura devidamente identificada do
representante legal da empresa proponente
(apontado no contrato social ou procuração com
poderes específicos).**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO**

ANEXO IV

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA

C.N.P.J.

ENDEREÇO

**DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE MENORES EM TRABALHO NOTURNO,
PERIGOSO OU INSALUBRE
(APRESENTAR JUNTAMENTE COM A DOCUMENTAÇÃO)**

À COMISSÃO ESPECIAL DE CREDENCIAMENTO

Secretaria Municipal da Saúde do Município de Curitiba

DECLARAÇÃO

Para fins de participação no CREDENCIAMENTO DE LABORATÓRIOS DE APOIO PARA SERVIÇOS DE ANÁLISES CLÍNICAS NO MUNICÍPIO DE CURITIBA, junto à Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, declaramos, para todos os fins de direito, que não possuímos em nosso quadro funcional menores de dezoito anos, executando trabalho no período noturno, perigoso ou insalubre, nem menores de dezesseis anos em qualquer trabalho salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos (artigo 27, inciso V da Lei Federal n.º 8.666/93).

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

Curitiba, de de 2022.

(DATA DO RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO)

**Assinatura devidamente identificada do representante
legal da empresa proponente (apontado no contrato social
ou procuração com poderes específicos).**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO**

ANEXO V

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA

C.N.P.J.

ENDEREÇO

**DECLARAÇÃO DE INFORMAÇÕES NOS LAUDOS
(APRESENTAR JUNTAMENTE COM A DOCUMENTAÇÃO)**

À COMISSÃO ESPECIAL DE CREDENCIAMENTO

Secretaria Municipal da Saúde do Município de Curitiba

DECLARAÇÃO

Para fins de participação no CREDENCIAMENTO DE LABORATÓRIOS DE APOIO PARA SERVIÇOS DE ANÁLISES CLÍNICAS NO MUNICÍPIO DE CURITIBA, junto à Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, declaramos que os laudos dos exames serão apresentados no formato definido pela Secretaria Municipal da Saúde, contendo:

- a. Identificação do Laboratório e logomarca;
- b. Nome completo do paciente;
- c. Unidade Municipal de Saúde de vinculação do paciente;
- d. Data da coleta e data de realização do exame;
- e. Resultado, com valores de referência e metodologia empregada;
- f. Identificação do responsável técnico pela realização do exame.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

Curitiba, de de 2022.

(DATA DO RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO)

**Assinatura devidamente identificada do representante
legal da empresa proponente (apontado no contrato social
ou procuração com poderes específicos).**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO**

ANEXO VI

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA

C.N.P.J.

ENDEREÇO

**DECLARAÇÃO DE CAPACIDADE DE PRODUÇÃO MENSAL
(APRESENTAR JUNTAMENTE COM A DOCUMENTAÇÃO)**

À COMISSÃO ESPECIAL DE CREDENCIAMENTO

Secretaria Municipal da Saúde do Município de Curitiba

DECLARAÇÃO

Para fins de participação no CREDENCIAMENTO DE LABORATÓRIOS DE APOIO PARA SERVIÇOS DE ANÁLISES CLÍNICAS NO MUNICÍPIO DE CURITIBA, para todos os fins que temos capacidade para realizar o quantitativo de xxxxx exames/mês em Laboratório próprio.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

Curitiba, de de 2022.

(DATA DO RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO)

**Assinatura devidamente identificada do representante
legal da empresa proponente (apontado no contrato social
ou procuração com poderes específicos).**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO**

ANEXO VII

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA

C.N.P.J.

ENDEREÇO

**DECLARAÇÃO DE ENTREGA DE LAUDOS
(APRESENTAR JUNTAMENTE COM A DOCUMENTAÇÃO)**

À COMISSÃO ESPECIAL DE CREDENCIAMENTO

Secretaria Municipal da Saúde do Município de Curitiba

DECLARAÇÃO

Para fins de participação no CREDENCIAMENTO DE LABORATÓRIOS DE APOIO PARA SERVIÇOS DE ANÁLISES CLÍNICAS NO MUNICÍPIO DE CURITIBA, junto à Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, declaramos, para todos os fins que os laudos dos exames realizados serão disponibilizados, em **até 03 (três) dias úteis a contar da data da coleta da amostra**, exceto naqueles exames cujo prazo de realização exceda esse período, para as amostras do serviço ambulatorial, e o prazo máximo de 4 (quatro) horas para o serviço de URGÊNCIA/EMERGÊNCIA **a contar da solicitação/comunicação pela contratante**

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

Curitiba, de de 2022.

(DATA DO RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO)

**Assinatura devidamente identificada do representante
legal da empresa proponente (apontado no contrato social
ou procuração com poderes específicos).**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO**

ANEXO VIII

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA

C.N.P.J.

ENDEREÇO

**DECLARAÇÃO DE LABORATÓRIO DE APOIO
(APRESENTAR JUNTAMENTE COM A DOCUMENTAÇÃO)**

À COMISSÃO ESPECIAL DE CREDENCIAMENTO

Secretaria Municipal da Saúde do Município de Curitiba

DECLARAÇÃO

Para fins de participação no CREDENCIAMENTO DE LABORATÓRIOS DE APOIO PARA SERVIÇOS DE ANÁLISES CLÍNICAS NO MUNICÍPIO DE CURITIBA, junto à Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, declaramos, para todos os fins que que possuímos contrato com Laboratório(s) de Apoio.

NOME DO LABORATÓRIO DE APOIO

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

Curitiba, de de 2022.

(DATA DO RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO)

**Assinatura devidamente identificada do representante
legal da empresa proponente (apontado no contrato social
ou procuração com poderes específicos).**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO**

ANEXO IX

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA

C.N.P.J.

ENDEREÇO

**DECLARAÇÃO DE PRODUÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES
(APRESENTAR JUNTAMENTE COM A DOCUMENTAÇÃO)**

À COMISSÃO ESPECIAL DE CREDENCIAMENTO

Secretaria Municipal da Saúde do Município de Curitiba

DECLARAÇÃO

Para fins de participação no CREDENCIAMENTO DE LABORATÓRIOS DE APOIO PARA SERVIÇOS DE ANÁLISES CLÍNICAS NO MUNICÍPIO DE CURITIBA, junto à Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, declaramos, para todos os fins que realizamos xxxxx (xxxxxxxxxxxx) exames nos últimos 12 (doze) meses, compreendido nos períodos de xxxx (mês)/2021 à xxxx (mês)/2022.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

Curitiba, de de 2022.

(DATA DO RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO)

**Assinatura devidamente identificada do representante
legal da empresa proponente (apontado no contrato social
ou procuração com poderes específicos).**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO**

ANEXO X

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA

C.N.P.J.

ENDEREÇO

**DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO À LEI ORGÂNICA DO MUNICÍPIO
(APRESENTAR JUNTAMENTE COM A DOCUMENTAÇÃO)**

À COMISSÃO ESPECIAL DE CREDENCIAMENTO

Secretaria Municipal da Saúde do Município de Curitiba

DECLARAÇÃO

Para fins de participação no CREDENCIAMENTO DE LABORATÓRIOS DE APOIO PARA SERVIÇOS DE ANÁLISES CLÍNICAS NO MUNICÍPIO DE CURITIBA, junto à Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, e conforme previsto no artigo 98 da Lei Orgânica do Município de Curitiba, declaramos que não possuímos nenhum servidor ou cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, poderá ser diretor, proprietário, controlador ou integrar conselho de empresa fornecedora ou que realize qualquer modalidade de contrato com o Município, sob pena de demissão.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

Curitiba, de de 2022.

(DATA DO RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO)

**Assinatura devidamente identificada do representante
legal da empresa proponente (apontado no contrato social
ou procuração com poderes específicos).**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO**

ANEXO XI

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA

C.N.P.J.

