



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (44) 3664-1320.

PROCESSO ADMINISTRATIVO - PMAP Nº 009/2026

CHAMAMENTO PÚBLICO - PMAP Nº 002/2026

CREDENCIAMENTO PÚBLICO DE PESSOAS JURÍDICAS, LEGALMENTE CONSTITUÍDAS E HABILITADAS NA ÁREA DA SAÚDE, PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE COLETA E REALIZAÇÃO DE ANÁLISES CLÍNICAS LABORATORIAIS, EM REGIME DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL, DESTINADOS AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS, ATENDIDOS PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALTO PARAÍSO/PR, CONFORME CONDIÇÕES, QUANTIDADES ESTIMADAS, ROTINAS, CRITÉRIOS TÉCNICOS E VALORES ESTABELECIDOS NO EDITAL E EM SEUS ANEXOS.

1 – PREÂMBULO:

- 1.1 – A Prefeitura Municipal de Alto Paraíso – Paraná, através da Comissão de Contratação, designada por ato do Chefe do Poder Executivo Municipal, portaria nº 046/2024, conformidade com a Lei Estadual 15.608, Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 14.133/2021, e demais legislações aplicáveis torna pública a realização do CREDENCIAMENTO PÚBLICO DE PESSOAS JURÍDICAS, LEGALMENTE CONSTITUÍDAS E HABILITADAS NA ÁREA DA SAÚDE, PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE COLETA E REALIZAÇÃO DE ANÁLISES CLÍNICAS LABORATORIAIS, EM REGIME DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL, DESTINADOS AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS, ATENDIDOS PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALTO PARAÍSO/PR, CONFORME CONDIÇÕES, QUANTIDADES ESTIMADAS, ROTINAS, CRITÉRIOS TÉCNICOS E VALORES ESTABELECIDOS NO EDITAL E EM SEUS ANEXOS.
- 1.2 O presente procedimento é realizado por inexigibilidade de licitação, nos termos do art. 74, inciso IV, c/c art. 79, inciso II, da Lei nº 14.133/2021.
- 1.3 - Os interessados poderão inscrever-se para o Credenciamento, a partir do dia 23/02/2026 das 08:00h as 11:30 hrs e das 13:00 as 17:00 hrs; até as 08:30 do dia 23/02/2027 diretamente na Prefeitura Municipal, junto ao setor de Licitação, na Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone (44) 3664-1320 na Cidade de Alto Paraíso - PR., os quais deverão providenciar a entrega dos envelopes na sala de licitações deste município na presença do Agente de Contratação e equipe de apoio, nos termos estabelecidos no presente Instrumento de Chamamento Público, o presente Edital estará disponível no site www.altoparaiso.pr.gov.br ou poderá ser solicitado no e-mail: licitacaoaltoparaiso@yahoo.com.br.

2 – OBJETO:

2.1 – O presente Chamamento Público tem por objeto o, credenciamento público de Pessoa Jurídica, na área da saúde, para prestação de serviços de Coleta e Análises Clínicas Laboratoriais, sendo atendimento ambulatorial, existentes na Secretaria Municipal de Saúde, nos termos das condições estabelecidos a seguir:

3 – CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO:

3.1 – Poderão participar do Credenciamento Pessoas Jurídicas que gozem de boa reputação profissional, avaliadas como prestadores de serviços de saúde, desde que atendidos aos



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (44) 3664-1320.

requisitos do item 6.1 exigidos neste instrumento de chamamento, bem como atendam as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento satisfatório.

3.2 – Não poderão participar no Credenciamento os interessados que não atenderem ao item 6.1 deste termo.

4 – FORMA DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO:

4.1 – Os interessados poderão inscrever-se para Credenciamento a partir da publicação do presente termo no Órgão Oficial do Município e exposição no átrio do Paço Municipal, no Departamento de Licitação, Avenida Pedro Amaro dos Santos, nº. 900, Centro, Cep: 87.528-000 em Alto Paraíso – PR.

4.2 – Serão consideradas credenciadas as pessoas jurídicas que apresentarem os documentos enumerados no item 6.1 deste termo.

4.3 – Os interessados poderão solicitar a inscrição no Credenciamento à partir da publicação deste, sendo suas inscrições proporcionalmente adequadas ao período remanescente de vigência do Credenciamento.

4.4 – Os interessados para atenderem o chamamento do credenciamento, poderão ter acesso aos modelos, no endereço citado no item 4.1, deste termo.

5 – FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS:

5.1 – Os interessados deverão encaminhar os documentos relacionados no item 6.1 ao Departamento de Licitação, no horário das 08h00min as 16h30min em dias de expediente no Paço Municipal, situado na Avenida Pedro Amaro dos Santos, nº. 900, Centro, Cep: 87.528-000 Alto Paraíso – PR, em envelope fechado com as seguintes indicações:

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. 000/2026 – PMAP.

CREDENCIAMENTO PÚBLICO DE PESSOAS JURÍDICAS, LEGALMENTE CONSTITUÍDAS E HABILITADAS NA ÁREA DA SAÚDE, PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE COLETA E REALIZAÇÃO DE ANÁLISES CLÍNICAS LABORATORIAIS, EM REGIME DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL, DESTINADOS AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS, ATENDIDOS PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALTO PARAÍSO/PR, CONFORME CONDIÇÕES, QUANTIDADES ESTIMADAS, ROTINAS, CRITÉRIOS TÉCNICOS E VALORES ESTABELECIDOS NO EDITAL E EM SEUS ANEXOS.

NOME DA EMPRESA INTERESSADA:

CNPJ:

ENDEREÇO:

TELEFONE PARA CONTATO:

E-MAIL:

6 – DOCUMENTAÇÃO REFERENTE À HABILITAÇÃO:

6.1 – Para o credenciamento de pessoas jurídicas, os mesmos deverá apresentar os seguintes documentos:

- a) – Requerimento para credenciamento, conforme modelo contido no anexo II;
- b) – Declaração de idoneidade, conforme modelo contido no anexo III;
- c) – Tabela de Preços, conforme modelo contido no anexo VI;
- d) – Cópia do CNPJ da empresa;
- e) – Certidão Negativa de Débitos da Fazenda Federal;



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (44) 3664-1320.

- f) – Certidão Negativa Débito Estadual;
- g) – Certidão Negativa de Débitos Municipal da sede da empresa;
- h) – Certidão de Fundo de Garantia por tempo de Serviço (FGTS);
- i) – Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT).
- j) – Certidão Negativa de Falência e Concordata, Recuperação Judicial ou Extra Judicial, expedida pela comarca do domicílio da pessoa jurídica, participante do Processo de Credenciamento. Não constando o prazo de validade, a Comissão de Licitação aceitará apenas a certidão expedida até 90 (Noventa) dias antes da apresentação da documentação. Somente serão aceitas certidões com o mesmo CNPJ da participante no certame.
- k) – Certidão negativa correcional (CGU-PJ, CEIS, CNEP e CEPIM), do CNPJ, podendo ser tirado junto ao site <https://certidoes.cgu.gov.br/> ;
- l) – Apresentar, no mínimo 01 (um) Atestado de Capacidade Técnica, fornecido por pessoa jurídica de direito público, em nome e favor da empresa que deseja credenciar, comprobatório da execução de serviço pertinente e compatível com os serviços que se deseja credenciar, sendo utilizado como parâmetro para aferir à compatibilidade a prestação de serviços, devendo ser expressamente evidenciada a boa qualidade dos serviços prestados e período da prestação dos serviços;
- m) – Cópias do Contrato Social e suas alteração (ões);
- n) – Cópias da CI/RG e CPF/MF do(s) sócio(s) gerente(s);
- o) – Documentos dos prestadores de serviço:
 - > Cópia do RG, CPF ou CNH;
 - > Cópia da Carteira do Conselho de Classe;
 - > Diploma ou Declaração de Conclusão do Curso;
 - > Diploma ou Declaração de Conclusão de Especialidades;
 - > Declaração de Débitos junto ao Conselho de Classe de Pessoa Física do Prestador de Serviço;
- p) Comprovante do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), atualizado;

6.2 - Os documentos necessários à habilitação deverão ser apresentados em original, por qualquer processo de cópia autenticada por cartório competente ou por servidor da Administração ou publicação em órgão da imprensa oficial.

7 – PROCEDIMENTO DO CADASTRO:

7.1 – O cadastramento será amplamente divulgado através de publicação no Átrio do Paço Municipal, bem como por meio de expedição de convites aos profissionais da área médica, que gozem de boa reputação profissional.

