



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTARÉM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ: n.º 17.556.659/0001-21

AV MENDONÇA FURTADO, 2440 – BAIRRO: ALDEIA- CEP: 68040-050 – FONE: 2101-0100

OFÍCIO nº 1909/2025-SEMSA-NLC

Santarém-PA, 23 de setembro de 2025

Aos

Ilmos. Srs.

Representantes Legais

TAPAJOS DIAGNOSTICOS LTDA, inscrição no CNPJ/MF: 08.008.051/0001-71

Credenciamento Eletrônico nº 004/2025 – SEMSA

Ref.: Processo Administrativo nº 2.139/2025-SEMSA

Impulso: Notificação para Redução e Readequação dos Quantitativos e valores Contratuais

Prezados Senhores,

Com os nossos cumprimentos, venho, por meio desta, notificar formalmente a V.S. as quanto à necessidade de redução e readequação dos quantitativos inicialmente previstos no requerimento de adesão ao credenciamento, firmado entre as partes em

A referida solicitação decorre da emissão de despacho da lavra do Sr. Secretário Municipal de Saúde, atendendo informações da presença de inconsistências que inviabilizariam a contratação do objeto do Credenciamento, fato que, em persistindo, incorreria em danos a Administração Pública local e a própria empresa Credenciada. Esta situação, após regular provocação, foi procedida uma análise técnica administrativa mais acurada com a finalidade de proceder os devidos ajustes e apresentando quantitativos e espécies de exames que mais atendem as atuais necessidades desta Secretaria, garantindo eficiência operacional e equilíbrio contratual

Dessa forma, solicitamos a gentileza de proceder com as seguintes adequações:

ITEM	SERVIÇO	QTD	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	144	R\$ 8,55	R\$ 1.231,20
2	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (2 DOSAGENS)	500	R\$ 9,68	R\$ 4.840,00
3	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA CLÁSSICA (5 DOSAGENS)	600	R\$ 30,78	R\$ 18.468,00
4	DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO	12.000	R\$ 6,68	R\$ 80.160,00
5	DOSAGEM DE ALDOLASE	20	R\$ 14,06	R\$ 281,20
6	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEÍNA ÁCIDA	38	R\$ 16,13	R\$ 612,94
7	DOSAGEM DE AMILASE	480	R\$ 10,36	R\$ 4.972,80
8	DOSAGEM DE AMONÍAC	180	R\$ 16,83	R\$ 3.029,40
9	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES	1.500	R\$ 9,64	R\$ 14.460,00
10	DOSAGEM DE CÁLCIO	3.500	R\$ 6,68	R\$ 23.380,00
11	DOSAGEM DE CÁLCIO IONIZÁVEL	480	R\$ 10,22	R\$ 4.905,60
12	DOSAGEM DE CLORETO	100	R\$ 9,01	R\$ 901,00
13	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	25.000	R\$ 10,95	R\$ 273.750,00
14	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	25.000	R\$ 7,91	R\$ 197.750,00
15	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	32.000	R\$ 9,01	R\$ 288.320,00
16	DOSAGEM DE CREATININA	26.000	R\$ 8,51	R\$ 221.260,00
17	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	900	R\$ 12,22	R\$ 10.998,00
18	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	85	R\$ 15,37	R\$ 1.306,45
19	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA	450	R\$ 9,61	R\$ 4.324,50
20	DOSAGEM DE FERRITINA	7.000	R\$ 18,86	R\$ 132.020,00
21	DOSAGEM DE FERRO SÉRICO	4.000	R\$ 9,80	R\$ 39.200,00
22	DOSAGEM DE FOLATO	1.000	R\$ 19,73	R\$ 19.730,00
23	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA TOTAL	12	R\$ 12,00	R\$ 144,00
24	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	3.000	R\$ 7,23	R\$ 21.690,00
25	DOSAGEM DE FOSFORO	800	R\$ 7,01	R\$ 5.608,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTARÉM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ: n.º 17.556.659/0001-21