ENDEREÇO

**DECLARAÇÃO DE INTERFACEAMENTO DOS LAUDOS
(APRESENTAR JUNTAMENTE COM A DOCUMENTAÇÃO)**

À COMISSÃO ESPECIAL DE CREDENCIAMENTO

Secretaria Municipal da Saúde do Município de Curitiba

DECLARAÇÃO

Para fins de participação no CREDENCIAMENTO DE LABORATÓRIOS DE APOIO PARA SERVIÇOS DE ANÁLISES CLÍNICAS NO MUNICÍPIO DE CURITIBA, junto à Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, declaramos que instalaremos no prazo de 90 (noventa) dias corridos, a partir da assinatura do contrato, o interfaceamento de resultados através do Sistema ESAÚDE/LIS.

Estamos cientes, que o não cumprimento, no prazo acima, o serviço será suspenso até a integralização dos resultados com o Sistema ESAÚDE.

Estamos cientes, que o não cumprimento, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias corridos, o contrato será rescindido.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

Curitiba, de de 2022.

(DATA DO RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO)

**Assinatura devidamente identificada do representante
legal da empresa proponente (apontado no contrato social
ou procuração com poderes específicos).**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO**

ANEXO XII

REGRAS E RECOMENDAÇÕES PARA ACESSO À INFRAESTRUTURA E SEGURANÇA DE REDE DO LABORATÓRIO MUNICIPAL DE CURITIBA

A(s) empresa(s) que necessite(m) se instalar nas dependências do Laboratório Municipal de Curitiba deverão seguir as regras e recomendações descritas neste documento:

1. GESTÃO DA REDE

Toda empresa fornecedora de serviços e equipamentos laboratoriais contratada pela Secretaria Municipal de Saúde, que necessite se instalar nas dependências do Laboratório Municipal de Curitiba, deverá seguir esse documento para estar aderente aos requisitos de acesso necessários.

Cada empresa receberá uma faixa de endereços **IP** por meio de uma **VLAN** previamente configurada pela área técnica da Empresa de TI Contratada pelo Município, segmentando-a da rede local do LMC.

A rede destinada a cada empresa é exclusiva para uso técnico e corporativo, não sendo liberada para qualquer tipo de acesso que não seja a que foi contratada, também, cabe à empresa manter a rede em condições técnicas (lógicas) viáveis de funcionamento, sendo de sua responsabilidade a configuração de endereçamento IPs e gerência (lógica) dessa rede atribuída. Conforme o texto abaixo está vedado qualquer tipo de manutenção física nessa rede, somente a equipe da Empresa de TI Contratada pelo Município terá essa autorização.

Premissas:

- O fornecedor que necessitar de acesso, deverá preencher o formulário: Regras de Firewall, informando com antecedência a Secretaria Municipal de Saúde, quanto as suas necessidades de liberação de firewall para o funcionamento de seus sistemas, tais como portas, protocolos de rede e endereços IP. O artefato deve ser solicitado à Coordenação do LMC e devolvido a ela depois de preenchido, a coordenação por sua vez, solicitará ao Núcleo de Informática e Tecnologia – NIT SMS que analisará e solicitará a liberação junto a Empresa de TI Contratada pelo Município, por meio do Service Desk anexando o documento.
- O fornecedor será responsável por configurar os equipamentos que possuem protocolo SNMP (*Simple Network Management Protocol*).
- O fornecedor será responsável pela segurança dos seus dispositivos, cabendo a elas utilizarem mecanismos de proteção para a segurança da sua rede, de forma a garantir a confidencialidade, a integridade, e a disponibilidade dos dados pertencentes ao Laboratório;
- É de responsabilidade de cada fornecedor garantir a continuidade dos dados, por meios de backup ou retenções que garantam a disponibilidade das informações quando solicitadas.
- Problemas na segmentação de rede, como equipamentos queimados, danificados ou não configurados, é responsabilidade de cada fornecedor. A Empresa de TI Contratada pelo Município, pode ser acionada para realizar testes na entrega da **VLAN**, do endereçamento **IP** ou nas regras de firewall, constatando que não existem falhas em nenhuma destas áreas, nesse caso, as empresas deverão disponibilizar equipes técnicas de T.I para apoiá-las nas soluções de possíveis problemas técnicos. A Empresa de TI Contratada pelo Município, ficará à disposição para realizar testes em conjunto e apoiar na solução do problema.
- Qualquer alteração de escopo que envolva a configuração da rede segmentada entregue a cada fornecedor, deverá ser comunicada com antecedência a Coordenação do Laboratório, onde a mesma alinhará as ações técnicas com a Empresa de TI Contratada pelo Município, sendo possíveis, as tratativas de manutenções que serão realizadas.
- O LMC dispõe de uma rede estabilizada com geração própria de energia, no entanto, para evitar quedas de energia durante a troca de fornecimento entre a concessionária elétrica e a geração própria, os equipamentos das empresas devem utilizar de Nobreaks para evitar interrupção elétrica.

2. INFRAESTRUTURA LÓGICA

A rede do Laboratório Municipal de Curitiba foi construída sob as normativas da **ABNT NBR14565 - Elaboração de cabeamento de telecomunicações para rede interna estruturada** sendo de responsabilidade do Laboratório Municipal a solicitação de instalação, alteração ou reparo dos pontos de rede junto a Empresa de TI Contratada pelo Município.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO

Premissas:

- a) Fornecedores de Serviços e Equipamentos Laboratoriais, não tem permissão para construção de rede lógica estruturada no local onde for instalada;
- b) Se for necessária adequação de pontos de rede e ou pontos elétricos, deverá ser alinhado previamente com a Coordenação do Laboratório Municipal de Curitiba, que seguirá as solicitações formais junto a Empresa de TI Contratada pelo Município.

3. EQUIPAMENTOS (ATIVOS DE REDE, SERVIDOR, DESKTOP)

Todos os equipamentos utilizados na rede segmentada são de total responsabilidade dos fornecedores, sendo na configuração, manutenção e gerenciamento, devendo somente seguir as seguintes premissas:

Premissas:

- Os equipamentos adquiridos devem atender as normativas brasileiras da **ABNT NBR14136** para plugues e tomadas:
 - a) Os servidores deverão ser instalados no rack que será disponibilizado pelo Laboratório, onde terão acesso restrito e controlado;
 - b) Os servidores deverão ser do tipo Rack, padrão 19", não poderão ser hospedados servidores tipo torre;
 - c) Tarefas como backup, atualizações, e manutenções dos servidores é responsabilidade de cada empresa;
 - d) Manutenções devem ser comunicadas e aprovadas com antecedência de 48 horas junto à Coordenação do Laboratório, sendo necessária, a equipe da Empresa de TI Contratada pelo Município, acompanhará a manutenção e apoiará dentro da sua responsabilidade técnica;
 - e) Não será permitida instalação de equipamentos de rede como switch L2, switch L3, hub ou servidores no espaço cedido para as empresas, apenas as máquinas laboratoriais e desktops que fazem parte da solução deverão ser instalados nesse espaço;
 - f) Redes wireless não são permitidas, se for necessária utilização devido a equipamentos específicos, deverá ser alinhado com a Coordenação do Laboratório Municipal que avaliará a situação junto ao Núcleo de Informação e Tecnologia – NIT SMS, sendo possíveis, as configurações mínimas de segurança como ocultação do SSID e proteção por senha padrão WAP2 devem ser aplicadas e ficar restritas aos equipamentos instalados no local.

4. CONECTIVIDADE

A conectividade da rede do Laboratório Municipal de Curitiba é de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde - SMS, dessa forma, não é permitida a instalação de qualquer link sem a prévia aprovação e liberação da SMS.

Premissas:

- a) Para realizar acesso remoto nos servidores, o fornecedor deverá solicitar junto a Coordenação do Laboratório Municipal de Curitiba, que encaminhará a solicitação a Empresa de TI Contratada pelo Município por meio do Service Desk, conforme o processo de atendimento de chamados sobre a área de **Segurança da Informação**, para serviço **Gestão de acesso via VPN**, com as seguintes informações:
- b) Dados obrigatórios para a liberação de acesso:
 - Data de liberação de acesso;
 - Data de Remoção de acesso;
 - Ip de destino do Servidor ou Estação de Trabalho;
 - Porta ou Serviço que necessita acesso;
 - Nome Completo da Empresa (Fornecedor);
 - Nome Completo do Responsável (Fornecedor);
 - E-mail do responsável no Fornecedor;
- c) Dados obrigatórios para bloqueio do acesso:
 - Nome Completo da Empresa (Fornecedor);
 - Nome Completo do Responsável (Fornecedor);
 - E-mail do responsável no Fornecedor.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO**

ANEXO XIII

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA

C.N.P.J.