7.2 – Os inscritos serão cadastrados segundo a avaliação técnica pelos elementos constantes da documentação relacionadas no item 6.1 do presente instrumento.

7.3 – Para renovação do Credenciamento, o responsável pela Unidade contratante deverá proceder, no mínimo anualmente, através da imprensa oficial e de jornal diário ao chamamento público para a atualização dos registros existentes e para o ingresso de novos interessados.

8 – CRITÉRIO DE CADASTRAMENTO:

8.1 – Todos os interessados que atenderem às condições estabelecidas neste edital serão credenciados, podendo ser contratados conforme a demanda da Secretaria Municipal de Saúde, observada a escolha do usuário e a disponibilidade orçamentária.



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (44) 3664-1320.

8.2 – Os dados informados na Solicitação de Credenciamento são de responsabilidade dos interessados, que deverão comprová-los através da apresentação da documentação exigida no Item 6.1 deste Edital.

8.3 – Não será admitida a participação de interessados que, por quaisquer motivos, tenham sido declarados inidôneos pela Administração Pública Direta ou Indireta, nas esferas Federal, Estadual ou Municipal, ou punidos com suspensão pela Prefeitura Municipal de Alto Paraíso.

8.4 – Os documentos exigidos deverão apresentados em forma de cópias autenticadas por cartório competente, ou cópias simples, desde que acompanhadas dos respectivos originais para autenticação por membro da Equipe de Apoio, à exceção dos documentos gerados automaticamente pelos Sistemas Previdenciário/Fiscal e Outros.

8.5 – Os documentos emitidos e/ou extraídos via internet poderão ser novamente impressos e/ou consultados pela Equipe de Apoio para efeito de comprovação de sua autenticidade.

8.6 – Com exceção os documentos que, por sua natureza, não possuem prazo de validade, os demais documentos deverão sejam apresentados dentro da validade neles expressa ou com data de expedição não superior a 03 (três) meses da data da entrega da Solicitação de Credenciamento.

8.7 – Não serão aceitos documentos entregues fora do local, dias e horários estabelecidos neste Edital.

8.8 – Não serão aceitos protocolos de entrega ou solicitação de documentos em substituição aos documentos requeridos no presente Edital e Anexos, com exceção dos casos expressamente previstos.

9 – DO VALOR E PRAZO DE EXECUÇÃO:

9.1 – As remunerações pela prestação dos serviços serão regidas pela Planilha de Custos, Tabela de Procedimentos. **ANEXO - VI**

9.2 – O valor disponível para realização dos serviços a serem contratados ao CREDENCIAMENTO PÚBLICO DE PESSOA JURÍDICA, NA ÁREA DA SAÚDE, PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE COLETA E ANÁLISES CLÍNICAS LABORATORIAS, SENDO ATENDIMENTO AMBULATORIAL, EXISTENTES NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, será de **até R\$ 350.000,00 (Trezentos Cinquenta Mil Reais)**.

9.3 – O prazo de execução será do dia **23 de fevereiro de 2026 ao dia 24 de fevereiro DE 2027**, sendo que eventuais credenciamentos efetivados a partir da data limite serão efetivados e pagos em proporcionalidade.

9.4 – É vedada a cobrança de sobretaxas pelos credenciados, sendo motivo de descredenciamento, permitindo novos credenciamentos a qualquer momento.

9.5 – O pagamento pelos serviços, ora Credenciados, será individualizado pela natureza da prestação, complexidade e especialidade das áreas médicas.

9.6 – Os serviços serão prestados em conformidade com o Art. 79; Inciso II da Lei 14.133/2021, **“COM SELEÇÃO A CRITÉRIO DE TERCEIROS: CASO EM QUE A SELEÇÃO DO CONTRATADO ESTÁ A CARGO DO BENEFICIÁRIO DIRETO DA PRESTAÇÃO”**.

9.7 - No caso de convocação geral de todos os credenciados para execução do serviço, será excluído, tão-só o credenciado em situação irregular, podendo ser-lhe aplicada, de acordo com a situação, uma das penalidades previstas nas legislações previstas no Preambulo deste edital.

9.8 – Pagamento em até 30 dias, conforme art. 141 da Lei 14.133/2021.

9.9 – A fatura de produção mensal deverá ser encaminhada ao Secretaria Municipal de Saúde, até o 2º (segundo) dia útil do mês subsequente à prestação do serviço, constando os procedimentos realizados com seus respectivos valores



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (44) 3664-1320.

9.10 – O pagamento será realizado através de banco oficial, emitido após avaliação dos procedimentos de saúde, prevista pelo itens 9.7.

9.11 - A empresa deverá emitir a Nota Fiscal, com apresentação das certidões de INSS e FGTS, a ser entregue ao Departamento Municipal de Saúde, onde o pagamento será realizado por meio de transferência bancária pelo Departamento de Finanças/Tesouraria, após autorização do referido Departamento;

10 – DO PRAZO E VIGÊNCIA:

10.1 – Prazo de vigência da Contratação será de 12 meses, podendo ser prorrogado por igual período conforme a necessidade do Departamento Municipal de Saúde. O prazo de execução e vigência do presente Credenciamento, nos termos do Chamamento Público nº. 000/2026 - PMAP e Lei Federal nº. 8080/90, e Lei 14.133/2021, será do dia **23 de fevereiro de 2026 ao dia 24 de fevereiro DE 2027,**

10.2 - Os eventuais credenciamentos efetivados a partir da data inaugural serão efetivados e pagos em proporcionalidade ou período remanescente.

11 – DA RESCISÃO DO CREDENCIAMENTO:

11.1 – O Termo de Credenciamento poderá ser rescindido unilateralmente pelo Prefeito Municipal, a qualquer momento, atendendo a oportunidade e conveniência administrativa, não recebendo a contratada qualquer valor a título de indenização pela unilateral rescisão, exceto aos serviços já prestados no ato da rescisão.

11.2 – O credenciado poderá solicitar a rescisão do contrato, desde que proceda a notificação formal a Secretaria Municipal de Saúde, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, devendo cumprir toda agenda já programada, e só então o contrato será rescindido.

12 – CRITÉRIO DE REAJUSTE:

12.1 – Os valores dos procedimentos indicados não sofrerão reajustes pelo período de vigência da Tabela de Valores dos Procedimentos e Serviços (anexo VI). Eventual correção após este período será revista com base nos índices oficiais, determinada pelo Ministério da Saúde.

13 – SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E INADIMPLEMENTO DOS SERVIÇOS:

13.1 – Pela inexecução total ou parcial na prestação dos serviços, a Prefeitura Municipal de Alto Paraíso – PR, poderá garantir a prévia defesa, aplicar aos cadastrados as sanções previstas na Lei 14.133/2021.

13.2 – Para apuração de eventuais casos de inadimplemento dos serviços, o Departamento Municipal de Saúde manterá disponível ao usuário do SUS serviço de Ouvidoria nas unidades de saúde do município.

14 – CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:

14.1 – O pagamento ao CREDENCIADO será efetuado mensalmente, até o 15º (décimo quinto) dia útil, após a entrega da fatura de produção mensal ao CREDENCIANTE.

14.2 – O respectivo Contrato Administrativo disporá sobre as condições e horário do atendimento dos serviços médicos a serem prestados, respeitadas as condições de execução dos serviços de referência e contra-referência das Unidades de Saúde conveniadas.

14.3 – O pagamento será realizado através de banco oficial, facultando-se ao profissional a indicação de outro banco, desde que assuma os encargos com a respectiva ordem de pagamento ou através de transferência eletrônica realizada pelo Departamento Municipal de Fazenda.



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (44) 3664-1320.

14.4 – Os pagamentos pela execução dos serviços correrão por conta dos recursos das seguintes dotações orçamentária:

Desp.	Elemento	Descricao	Funcional	Unidade
5369	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02..10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
5370	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02..10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
5371	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02..10.302.0014.2.044	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
5372	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02..10.302.0014.2.044	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
5373	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02..10.302.0014.2.044	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
5374	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02..10.304.0014.2.045	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

15 – RECURSOS ADMINISTRATIVOS:

15.1 – Aos credenciados é assegurado o direito de interposição de Recurso, nos termos art. 164 e 165 da Lei nº. 14.133/2021, o qual será recebido e processado nos termos ali estabelecidos.

15.2 – A eventual impugnação ao presente Chamamento deve ser apresentada pelo interessado, considerando a natureza suplementar dos serviços de saúde, em razão de sua vinculação conforme Lei 14.133/2021.

16 – LEI ANTICORRUPÇÃO –

Ficam, todos os participantes deste certame, cientes do teor da Lei nº 12.846/2013 de 01/08/2013, em seu CAPÍTULO II, conforme Decreto nº 8.420/2015 a saber: [...]

