

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03//2026**

EDITAL DE CREDENCIAMENTO / CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO, fundamentado como procedimento auxiliar do credenciamento (art. 79 da Lei 14.133/2021) para credenciamento de Entidades Privadas, Filantrópicas sem Fins Lucrativos e prestadores de serviços em procedimentos com finalidade diagnóstica, sub grupo diagnóstico em laboratório clínico e exames de ultrassonografia, interessados em participar, de forma complementar, do Sistema Único de Saúde do Município de São Cristóvão, Sergipe.

O **MUNICÍPIO DE SÃO CRISTÓVÃO, SERGIPE**, por meio da **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**, via **Fundo Municipal de Saúde**, pessoa jurídica de Direito Público, inscrita no CNPJ sob o nº. 11.370.658/0001-01, com sede na Praça Getúlio Vargas, nº 328 - São Cristóvão - SE, CEP: 49100-000, de acordo com a Constituição Federal artigos 37, XXI e 199, Lei Federal nº 14.133/21 e suas alterações, Lei Federal nº 8.080/90 em seu art. 24 e seguintes, demais legislações (Portarias, Resoluções, sejam elas do Ministério da Saúde e seus Segmentos, Estadual e Municipal), torna público o **EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº XXX/2026**, segundo as disposições a seguir:

1.DO OBJETO

O presente edital tem por objeto o credenciamento e possível contratação de Laboratórios de Análises Clínicas para a realização de procedimentos com finalidade diagnóstica, subgrupo diagnóstico em laboratório clínico constantes no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) - Tabela Unificada de Procedimentos (SIGTAP), nos termos das condições estabelecidas no presente instrumento de chamamento. **Em atendimento às demandas das UNIDADES DE SAÚDE, NESTA MUNICIPALIDADE.**

1.1 DESCRIÇÃO DETALHADA DOS SERVIÇOS

a)A solicitação de exames laboratoriais será inserida no Sistema de Regulação utilizado pelo município nas recepções das Unidades de Saúde com Regulação;

b)A distribuição dos exames no Sistema de Regulação será feita conforme contratualização, respeitando os limites mensais do contrato.

c)Com a guia de autorização dos exames o paciente buscará a CONTRATADA para realizar a coleta e a prestação do serviço de Análises Clínicas no prazo máximo de 10 dias úteis, a todo e qualquer paciente designado pela contratante nos horários de funcionamento da contratada.

d)A CONTRATADA deverá disponibilizar os exames descritos de análises clínicas para atendimento de usuários do SUS, discriminados na "Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde - SUS", que se encontra disponível no seguinte endereço eletrônico: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>, do Grupo 02 Subgrupo 02 conforme tabela em anexo.

1.2Não será efetuado o pagamento de exames que não contemplam o objeto discriminado no contrato.

1.3A CONTRATADA deverá disponibilizar os materiais de insumos e manter em uso equipamentos de automação e informatização das análises clínicas com capacidade de atendimento do volume de exames previsto; com configuração tecnológica vigente e de confiabilidade (técnica de dosagem, velocidade de testes, parâmetros e limites de detecção e quantificação).

1.4A CONTRATADA deverá emitir laudo contemplando: identificação do laboratório prestador; identificação do paciente (nome completo, CPF ou CNS) e do médico requisitante (nome completo e registro de classe); identificação do profissional responsável pela liberação do exame; data de coleta da amostra e data da liberação do exame; resultado obtido e especificação do material (amostra) e do método de análise utilizado; comparativo com valores de referência, quando for o caso.

1.5Exames cujo resultado se apresenta incompatível com a clínica do paciente poderão ser novamente solicitados pelo médico com a devida justificativa, devendo ser realizados sem custo para a CONTRATANTE. Estes casos poderão indicar a necessidade de revisão da rotina de realização do exame com vistas a garantir a acurácia do mesmo.

1.6Os resultados dos exames culturais devem identificar o microorganismo com gênero e espécie; os antibióticos testados, e a sua classificação: sensível, resistente ou intermediária. Em caso de leveduras positivas deverá constar a descrição do tipo de fungo.

1.7A empresa contratada deverá estar disponível a prestação do serviço contratado à Secretaria Municipal de Saúde de São Cristóvão a partir do momento de assinatura do contrato.