ENDEREÇO

**DECLARAÇÃO DE ACORDO E CIÊNCIA DAS REGRAS E RECOMENDAÇÕES À
INFRAESTRUTURA E SEGURANÇA DE REDE
(APRESENTAR JUNTAMENTE COM A DOCUMENTAÇÃO)**

À COMISSÃO ESPECIAL DE CREDENCIAMENTO

Secretaria Municipal da Saúde do Município de Curitiba

DECLARAÇÃO

DECLARAMOS para os devidos fins que a empresa _____, CNPJ n.º _____, sita _____ (endereço da empresa), representada pelo Sr(s^a) _____, RG n.º _____ está ciente e de acordo com as regras e recomendações descritas no **Anexo X - "REGRAS E RECOMENDAÇÕES PARA ACESSO À INFRAESTRUTURA E SEGURANÇA DE REDE DO LABORATÓRIO MUNICIPAL DE CURITIBA"** do Termo de Credenciamento, o qual faz parte do Edital de Chamamento Público nº XXX/2022.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

Curitiba, _____ de _____ de 2022.
(DATA DO RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO)

**Nome e Assinatura devidamente identificados do
representante legal da empresa licitante (apontado no
contrato social ou procuração com poderes específicos)**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO**

ANEXO XIV

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA

C.N.P.J.

ENDEREÇO

**TERMO DE CONFIABILIDADE E SIGILO DE DADOS
(APRESENTAR JUNTAMENTE COM A DOCUMENTAÇÃO)**

À COMISSÃO ESPECIAL DE CREDENCIAMENTO

Secretaria Municipal da Saúde do Município de Curitiba

DECLARAÇÃO

[Razão Social] _____, inscrita no CNPJ/MF sob nº _____, com sede _____, por intermédio de seu representante legal _____, CPF nº _____, doravante designada CONTRATADA, se compromete de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações decorrentes da prestação dos serviços relacionados ao objeto contratual de acordo com o disposto no Edital de Chamamento Público xx/2022 da Secretaria Municipal.

Declaramos conhecimento e ciência que estaremos sujeitos às implicações e sanções de cunho civil e criminal cabíveis na Lei Federal 13709 de 14 de agosto de 2018 e 13.853 de 08 de julho de 2019.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente termo de declaração.

Curitiba, de de 2022.

(DATA DO RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO)

**Assinatura devidamente identificada do representante
legal da empresa proponente (apontado no contrato social
ou procuração com poderes específicos).**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO**

ANEXO XV

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA

C.N.P.J.

ENDEREÇO

**DECLARAÇÃO DE POSTO DE COLETA NO MUNICÍPIO DE CURITIBA
(APRESENTAR JUNTAMENTE COM A DOCUMENTAÇÃO)**

À COMISSÃO ESPECIAL DE CREDENCIAMENTO

Secretaria Municipal da Saúde do Município de Curitiba

DECLARAÇÃO

Declaramos a disponibilidade de no mínimo 01 (um) posto de coleta no Município de Curitiba, bem como da logística para transportar amostras biológicas do Laboratório Municipal para o seu Laboratório Sede, em até 01(uma) hora, após receber essa solicitação, observando as normas de transporte de material biológico estabelecidas pela RDC 504/2021 da Anvisa

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente termo de declaração.

Curitiba, de de 2022.

(DATA DO RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO)

**Assinatura devidamente identificada do representante
legal da empresa proponente (apontado no contrato social
ou procuração com poderes específicos).**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO**

ANEXO XVI

VISTORIA TÉCNICA NOS SERVIÇOS DE PATOLOGIA CLÍNICA – 2022
(APRESENTAR JUNTAMENTE COM A DOCUMENTAÇÃO)

1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Nome Fantasia: _____

Razão Social: _____

N.º C.N.P.J.: _____

Nº CNES: _____

Endereço: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Tel. _____ e-mail: _____

2. RESPONSÁVEL TÉCNICO

Nome: _____ CBO: _____

N.º do Registro no Conselho de Classe: _____

3. RECURSOS HUMANOS (Profissionais por Cargo ou Função)

Profissionais	Quantidade (Nº)	Carga Horária Semanal
3.1 Médico		
3.2 Farmacêutico-Bioquímico		
3.3 Biomédico		
3.4 Enfermeiro		
3.5 Técnico de Patologia Clínica		
3.6 Técnico de Enfermagem		
3.7 Auxiliar de Análises Clínicas		
3.8 Auxiliar de Enfermagem		
3.9 Auxiliar administrativo ou similar		
3.10 Auxiliar de serviços gerais ou similar		



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO

- Para preencher o campo - Carga Horária Semanal – o proponente deverá fazer a **somatória de carga horária do(s) profissional(is) em cada uma das categorias profissionais**. Por exemplo:
 - Quantidade de Farmacêutico-Bioquímico: 02
 - Carga horária por profissional: um profissional de 30 horas semanais e um profissional de 44 horas semanais. Neste caso preencher o campo com a soma de 30 e 44, isto é, 74.
- Para os subitens 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 3.7 e 3.8 serão solicitados comprovação de formação profissional por Carteira do Conselho de Classe, Diploma ou Certificado Escolar, **durante a vistoria técnica**.

4. INFRAESTRUTURA OPERACIONAL – NÍVEL DE AUTOMAÇÃO

4.1. Equipamentos (Analisadores) em uso	Automação	Marca / Modelo	Capacidade Hora (Cap./h)
4.1.1. Bioquímica	Totalmente automatizado		
4.1.2. Hematologia	Totalmente automatizado		
4.1.3. Imunologia	Totalmente automatizado		
4.1.4. Hormônios	Totalmente automatizado		
			Capacidade por Rotina
4.1.5. Uroanálise	Automatizado		
4.1.6. Microbiologia	Automatizado		
4.1.7. Gasometria	Automatizado		
4.1.8 Coagulação	Automatizado		

- O campo – Capacidade Hora (Cap./h) deverá ser preenchida com a somatória das capacidades/hora de todos os equipamentos totalmente automatizados enumerados para cada um dos subitens (**4.1.1, 4.1.2, 4.1.3 e 4.1.4**). Por exemplo:
 - 4.1.1- Bioquímica - Totalmente automatizados – Marca/Modelo: equipamento 1 = 400 testes/hora e Marca/Modelo: equipamento 2 = 1000 testes/hora – Neste caso o campo Capacidade Hora deverá ser preenchido com a soma de 400 e 1000, isto é, 1400 testes/hora.
- Será obrigatório possuir no mínimo 01 (um) equipamento analisador totalmente automatizado para cada um dos **subitens 4.1.1, 4.1.2, 4.1.3 e 4.1.4**.
- Para os **subitens 4.1.5, 4.1.6, 4.1.7 e 4.1.8** deverá indicar a **capacidade por rotina** do equipamento de total automação para realização de uroanálise, identificação de bactérias e antibiograma, gasometria e coagulação, e não capacidade/hora do equipamento)

4.2. Outros Equipamentos em uso	Marca	Quantidade(Nº)
4.2.1. Microscópio		
4.2.2. Centrífugas		
4.2.3. Estufas		
4.2.4. Autoclave		
4.2.5 Realiza controle de temperatura para estufa e controle de eficácia de uso da autoclave. Documento comprobatório		

- Obrigatório possuir no mínimo 02 (dois) **equipamentos em funcionamento** para cada um dos subitens 4.2.1, 4.2.2 e no mínimo 01(um) para cada um dos subitens 4.2.3 e 4.2.4.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO**

4.3. Condição de Armazenamento de Reagentes e Materiais Biológicos	Quantidade (Nº)
4.3.1. Freezer	
4.3.2. Geladeira	
4.3.3. Realiza controle de temperatura? Documento comprobatório	

- Será solicitado, durante a Vistoria Técnica os documentos comprobatórios com registros de temperatura dos equipamentos: estufa microbiológica, autoclave, freezer e geladeira.