“Art. 5º Constituem atos lesivos à administração pública, nacional ou estrangeira, para os fins desta Lei, todos aqueles praticados pelas pessoas jurídicas mencionadas no parágrafo único do art. 1º, que atentem contra o patrimônio público nacional ou estrangeiro, contra princípios da administração pública ou contra os compromissos internacionais assumidos pelo Brasil, assim definidos:

I - prometer, oferecer ou dar, direta ou indiretamente, vantagem indevida O Agente público, ou a terceira pessoa a ele relacionada;

II - comprovadamente, financiar, custear, patrocinar ou de qualquer modo subvencionar a prática dos atos ilícitos previstos nesta Lei;

III - comprovadamente, utilizar-se de interposta pessoa física ou jurídica para ocultar ou dissimular seus reais interesses ou a identidade dos beneficiários dos atos praticados;

IV - no tocante a licitações e contratos:

a) frustrar ou fraudar, mediante ajuste, combinação ou qualquer outro expediente, o caráter competitivo de procedimento licitatório público;

b) impedir, perturbar ou fraudar a realização de qualquer ato de procedimento licitatório público;

c) afastar ou procurar afastar licitante, por meio de fraude ou oferecimento de vantagem de qualquer tipo;

d) fraudar licitação pública ou contrato dela decorrente;

e) criar, de modo fraudulento ou irregular, pessoa jurídica para participar de licitação pública ou celebrar contrato administrativo;



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (44) 3664-1320.

f) obter vantagem ou benefício indevido, de modo fraudulento, de modificações ou prorrogações de contratos celebrados com a administração pública, sem autorização em lei, no ato convocatório da licitação pública ou nos respectivos instrumentos contratuais; ou

g) manipular ou fraudar o equilíbrio econômico-financeiro dos contratos celebrados com a administração pública; V - dificultar atividade de investigação ou fiscalização de órgãos, entidades ou agentes públicos, ou intervir em sua atuação, inclusive no âmbito das agências reguladoras e dos órgãos de fiscalização do sistema financeiro nacional.

§ 1o Considera-se administração pública estrangeira os órgãos e entidades estatais ou representações diplomáticas de país estrangeiro, de qualquer nível ou esfera de governo, bem como as pessoas jurídicas controladas, direta ou indiretamente, pelo poder público de país estrangeiro.

§ 2o Para os efeitos desta Lei, equiparam-se à administração pública estrangeira as organizações públicas internacionais.

§ 3o Considera-se agente público estrangeiro, para os fins desta Lei, quem, ainda que transitoriamente ou sem remuneração, exerça cargo, emprego ou função pública em órgãos, entidades estatais ou em representações diplomáticas de país estrangeiro, assim como em pessoas jurídicas controladas, direta ou indiretamente, pelo poder público de país estrangeiro ou em organizações públicas internacionais.”

17 - DISPOSIÇÕES GERAIS:

17.1 – Esclarecimentos relativos ao presente Termo e às condições para atendimento das obrigações necessárias ao cumprimento de seu objeto, somente serão prestados quando solicitados por escrito, ao Departamento de Licitações da Prefeitura Municipal, no horário das 08h00min às 17h00min em dias de expediente.

17.2 – O credenciamento poderá ser, a qualquer tempo, alterado, suspenso ou cancelado, se o credenciado deixar de satisfazer as exigências deste Edital/contrato.

17.3 - Ao Município reserva-se o direito de, justificadamente, anular ou revogar o presente edital, sem que caibam reclamações ou indenizações.

17.4 - Fica eleito o foro da cidade de Xambrê - Paraná, como competente para dirimir todas as questões decorrentes do credenciamento.

18 – ANEXOS:

18.1 – Os anexos abaixo relacionados, integrantes do presente Termo, poderão ser obtidos junto à Diretoria de Licitações da PMAP, em endereço indicado no item 4.1:

Anexo I – Termo de Referência;

Anexo II - Modelo de requerimento para credenciamento;

Anexo III – Declaração de idoneidade;

Anexo IV – Minuta da Ordem de Serviço Mensal;

Anexo V – Minuta do Contrato de Prestação de Serviços;

Anexo VI – Tabela de Valores.

Alto Paraíso PR, 19 de Fevereiro de 2026.

**Prefeito Municipal
LUIZ ELISEU DOS SANTOS**



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (44) 3664-1320.

ANEXO I

(em papel timbrado/personalizado do prestador)

TERMO DE REFERÊNCIA

Edital De Chamamento Público 002/2026

Processo Administrativo 009/2026

1. ESPECIFICAÇÃO DO OBJETO

1.1. CREDENCIAMENTO PÚBLICO DE PESSOAS JURÍDICAS, LEGALMENTE CONSTITUÍDAS E HABILITADAS NA ÁREA DA SAÚDE, PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE COLETA E REALIZAÇÃO DE ANÁLISES CLÍNICAS LABORATORIAIS, EM REGIME DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL, DESTINADOS AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS, ATENDIDOS PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALTO PARAÍSO/PR, CONFORME CONDIÇÕES, QUANTIDADES ESTIMADAS, ROTINAS, CRITÉRIOS TÉCNICOS E VALORES ESTABELECIDOS NO EDITAL E EM SEUS ANEXOS.

2. JUSTIFICATIVA:

A solicitação de credenciamento dos laboratórios de análises clínicas visa garantir a prestação de serviços de coleta e análise de exames laboratoriais com qualidade, eficiência e segurança, atendendo às necessidades da população de maneira eficaz e dentro das normas técnicas e legais vigentes. A seguir, apresentamos a justificativa para o referido credenciamento:

a) Garantia de Qualidade e Confiabilidade: A parceria com laboratórios devidamente CREDENCIADOS assegura que todos os exames laboratoriais realizados sejam executados de acordo com os mais altos padrões de qualidade técnica e científica. Os laboratórios CREDENCIADOS devem atender a requisitos estabelecidos pelos órgãos reguladores e de saúde, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (SBPC/ML), garantindo a confiabilidade e precisão dos resultados dos exames.

b) Acesso a Serviços de Saúde de Alta Qualidade: O credenciamento possibilita a ampliação do acesso da população aos exames laboratoriais, fundamentais para o diagnóstico e acompanhamento de condições de saúde. Garantir a disponibilidade de serviços de coleta e análise de exames em tempo hábil é essencial para a efetividade do processo de tratamento de doenças e prevenção.

c) Conformidade com a Legislação Sanitária: O credenciamento dos laboratórios de análises clínicas assegura que estes cumpram com as exigências legais e regulamentares, incluindo a implementação de práticas de biossegurança, manuseio correto de materiais biológicos, controle de qualidade contínuo e utilização de equipamentos calibrados. Isso contribui para a segurança dos pacientes, dos profissionais de saúde e da comunidade em geral.

d) Redução de Riscos de Erros e Ineficiência: Ao contar com laboratórios de análises clínicas CREDENCIADOS, minimiza-se o risco de erros nos resultados dos exames, promovendo diagnósticos mais precisos e tratamentos adequados. O credenciamento garante que o laboratório siga procedimentos técnicos de ponta, com protocolos e auditorias que contribuem para a



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (44) 3664-1320.

precisão e a reprodutibilidade dos testes realizados. e) Atendimento a Normas Éticas e Profissionais: A formalização do credenciamento assegura que os laboratórios e seus profissionais sigam um código de conduta ética, com atendimento especializado, respeito à privacidade do paciente, e comprometimento com a qualidade no atendimento.

f) Melhoria na Eficiência Operacional: O processo de credenciamento permite que o sistema de saúde tenha uma rede organizada de laboratórios, otimizando recursos e ampliando a capacidade de atendimento. Isso também facilita o acompanhamento e o controle da prestação de serviços, contribuindo para um sistema mais eficiente e acessível.

Em virtude de todos os pontos mencionados, o credenciamento dos laboratórios de análises clínicas é uma medida essencial para garantir serviços de saúde mais seguros, eficientes e acessíveis à população, promovendo a integridade do processo de diagnóstico e tratamento médico.

Conclui-se que o credenciamento proporciona um ganho significativo para os pacientes, profissionais de saúde e para o sistema de saúde como um todo, assegurando a execução de exames laboratoriais de alta qualidade e com a conformidade necessária para garantir a saúde pública.

3. EXECUÇÃO DO CONTRATO E SERVIÇOS

3.1. Para a prestação de serviços na execução de Exames Laboratoriais será formalizado Contrato Administrativo, estabelecendo em suas cláusulas todas as condições, obrigações e responsabilidades entre as partes, em conformidade com o Edital, do Termo de Referência, e da Proposta de Preços das empresas consideradas vencedoras.