2.DAS CONDIÇÕES

2.1.As entidades interessadas em participar do presente Chamamento Público deverão possuir, sede, filial ou unidade de atendimento no território do Município de São Cristóvão/SE, garantindo o acesso adequado dos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS aos serviços contratados, nos termos da Lei nº 14.133/2021

2.2.As entidades interessadas devem apresentar proposta com a descrição dos procedimentos e quantidade ofertada;

2.3.Na execução do objeto as entidades credenciadas deverão adotar as linhas guias e protocolos propostos pela Secretaria Municipal de Saúde e manter cadastro dos usuários do SUS encaminhados pela mesma, que permita o monitoramento, o controle e a supervisão dos serviços;

2.4.A realização dos procedimentos constantes do edital é de inteira responsabilidade da contratada;

2.5.O Laudo do exame deverá ser emitido contemplando: identificação do laboratório prestador; identificação do paciente (nome completo e CPF) e do médico requisitante (nome completo e registro de classe); identificação do profissional responsável pela liberação do exame; data de coleta da amostra e data da liberação do exame; resultado obtido e especificação do material (amostra) e do método de análise utilizado; comparativo com valores de referência, quando for o caso;

2.6.A prestadora deverá arquivar por meio físico ou eletrônico todas as solicitações e laudos, pelo período de 05 (cinco) anos, para eventuais auditorias;

2.7.Não pode haver qualquer tipo de cobrança ou complementação do paciente ou seu acompanhante, sob pena de descredenciamento do serviço e demais implicações legais;

3.DA HABILITAÇÃO

3.1 O credenciamento ficará aberto pelo período de 12 (doze) meses, a contar da publicação deste Edital, permanecendo disponível durante sua vigência para ingresso de novos interessados. As entidades interessadas em participar do presente Chamamento Público deverão protocolar a documentação exigida neste Edital, deverá ser enviada exclusivamente mediante o preenchimento do formulário on-line disponibilizado no site da Prefeitura do Município de São Cristóvão/SE, disponível no seguinte endereço: <https://>

forms.gle/3HXUCKDbsiT1Rggh9, mediante upload dos documentos exigidos, observadas as disposições previstas neste instrumento convocatório:

- a) Ofício de solicitação formal da entidade interessada listando todos os documentos entregues;
- b) Nome da entidade, endereço, telefone, e-mail;
- c) Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ;
- d) Cópia do Contrato Social e Alterações posteriores, ou Cópia da última Alteração Consolidada e das alterações subsequentes, registrados na Junta Comercial do Estado; em se tratando de Firma Individual o Registro Comercial, e no caso de Sociedade por Ações o Ato Constitutivo acompanhado da Ata da eleição da diretoria em exercício;
- e) Declaração dos sócios e diretores de que não ocupam cargo ou função de Chefia ou Assessoramento, em qualquer nível, na área pública de saúde, no âmbito municipal, estadual ou federal no estado de Sergipe;
- f) Curriculum Vitae resumido do responsável técnico pelo serviço a ser contratado, cópia do diploma, certificado de especialidade e carteira de inscrição no conselho devidamente reconhecido pela respectiva entidade de classe, R.G. e C.P.F.;
- g) Dados pessoais do responsável legal da pessoa jurídica, o qual assinará o contrato/convênio (nome completo, cargo, logradouro, estado civil, profissão, R.G. e C.P.F.);
- h) Dados bancários (informar número de conta corrente, agência e Banco);
- i) Certificado de filantropia para entidades filantrópicas sem fins lucrativos (somente se for o caso);
- j) Prova de Regularidade (Certidão Negativa) com o INSS e Fazenda Pública Federal;
- k) Prova de Regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS;
- l) Prova de Regularidade (Certidão Negativa) com a Fazenda Pública Estadual;
- m) Prova de Regularidade (Certidão Negativa) com a Fazenda Pública Municipal;
- n) Alvará de Licença, Localização e Funcionamento, expedido pela Prefeitura Municipal ou outro documento comprovando a sua regularidade, atualizado;
- o) Alvará Sanitário expedido pela Vigilância Sanitária Municipal e/ou Estadual atualizado;
- p) Inscrição da pessoa jurídica no respectivo conselho e certificado de regularidade funcional;
- q) Declaração emitida pela entidade atestando que atende ao inciso XXXIII, art. 7º da Constituição Federal (proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre aos menores de dezoito anos e de qualquer trabalho a menores de quatorze anos, salvo condição de aprendiz);
- r) Relação com a quantidade e especificação dos equipamentos técnicos disponíveis relacionados diretamente aos serviços contratados;
- s) Relação nominal dos recursos humanos disponíveis - discriminar e quantificar por categoria funcional (profissionais de nível superior deverão apresentar Certificado de Habilitação reconhecido pelo Conselho de Classe);
- t) Cópia da Ficha de Cadastro de Estabelecimento de Saúde/FCES atualizada;
- u) Declaração que as informações são verdadeiras, sob pena de responder judicialmente pelas inconsistências das informações;
- v) Caso a interessada esteja isenta de algum documento exigido neste edital deve apresentar declaração do órgão expedidor informando sua isenção.