5. GARANTIA DA QUALIDADE

5.1. Programa de Controle de Qualidade Externo	Sim/ Não	Marca
Participa de Programa de Controle de Qualidade Externo?		

- Comprovação de participação em pelo menos um Programa de Proficiência, sob pena de ser desclassificado o Laboratório que não comprovar.
- Será solicitado, durante a Vistoria Técnica, o Certificado de participação no(s) Programa(s) de Controle de Qualidade, devendo comprovar a realização de avaliação para todos os exames Bioquímica, Hematologia, Sorologia, Imunologia, Hormônios, Urinálise, Microbiologia, Parasitologia, Gasometria e Coagulação realizados no próprio Estabelecimento.
- Comprovar no mínimo, 81% (noventa por cento) ou nível excelente de conformidade nos últimos 12 meses, através do relatório mensal de avaliação do Provedor de CEQ (Controle Externo da Qualidade).

5.2. Controle de Qualidade Interno* (com registro)	Realiza Sim/Não
5.2.1. Bioquímica	
5.2.2. Hematologia	
5.2.3. Imunologia	
5.2.4. Hormônios	
5.2.5. Urinálise	
5.2.6. Microbiologia	
5.2.7. Gasometria	
5.2.8. Coagulação	

- Será considerado controle de qualidade interno, produtos comerciais com registro na ANVISA e/ou "pool" preparado pelo laboratório devidamente validado, neste caso, será solicitado na Vistoria Técnica o protocolo de validação (POP).
- O Estabelecimento deverá ter controle de qualidade interno para **todos os exames realizados em equipamentos automatizados**, em cada um dos subitens 5.2.1, 5.2.2, 5.2.3, 5.2.4, 5.2.5, 5.2.6, 5.2.7 e 5.2.8, sob pena de ser desclassificado o Laboratório que não comprovar. Comprovar o CQI com registros na Vistoria Técnica.

6. RELAÇÃO DE EXAMES REALIZADOS NO PRÓPRIO LABORATÓRIO



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO**

Forma de Organização	Manual	Automatizado
Exames Bioquímicos		
Exames Hematológicos e Hemostasia		
Exames Sorológicos e Imunológicos		
Exames Coprológicos		
Exames de Uroanálise		
Exames Hormonais		
Exames Toxológicos ou de Monitorização Terapêutica		
Exames Microbiológicos		
Exames em outros Líquidos Biológicos		
Exames Imunohematológicos		

7. RELAÇÃO DE POSTOS DE COLETA NO MUNICÍPIO DE CURITIBA PARA ATENDIMENTO AO SUS

Posto de Coleta	Endereço	Horário de funcionamento

- Obrigatório possuir no mínimo 01 (um) Posto de Coleta no Município de Curitiba.

8. PROPOSTA DE DISPONIBILIZAÇÃO DE EXAMES CONFORME CAPACIDADE DE PRODUÇÃO E COMPROMISSOS JÁ ASSUMIDOS

CAPACIDADE INSTALADA	A disponibilizar ao SUS	Disponibilizada para outros (convênios, particular)	Capacidade total

9. DA FORMA DE AVALIAÇÃO

Será considerado **classificado** o estabelecimento que:

- Apresentar no mínimo 01 (um) equipamento analisador totalmente automatizados, para cada um dos **subitens 4.1.1, 4.1.2, 4.1.3 e 4.1.4 deste ANEXO**.
- Apresentar no mínimo 01 (um) gasômetro.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO**

- Apresentar no mínimo 02 (dois) **equipamentos em funcionamento** para cada um dos subitens 4.2.1, 4.2.2 e no mínimo 01(um) para cada um dos subitens 4.2.3 e 4.2.4.
- Apresentar no mínimo 01 (um) Posto de Coleta no Município de Curitiba, com horário de funcionamento das 7:00 às 13:00hs, de segunda-feira à sexta-feira;
- Comprovar com registros, o controle de temperatura do(s) freezer(es), geladeira(s), autoclave(s) e estufa(s).
- Comprovar participação em pelo menos um Programa de Proficiência.
- Comprovar a realização de avaliação no Programa de Proficiência para todos os exames Bioquímica, Hematologia, Sorologia, Imunologia, Hormônios, Urinálise, Microbiologia, Parasitologia e Gasometria, realizados no próprio Estabelecimento.
- Comprovar no mínimo, 81% (oitenta e um por cento) ou nível excelente de conformidade nos últimos 12 meses, através do relatório mensal de avaliação do Provedor de CEQ (Controle Externo da Qualidade).
- Comprovar o controle de qualidade interno para **todos os exames realizados em equipamentos automatizados ou manuais**, em cada um dos subitens 5.2.1 (, 5.2.2, 5.2.3, 5.2.4, 5.2.5, 5.2.6, 5.2.7 e 5.2.8 deste ANEXO, com registros na Vistoria Técnica.

Data da vistoria: _____ / _____ / _____

Profissional(is) Responsável(is) pela Vistoria Técnica:

(CARIMBO E ASSINATURA)

(CARIMBO E ASSINATURA)

(CARIMBO E ASSINATURA)

(CARIMBO E ASSINATURA)

Responsável (do estabelecimento) pela declaração dos dados constantes nesta Ficha Técnica:

(CARIMBO E ASSINATURA)



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO**

ANEXO XVII

DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA A FASE DE HABILITAÇÃO:

As empresas deverão entregar os documentos abaixo indicados para o seguinte endereço: **LABORATÓRIO MUNICIPAL DE CURITIBA, sito à rua Primo Lourenço Tosin, 1021 – Bairro Novo Mundo – Curitiba/PR, no dia 08 de agosto de 2022, no horário das 14:00hs às 18:00hs. Não serão aceitas propostas encaminhadas fora do horário determinado.**

HABILITAÇÃO FASE 1

1. A documentação relativa à habilitação jurídica consistirá em:

- 1.1. Cópia Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedade por ações, acompanhado de documentos de eleições de seus administradores;
- 1.2. Cópia da Inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício.
- 1.3. Cópia da Inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em vigência.
- 1.4. Cópia dos documentos relacionados no art. 6º da Portaria nº 358/GM de 22 de fevereiro de 2006 (registro no Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS e Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social – CEBAS atualizados), em se tratando de entidade filantrópica e sem fins lucrativos.

2. A documentação relativa à regularidade fiscal consistirá em:

- 2.1. Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ), demonstrando que a empresa se encontra em situação cadastral ativa;
- 2.2. Prova de Regularidade para com a Fazenda Federal, Estadual e Municipal (art. 29, inciso III da Lei nº 8666/93). A exigência de que trata este item assim resume:
 - 2.2.1. Certidão Negativa de Tributos Municipais;
 - 2.2.2. Certidão Negativa de Tributos Estaduais;
 - 2.2.3. Certidão de Regularidade de Tributos Federais/Dívida Ativa da União e Contribuições Previdenciárias.
- 2.3. Prova de Regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei, expedida pela CEF, conforme Decreto nº 2.291, de 21 de novembro de 1986.
- 2.4. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT) expedido pelo TRT (Tribunal Regional do Trabalho).
- 2.5 Em caso de atualização dos documentos no Portal E-Compras, fica facultado a apresentação dos mesmos para os itens 2.2, 2.2.1, 2.2.2, 2.2.3, 2.3 e 2.4, devendo ser entregue o CRC (Certificado de Registro Cadastral) atualizado, dentro do prazo da entrega da documentação estabelecido neste Edital de credenciamento.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO

-
3. A documentação relativa à **qualificação técnica** consistirá em:
- 3.1. Cópia do Registro ou inscrição do Estabelecimento de Saúde no Conselho Regional de Farmácia, Biomedicina ou de Medicina;
- 3.2. Cópia do Alvará de Localização em vigência, expedido pelo Município de Curitiba ou Região Metropolitana de Curitiba;
- 3.3. Cópia da Licença Sanitária em vigência, expedida pelo Município de Curitiba, ou Região Metropolitana de Curitiba, especificamente, para o ramo de atividade laboratório de análises clínicas;
- 3.4. Cópia do Certificado de regularidade emitida pelo Conselho Regional de Farmácia, Conselho Regional de Biomedicina ou Conselho Regional de Medicina;
- 3.5. Identificação do Responsável técnico pelo Laboratório e pelo posto de coleta, caso sejam diferentes.
- 3.6. Declaração de disponibilidade de no mínimo 01 (um) posto de coleta, bem como do a logística para transportar amostras biológicas do Laboratório Municipal para o seu Laboratório Sede, em até 01(uma) hora, após receber essa solicitação, observando as normas de transporte de material biológico estabelecidas pela RDC 504/2021 da Anvisa.
- 3.6.1. Quando o posto de coleta tiver endereço diferente da Sede (LABORATÓRIO), deverá ser apresentado os documentos dos itens, 3.1. a. 3.6.
- 3.7. A participante deverá apresentar os documentos dos itens 3.1. ao 3.6. do LABORATÓRIO DE APOIO indicado no **ANEXO VIII**.
- 3.7.1. Para os itens 3.2 e 3.3, fica dispensada a localização em Curitiba ou Região Metropolitana do LABORATÓRIO DE APOIO.
- 3.8. Declaração de que os laudos dos exames realizados serão disponibilizados, em **até 03 (três) dias úteis a contar da data da coleta da amostra**, exceto naqueles exames cujo prazo de realização exceda esse período, para as amostras do serviço ambulatorial, e o prazo máximo de 4 (quatro) horas para o serviço de URGÊNCIA/EMERGÊNCIA **a contar da solicitação/comunicação pela contratante, conforme ANEXO VII**;
- 3.9. Declaração de que os laudos dos exames serão apresentados no formato definido pela Secretaria Municipal da Saúde, contendo:
- a. Identificação do Laboratório com logomarca;
 - b. Nome completo do paciente;
 - c. Unidade Municipal de Saúde de vinculação do paciente;
 - d. Data da coleta e data da liberação do resultado;
 - e. Resultado, com valores de referência e metodologia empregada;
 - f. Identificação do responsável técnico pela realização do exame.
- 3.10. Declaração do quantitativo mensal de exames que tem capacidade de realizar em Laboratório próprio, conforme **ANEXO VI**;
- 3.11. Declaração de que possui contrato com Laboratório(s) de Apoio, conforme **ANEXO VIII**;
- 3.12. Declaração do quantitativo de exames realizados, efetivamente em seu Laboratório, nos últimos 12 meses, conforme **ANEXO IX**;



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO**

3.13. **ANEXOS II e XVI** deste Regulamento, devidamente preenchido;

3.14. Declaração da inexistência de superveniência de fato impeditivo de habilitação, nos termos do Art. 32, parágrafo 2º da Lei 8.666/93 que não foi declarado inidôneo e nem está suspenso em nenhum órgão público: federal, estadual e municipal assinada por seu representante legal conforme modelo descrito no **ANEXO III**;

3.15. Declaração informando que não possui em seu quadro funcional menores de dezoito anos executando trabalho no período noturno, perigoso ou insalubre e nem menores de 16 anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz a partir de 14 (quatorze) anos (Art. 27 inciso V da Lei Federal nº 8.666/93), conforme modelo descrito no **ANEXO IV**.

3.16. Declaração de atendimento ao art. 98 da Lei Orgânica do Município de Curitiba (declaração que não possui nenhum servidor ou cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, poderá ser diretor, proprietário, controlador ou integrar conselho de empresa fornecedora ou que realize qualquer modalidade de contrato com o Município, sob pena de demissão, conforme **ANEXO X**.

3.17. Declaração de retorno de laudos/ interfaceamento, conforme **ANEXO V**;

3.18. DECLARAÇÃO DE ACORDO E CIÊNCIA DAS REGRAS E RECOMENDAÇÕES À INFRAESTRUTURA E SEGURANÇA DE REDE, conforme **ANEXO XIII**;

3.19. DECLARAÇÃO DE INTERFACEAMENTO ATRAVÉS DO SISTEMA E-SAÚDE, **ANEXO XI**;

3.20. TABELA do **ANEXO II**, preenchida.

3.21. Termo de Confiabilidade e Sigilo de Dados, conforme **ANEXO XIV**.

HABILITAÇÃO PARA FASE 2

Visita técnica “IN LOCO” pela equipe técnica do Laboratório Municipal.

HABILITAÇÃO FASE 3

4. Documentação relativa à **qualificação econômico-financeira** consistirá na Certidão Balanço Patrimonial atualizado e Certidão de Falência ou concordata expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, ou de execução patrimonial, expedida no domicílio da pessoa física.

4.1. O Balanço Patrimonial deverá ser anexado no Portal E-Compras www.e-compras.curitiba.pr.gov.br, para auditoria e aprovação de Profissional Técnico da Secretaria Municipal das Finanças.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO

4.2. A Certidão de Falência ou concordata deverá ser anexado no Portal E-Compras, e aprovada pelo Setor de Cadastro da Secretaria Municipal de Administração, Gestão de Pessoal e Tecnologia da Informação.

4.3. As Empresa(s) aprovada(s) nas fases 1 - habilitação de documentos e 2 - dos relatórios das vistorias técnicas, serão convocadas para o Cadastro no Portal E-Compras.

5. ÍNDICE DE DOCUMENTOS

5.1. O estabelecimento de saúde participante deverá apresentar um índice (a título de organização) dos documentos, conforme disposição descrita no Regulamento, indicando a página onde estão localizados os mesmos, portanto toda a documentação deverá estar obrigatoriamente numerada, assinada e rubricada em cada página.



MUNICÍPIO DE CURITIBA

ANEXO XVIII

MINUTA

Contrato nº xxx-FMS que entre si celebram o MUNICÍPIO DE CURITIBA, através da Secretaria Municipal da Saúde, e a Empresa xxxxxxxxxxxx, para execução de Serviços de Análises Clínicas.

Aos dias do mês dedo ano de dois mil e vinte e dois, nesta Cidade de Curitiba, Capital do Estado do Paraná, no Palácio 29 de Março, presentes de um lado o **MUNICÍPIO DE CURITIBA**, CNPJ/MF 76.417.005/0001-86, doravante denominado **CONTRATANTE**, neste ato representado pela Secretária Municipal da Saúde, **Beatriz Battistella Nadas**, CPF/MF nº 519.160.969-72, na qualidade de Ordenadora da Despesa e Gestora Plena do SUS do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE** – CNPJ/MF 13.792.329/0001-84, e de outro lado a empresa **XXXXXXXXXXXXX**, CNPJ/MF nº XXXXXXXXXXXX, pessoa jurídica de direito privado, com sede na Rua xxxxxxxxxxxxxxxx, xxx, , xxxxxxxxxxxx, Curitiba, PR, doravante denominada **CONTRATADA**, neste ato representada por **XXXXXXXXXX**, CPF/MF nº xxxxxxxxxxxxxxxx, tendo em vista o contido no Processo Administrativo nº 01-052000/2022, com fundamento na Lei Federal nº. 8.666/93, alterações subsequentes e no Decreto 610/2019, e com base na Inexigibilidade de Licitação nº. 07/2022, e no Edital de Chamamento Público nº. 01/2022, e Anexo(s), as partes resolverem celebrar o presente contrato, que tem por objeto a “Prestação de Serviços de Análises Clínicas” para Secretaria Municipal da Saúde, mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente contrato tem por objeto a prestação de Serviços de Análises Clínicas , referidos na Tabela de Procedimentos SIA/SUS — Ministério da Saúde (grupo 02 — Procedimentos com finalidade diagnóstica), em vigência, conforme Anexo I do Regulamento, para os usuários do Sistema Único de Saúde de Curitiba, mediante o encaminhamento pelos órgãos competentes e em concordância com os fluxos, clientela e procedimentos definidos pelo CONTRATANTE, pelo período de 12 (doze) meses, conforme especificações contidas no Edital de Chamamento Público nº. 01/2022, e Anexo(s), bem como da proposta da **CONTRATADA**, datada de ____/____/2022, documentos que passam a fazer parte integrante deste instrumento.