3.2. As empresas credenciadas deverão prestar os serviços de acordo com as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde de Alto Paraíso/PR.

4. DO CONTRATO ADMINISTRATIVO

4.1. O prazo será de 12 (doze) meses, contado a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado de acordo com a previsão legal.

5. DAS PENALIDADES

5.1 Pela inexecução total ou parcial do contrato, poderão ser aplicadas as sanções previstas no art. 156 da Lei nº 14.133/2021, quais sejam:

I – advertência;

II – multa;

III – impedimento de licitar e contratar;

IV – declaração de inidoneidade para licitar ou contratar.

6. HORÁRIO, LOCAL, FORMA DE FORNECIMENTO E PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

6.1. O regime de fornecimento será da seguinte forma: (art. 18, VII da Lei 14.133/2021):

6.1.1. A execução dos serviços será iniciada a partir da assinatura do contrato;

6.1.2. O CREDENCIADO deverá priorizar a liberação de resultados de exames nos seguintes casos:



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (44) 3664-1320.

- 6.1.2.1. Exames que forem solicitados pelo Hospital Municipal;
- 6.1.2.2. Exames de pacientes em tratamento oncológico;
- 6.1.2.3. Exames de pacientes que irão realizar cirurgia (pré-operatório).
- 6.1.3. Os serviços de coleta de material deverão ser prestados no perímetro do Município de Alto Paraíso – Paraná, e totalmente por conta do credenciado.
- 6.1.4. Os materiais, recursos humanos e equipamentos deverão ser disponibilizados pelo CREDENCIADO;
- 6.1.5. O CREDENCIADO compromete-se a disponibilizar plantão para a realização de exames laboratoriais fora do horário regular de funcionamento, conforme a demanda das partes envolvidas, inclusive sábado, domingos e feriados;
- 6.1.6. Caso a coleta do exame seja realizada fora do laboratório, o transporte da amostra coletada deverá ser realizado pelo CREDENCIADO para seu laboratório;
- 6.1.7. O CREDENCIADO deverá dispor de meio de contato apropriado, em que seja fácil o contato do CREDENCIANTE com o CREDENCIADO para solicitação de exames;
- 6.1.8. O CREDENCIADO assegura que todos os exames realizados durante o plantão serão realizados com a mesma qualidade e padrão de excelência que nos horários regulares de atendimento, garantindo a precisão dos resultados e o cumprimento dos prazos estabelecidos;
- 6.1.9. Os técnicos/trabalhadores do CREDENCIADO deverão se apresentar para a realização dos serviços uniformizados e portando documento de identificação;
- 6.1.10. O CREDENCIADO deverá informar, em tempo hábil, qualquer motivo impeditivo ou que a impossibilite de realizar o serviço conforme o estabelecido;
- 6.1.11. O CREDENCIADO deverá refazer todo e qualquer serviço não aprovado pela CREDENCIANTE, sem qualquer ônus adicional no prazo de 24 (vinte e quatro) horas.
- 6.1.12. O não respeito aos prazos de entrega ensejará em processo administrativo de responsabilidades e aplicações de multas contratuais, além de outras sanções previstas na minuta contratual.
- 6.1.13. Todas as despesas (diretas e indiretas) com a entrega do objeto serão por conta da empresa CREDENCIADA.
- 6.1.14. Havendo a efetiva execução do objeto, os pagamentos serão realizados normalmente, até que se decida pela rescisão do contrato.

7. DAS OBRIGAÇÕES DA CREDENCIADA

- 7.1. Receber o objeto e conferir as especificações técnicas com as constantes neste termo de referência, no instrumento convocatório e na proposta do CREDENCIADO, recusando-o na hipótese de desconformidade com as características pretendidas;
- 7.2. Proporcionar todas as condições para que o CREDENCIADO possa desempenhar seus serviços de acordo com as determinações do Contrato, especialmente do Termo de Referência;
- 7.3. Exercer o acompanhamento e a fiscalização dos serviços, por servidor especialmente designado, anotando em registro próprio as falhas detectadas, indicando dia, mês e ano, bem como o nome dos empregados eventualmente envolvidos, e encaminhando os apontamentos à autoridade competente para as providências cabíveis;
- 7.4. Informar aos pacientes a relação de CREDENCIADOS aptos a prestarem os serviços (exames), ficando a escolha a critério exclusivo dos pacientes, orientando-os a apresentarem-se munidos do pedido médico com a devida requisição;
- 7.5. Expedir as requisições/autorizações para que os interessados/pacientes se encaminhem ao laboratório CREDENCIADO de sua livre e exclusiva escolha.



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (44) 3664-1320.

- 7.6. Prestar as informações e os esclarecimentos solicitados pelo CREDENCIADO, relacionados com o objeto pactuado;
- 7.7. Comunicar, por escrito, ao CREDENCIADO qualquer irregularidade verificada no objeto fornecido;
- 7.8. Comunicar, por escrito, ao CREDENCIADO o não recebimento do objeto, apontando as razões da sua desconformidade com as especificações contidas neste termo de referência, no instrumento convocatório ou na proposta apresentada;
- 7.9. Cumprir todos os compromissos financeiros assumidos com o CREDENCIADO, em condicionamento ao cumprimento dos critérios estabelecidos e os procedimentos burocráticos; Notificar, formal e tempestivamente, ao CREDENCIADO sobre as irregularidades observadas na execução do contrato ou instrumento substitutivo nos termos da Lei 14.133/2021;
- 7.10. Notificar o CREDENCIADO por escrito e com antecedência, sobre multas, penalidades e quaisquer débitos de sua responsabilidade;
- 7.11. Aplicar as sanções administrativas contratuais pertinentes, em caso de inadimplemento;
- 7.15. Rescindir unilateralmente o contrato nos casos previstos no art. 138 da Lei Federal nº 14.133/2021.

8. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

- 8.1. Acompanhar e fiscalizar o cumprimento das obrigações e serviços da Contratada, através de servidor especialmente designado;
- 8.2. Efetuar o pagamento no prazo previsto;
- 8.3. Zelar para que durante toda a vigência do contrato sejam mantidas, em compatibilidade com as obrigações assumidas pela Contratada, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.

9. DO PAGAMENTO

- 9.1. O pagamento será efetuado pela Contratante através de TRANSFERÊNCIA BANCÁRIA à Contratada, mediante apresentação da Nota Fiscal, em parcela única, no prazo de até 30 (trinta) dias, contados da apresentação da Nota Fiscal/Fatura contendo o detalhamento dos itens executados, devidamente atestada pelo Fiscal do Contrato, contendo número do Banco, Agência e Conta-Corrente;
- 9.2. A licitante vencedora deverá apresentar juntamente com o documento de cobrança a comprovação de que cumpriu as seguintes exigências, cumulativamente:
 - 9.2.1. Certidão de regularidade com o FGTS;
 - 9.2.2. Certidão de regularidade com a Fazenda Federal;
 - 9.2.3. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;
 - 9.2.4. Certidão Negativa de Débitos Municipais
 - 9.2.5. Certidão de Regularidade Fiscal junto à Receita Estadual da sede da credenciada.

10. DO FISCAL DO CONTRATO

- 10.1. O fiscal do contrato será um funcionário designado pela CONTRATANTE, para acompanhamento e fiscalização dos serviços mediante atesto na nota fiscal/fatura, sendo esta condição indispensável a que se processe o pagamento.



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (44) 3664-1320.