3.2 As entidades habilitadas poderão ser vistoriadas pela equipe da SMS em conjunto com a Vigilância Sanitária Municipal, e em caso de qualquer irregularidade automaticamente descredenciadas;

3.3 A Comissão de Credenciamento realizará a análise e avaliação da documentação apresentada pelas interessadas por meio do sistema eletrônico disponibilizado no sítio oficial da Prefeitura Municipal de São Cristóvão/SE, verificando o atendimento às exigências previstas neste Edital, podendo diligenciar para saneamento de falhas formais, quando cabível;

3.4 As empresas que não atenderem as referidas exigências requeridas neste Edital serão preliminarmente desconsideradas e terão 05 (cinco) dias úteis para apresentarem suas razões de recurso a contar da data da notificação. Em igual prazo a Secretaria emitirá parecer;

3.5 Após transcorrido os prazos recursais, a Secretaria de Saúde de São Cristóvão, Sergipe, poderá celebrar contrato/convênio de prestação de serviços, com as entidades consideradas habilitadas, mediante inexigibilidade de licitação (artigo 74, inciso III, da Lei nº 14133/21), dando preferência às entidades filantrópicas sem fins lucrativos.

3.9.1 Não havendo recursos, dispensa-se o prazo e poderão ser imediatamente firmados os contratos com os habilitados;

4. DAS CONSIDERAÇÕES:

Ficará a cargo da(s) empresa(s) vencedora(s) a disponibilização dos materiais e insumos necessários para realização da coleta e a realização das análises.

5. DO PRAZO E ENTREGA DOS RESULTADOS

5.1 Os resultados dos exames deverão ser disponibilizados para retirada no prazo máximo de 10 dias úteis.

5.2 O resultado será disponibilizado online em endereço informado pela CONTRATADA ou entregue ao paciente ou a outra pessoa portando documentação (RG) do paciente.

6. DOS RECURSOS

6.1 A interposição de recurso referente à habilitação ou inabilitação de interessados no credenciamento, observará o disposto no art. 165 da Lei nº 14.133, de 2021.

6.2 O prazo recursal é de 3 (três) dias úteis, contados da data de publicação da decisão.

6.3 Quando o recurso apresentado impugnar o ato de habilitação ou inabilitação do interessado:

6.4 A intenção de recorrer deverá ser manifestada em 5 (cinco) dias úteis, sob pena de preclusão;

6.5 O prazo para apresentação das razões recursais será iniciado na data de publicação da decisão.

6.6 Os recursos deverão ser encaminhados para o e-mail: credenciamentosaudesc2026@gmail.com

6.7 O recurso será dirigido à COMISSÃO DE AVALIAÇÃO E CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES PRIVADOS PARA SERVIÇOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE EM COMPLEMENTAÇÃO AO SUS, a qual poderá reconsiderar sua decisão no prazo de 10 (dez) dias úteis, contado do recebimento dos autos.

6.8 Somente o próprio interessado ou seu representante legalmente habilitado poderá interpor recurso.

6.9 Os recursos interpostos fora do prazo não serão conhecidos.

6.10 O recurso e o pedido de reconsideração não terão efeito suspensivo.



6.11 O acolhimento do recurso invalida tão somente os atos insuscetíveis de aproveitamento.

7. DA REMUNERAÇÃO

7.1 O pagamento será efetuado somente para os procedimentos discriminados no objeto do contrato conforme Tabela SUS;

7.2 A contratada encerrará as chaves mensalmente inseridas pela CONTRATANTE no Sistema de Regulação no prazo de 5 dias úteis após o término do mês;

7.3 O acesso ao Sistema de Regulação da CONTRATADA para o encerramento das chaves será fornecido pela CONTRATANTE.

7.3 O arquivo gerado no Sistema de Regulação será enviado por e-mail para a Central de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de São Cristóvão a fim de alimentar o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA);

7.4 A nota fiscal emitida pela CONTRATADA juntos com as guias de autorizações anexadas às solicitações dos respectivos exames autorizados, serão ao fiscal do contrato da Secretaria Municipal de Saúde para realização de Auditoria.

7.5 Após auditoria e conferência dos serviços prestados o valor será pago a CONTRATADA.

4.5 Caberá ao fiscal do contrato, após recebimento do relatório de produção, realizar uma pré-análise da documentação física para visualizar possíveis não conformidades administrativas, de forma a serem apresentadas aos prestadores para que estes promovam as devidas alterações, quando cabíveis. Neste ínterim, os procedimentos que forem bloqueados a fim de pagamento de produção física devido a não conformidade, poderão ser reapresentados com as correções devidas para serem desbloqueados e pagos;

8. DA CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Ação	Elemento	Fonte de Despesa
2708	33903900	16000000

9. DO PRAZO

9.1- O prazo de execução e vigência do presente credenciamento será 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado conforme interesse e necessidade da Administração Pública.