MUNICÍPIO DE CURITIBA

2

Contrato nº xxx

CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA

O prazo de vigência do contrato será de 12 (doze) meses a partir da assinatura: nos contratos assinados presencialmente, a data de início de vigência será contada a partir daquela indicada acima das assinaturas no final do instrumento; nos contratos assinados digitalmente, considera-se o contrato celebrado na data da última assinatura dentre as partes contratantes.

Parágrafo Primeiro

O presente instrumento poderá ser prorrogado se acordos as partes e desde que obedecida a legislação vigente, no prazo total de vigência contratual em no máximo 60 (sessenta) meses, de acordo com o art.57, Inciso II da Lei nº. 8.666/1993, e observando o parágrafo quarto, do mesmo artigo da lei retro mencionada.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA PROGRAMAÇÃO E VALOR

A programação física estabelecida para a execução dos exames de análises clínicas será:

- I. até xxxx (xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx) exames por mês, o que corresponde ao teto financeiro de R\$ xxxxxxxx (xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx) centavos);
- II. até xxxx (xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx) exames para 12 (doze) meses, correspondendo ao teto financeiro de R\$ xxxxxxxx (xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx).

Parágrafo primeiro

O Anexo I, contempla os exames e as condições de sua realização, que habilitaram o contratado do presente, sendo parte integrante e indissociável deste instrumento.

CLÁUSULA QUARTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes deste contrato, no valor de até R\$ xxxxx (xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx) correrão pela(s) seguinte(s) dotação(ões) orçamentária(s):

33001.10302.0003.2003.339039.3.1.496 50 - 30



Parágrafo Único

Para o exercício seguinte, novas dotações deverão ser informadas tomando-se por base o PPA 2022/2025 e a LOA do ano correspondente. Caso o contrato seja prorrogado deverá ser indicado novas dotações também.

CLÁUSULA QUINTA – DO REAJUSTE DE PREÇOS

Os valores de referência à prestação os serviços contratados seguem os valores estabelecidos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP, e estes serão reajustados na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes determinados pelo Ministério da Saúde.

CLÁUSULA SEXTA – DA EXECUÇÃO DO SERVIÇO

Os serviços de coleta e atendimento dos usuários do SUS, encaminhados pela CONTRATANTE, serão realizados no Posto de Coleta, situado à Rua xxxxxxxxx, n°. xxxx, Bairro xxxxxxxx,/ Curitiba/PR, com horário de funcionamento das xx:xx às xx:xxhs, de segunda-feira à sexta-feira, sob a responsabilidade do Profissional Técnico xxxxxxxxx, Registrado no Conselho Regional de Classe (xxxxxx) sob n.º xxxxxx.

Parágrafo Primeiro

O processamento das amostras coletadas será realizado e processado pela CONTRATADA, situado à Rua xxxxxxxxx, n°. xxxx, Bairro xxxxxxxx/ xxxxxx/PR, sob a responsabilidade do Profissional Técnico xxxxxxxxx, Registrado no Conselho Regional de Classe (xxxxxx) sob n.º xxxxxx.

Parágrafo Segundo

A eventual mudança de endereço do estabelecimento da CONTRATADA, deverão ser comunicadas à CONTRATANTE, por escrito, no prazo mínimo de 30 (trinta) dias úteis, anteriores a efetivação da mudança, ficando a **CONTRATANTE** habilitada a rever as condições deste contrato, assim como denunciá-lo, caso as alterações sejam julgadas em desacordo com o interesse público.

Parágrafo terceiro

A mudança de Responsável Técnico deverá ser comunicada à **CONTRATANTE**, por escrito, no prazo mínimo de 15 (quinze) dias úteis, anteriores a efetivação da mudança.



Parágrafo Quarto

Os serviços ora contratados serão prestados por profissionais do estabelecimento da **CONTRATADA**. Para os efeitos deste contrato, consideram-se profissionais do estabelecimento:

- I. Membro do corpo de PROFISSIONAIS da CONTRATADA;
- II. PROFISSIONAL que tenha vínculo de emprego com a CONTRATADA;
- III. PROFISSIONAL autônomo que presta serviços à CONTRATADA.

Parágrafo Quinto

Os serviços ora contratados para execução por terceiros (laboratórios de apoio) deverão ser executados, exclusivamente, nos laboratórios identificados, por ocasião do processo licitatório.

Parágrafo sexto

A CONTRATADA não poderá cobrar do usuário do SUS, portador de requisição de exame(s) autorizado(s) ou ordem de serviços emitida pela Secretaria Municipal da Saúde, qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados nos termos deste contrato.

Parágrafo sétimo

A **CONTRATADA** responsabilizar-se-á por qualquer cobrança indevida, realizada ao usuário do SUS, ou a seu representante ou ao próprio SUS, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato.

Parágrafo oitavo

Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidos pela **CONTRATANTE** sobre a execução do objeto deste contrato, os contratantes reconhecem a prerrogativa de controle e a autoridade normativa genérica da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, como órgão gestor do SUS municipal, assim como das instâncias gestoras do SUS a nível estadual e federal, decorrente da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de Termo Aditivo específico ou de notificação dirigida à **CONTRATADA**.

Parágrafo Nono



É de responsabilidade exclusiva e integral da **CONTRATADA** a utilização de pessoal para execução do objeto deste contrato, 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 **CONTRATANTE** ou para o Ministério da Saúde.

Parágrafo décimo

A **CONTRATADA** deverá realizar os atendimentos e encaminhamentos seguindo rigorosamente os procedimentos e prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal da Saúde.

Parágrafo décimo primeiro

Serão considerados exames do Serviço de URGÊNCIA/EMERGÊNCIA, aqueles provenientes de atendimentos solicitados pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPA, Hospital do Idoso Zilda Arns e Centro Médico Bairro Novo), e do Serviço Ambulatorial, aqueles provenientes das Unidades Básicas de Saúde e Serviços de Atendimentos Domiciliares.

CLÁUSULA SÉTIMA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

A CONTRATANTE obriga-se a:

- I. O Transporte das “amostras das coletas da urgência/emergência” será de responsabilidade do CONTRATANTE;
- II. Acompanhar, fiscalizar, supervisionar e auditar as ações desenvolvidas pela CONTRATADA;
- III. Realizar o pagamento mensal à CONTRATADA, de acordo com as Tabelas do Sistema SIA/SUS vigente na competência da prestação dos serviços, dos procedimentos programados e autorizados, salvo os casos que requeiram auditoria prévia ao pagamento;
- IV. Notificar por escrito a CONTRATADA se verificado qualquer problema nos serviços prestados. Poderá ser ordenada a suspensão dos serviços e respectivos pagamentos, se dentro de 48 (quarenta e oito horas), a contar da entrega da notificação, não for atendida a reclamação, sem prejuízo das penalidades a que ficar sujeita;
- V. Solicitar imediata rescisão, por Inadimplemento Contratual, além de responder à CONTRATADA por perdas e danos, quando esta:
 - não cumprir as obrigações assumidas;
 - falir ou dissolver-se;



- tiver sua atividade suspensa por determinação de autoridades competentes, de acordo com a legislação em vigor;
- interromper a prestação dos serviços por mais de 02 (dois) dias consecutivos, sem justo motivo aceito pela **CONTRATANTE** ;
- VI. Comunicar à Contratada, por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades verificadas no objeto fornecido para que seja substituído, reparado ou corrigido;
- VII. Acompanhar e fiscalizar o cumprimento das obrigações da Contratada, através de comissão/servidor especialmente designado;
- VIII. Prestar as informações e os esclarecimentos solicitados pela Contratada.