11. DO DOCUMENTOS EXIGIDOS (ART. 70 DA LEI 14.133/21)

- a) – Requerimento para credenciamento, conforme modelo contido no anexo II;
- b) – Declaração de idoneidade, conforme modelo contido no anexo III;
- c) – Tabela de Preços, conforme modelo contido no anexo VI;
- d) – Cópia do CNPJ da empresa;
- e) – Certidão Negativa de Débitos da Fazenda Federal;
- f) – Certidão Negativa Débito Estadual;
- g) – Certidão Negativa de Débitos Municipal da sede da empresa;
- h) – Certidão de Fundo de Garantia por tempo de Serviço (FGTS);
- i) – Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT).
- j) – Certidão Negativa de Falência e Concordata, Recuperação Judicial ou Extra Judicial, expedida pela comarca do domicílio da pessoa jurídica, participante do Processo de Credenciamento. Não constando o prazo de validade, a Comissão de Licitação aceitará apenas a certidão expedida até 90 (Noventa) dias antes da apresentação da documentação. Somente serão aceitas certidões com o mesmo CNPJ da participante no certame.
- k) – Certidão negativa correcional (CGU-PJ, CEIS, CNEP e CEPIM), do CNPJ, podendo ser tirado junto ao site <https://certidoes.cgu.gov.br/> ;
- l) – Apresentar, no mínimo 01 (um) Atestado de Capacidade Técnica, fornecido por pessoa jurídica de direito público, em nome e favor da empresa que deseja credenciar, comprobatório da execução de serviço pertinente e compatível com os serviços que se deseja credenciar, sendo utilizado como parâmetro para aferir à compatibilidade a prestação de serviços, devendo ser expressamente evidenciada a boa qualidade dos serviços prestados e período da prestação dos serviços;
- m) – Cópias do Contrato Social e suas alteração (ões);
- n) – Cópias da CI/RG e CPF/MF, do(s) sócio(s) gerente(s);
- o) – Documentos dos prestadores de serviço:
 - > Cópia do RG, CPF ou CNH;
 - > Cópia da Carteira do Conselho de Classe;
 - > Diploma ou Declaração de Conclusão do Curso;
 - > Diploma ou Declaração de Conclusão de Especialidades;
 - > Declaração de Débitos junto ao Conselho de Classe de Pessoa Física do Prestador de Serviço;
- q) Comprovante do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), atualizado;

12. DO FISCAL DO CONTRATO

12.1. O fiscal do contrato será um funcionário designado pela CONTRATANTE, para acompanhamento e fiscalização dos serviços mediante atesto na nota fiscal/fatura, sendo esta condição indispensável a que se processe o pagamento.

13. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. Nenhuma indenização será devida aos proponentes pela apresentação de documentos relativos a este Credenciamento;

13.2. Sem prejuízo das disposições contidas na Lei nº 14.133/21, o presente Edital e a proposta do CREDENCIADO serão partes integrantes da nota de empenho;



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (44) 3664-1320.

13.3. Aplicam-se ao presente Credenciamento a Lei nº 14.133, de 01 de abril de 2021 (no que couber); bem como aplicação destas Normas, e dos Princípios Gerais do Direito e as normas contratuais no caso de omissão das anteriores, demais legislações aplicáveis e exigências estabelecidas neste Edital.

13.4. Consultas poderão ser formuladas ao Agente de Contratação e Equipe de Apoio, das 07:30 h às 11:30h e das 13:30h às 17:00h, no Paço Municipal, sito à Rua Pedro Amaro dos Santos, 900, centro, na Cidade de Alto Paraíso – Pr., telefone: (044) 3664 1320 ou pelo Email: licitacaoaltoparaíso@yahoo.com.br.

13.5. As informações relativas à habilitação do CREDENCIADO, bem como os avisos relativos a este Credenciamento, serão disponibilizados aos interessados no endereço eletrônico <http://www.altoparaíso.pr.gov.br/index.php?sessao=b0546033683mb0> , e as publicações serão realizadas no Diário Oficial Eletrônico do Município.

13.6. Incumbirá ao contratante divulgar o presente instrumento no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP), na forma prevista no art. 94 da Lei 14.133, de 2021, bem como no respectivo sítio oficial na Internet, sendo o Diário Oficial, no prazo previsto na Lei 14.133/21.

13.7. Esclarecimentos relativos ao presente Termo e às condições para atendimento das obrigações necessárias ao cumprimento de seu objeto, somente serão prestados quando solicitados por escrito, ao Departamento de Licitações da Prefeitura Municipal, no horário das 08h00min às 16h30min em dias de expediente.

13.8. Fica eleito o foro da cidade de Xambrê - Paraná, como competente para dirimir todas as questões decorrentes do credenciamento.

14 - ANEXOS

14.1 – Os anexos abaixo relacionados, integrantes do presente Termo, poderão ser obtidos junto à Diretoria de Licitações da PMAP, em endereço indicado no item 13.2 deste edital:

- Anexo I – Termo de Referência;
- Anexo II - Modelo de requerimento para credenciamento;
- Anexo III – Declaração de idoneidade;
- Anexo IV – Minuta da Ordem de Serviço Mensal;
- Anexo V – Minuta do Contrato de Prestação de Serviços;
- Anexo VI – Tabela de Valores.

Alto Paraíso PR, 19 de fevereiro de 2026.

DEBORA FARIA DOS SANTOS ARAUJO
SECRETARIA DE SAÚDE

ALINE ALVES
CHEFE DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (44) 3664-1320.

ANEXO – II

(requerimento para credenciamento)

Ilma Senhora:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Secretário Municipal de Saúde.

COM VISTAS A COMISSÃO DE LICITAÇÃO

ALTO PARAÍSO - PR.

O INTERESSADO ABAIXO QUALIFICADO REQUER SUA INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO PÚBLICO DE PESSOAS JURÍDICAS, LEGALMENTE CONSTITUÍDAS E HABILITADAS NA ÁREA DA SAÚDE, PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE COLETA E REALIZAÇÃO DE ANÁLISES CLÍNICAS LABORATORIAIS, EM REGIME DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL, DESTINADOS AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS, ATENDIDOS PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALTO PARAÍSO/PR, CONFORME CONDIÇÕES, QUANTIDADES ESTIMADAS, ROTINAS, CRITÉRIOS TÉCNICOS E VALORES ESTABELECIDOS NO EDITAL E EM SEUS ANEXOS, OBJETIVANDO A CONTRATAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, NOS TERMOS DO CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2026.

Nome da Empresa: _____

Endereço Comercial: _____

CEP: _____ **Cidade:** _____ **Estado:** _____

CNPJ: _____ **E-mail:** _____

Especialidade: _____

Responsável pela Empresa: _____

CRF nº: _____ **R.G.nº:** _____ **CPF/MF nº.** _____

Alto Paraíso – PR, em _____ de _____ de 2026.

Assinatura e Carimbo da Empresa.



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (44) 3664-1320.

ANEXO III

(em papel timbrado/personalizado do prestador)

Ilma Senhora:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Secretária Municipal de Saúde.

COM VISTAS A COMISSÃO DE LICITAÇÃO

ALTO PARAÍSO - PR.

A empresa _____, devidamente inscrita no CNPJ nº _____, acima firmado, **DECLARA** para os devidos fins de direito, na qualidade de solicitante de cadastramento em O INTERESSADO ABAIXO QUALIFICADO REQUER SUA INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO PÚBLICO DE PESSOAS JURÍDICAS, LEGALMENTE CONSTITUÍDAS E HABILITADAS NA ÁREA DA SAÚDE, PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE COLETA E REALIZAÇÃO DE ANÁLISES CLÍNICAS LABORATORIAIS, EM REGIME DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL, DESTINADOS AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS, ATENDIDOS PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALTO PARAÍSO/PR, CONFORME CONDIÇÕES, QUANTIDADES ESTIMADAS, ROTINAS, CRITÉRIOS TÉCNICOS E VALORES ESTABELECIDOS NO EDITAL E EM SEUS ANEXOS, OBJETIVANDO A CONTRATAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, NOS TERMOS DO CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2026, que não foi **declarada inidônea** para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Alto Paraíso - Pr, em ____ de _____ de 2026.

Assinatura e Carimbo da Empresa.



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (44) 3664-1320.

ANEXO IV

CHAMAMENTO PÚBLICO - PMAP Nº. 002/2026

O INTERESSADO ABAIXO QUALIFICADO REQUER SUA INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO PÚBLICO DE PESSOAS JURÍDICAS, LEGALMENTE CONSTITUÍDAS E HABILITADAS NA ÁREA DA SAÚDE, PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE COLETA E REALIZAÇÃO DE ANÁLISES CLÍNICAS LABORATORIAIS, EM REGIME DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL, DESTINADOS AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS, ATENDIDOS PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALTO PARAÍSO/PR, CONFORME CONDIÇÕES, QUANTIDADES ESTIMADAS, ROTINAS, CRITÉRIOS TÉCNICOS E VALORES ESTABELECIDOS NO EDITAL E EM SEUS ANEXOS, OBJETIVANDO A CONTRATAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, NOS TERMOS DO CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2026.

ORDEM DE EXECUÇÃO DE SERVIÇO nº..... / 2026.

INEXIGIBILIDADE Nº ... / 2026.

CONTRATO Nº / 2026.