9.2 Havendo interesse de qualquer das partes, pode o instrumento contratual ser rescindido a qualquer tempo, desde que comunicada a outra com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, e cumpridas as agendas previamente definidas.

9.3 Os prazos contratuais obedecerão o disposto na Lei 14.133/21.

9.4

10. DAS DISPOSIÇÕES REAIS

10.1 O presente edital de Chamada Pública encontra-se publicado no Diário Oficial do Município de São Cristóvão, no Portal da Transparência da Prefeitura Municipal de São Cristóvão, bem como no sítio eletrônico oficial desta municipalidade.

10.2 Todos os atos deste Credenciamento serão publicados no Diário Oficial do Município de São Cristóvão, Sergipe, para fins de obediência ao princípio da publicidade dos atos administrativos.

Constituem infrações administrativas a não apresentação de documentos, a recusa injustificada em contratar, a apresentação de informações falsas, a fraude no credenciamento e outras condutas ilícitas que comprometam o certame. As penalidades previstas incluem advertência, multa, impedimento de licitar e contratar, descredenciamento e declaração de inidoneidade, aplicadas conforme a gravidade da infração, com garantia do direito à ampla defesa e ao contraditório. A aplicação das sanções não afasta a obrigação de reparar os danos causados à Administração.

São Cristóvão, SE, XX de XX de 2026.

Fernanda Kelly Lima Freire

Presidente da Comissão de Credenciamento
Secretaria Municipal de Saúde de São Cristóvão, SE.

ANEXO - EXAMES CONTRATUALIZADOS

Exames	Vlr. SIGTAP	Qtd. Est./Mês	Vlr. Méd. SIGTAP	Qtd. Est. Total/Mês	Vlr. Méd./Mês	Vlr. Total/Ano
-	-	-	R\$2,73	18.320	R\$ 50.013,60	R\$ 600.163,20
02.02.01.047-3 - DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 1,85	100				
02.02.01.011-2 - DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R\$ 2,01	100				
02.02.01.019-8 - DOSAGEM DE AMONIA	R\$ 3,51	100				
02.02.01.027-9 - DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 3,51	100				
02.02.01.067-8 - DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 3,51	100				
02.02.01.028-7 - DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 3,51	100				
02.02.01.029-5 - DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 1,85	100				
02.02.01.031-7 - DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 1,85	100				
02.02.01.053-8 - DOSAGEM DE LACTATO	R\$ 3,68	100				
02.02.01.050-3 - DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 7,86	100				

02.02.01.069-4 - DOSAGEM DE UREA	R\$ 1,85	100				
02.02.01.007-4 - DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	R\$ 10,00	100				
02.02.01.076-7 - DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 15,24	100				
02.02.01.065-1 - DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 2,01	100				
02.02.01.068-6 - DOSAGEM DE TRIPTOFANO	R\$ 3,51	100				
02.02.01.064-3 - DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 2,01	100				
02.02.01.070-8 - DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 15,24	100				
02.02.01.060-0 - DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 1,85	100				
02.02.01.039-2 - DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$ 3,51	100				
02.02.01.038-4 - DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 15,59	100				
02.02.01.049-0 - DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	R\$ 3,68	100				
02.02.01.057-0 - DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	R\$ 2,01	100				
02.02.01.045-7 - DOSAGEM DE GALACTOSE	R\$ 3,51	100				
02.02.01.052-0 - DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	R\$ 3,51	100				
02.02.01.021-0 - DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 1,85	100				
02.02.01.063-5 - DOSAGEM DE SODIO	R\$ 1,85	100				
02.02.01.041-4 - DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	R\$ 2,01	100				
02.02.01.012-0 - DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$ 1,85	100				
02.02.01.046-5 - DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,51	100				
02.02.01.042-2 - DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,01	100				
02.02.01.004-0 - DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 3,63	100				
02.02.01.056-2 - DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 2,01	100				
02.02.01.032-5 - DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 3,68	100				
02.02.01.030-9 - DOSAGEM DE COLINESTERASE	R\$ 3,68	100				
02.02.01.034-1 - DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	R\$ 3,51	100				
02.02.01.066-0 - DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,12	100				
02.02.01.020-1 - DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 2,01	100				
02.02.01.062-7 - DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 1,85	100				
02.02.01.040-6 - DOSAGEM DE FOLATO	R\$ 15,65	100				
02.02.01.043-0 - DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 1,85	100				
02.02.01.002-3 - DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R\$ 2,01	100				
02.02.01.033-3 - DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$ 4,12	100				