CLÁUSULA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADA

A **CONTRATADA** obriga-se a:

- I. Manter, nas suas dependências, pelo período mínimo de 5 (cinco) anos, em arquivo sob sua guarda, cópia dos laudos dos exames realizados por força deste contrato;
- II. Realizar todos os procedimentos de atendimento do Serviço de Análises Clínicas (ambulatorial e Urgência/Emergência) – especializado de diagnose em análises clínicas, a nível ambulatorial, para o SUS Curitiba, referido na Tabela Unificada de Procedimentos do SUS, Grupo 02 — Procedimento com finalidade diagnóstica. Subgrupo 02- Diagnóstico em Laboratório Clínico, Forma de Organização 01, 02, 03, 04, 05, 06,07, 08, 09 e 12, em vigência, Anexo I, para os usuários do Sistema Único de Saúde de Curitiba, os quais estão sujeitos a alterações de competência Ministério da Saúde;
- III. Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem os usuários do SUS para fins de experimentação;
- IV. Atender os usuários do SUS com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade na prestação de serviços;
- V. Somente aceitar as guias de requisição de exames autorizadas pelo **CONTRATANTE**, conforme protocolos do Ministério da Saúde;
- VI. Disponibilizar, no mínimo, 01 (um) posto de coleta, bem como meios para transportar amostras biológicas do Laboratório Municipal para o seu Laboratório em até 01 (uma) hora após receber essa solicitação, observando as normas de Biossegurança para transporte de material biológico expedidas pela ANVISA, conforme RDC 504/2021, ou outro órgão fiscalizador;
- VII. Fornecer os laudos dos exames no formato definido pela **CONTRATANTE**, contendo:



- a) Identificação do laboratório;
 - b) Nome completo do paciente;
 - c) Unidade Municipal de Saúde de origem;
 - d) Data da coleta;
 - e) Resultado com valores de referência e metodologia empregada;
 - f) Identificação do responsável técnico pela realização do exame.
- VIII. . Fornecer os laudos dos exames realizados em até 3 (cinco) dias, exceto aqueles exames cujo prazo de realização exceda esse período, não devendo, neste caso, ultrapassar o prazo de 10 dias úteis, exceto cultura de fungos;
- IX. Manter a infraestrutura técnica e de pessoal qualificado nas quantidades e qualidades constantes no documento de habilitação documental e técnica, conforme consta no termo de vistoria, o qual é parte integrante e indissociável deste contrato;
- X. Justificar ao usuário do SUS, ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato previsto no contrato, enviando cópia do documento ao gestor do presente contrato;
- XI. Notificar diretamente a **CONTRATANTE**, na pessoa do Gestor do presente CONTRATO, por escrito, no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis, e impossibilidade de execução de qualquer dos serviços contratados, viabilizando prontamente a solução do problema nesta correspondência;
- XII. Manter atualizada a Licença Sanitária na qualidade de Laboratório de Análises Clínicas;
- XIII. Permitir e facilitar o trabalho da **CONTRATANTE** na realização do acompanhamento, supervisão, fiscalização e auditoria de ações desenvolvidas pelo **CONTRATADO**;
- XIV. Manter atualizado o Certificado de Regularidade emitido pelo Conselho Regional de Farmácia ou do Conselho Regional de Biomedicina;
- XV. Manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- XVI. Notificar diretamente ao Gestor do presente contrato, de eventual alteração de sua razão social ou de seu controle acionário e de mudança em sua diretoria, contrato ou estatuto, bem como de alteração da composição da equipe profissional, enviando-lhe, no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data do registro da alteração, cópia autenticada da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas, e cópia do quadro funcional, com planilha de horário dos profissionais, quando for o caso;
- XVII. Manter em seu quadro permanente um responsável técnico, farmacêutico-bioquímico, biomédico ou médico hematologista, inscritos no CRF/PR ou



CRM/PR, atuando nas dependências do Estabelecimento (Sede de Realização e processamento dos exames), durante todo o horário de seu funcionamento;

XVIII. Utilizar o Sistema de Informática integrado ao E-SAUDE. O sistema de informática deverá receber as ordens de serviço com os dados dos pacientes, gerar os códigos de barra utilizados no Laboratório Contratado e integrar os resultados dos exames com o E-SAUDE, programa de informática utilizado na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba;

a. O Laboratório credenciado terá o prazo de 90 (noventa) dias a partir da data da assinatura do contrato, para instalação do Sistema de Informática integrado ao E-SAUDE utilizado pela Secretaria Municipal da Saúde;

b. Após o prazo de 90 dias, será suspenso o serviço até a instalação do Sistema de Informática integrado ao E-SAUDE utilizado pela Secretaria Municipal da Saúde;

c. Caso o Sistema de Informática integrado ao E-SAUDE utilizado no Laboratório não seja instalado e/ou se encontre inoperante no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, o contrato será rescindido;

d. A Contratada é responsável por possuir um sistema de informática com equipamentos e periféricos que permitam o funcionamento do tipo de interfaceamento/integração necessária para a migração dos laudos;

e. Permitir a interoperabilidade por meio de integração entre sistemas informatizados, considerando todo o processo de realização de exames, desde o recebimento da solicitação até a emissão do laudo (resultado), seguindo os padrões e regras definidas neste Termo de Referência;

f. O sistema do contratado deve manter compatibilidade que permita consultar resultados de exames anteriores a interoperabilidade do processo, porém, dentro do período de contratação;

g. Os serviços, os quais promovem a interoperabilidade entre os sistemas, devem ficar disponíveis 24 x 7;

h. A contratada deverá possuir computador e periféricos, para absorção das funções tecnológicas abaixo:



- h.1. Solução de integração: Vie Web Services;
- h.2. Protocolo de comunicação: REST;
- h.3. Formato das mensagens: JSON;
- h.4. Laudo (resultado): base 64.

XIX. Aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem no serviço pela **CONTRATANTE**, em até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado contratado, respeitando a capacidade produtiva da CONTRATADA;

XX. Todos os exames do Plano de Coleta do Usuário, deverão ser coletados em único local de coleta (Posto de Coleta).

Parágrafo único

Qualquer comunicação à Secretaria Municipal de Saúde, ou solicitação de informação pertinente ao presente contrato deve ser endereçada, por escrito, para o gestor do presente contrato. Sra. Tamara Matzembacher Panizza, à Rua Primo Lourenço Tosin nº 1021, Bairro Nove Mundo, Curitiba, CEP: 81.050-290.

CLÁUSULA NONA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO CONTRATADO

A **CONTRATADA** é responsável pela indenização por dano causado ao usuário do SUS, aos órgãos do SUS e a terceiros a ele vinculados, decorrentes de ato ou omissão, negligência, imperícia ou imprudência, praticadas por seus empregados, profissionais ou prepostos, ficando assegurado ao CONTRATADO o direito de regresso, quando cabível.

Parágrafo primeiro

A fiscalização ou o acompanhamento da execução deste contrato pelos órgãos competentes do SUS não exclui nem reduz a responsabilidade da **CONTRATADA**, nos termos da legislação referente à Lei n.º 8.666/93 e suas atualizações.

Parágrafo segundo

A responsabilidade de que trata esta Cláusula estende-se aos casos de danos causados por defeitos relativos à prestação de serviços, nos estritos termos do Art. 14 da Lei nº. 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor).

CLÁUSULA DÉCIMA – DO PREÇO



O **CONTRATADO** receberá, mensalmente, da **CONTRATANTE**, através da Secretaria Municipal da Saúde, a importância referente aos serviços contratados, efetivamente prestados, repassada pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE/FUNDO NACIONAL DE SAÚDE, de acordo com os valores unitários de cada procedimento, previstos na Tabela de Procedimentos do MINISTÉRIO DA SAÚDE/SUS, vigente na competência da realização do procedimento.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO PAGAMENTO

O repasse de recursos financeiros destinados à CONTRATADA dar-se-á da seguinte forma:

- a) A CONTRATADA receberá mensalmente da Prefeitura Municipal de Curitiba, através da Secretaria Municipal da Saúde/Fundo Municipal de Saúde, conforme repasse efetuado pelo Fundo Nacional de Saúde a importância referente à produção apresentada e aprovada no Sistema de Informações Ambulatorial do SUS – SIA/SUS dos procedimentos contratados de acordo com os valores unitários e atribuídos previstos na Tabela SIGTAP/SUS do Ministério da Saúde, vigente na competência da realização do procedimento;
- b) Os valores referidos anteriormente serão pagos à CONTRATADA mediante apresentação de fatura na competência dos procedimentos realizados através do Instrumento de Registro – Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado – BPAI, ou outro que vier a substituí-lo, obedecendo para tanto, as normativas e os prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba;
- c) É imprescindível que a CONTRATADA apresente para faturamento os procedimentos realizados na efetiva competência de sua realização;
- d) A Prefeitura Municipal de Curitiba, através da Secretaria Municipal da Saúde, processará a fatura apresentada no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde SIA/SUS e realização auditoria analítica e/ou operativa, julgadas necessárias, antes ou após a geração do crédito à CONTRATADA;
- e) Para comprovação dos procedimentos efetivamente realizados e para ações de controle, avaliação e auditoria, a CONTRATADA deverá manter no estabelecimento toda documentação referente aos procedimentos realizados;
- f) O pagamento dos procedimentos apresentados e aprovados será realizado mediante repasse do recurso do Fundo Nacional de Saúde transferido ao Fundo Municipal da Saúde do Município de Curitiba;



- g) Após o processamento, poderá ser emitido Boletim de Diferença de Pagamento de Débito- BDP ou Ordem de Ressarcimento-OR, referente a irregularidades efetivamente comprovadas;
- h) Antes do processamento do Boletim de Diferença de Pagamento de Débito – BDP ou da Ordem de Ressarcimento – OR será oportunizada ampla defesa à CONTRATADA;
- i) Os valores repassados à CONTRATADA respeitam ao estabelecido pelo SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS e os reajustes estão condicionados à publicação de Portarias específicas do Ministério da Saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA E FISCALIZAÇÃO

A execução do presente contrato será avaliada pelos órgãos competentes do SUS, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste contrato, e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados.

Parágrafo primeiro

Anualmente, o CONTRATANTE vistoriará as instalações do **CONTRATADO**, para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas originais, comprovadas por ocasião da assinatura deste contrato.

Parágrafo segundo

Poderá, em casos específicos, a qualquer tempo, ser realizada nas instalações da **CONTRATADA** vistoria técnica ou auditoria.

Parágrafo terceiro

Constitui condição para a prorrogação deste contrato, a manutenção da prestação dos serviços nos mesmos moldes exigidos no Regulamento do Credenciamento.

Parágrafo quarto

Qualquer alteração ocorrida na **CONTRATADA** que resulte em alteração do seu perfil jurídico, administrativo, técnico e da sua capacidade operativa poderá ensejar a revisão das condições ora estipuladas.



Parágrafo quinto

A **CONTRATADA** facilitará à **CONTRATANTE** o acompanhamento e a fiscalização permanente dos seus serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores do **CONTRATANTE** designados para tal fim.

Parágrafo sexto

Em qualquer hipótese é assegurado ao **CONTRATADO** amplo direito de defesa, nos termos das normas gerais da Lei Federal nº 8.666/93 e no Decreto Municipal 1150/1997, alterado parcialmente pela Decreto 245/2004.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS PENALIDADES

A inobservância pela **CONTRATADA** de cláusula ou obrigação constante deste instrumento, ou de dever originado de norma legal, ou regulamentada pertinente autorizará a **CONTRATANTE**, garantida a prévia defesa a aplicar em cada caso, as sanções previstas na Lei Federal nº 8.666/93 com especificações previstas na Lei Municipal n.º 8962/96, regulamentada pelo Decreto Municipal n. 1150/97 e Decreto Municipal nº 245/04 e Decreto Municipal nº 610/2019, assim discriminadas:

1.1 As penalidades da Lei 8.666/1993 são as seguintes:

- I) Advertência;
- II) Multa;
- III) Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração, por prazo não superior a 2 anos;
- IV) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública.

1.1.1 As sanções previstas nos incisos I, III e IV do item 1.1 poderão ser aplicadas juntamente com a do inciso II, facultada a defesa prévia da **CONTRATADA**, no respectivo processo, no prazo de 5 (cinco) dias úteis.

1.1.2 Da aplicação das penalidades do item 1.1, incisos I, II e III a **CONTRATADA**, terá o prazo de 5 (cinco) dias úteis para interpor recurso à Secretária Municipal da Saúde.



1.1.3 Da aplicação da penalidade do item 1.1, Inciso IV a CONTRATADA terá o prazo de 10 (dez) dias úteis da intimação do ato do pedido de reconsideração.

1.2 As penalidades da Lei Municipal nº 8.962/1996 são as seguintes:

- I – Advertência;
- II – Multa;
- III – Suspensão de prestação de serviços por prazo determinado;
- IV – Descredenciamento.

1.2.1 As sanções previstas nos incisos I, III e IV do item 1.2 poderão ser aplicadas juntamente com o inciso II, facultada a defesa prévia da CONTRATADA, no respectivo processo, no prazo de 5 (cinco) dias.

1.2.2 Da aplicação das penalidades do item 1.2 a CONTRATADA terá o prazo de 5 (cinco) dias, contado da intimação da decisão para interpor recurso de revisão.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA RESCISÃO

A rescisão do contrato poderá ser:

- I. Unilateralmente e por escrito pelo CONTRATANTE, nos casos de descumprimento pelo CONTRATADO das condições pactuadas, e, ainda, na forma dos Incisos I a XII e XVII, do art. 78 e art. 77 da Lei Federal nº 8.666/93;
- I. Por acordo amigável entre as partes, desde que haja conveniência para a CONTRATANTE. Deverá ser precedida de autorização escrita e fundamentada do Gestor do SUS.
- II. Por iniciativa das partes na via administrativa ou judicial, nos casos enumerados nos Incisos XII a XVI, do Artigo 78, da Lei Federal nº 8.666/93, hipóteses em que, desde que não haja culpa da CONTRATADA.

Parágrafo primeiro

Em caso de rescisão contratual, por iniciativa da **CONTRATADA**, se a Secretaria Municipal da Saúde entender que a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, será observado o prazo de 120 (cento e vinte) dias para ocorrer à rescisão. Se, neste prazo, a **CONTRATADA**



MUNICÍPIO DE CURITIBA

14

Contrato nº xxx

negligenciar a prestação dos serviços ora contratados poderá lhe ser aplicada a pena de multa, nos termos dos Decretos Municipais 1.150/97 e 610/2019.

Parágrafo segundo

Em caso de rescisão do presente contrato, por iniciativa, da CONTRATANTE, não caberá à CONTRATADA direito a qualquer indenização.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DOS RECURSOS PROCESSUAIS

Dos atos de aplicação de penalidade previstos neste contrato, ou de sua rescisão, praticados pela CONTRATANTE, cabe recurso no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a contar da intimação do ato, nos termos da Lei 8.666/93 e Decreto Municipal 610/2019.

Parágrafo primeiro

Da decisão da Secretaria Municipal da Saúde que rescindir o presente contrato cabe, inicialmente, pedido de reconsideração no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da intimação do ato.

Parágrafo segundo

Sobre o pedido de reconsideração formulado nos termos do Parágrafo Primeiro da presente cláusula, a Secretário Municipal da Saúde deverá manifestar-se no prazo de 15 (quinze) dias e poderá, ao recebê-lo, atribuir-lhe eficácia suspensiva, desde que o faça motivadamente, diante de razões de interesse público.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DAS ALTERAÇÕES

Qualquer alteração do presente contrato será objeto de Termo Aditivo, na forma da legislação vigente.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DOS CASOS OMISSOS

Os casos omissos no presente instrumento serão resolvidos de comum acordo entre as partes, podendo ser firmados, se necessário, Termo Aditivo, que farão parte integrante deste instrumento, sendo resguardado e motivado o interesse público.



MUNICÍPIO DE CURITIBA

15

Contrato nº xxx

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO FORO

As partes elegem o foro Central da Comarca da Região Metropolitana de Curitiba, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja para dirimir questões oriundas do presente contrato, que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E para constar, foi lavrado o presente, que depois de lido e achado conforme, vai por todos assinado, na presença de duas testemunhas, em uma única via, de onde serão extraídas as cópias necessárias.

Palácio 29 de Março, xx de xxxxxxxx de 2022.

BEATRIZ BATTISTELLA NADAS
Secretária Municipal de Saúde

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Contratada

1ª Testemunha

2ª Testemunha