AV MENDONÇA FURTADO, 2440 – BAIRRO: ALDEIA- CEP: 68040-050 – FONE: 2101-0100

26	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	2.040	R\$ 8,31	R\$ 16.952,40
27	DOSAGEM DE GLICOSE	35.000	R\$ 6,35	R\$ 222.250,00
28	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	12	R\$ 18,87	R\$ 226,44
29	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	22.000	R\$ 15,39	R\$ 338.580,00
30	DOSAGEM DE LIPASE	235	R\$ 11,19	R\$ 2.629,65
31	DOSAGEM DE MAGNESIO	645	R\$ 7,31	R\$ 4.714,95
32	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	20	R\$ 13,00	R\$ 260,00
33	DOSAGEM DE POTASSIO	7.000	R\$ 7,35	R\$ 51.450,00
34	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	60	R\$ 5,70	R\$ 342,00
35	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	500	R\$ 10,99	R\$ 5.495,00
36	DOSAGEM DE SODIO	5.500	R\$ 9,26	R\$ 50.930,00
37	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO- OXALACETICA(TGO)	20.000	R\$ 7,07	R\$ 141.400,00
38	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	2.000	R\$ 7,07	R\$ 14.140,00
39	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	400	R\$ 15,71	R\$ 6.284,00
40	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	30.000	R\$ 8,31	R\$ 249.300,00
41	DOSAGEM DE UREIA	22.000	R\$ 6,35	R\$ 139.700,00
42	DOSAGEM DE VITAMINA B12	8.300	R\$ 20,74	R\$ 172.142,00
43	ELETRÓFORESE DE LIPOPROTEINAS	250	R\$ 33,30	R\$ 8.325,00
44	ELETRÓFORESE DE PROTEINAS	275	R\$ 16,32	R\$ 4.488,00
45	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE	24	R\$ 56,39	R\$ 1.353,36
46	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES	30	R\$ 36,25	R\$ 1.087,50
47	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	11.000	R\$ 31,60	R\$ 347.600,00
48	CONTAGEM DE PLAQUETAS	1.200	R\$ 9,18	R\$ 11.016,00
49	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	102	R\$ 9,86	R\$ 1.005,72
50	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	1.800	R\$ 6,36	R\$ 11.448,00
51	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO –DUKE	1.800	R\$ 4,86	R\$ 8.748,00
52	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	362	R\$ 7,57	R\$ 2.740,34
53	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA	12	R\$ 9,85	R\$ 118,20
54	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	1.450	R\$ 11,33	R\$ 16.428,50
55	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	1.500	R\$ 10,57	R\$ 15.855,00
56	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSIDIMENTAÇÃO (VHS)	3.840	R\$ 6,61	R\$ 25.382,40
57	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	24	R\$ 28,18	R\$ 676,32
58	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	50	R\$ 6,60	R\$ 330,00
59	ELETRÓFORESE DE HEMOGLOBINA	1.000	R\$ 19,35	R\$ 19.350,00
60	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	24	R\$ 9,84	R\$ 236,16
61	HEMATOCRITO	24	R\$ 7,20	R\$ 172,80
62	HEMOGRAMA COMPLETO	50.000	R\$ 11,75	R\$ 587.500,00
63	LEUCOGRAMA	12	R\$ 9,84	R\$ 118,08
64	PESQUISA DE CELULAS LE	12	R\$ 23,14	R\$ 277,68
65	PROVA DE RETRAÇÃO DO COAGULO	700	R\$ 6,90	R\$ 4.830,00
66	PROVA DO LACO	1.000	R\$ 5,15	R\$ 5.150,00
67	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	64	R\$ 16,29	R\$ 1.042,56
68	DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO (CH50)	100	R\$ 18,78	R\$ 1.878,00
69	DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE	24	R\$ 11,80	R\$ 283,20
70	DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	12	R\$ 17,79	R\$ 213,48
71	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	100	R\$ 20,68	R\$ 2.068,00
72	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	7.000	R\$ 19,80	R\$ 138.600,00
73	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	200	R\$ 18,69	R\$ 3.738,00
74	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	150	R\$ 18,69	R\$ 2.803,50
75	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	300	R\$ 17,78	R\$ 5.334,00
76	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	6.236	R\$ 11,35	R\$ 70.778,60
77	IMUNOELETRÓFORESE DE PROTEINAS	24	R\$ 67,22	R\$ 1.613,28



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTARÉM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ: n.º 17.556.659/0001-21