Pela presente Ordem de Execução de Serviços sob nº. ... / 2026, o **MUNICÍPIO DE ALTO PARAÍSO**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ-MF sob o número 95.640.736/0001-30, com sede na Avenida Pedro Amaro Dos Santos, nº. 900 neste ato representado pelo Senhor Prefeito Municipal, **XXXXXXXXXXXXXXXXXX**, Prefeito Municipal, Portador da Cédula de Identidade nº 1.649.033-4 SSP/PR, devidamente inscrito no CPF sobre o número XXXXXXXXXXXXXXXX, residente e domiciliado no Município de Alto Paraíso, Estado do Paraná – Pr, através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, pessoa jurídica, inscrita no CNPJ sobre o número XXXXXXXXXXXXX, com sede na Avenida Augusto José De Souza, nº 1986, CEP: 87528-000, neste ato representado pelo Sr. **XXXXXXXXXXXXXXXXXX**, brasileira, Secretária Municipal de Saúde, portador da Cédula de Identidade nº xxxxxxxxx, SSP/PR, devidamente inscrito no CPF, sobre o número xxxxxxxxxxxxxxxxx, residente e domiciliado na cidade de Alto Paraíso – Paraná, AUTORIZA a Empresa:

....., Prestadora de serviços de, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº., com sede na Avenida, na cidade de, Estado do, neste ato representado pela (o) Sra (o), brasileira (o), **Médica** (o) portadora (a) da CI/RG nº: SSP/...., devidamente inscrita (o) no CPF/MF nº., CRF/PR, autorizada (o) a iniciar a prestação dos Serviços sendo **COLETA E ANÁLISES CLÍNICAS LABORATÓRIAS AMBULATORIAL**, objeto do Chamamento Público nº. **.../2026**, do O INTERESSADO ABAIXO QUALIFICADO REQUER SUA INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO PÚBLICO DE PESSOAS JURÍDICAS, LEGALMENTE CONSTITUÍDAS E HABILITADAS NA ÁREA DA SAÚDE, PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE COLETA E REALIZAÇÃO DE ANÁLISES CLÍNICAS LABORATORIAIS, EM REGIME DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL, DESTINADOS AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS, ATENDIDOS PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALTO PARAÍSO/PR, CONFORME CONDIÇÕES, QUANTIDADES ESTIMADAS, ROTINAS, CRITÉRIOS TÉCNICOS E VALORES ESTABELECIDOS NO EDITAL E EM SEUS ANEXOS, OBJETIVANDO A CONTRATAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, NOS TERMOS DO CHAMAMENTO PÚBLICO Nº **.../2026**, PELO PERÍODO DE / **2026**, PARA PREENCHIMENTO DOS REFERIDOS CARGOS, com divulgação no átrio do Paço Municipal, da Prefeitura Municipal de Alto Paraíso,



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (44) 3664-1320.

Estado do Paraná, nos termos da Lei nº. 8080/1990 e Lei 14.133/2021 e legislação pertinente, nas condições do referido Chamamento Público, nos seguintes termos:

1 - A presente Ordem de Serviço visa atender ao Chamamento Público nº. 000/2026 que tem por objeto o Credenciamento de Profissional da área de saúde, pessoa jurídica para prestação de serviços laboratoriais, sendo:

Nº.	SERVIÇO	R\$ TOTAL.
01	Serviços de Coleta e Análises Clínicas Laboratoriais, prestados junto ao Fundo Municipal de Saúde, no mês de / 2026.	0,00

2) - O Credenciado como profissional da área, é detentor de boa reputação profissional, deverá manter durante a vigência deste Termo os requisitos exigidos pelo item 6.1 exigidos pelo instrumento de chamamento Público nº. /2026, bem como atender as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento satisfatório.

3) - O valor dos Serviços objetos dessa Ordem de Execução de Serviço para o período de / 2026, será de R\$ 0,00 (Zero reais), de acordo com as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde, sendo que os procedimentos devem atender no mínimo a Tabela de Procedimentos.

4) - Entre os dias 1 (um) e 05 (cinco) de cada mês subsequente o prestador de serviço apresentará sob forma de relatórios, os serviços executados, separados por procedimentos acompanhados pelas respectivas guias referentes a este mês.

5) - Os impressos das guias de encaminhamento, serão fornecidos aos profissionais cadastrados, pelo Departamento Municipal de Saúde.

6) - O pagamento pela prestação de serviços será realizado em até 10 (Dez) dias após sua conclusão, mediante atendimento aos itens 2 e 4.

7) - O presente contrato poderá ser rescindido unilateralmente pela Prefeita Municipal, a qualquer momento, atendendo a oportunidade e conveniência administrativa, não recebendo a contratada qualquer valor a título de indenização pela unilateral rescisão, exceto aos serviços já prestados no ato da rescisão. Quanto ao profissional cadastrado poderá requerer seu descredenciamento a qualquer tempo, independentemente da causa, desde que comunicado a intenção no descredenciamento com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

8) - Caberá ao Secretário Municipal de Saúde a coordenação e fiscalização da prestação dos serviços através de planilha própria, conforme cada área.

9) - A escala de trabalho para o Credenciado será definida pelo Departamento Municipal de Saúde, em horários e períodos pré-determinados, devendo a referida escala incluir os feriados e finais de semana.

10) - A presente Ordem de Execução de Serviço terá prazo de execução no período de / 2026/2027 e vigência por igual período.

11) - A presente Ordem de Execução de Serviço não caracteriza nenhum vínculo empregatício.

12) - A qualquer tempo o Termo de Credenciamento/Ordem de Serviço poderá ser alterado, visando adequar o serviço às condições de execução previstas pelo Departamento Municipal de Saúde.

13) – O Termo de Credenciamento poderá ser suspenso ou cancelado, se ficar demonstrado que o Credenciado deixou de satisfazer as exigências estabelecidas para o cadastramento, bem como não atender as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento satisfatório, oportunidade em que haverá imediata abertura para inscrição de novos credenciados.



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (44) 3664-1320.

14) - É vedada a cobrança de sobretaxas pelo Credenciado, sendo motivo de descredenciamento, permitindo novos credenciamentos a qualquer momento.

15) - O valor da presente Ordem de Serviço não sofrerá reajuste pelo período de vigência. Eventual correção após este período será revista com base nos índices oficiais, determinadas pelo Ministério da Saúde.

16) - Integram e completam a presente Ordem de Execução de Serviços, para todos os fins de direito, obrigando as partes em todos os seus termos, as normas contidas na **Lei 8080/90 e Lei 14.133/2021** e legislação pertinente, juntamente com seus anexos.

Alto Paraíso – Paraná, em ... de ,..... de 2026.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Secretário Municipal De Saúde.



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (44) 3664-1320.

ANEXO V

CRENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA ÁREA DA SAÚDE Nº /2026, NA ÁREA DA SAÚDE, PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE COLETA E ANÁLISES CLÍNICAS LABORATORIAIS, SENDO ATENDIMENTO AMBULATORIAL, EXISTENTES NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, TERMO DE INEXIGIBILIDADE / 2026, PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE ALTO PARAÍSO.

TERMO DE CONTRATO Nº _____ / 2026 DA PMAP, QUE ENTRE SI FAZEM O MUNICÍPIO DE ALTO PARAÍSO, ATRAVÉS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE E A EMPRESA _____, OBJETIVANDO A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE ALTO PARAÍSO - PARANÁ.

O **MUNICÍPIO DE ALTO PARAÍSO**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ-MF sob o número 95.640.736/0001-30, com sede na AVENIDA PEDRO AMARO DOS SANTOS, Nº. 900 neste ato representado pelo Senhor Prefeito Municipal, **XXXXXXXXXXXXXXXXXX**, Prefeito Municipal, Portador da Cédula de Identidade nº XXXXXXXXXXXXXXXX SSP/PR, devidamente inscrito no CPF sobre o número XXXXXXXXXXXXXXXX, residente e domiciliado neste Município, através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, pessoa jurídica, inscrita no CNPJ sobre o número 09.251.282/0001-74, com sede na Avenida Augusto José de Souza, nº 1986, CEP: 87528-000, neste ato representado pela Sra. **XXXXXXXXXXXXXXXXXX**, brasileira, Secretária Municipal de Saúde, portador da Cédula de Identidade nº xxxxxxxxx, SSP/PR, devidamente inscrito no CPF, sobre o número xxxxxxxxx, residente e domiciliado na cidade de Alto Paraíso – Paraná, doravante denominado simplesmente **CRENCIANTE** e _____, empresa Jurídica de direitos privados, inscrita no CNPJ nº: _____, com sede na Rua _____ nº _____, na cidade de _____, doravante denominada simplesmente **CRENCIADO**, perante as testemunhas abaixo firmadas, pactuam o presente termo, cuja celebração foi autorizada de acordo com o Edital de Credenciamento Universal nº 000/2026, Termo de Inexigibilidade nº ____/2026, Processo nº ____/2026 e que se regerá pelas Lei nº 8080/1990, e Lei nº 14.133/2021, atendendo as cláusulas e condições a seguir enunciadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1 O CRENCIADO prestará os seguintes serviços para a Saúde Pública do Município de Alto Paraíso:

✓ **(Descrição das atividades a serem executadas – Anexo VI)**

CLÁUSULA SEGUNDA – DA FORMA DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1. A prestação do serviço será em regime **mensal, das 7 às 18 horas, excetuando-se sábados, domingos e feriados**, sendo a solicitação dos exames encaminhada pela Secretaria Municipal de Saúde ao CRENCIADO, junto com o paciente e requisição emitida pelo médico, em que o paciente tem até 72h, após encaminhado pela SMS, para comparecer ao laboratório para agenda, e o CRENCIADO deve realizar o exame no menor tempo possível.