02.02.01.018-0 - DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 2,25	100				
02.02.01.055-4 - DOSAGEM DE LIPASE	R\$ 2,25	100				
02.02.01.022-8 - DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$ 3,51	100				
02.02.01.061-9 - DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$ 1,40	100				
02.02.01.026-0 - DOSAGEM DE CLORETO	R\$ 1,85	100				
02.02.01.036-8 - DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R\$ 3,68	100				
02.02.01.048-1 - DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	R\$ 3,68	100				
02.02.01.015-5 - DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	R\$ 3,68	100				
02.02.01.071-6 - ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$ 3,68	100				
02.02.01.016-3 - DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R\$ 3,68	100				
02.02.01.023-6 - DOSAGEM DE CAROTENO	R\$ 2,01	100				
02.02.01.072-4 - ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 4,42	100				
02.02.01.025-2 - DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	R\$ 3,68	100				
02.02.01.017-1 - DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	R\$ 3,68	100				
02.02.01.075-9 - TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	R\$ 6,55	100				
02.02.01.014-7 - DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$ 3,68	100				
02.02.01.030-9 - DOSAGEM DE COLINESTERASE	R\$ 3,68	100				
02.02.01.008-2 - DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE	R\$ 3,51	100				
02.02.09.026-4- ESPERMOGRAMA	R\$ 4,8	30				
02.02.02.038-0 - HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11	100				
02.02.02.046-0 - PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	R\$ 2,73	100				
02.02.02.037-1 - HEMATOCRITO	R\$ 1,53	100				
02.02.02.036-3 - ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R\$ 2,73	100				
02.02.02.052-5 - TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	R\$ 12,00	100				
02.02.02.015-0 - DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO (VHS)	R\$ 2,73	100				
02.02.02.014-2 - DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 2,73	100				
02.02.02.041-0 - PESQUISA DE CELULAS LE	R\$ 4,11	100				
02.02.02.013-4 - DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 5,77	100				
02.02.02.048-7 - PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R\$ 4,11	100				
02.02.02.012-6 - DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA	R\$ 2,85	100				
02.02.02.009-6 - DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R\$ 2,73	100				
02.02.02.049-5 - PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R\$ 2,73	100				
02.02.02.035-5 - ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 5,41	100				

02.02.02.003-7 - CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$ 2,73	100				
02.02.02.029-0 - DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R\$ 4,60	100				
02.02.02.010-0 - DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	R\$ 9,00	100				
02.02.02.054-1 - TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$ 2,73	100				
02.02.02.050-9 - PROVA DO LACO	R\$ 2,73	100				
02.02.02.039-8 - LEUCOGRAMA	R\$ 2,73	100				
02.02.02.020-7 - DOSAGEM DE FATOR V	R\$ 4,73	100				
02.02.02.025-8 - DOSAGEM DE FATOR X	R\$ 6,66	100				
02.02.02.027-4 - DOSAGEM DE FATOR XII	R\$ 10,51	100				
02.02.02.028-2 - DOSAGEM DE FATOR XIII	R\$ 6,66	100				
02.02.02.017-7 - DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$ 6,48	100				
02.02.02.011-8 - DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SOBREVIVÊNCIA DE HEMACIAS	R\$ 5,79 R\$ 5,79	100				
02.02.02.026-6 - DOSAGEM DE FATOR XI	R\$ 9,11	100				
02.02.02.019-3 - DOSAGEM DE FATOR IX	R\$ 7,61	100				
02.02.02.018-5 - DOSAGEM DE FATOR II	R\$ 5,31	100				
02.02.02.024-0 - DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	R\$ 18,91	100				
02.02.02.021-5 - DOSAGEM DE FATOR VII	R\$ 8,09	100				
02.02.02.016-9 - DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R\$ 8,09	100				
02.02.02.030-4 - DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 1,53	100				
02.02.02.022-3 - DOSAGEM DE FATOR VIII	R\$ 6,63	100				
02.02.02.040-1 - PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	R\$ 25,00	100				
02.02.02.004-5 - DETERMINAÇÃO DE CURVA DE RESISTÊNCIA GLOBULAR	R\$ 2,73	100				
02.02.02.007-0 - DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	R\$ 2,73	100				
02.02.03.097-0 - PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$ 18,55	50				
02.02.03.069-5 - PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	R\$ 9,25	50				
02.02.03.053-9 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	R\$ 4,10	50				
02.02.03.067-9 - PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 18,55	50				
02.02.03.063-6 - PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 18,55 R\$ 18,55	50				
02.02.03.089-0 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 18,55	50				