AV MENDONÇA FURTADO, 2440 – BAIRRO: ALDEIA- CEP: 68040-050 – FONE: 2101-0100

78	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	45	R\$ 25,32	R\$ 1.139,40
79	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	45	R\$ 24,44	R\$ 1.099,80
80	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	160	R\$ 21,10	R\$ 3.376,00
81	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	6.000	R\$ 20,00	R\$ 120.000,00
82	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	1.500	R\$ 29,18	R\$ 43.770,00
83	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	10	R\$ 23,50	R\$ 235,00
84	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	80	R\$ 20,00	R\$ 1.600,00
85	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	100	R\$ 20,85	R\$ 2.085,00
86	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	80	R\$ 20,85	R\$ 1.668,00
87	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	12	R\$ 18,21	R\$ 218,52
88	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	1.500	R\$ 11,35	R\$ 17.025,00
89	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	12	R\$ 43,42	R\$ 521,04
90	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	385	R\$ 24,72	R\$ 9.517,20
91	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	2.000	R\$ 20,88	R\$ 41.760,00
92	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	60	R\$ 25,54	R\$ 1.532,40
93	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	2.640	R\$ 21,70	R\$ 57.288,00
94	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	2.640	R\$ 25,94	R\$ 68.481,60
95	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	7.000	R\$ 27,88	R\$ 195.160,00
96	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	6.000	R\$ 20,97	R\$ 125.820,00
97	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	6.000	R\$ 24,67	R\$ 148.020,00
98	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	112	R\$ 19,09	R\$ 2.138,08
99	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)	1.000	R\$ 22,85	R\$ 22.850,00
100	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	60	R\$ 149,09	R\$ 8.945,40
101	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	500	R\$ 25,15	R\$ 12.575,00
102	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	4.000	R\$ 19,50	R\$ 78.000,00
103	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	25	R\$ 37,31	R\$ 932,75
104	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	50	R\$ 25,16	R\$ 1.258,00
105	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	400	R\$ 22,30	R\$ 8.920,00
106	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	6.000	R\$ 27,24	R\$ 163.440,00
107	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	6.000	R\$ 25,07	R\$ 150.420,00
108	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	112	R\$ 27,53	R\$ 3.083,36
109	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	1.000	R\$ 27,24	R\$ 27.240,00
110	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	38	R\$ 262,47	R\$ 9.973,86
111	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	500	R\$ 22,85	R\$ 11.425,00
112	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	4.000	R\$ 22,38	R\$ 89.520,00
113	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	50	R\$ 24,05	R\$ 1.202,50
114	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	400	R\$ 24,72	R\$ 9.888,00
115	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	90	R\$ 27,96	R\$ 2.516,40
116	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	7.000	R\$ 23,14	R\$ 161.980,00
117	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	1.000	R\$ 22,70	R\$ 22.700,00
118	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	600	R\$ 14,12	R\$ 8.472,00
119	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-	200	R\$ 20,79	R\$ 4.158,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTARÉM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ: n.º 17.556.659/0001-21

AV MENDONÇA FURTADO, 2440 – BAIRRO: ALDEIA- CEP: 68040-050 – FONE: 2101-0100

120	TESTE DE VDRL P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	2.000	R\$ 14,78	R\$ 29.560,00
121	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	1.500	R\$ 17,28	R\$ 25.920,00
122	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	1.500	R\$ 17,79	R\$ 26.685,00
123	VDRL P/ DETECAAO DE SIFILIS EM GESTANTE	6.000	R\$ 12,90	R\$ 77.400,00
124	DOSAGEM DE TROPONINA	50	R\$ 21,05	R\$ 1.052,50
125	PESQUISA DE GORDURA FECAL	24	R\$ 13,29	R\$ 318,96
126	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)	48	R\$ 45,16	R\$ 2.167,68
127	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	22.800	R\$ 10,46	R\$ 238.488,00
128	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	38	R\$ 23,46	R\$ 891,48
129	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	3.000	R\$ 12,09	R\$ 36.270,00
130	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	24	R\$ 12,71	R\$ 305,04
131	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	30.000	R\$ 10,72	R\$ 321.600,00
132	CLEARANCE DE CREATININA	500	R\$ 10,27	R\$ 5.135,00
133	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	2.000	R\$ 19,37	R\$ 38.740,00
134	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	1.000	R\$ 12,26	R\$ 12.260,00
135	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE (T4L)	2.500	R\$ 20,70	R\$ 51.750,00
136	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	200	R\$ 23,94	R\$ 4.788,00
137	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	24	R\$ 27,03	R\$ 648,72
138	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	24	R\$ 23,17	R\$ 556,08
139	DOSAGEM DE CORTISOL	750	R\$ 18,58	R\$ 13.935,00
140	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	180	R\$ 15,81	R\$ 2.845,80
141	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	65	R\$ 27,23	R\$ 1.769,95
142	DOSAGEM DE ESTRADIOL	1.000	R\$ 20,05	R\$ 20.050,00
143	DOSAGEM DE ESTRIOL	600	R\$ 20,51	R\$ 12.306,00
144	DOSAGEM DE ESTRONA	700	R\$ 20,37	R\$ 14.259,00
145	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	3.000	R\$ 17,61	R\$ 52.830,00
146	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	100	R\$ 21,13	R\$ 2.113,00
147	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	2.500	R\$ 16,68	R\$ 41.700,00
148	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	2.000	R\$ 14,60	R\$ 29.200,00
149	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	13.000	R\$ 18,32	R\$ 238.160,00
150	DOSAGEM DE INSULINA	1.250	R\$ 19,39	R\$ 24.237,50
151	DOSAGEM DE PARATORMONIO	400	R\$ 33,04	R\$ 13.216,00
152	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	98	R\$ 22,61	R\$ 2.215,78
153	DOSAGEM DE PROGESTERONA	1.500	R\$ 20,07	R\$ 30.105,00
154	DOSAGEM DE PROLACTINA	1.200	R\$ 19,38	R\$ 23.256,00
155	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	100	R\$ 30,29	R\$ 3.029,00
156	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	900	R\$ 20,81	R\$ 18.729,00
157	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	600	R\$ 21,70	R\$ 13.020,00
158	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	40	R\$ 23,78	R\$ 951,20
159	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	2.800	R\$ 17,25	R\$ 48.300,00
160	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	10.000	R\$ 19,20	R\$ 192.000,00
161	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	3.500	R\$ 18,23	R\$ 63.805,00
162	DOSAGEM DE ALUMINIO	145	R\$ 36,08	R\$ 5.231,60
163	DOSAGEM DE CHUMBO	100	R\$ 25,26	R\$ 2.526,00
164	DOSAGEM DE LITIO	110	R\$ 17,29	R\$ 1.901,90
165	DOSAGEM DE ZINCO	600	R\$ 28,00	R\$ 16.800,00
166	ANTIBIOGRAMA	9.000	R\$ 23,99	R\$ 215.910,00
167	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	200	R\$ 50,50	R\$ 10.100,00
168	BACIOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	100	R\$ 11,26	R\$ 1.126,00
169	BACIOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	60	R\$ 17,71	R\$ 1.062,60
170	BACIOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	200	R\$ 11,26	R\$ 2.252,00
171	BACTEROSCOPIA (GRAM)	750	R\$ 15,51	R\$ 11.632,50
172	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	12.000	R\$ 24,89	R\$ 298.680,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTARÉM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ: n.º 17.556.659/0001-21