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (44) 3664-1320.

2.2. Os serviços serão prestados em conformidade com o Art. 79; Inciso II da Lei 14.133/2021, **“COM SELEÇÃO A CRITÉRIO DE TERCEIROS: CASO EM QUE A SELEÇÃO DO CONTRATADO ESTÁ A CARGO DO BENEFICIÁRIO DIRETO DA PRESTAÇÃO”**.

2.3. O Município de Alto Paraíso, Estado do Paraná, reserva-se ao direito de fiscalizar de forma permanente, a prestação do Serviço, podendo o prestador ser descredenciado, em caso de comprovação de irregularidades, com garantia do contraditório e da ampla defesa.

2.4. O CREDENCIANTE fiscalizará a CREDENCIADA através do órgão competente, acompanhando inclusive o grau de satisfação dos usuários, em consonância e obediência ao prescrito na Lei nº 8.080/90 e Lei nº 14.133/2021.

CLÁUSULA TERCEIRA - DA VIGÊNCIA CONTRATUAL

3.1. O prazo de vigência deste contrato será de 12 (doze) meses a partir de **** de fevereiro de 2026**, com início à partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado, nos termos da Lei.

CLÁUSULA QUARTA - DO VALOR CONTRATUAL

4.1. Pela execução dos serviços previstos na cláusula primeira, o CREDENCIANTE pagará à CREDENCIADA o valor de até R\$ _____ (_____ reais) **ANO**, conforme relatório de produção a ser aferido pela Secretaria Municipal de Saúde.

4.2. As despesas decorrentes da execução do objeto do presente credenciamento correrão na seguinte dotação orçamentária:

CLÁUSULA QUINTA - DOS REAJUSTES

5.1. O preço proposto é fixo e irredutível até o prazo de **24 de fevereiro de 2027**. No entanto, na hipótese de se efetivar a prorrogação prevista no subitem 3.1 deste Instrumento.

CLÁUSULA SEXTA - DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

6.1. A remuneração dos serviços previstos no objeto deste contrato se dará unicamente com base nos Anexos VI e Anexos IV.

6.2. O pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias, nos termos do art. 141 da Lei nº 14.133/2021.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA RESCISÃO CONTRATUAL

7.1. A inexecução total ou parcial deste Contrato ensejará a sua rescisão administrativa, nas hipóteses previstas na Lei, sem que caiba à CREDENCIADO direito a qualquer indenização.

7.2. A rescisão contratual poderá ser:

7.2.1. Conforme item 11, DA RESCISÃO DO CREDENCIAMENTO, item 11.1 e 11.2 do referido Edital.

7.2.2. Amigável, mediante autorização da autoridade competente, reduzida a termo no processo credenciatório, desde que demonstrada conveniência para a Administração.

CLÁUSULA OITAVA - DAS PENALIDADES

8.1 Sem prejuízo das sanções previstas na Lei 8080/1990 e Lei 14.133/2021, a empresa contratada ficará sujeita às seguintes penalidades, assegurada a prévia defesa;

8.2. Pelo atraso injustificado na execução do Contrato:

8.2.1. Multa de 0,33% (trinta e três centésimos por cento), sobre o valor da obrigação não cumprida, por dia de atraso, limitada ao total de 20% (vinte por cento);

8.3. Pela inexecução total ou parcial do Contrato:



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (44) 3664-1320.

8.3.1. Multa de 20% (vinte por cento), calculada sobre o valor do Contrato ou da parte não cumprida;

8.4. As multas aqui previstas não têm caráter compensatório, porém moratório e, conseqüentemente, o pagamento delas não exime o profissional contratado da reparação dos eventuais danos, perdas ou prejuízos que seu ato punível venha acarretar ao Município de Alto Paraíso, Estado do Paraná.

CLÁUSULA NONA - DA CESSÃO OU TRANSFERÊNCIA

9.1. O presente termo não poderá ser objeto de cessão ou transferência, no todo ou em parte.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA PUBLICAÇÃO DO CONTRATO

10.1. O CREDENCIANTE providenciará a publicação respectiva, em resumo, do presente termo, na forma prevista em Lei.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS DISPOSIÇÕES COMPLEMENTARES

11.1. Os casos omissos ao presente termo serão resolvidos em estrita obediência às diretrizes da Lei nº 8090/1990 e Lei nº 14.133/2021.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO FORO

12.1. Fica eleito o Foro da Comarca de Xambê, Estado do Paraná, para qualquer procedimento relacionado com o cumprimento do presente Contrato.

E, para firmeza e validade do que aqui ficou estipulado, foi lavrado o presente termo em 03 (três) vias de igual teor, que, depois de lido e achado conforme, é assinado pelas partes contratantes e por duas testemunhas que a tudo assistiram.

Alto Paraíso, Estado do Paraná, ____ de _____ de 2026.

PREFEITO MUNICIPAL

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RAZÃO SOCIAL

CNPJ Nº 00.000.000/0000-00

EMPRESA CREDENCIADA.

TESTEMUNHA 01.

TESTEMUNHA 02.



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (44) 3664-1320.

ANEXO VI.

PLANILHA DE VALORES.

PROCESSO DE CREDENCIAMENTO 000/2026.

CREDENCIAMENTO PÚBLICO DE PESSOAS JURÍDICAS, LEGALMENTE CONSTITUÍDAS E HABILITADAS NA ÁREA DA SAÚDE, PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE COLETA E REALIZAÇÃO DE ANÁLISES CLÍNICAS LABORATORIAIS, EM REGIME DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL, DESTINADOS AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS, ATENDIDOS PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALTO PARAÍSO/PR, CONFORME CONDIÇÕES, QUANTIDADES ESTIMADAS, ROTINAS, CRITÉRIOS TÉCNICOS E VALORES ESTABELECIDOS NO EDITAL E EM SEUS ANEXOS.

Anexo V.I – Tabela Resumida.

ITEM	PROCEDIMENTOS	R\$
1	Exames Laboratoriais Constantes na Tabela SUS.	Valor de Tabela SUS.
1.1	Exames Bioquímicos.	Valor de Tabela SUS.
1.2	Exames Hematológicos e Hemostasia.	Valor de Tabela SUS.
1.3	Exames Sorológicos e Imunológicos.	Valor de Tabela SUS.
1.4	Exames Coprológicos.	Valor de Tabela SUS.
1.5	Exames de Uroanálise.	Valor de Tabela SUS.
1.6	Exames Hormonais.	Valor de Tabela SUS.
1.7	Exames Toxicológicos ou de Monitoração Terapêutica	Valor de Tabela SUS.
1.8	Exames Microbiológicos	Valor de Tabela SUS.
1.9	Exames em Outros Líquidos Biológicos.	Valor de Tabela SUS.
1.10	Exames de Genética.	Valor de Tabela SUS.
1.11	Exames para Triagem Neonatal.	Valor de Tabela SUS.
1.12	Exames Imunohematológico.	Valor de Tabela SUS.
02	Coleta e Preparação de Materiais para Exames.	R\$ 3,00 por coleta

Anexo V.II – Tabela Geral.

Código	Procedimento	Valor tabela SUS	Sub-Grupo - Forma de Organização
02.02.01.001-5	CLEARANCE OSMOLAR	R\$3,51	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.002-3	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R\$2,01	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.003-1	DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS	R\$15,65	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.004-0	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$3,63	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.005-8	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (5 DOSAGENS)	R\$6,55	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.006-6	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	R\$3,68	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.007-4	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	R\$10,00	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.008-2	DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE	R\$3,51	001 - Exames Bioquímicos



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (44) 3664-1320.