02.02.03.078-4 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	R\$ 18,55	50				
02.02.03.064-4 - PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$ 18,55	50				
02.02.03.112-8 - TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00	50				
02.02.03.113-6 - TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00	50				
02.02.03.030-0 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 10,00	50				
02.02.03.029-6 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$ 85,00	50				
02.02.03.109-8 - TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 4,10	50				
02.02.03.101-2 - PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$ 4,10	50				
02.02.03.051-2 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILHOTA DE LANGERHANS	R\$ 10,00	50				
02.02.03.016-4 - DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 9,25	50				
02.02.03.111-0 - TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 2,83	50				
02.02.03.025-3 - PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIO-LIPINA	R\$ 10,00	50				
02.02.03.026-1 - PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIO-LIPINA	R\$ 10,00	50				
02.02.03.045-8 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERO-DERMA (SCL 70)	R\$ 10,00	50				
02.02.03.092-0 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16	50				
02.02.03.081-4 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16	50				
02.02.03.104-7 - PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R\$ 10,00	50				
02.02.03.088-1 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25	50				
02.02.03.077-6 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25	50				
02.02.03.040-7 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	R\$ 3,70	50				
02.02.03.012-1 - DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 17,16	50				
02.02.03.083-0 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 17,16	50				
02.02.03.094-6 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 17,16	50				
02.02.03.018-0 - DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 17,16	50				
02.02.03.015-6 - DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$ 17,16	50				
02.02.03.098-9 - PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R\$ 18,55	50				

02.02.03.084-9 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLIS	R\$ 17,16	50				
02.02.03.095-4 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLIS	R\$ 17,16	50				
02.02.03.028-8 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$ 17,16	50				
02.02.03.032-6 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R\$ 17,16	50				
02.02.03.013-0 - DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$ 17,16	50				
02.02.03.005-9 - DETECÇÃO DE RNA DO VÍRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	R\$ 96,00	50				
02.02.03.065-2 - PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	R\$ 7,78	50				
02.02.03.108-0 - QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO VÍRUS DA HEPATITE C	R\$ 168,48	50				
02.02.03.047-4 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$ 2,83	50				
02.02.03.080-6 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55	50				
02.02.03.091-1 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55	50				
02.02.03.010-5 - DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 16,42	50				
02.02.03.087-3 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,55	50				
02.02.03.076-8 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 16,97	50				
02.02.03.020-2 - DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 2,83	50				
02.02.03.008-3 - DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA	R\$ 9,25	50				
02.02.03.055-5 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$ 17,16	50				
02.02.03.007-5 DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 2,83	50				
02.02.03.074-1 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,00	50				
02.02.03.085-7 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,61	50				
02.02.03.121-7 - DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	R\$ 13,35	50				
02.02.03.042-3 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	R\$ 10,00	50				
02.02.03.072-5 - PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	R\$ 17,16	50				
02.02.03.096-2 - PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$ 13,35	50				
02.02.03.027-0 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 13,35	50				
02.02.03.031-8 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 18,55	50				
02.02.03.035-0 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$ 18,55	50				
02.02.03.120-9 - DOSAGEM DE TROPONINA	R\$ 9,00	50				



02.02.03.059-8 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	R\$ 17,16	50				
02.02.03.011-3 - DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$ 13,55	50				
02.02.03.009-1 - DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$ 15,06	50				
02.02.03.034-2 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$ 17,16	50				
02.02.03.023-7 - IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$ 80,00	50				
02.02.03.021-0 - GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 298,48	50				
02.02.03.079-2 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS	R\$ 30,00	50				
02.02.03.090-3 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS	R\$ 20,00	50				
02.02.03.036-9 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$ 18,55	50				
02.02.03.118-7 - DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA	R\$ 18,55	50				
02.02.03.003-2 - CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	R\$ 15,00	50				
02.02.03.001-6 - CONTAGEM DE LINFOCITOS B	R\$ 15,00	100				
02.02.03.002-4 - CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	R\$ 15,00	50				
02.02.03.056-3 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	R\$ 17,16	50				
02.02.03.048-2 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	R\$ 10,00	50				
02.02.03.102-0 - PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLOURESCENCIA	R\$ 10,00	50				
02.02.03.004-0 - DETECÇÃO DE ÁCIDOS NUCLEICOS DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R\$ 65,00	50				
02.02.03.062-8 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$ 17,16	50				
02.02.03.058-0 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	R\$ 17,16	50				
02.02.03.057-1 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	R\$ 17,16	50				
02.02.03.100-4 - PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	R\$ 2,83	50				
02.02.03.110-1 - REAÇÃO DE MONTENEGRO ID	R\$ 2,83	50				
02.02.03.006-7 - DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO (CH50)	R\$ 9,25	50				
02.02.03.060-1 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	R\$ 17,16	50				
02.02.03.052-0 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	R\$ 17,16	50				
02.02.04.012-7 - PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 1,65	50				
02.02.04.009-7 - PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R\$ 1,65	50				
02.02.04.004-6 - IDENTIFICAÇÃO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	R\$ 1,65	50				
02.02.04.014-3 - PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 1,65	50				
02.02.04.008-9 - PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	R\$ 1,65	50				
02.02.04.005-4 - PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	R\$ 1,65	50				