AV MENDONÇA FURTADO, 2440 – BAIRRO: ALDEIA- CEP: 68040-050 – FONE: 2101-0100

173	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	2.400	R\$ 48,55	R\$ 116.520,00
174	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	100	R\$ 44,59	R\$ 4.459,00
175	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	12.000	R\$ 15,54	R\$ 186.480,00
176	HEMOCULTURA	40	R\$ 50,58	R\$ 2.023,20
177	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	3.000	R\$ 22,33	R\$ 66.990,00
178	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	4.000	R\$ 18,99	R\$ 75.960,00
179	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	4.000	R\$ 10,76	R\$ 43.040,00
180	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	3.000	R\$ 20,14	R\$ 60.420,00
181	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMOIDIOS	24	R\$ 85,13	R\$ 2.043,12
182	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	25	R\$ 32,97	R\$ 824,25
183	DOSAGEM DE ANTIGENO CA 125	80	R\$ 21,11	R\$ 1.688,80
184	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	10	R\$ 10,69	R\$ 106,90
185	DOSAGEM DE CALCITONINA	10	R\$ 21,46	R\$ 214,60
186	DOSAGEM DE MERCURIO	90	R\$ 27,41	R\$ 2.466,90
187	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	30	R\$ 32,10	R\$ 963,00
188	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUIÇÃO	700	R\$ 68,40	R\$ 47.880,00
189	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	100	R\$ 49,26	R\$ 4.926,00
190	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA/TSH APÓS TRH	50	R\$ 140,16	R\$ 7.008,00
191	TESTE DE AVIDEZ	1.000	R\$ 91,93	R\$ 91.930,00
192	DOSAGEM DE LACTATO	2.000	R\$ 20,09	R\$ 40.180,00
193	TESTE DE CLORETO NO SUOR	24	R\$ 250,92	R\$ 6.022,08
				R\$ 8.800.622,66

Ressaltamos que afóra a presente solicitação, com as adequações que se faziam necessárias, todas as demais condições editalíssimas serão observadas, e, sem desmerecer o princípio da supremacia do interesse público que milita em favor de este órgão público, cremos que o ora proposto é condição para manter a boa fé inerente aos contratos e equilíbrio econômico financeiro entre as partes.

Neste sentido, solicitamos o especial obsequio por parte de V. Sas., no sentido de proceder manifestação quanto a aceitabilidade das condições aqui apresentadas, para fins de procedermos os atos administrativos necessários, a fim de concretizarmos a execução dos serviços pautados na nova realidade aqui informada.

Para fins de esclarecimentos adicionais, em especial, à míngua de orçamento no presente orçamento, que dê suporte a despesa na forma anteriormente apresentada além de outros motivos, estamos encaminhando a cópia do despacho do ordenador de Despesas, para a devida ciência.

Desta forma, tem a presente o propósito de obter, MANIFESTAÇÃO por parte dessa conceituada empresa, no prazo improrrogável de 3 (três) dias úteis, a contar do recebimento desta, sobre vossa aceitação das condições ora apresentadas.

Por ser apenas o que temos para o momento, subscrevemo-nos.

Everaldo Martins Filho de Deus
Secretário Municipal de Saúde de Santarém
Decreto nº 10/2025