02.02.04.006-2 - PESQUISA DE EOSINOFILOS	R\$ 1,65	50				
02.02.04.017-8 - PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	R\$ 1,65	50				
02.02.04.015-1 - PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	R\$ 1,65	50				
02.02.04.003-8 - EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	R\$ 3,04	50				
02.02.04.002-0 - DOSAGEM DE GORDURA FECAL	R\$ 3,04	50				
PARASITOLÓGICO DE FEZES (3 AMOSTRAS)		30				
02.02.04.007-0 - PESQUISA DE GORDURA FECAL	R\$ 1,65	50				
02.02.05.001-7 - ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$ 3,70	50				
02.02.05.006-8 - DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	R\$ 3,70	50				
02.02.05.008-4 - DOSAGEM DE CITRATO	R\$ 2,01	50				
02.02.05.027-0 - PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	R\$ 2,04	50				
02.02.05.013-0 - EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	R\$ 3,70	50				
02.02.05.007-6 - IDENTIFICAÇÃO DE GLICÍDIOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA)	R\$ 3,70	50				
02.02.05.026-2 - PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	R\$ 2,04	50				
02.02.05.002-5 - CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 3,51	50				
02.02.05.009-2 - DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8,12	50				
02.02.05.004-1 - CLEARANCE DE UREIA	R\$ 3,51	50				
02.02.05.011-4 - DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 2,04	50				
02.02.05.030-0 - PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	R\$ 4,44	50				
02.02.05.010-6 - DOSAGEM DE OXALATO	R\$ 3,68	50				
02.02.05.023-8 - PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	R\$ 2,04	50				
02.02.05.003-3 - CLEARANCE DE FOSFATO	R\$ 3,51	50				
02.02.06.004-7 - DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R\$ 10,20	50				
02.02.06.022-5 - DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$ 10,21	50				
02.02.06.015-2 - DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 11,71	50				
02.02.06.033-0 - DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R\$ 13,11	30				
02.02.06.037-3 - DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 8,76	30				
02.02.06.025-0 - DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 8,96	30				
02.02.06.038-1 - DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 11,60	30				
02.02.06.023-3 - DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 7,89	50				
02.02.06.024-1 - DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 8,97	50				



02.02.06.039-0 - DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 8,71	30				
02.02.06.016-0 - DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 10,15	50				
02.02.06.030-6 - DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$ 10,15	30				
02.02.06.026-8 - DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 10,17	30				
02.02.06.029-2 - DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 10,22	30				
02.02.06.035-7 - DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 13,11	30				
02.02.06.034-9 - DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 10,43	30				
02.02.06.014-4 - DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 11,25	50				
02.02.06.028-4 - DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 15,35	30				
02.02.06.036-5 - DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$ 15,35	30				
02.02.06.007-1 - DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	R\$ 6,72	50				
02.02.06.018-7 - DOSAGEM DE ESTRONA	R\$ 11,12	50				
02.02.06.017-9 - DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$ 11,55	50				
02.02.06.011-0 - DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$ 11,53	50				
02.02.06.013-6 - DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 9,86	50				
02.02.06.001-2 - DETERMINAÇÃO DE ÍNDICE DE TIROXINA LIVRE	R\$ 12,54	50				
02.02.06.002-0 - DETERMINAÇÃO DE RETENÇÃO DE T3	R\$ 12,54	50				
02.02.06.003-9 - DETERMINAÇÃO DE T3 REVERSO	R\$ 14,69	50				
02.02.06.021-7 - DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 7,85	50				
02.02.06.047-0 - PESQUISA DE MACROPROLACTINA	R\$ 12,15	30				
02.02.06.027-6 - DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 43,13	30				
02.02.06.009-8 - DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$ 11,89	50				
02.02.06.031-4 - DOSAGEM DE RENINA	R\$ 13,19	30				
02.02.06.020-9 - DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	R\$ 15,35	50				
02.02.06.012-8 - DOSAGEM DE CALCITONINA	R\$ 14,38	50				
02.02.06.008-0 - DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$ 14,12	50				
02.02.06.043-8 - TESTE DE ESTIMULO DO GHG APOS GLUCAGON	R\$ 12,01	30				
02.02.06.032-2 - DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$ 15,35	30				
02.02.07.035-2 - DOSAGEM DE ZINCO	R\$ 15,65	30				
02.02.07.025-5 - DOSAGEM DE LITIO	R\$ 2,25	30				
02.02.07.015-8 - DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$ 17,53	30				
02.02.07.019-0 - DOSAGEM DE COBRE	R\$ 3,51	30				
02.02.07.026-3 - DOSAGEM DE MERCURIO	R\$ 2,04	30				
02.02.07.002-6 - DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	R\$ 2,23	30				
02.02.07.004-2 - DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	R\$ 2,04	30				

02.02.07.013-1 - DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	R\$ 13,48	30				
02.02.07.005-0 - DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R\$ 15,65	30				
02.02.07.020-4 - DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R\$ 8,97	30				
02.02.07.027-1 - DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	R\$ 4,11	30				
02.02.07.008-5 - DOSAGEM DE ALUMINIO	R\$ 27,50	30				
02.02.07.011-5 - DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS	R\$ 10,00	30				
02.02.08.008-0 - CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 5,62	30				
02.02.08.003-0 ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	R\$ 13,33	30				
02.02.08.019-6 - PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$ 4,33	30				
02.02.08.013-7 - CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$ 4,19	30				
02.02.08.021-8 - PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$ 4,33	30				
02.02.08.001-3 - ANTIBIOGRAMA	R\$ 4,98	30				
02.02.08.011-0 - CULTURA PARA BAAR	R\$ 5,63	30				
02.02.08.023-4 - PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	R\$ 5,04	30				
02.02.08.012-9 - CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R\$ 10,25	30				
02.02.08.015-3 - HEMOCULTURA	R\$ 11,49	30				
02.02.08.010-2 - CULTURA P/ HERPESVIRUS	R\$ 4,33	30				
02.02.08.007-2 - BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$ 2,80	30				
02.02.09.030-2 - PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R\$ 1,89	30				
02.02.09.009-4 - DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	R\$ 2,01	30				
02.02.09.022-1 - DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA	R\$ 2,01	30				
02.02.09.001-9 - ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89	30				
02.02.09.010-8 - DOSAGEM DE FRUTOSE	R\$ 2,01	30				
02.02.09.011-6 - DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	R\$ 2,01	30				
02.02.09.021-3 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R\$ 9,70	30				
02.02.09.003-5 - CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	R\$ 4,33	30				
02.02.09.004-3 - CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	R\$ 4,33	30				
02.02.09.029-9 - PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	R\$ 1,89	30				
02.02.10.003-0 - DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 160,00	30				
02.02.12.008-2 - PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37	30				
02.02.12.002-3 - DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37	30				
02.02.12.009-0 - TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$ 2,73	30				



02.02.12.003-1 - FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	R\$ 10,65	30				
02.11.02.003-6 - ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 5,15	100				
02.04.03.018-8 - MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	R\$ 45,00	100				

Exames	Vlr. de Mercado	Qtd. Est./Mês	Vlr. Méd. de Mercado	Qtd. Est. Total/Mês	Vlr. Méd./Mês	Vlr. Total/Ano
-----	-----	-----	R\$ 56,60	60	R\$ 3.396,00	R\$ 40.752,00
PROBNP ProBNP - N-Te	R\$ 134,00	8				
BNP - Peptídeo Natriurético	R\$ 52,00	2				
Tolerância à Lactose	R\$ 40,00	5				
Homocisteína	R\$ 30,00	5				
Anticorpos Anti-Citoplasma	R\$ 48,00	4				
Hormônio Anti-Mulleriano	R\$ 80,00	6				
Glicose Pós-Prandial	R\$ 7,00	8				
Procalcitonina	R\$ 220,00	2				
Anticorpos Anti Tireoglobulina	R\$ 25,00	5				
TSH Anticorpo Anti Receptor	R\$ 30,00	3				
Fator Anti-Nuclear	R\$ 35,00	4				
PSA Livre	R\$ 23,00	4				
CA 19-9	R\$ 45,00	2				
Leishmaniose IgG	R\$ 38,00	1				
Anti-Citrulina	R\$ 42,00	1				

Exames	Descrição do procedimento	Vlr. SIGTAP	Qtd. Est./Mês	Vlr. Méd. SIGTAP	Qtd. Est. Total/Mês	Vlr. Méd./Mês	Vlr. Total/Ano
020502XXXX - EXAMES DE IMAGEM	-----	-----	-----	R\$ 35,43	1.073	R\$ 38.000,00	R\$ 456.000,00
0205020054	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	R\$ 24,20	60				
0205020062	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO	R\$ 24,20	25				
0205020062	ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	R\$ 24,20	18				
0205020062	ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES	R\$ 24,20	45				
0205020062	ULTRASSONOGRFIA REGIÃO CERVICAL (PESCOÇO)	R\$ 24,20	15				
0205020186	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	R\$ 24,20	170				
0205020046	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 37,95	230				
0205020070	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 24,20	10				
0205020100	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA VIA ABDOMINAL	R\$ 24,20	35				
0205020127	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	R\$ 24,20	85				
0205020097	ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA	R\$ 24,20	75				
0205020143	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA	R\$ 24,20	190				
0205020160	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA	R\$ 24,20	95				
0205020178	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELAR	R\$ 24,20	10				
0205020186	USG TRANSVAGINAL - GESTANTE	R\$ 24,20	10				