02.02.01.009-0	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	R\$3,51	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.010-4	DOSAGEM DE ACETONA	R\$1,85	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.011-2	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R\$2,01	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.012-0	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$1,85	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.013-9	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	R\$9,00	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.014-7	DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$3,68	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.015-5	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	R\$3,68	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.016-3	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R\$3,68	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.017-1	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	R\$3,68	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.018-0	DOSAGEM DE AMILASE	R\$2,25	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.019-8	DOSAGEM DE AMONIA	R\$3,51	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.020-1	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$2,01	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CALCIO	R\$1,85	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.022-8	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$3,51	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.023-6	DOSAGEM DE CAROTENO	R\$2,01	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.025-2	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	R\$3,68	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.026-0	DOSAGEM DE CLORETO	R\$1,85	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.027-9	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$3,51	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.028-7	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$3,51	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.029-5	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$1,85	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.030-9	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R\$3,68	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.031-7	DOSAGEM DE CREATININA	R\$1,85	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.032-5	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$3,68	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.033-3	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$4,12	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.034-1	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	R\$3,51	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.035-0	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	R\$3,51	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.036-8	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R\$3,68	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.037-6	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	R\$3,68	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.038-4	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$15,59	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.039-2	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$3,51	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.040-6	DOSAGEM DE FOLATO	R\$15,65	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.041-4	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	R\$2,01	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.042-2	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$2,01	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.043-0	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$1,85	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.044-9	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	R\$2,01	001 - Exames Bioquímicos



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (44) 3664-1320.

02.02.01.045-7	DOSAGEM DE GALACTOSE	R\$3,51	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.046-5	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$3,51	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.047-3	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$1,85	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.048-1	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	R\$3,68	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.049-0	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	R\$3,68	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.050-3	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$7,86	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.051-1	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	R\$3,68	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.052-0	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	R\$3,51	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.053-8	DOSAGEM DE LACTATO	R\$3,68	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.054-6	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	R\$3,51	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.055-4	DOSAGEM DE LIPASE	R\$2,25	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.056-2	DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$2,01	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.057-0	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	R\$2,01	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.058-9	DOSAGEM DE PIRUVATO	R\$3,68	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.059-7	DOSAGEM DE PORFIRINAS	R\$3,51	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.060-0	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$1,85	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.061-9	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$1,40	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.062-7	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$1,85	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.063-5	DOSAGEM DE SODIO	R\$1,85	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.064-3	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$2,01	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.065-1	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$2,01	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.066-0	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$4,12	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.067-8	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$3,51	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.068-6	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	R\$3,51	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.069-4	DOSAGEM DE UREIA	R\$1,85	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.070-8	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$15,24	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.071-6	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$3,68	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.072-4	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$4,42	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.073-2	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	R\$15,65	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.074-0	PROVA DA D-XILOSE	R\$3,68	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.075-9	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTE ORAIS	R\$6,55	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.076-7	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$15,24	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.077-5	DETERMINAÇÃO DE CREMATÓCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO	R\$1,53	001 - Exames Bioquímicos
02.02.01.078-3	ACIDEZ TITULÁVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)	R\$3,04	001 - Exames Bioquímicos
02.02.02.001-0	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	R\$6,48	002 - Exames



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (44) 3664-1320.

			hematológicos e hemostasia
02.02.02.002-9	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$2,73	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.003-7	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$2,73	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.004-5	DETERMINAÇÃO DE CURVA DE RESISTÊNCIA GLOBULAR	R\$2,73	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.005-3	DETERMINAÇÃO DE ENZIMAS ERITROCITÁRIAS (CADA)	R\$2,73	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.006-1	DETERMINAÇÃO DE SULFO-HEMOGLOBINA	R\$2,73	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.007-0	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	R\$2,73	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.008-8	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	R\$2,73	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.009-6	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO - DUKE	R\$2,73	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.010-0	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	R\$9,00	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.011-8	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMÁCIAS	R\$5,79	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.012-6	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA	R\$2,85	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.013-4	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$5,77	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.014-2	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$2,73	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.015-0	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSÉDIMENTAÇÃO (VHS)	R\$2,73	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.016-9	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R\$4,11	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.017-7	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$6,48	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.018-5	DOSAGEM DE FATOR II	R\$5,31	002 - Exames hematológicos e hemostasia
02.02.02.019-3	DOSAGEM DE FATOR IX	R\$7,61	002 - Exames hematológicos e hemostasia



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (44) 3664-1320.

02.02.02.020-7	DOSAGEM DE FATOR V	R\$4,73	002 - Exames hematológicos hemostasia	e
02.02.02.021-5	DOSAGEM DE FATOR VII	R\$8,09	002 - Exames hematológicos hemostasia	e
02.02.02.022-3	DOSAGEM DE FATOR VIII	R\$6,63	002 - Exames hematológicos hemostasia	e
02.02.02.023-1	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	R\$15,00	002 - Exames hematológicos hemostasia	e
02.02.02.024-0	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	R\$18,91	002 - Exames hematológicos hemostasia	e
02.02.02.025-8	DOSAGEM DE FATOR X	R\$6,66	002 - Exames hematológicos hemostasia	e
02.02.02.026-6	DOSAGEM DE FATOR XI	R\$9,11	002 - Exames hematológicos hemostasia	e
02.02.02.027-4	DOSAGEM DE FATOR XII	R\$10,51	002 - Exames hematológicos hemostasia	e
02.02.02.028-2	DOSAGEM DE FATOR XIII	R\$6,66	002 - Exames hematológicos hemostasia	e
02.02.02.029-0	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R\$4,60	002 - Exames hematológicos hemostasia	e
02.02.02.030-4	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$1,53	002 - Exames hematológicos hemostasia	e
02.02.02.031-2	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	R\$2,73	002 - Exames hematológicos hemostasia	e
02.02.02.032-0	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	R\$2,73	002 - Exames hematológicos hemostasia	e
02.02.02.033-9	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	R\$2,73	002 - Exames hematológicos hemostasia	e
02.02.02.034-7	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	R\$4,11	002 - Exames hematológicos hemostasia	e
02.02.02.035-5	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$5,41	002 - Exames hematológicos hemostasia	e
02.02.02.036-3	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R\$2,73	002 - Exames hematológicos hemostasia	e
02.02.02.037-1	HEMATOCRITO	R\$1,53	002 - Exames hematológicos hemostasia	e
02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$4,11	002 - Exames hematológicos hemostasia	e



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (44) 3664-1320.

02.02.02.039-8	LEUCOGRAMA	R\$2,73	002 - Exames hematológicos hemostasia e
02.02.02.040-1	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	R\$25,00	002 - Exames hematológicos hemostasia e
02.02.02.041-0	PESQUISA DE CELULAS LE	R\$4,11	002 - Exames hematológicos hemostasia e
02.02.02.042-8	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	R\$2,73	002 - Exames hematológicos hemostasia e
02.02.02.043-6	PESQUISA DE FILARIA	R\$2,73	002 - Exames hematológicos hemostasia e
02.02.02.044-4	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R\$2,73	002 - Exames hematológicos hemostasia e
02.02.02.046-0	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	R\$2,73	002 - Exames hematológicos hemostasia e
02.02.02.048-7	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R\$4,11	002 - Exames hematológicos hemostasia e
02.02.02.049-5	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R\$2,73	002 - Exames hematológicos hemostasia e
02.02.02.050-9	PROVA DO LACO	R\$2,73	
02.02.02.051-7	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	R\$2,73	002 - Exames hematológicos hemostasia e
02.02.02.052-5	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	R\$12,00	002 - Exames hematológicos hemostasia e
02.02.02.053-3	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	R\$2,73	002 - Exames hematológicos hemostasia e
02.02.02.054-1	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$2,73	002 - Exames hematológicos hemostasia e
02.02.03.001-6	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	R\$15,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.002-4	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	R\$15,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.003-2	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	R\$15,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.004-0	DETECCAO DE ÁCIDOS NUCLEICOS DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R\$65,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.005-9	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	R\$96,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.006-7	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	R\$9,25	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.007-5	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R\$2,83	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.008-3	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	R\$9,25	003 - Exames sorológicos e imunológicos



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (44) 3664-1320.

02.02.03.009-1	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$15,06	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.010-5	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$16,42	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.011-3	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$13,55	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.012-1	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.013-0	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.014-8	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	R\$2,83	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.015-6	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.016-4	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$9,25	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.018-0	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.019-9	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	R\$9,25	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.020-2	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$2,83	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.021-0	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	R\$298,43	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.022-9	IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.023-7	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$80,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.025-3	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	R\$10,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.026-1	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R\$10,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.027-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$8,67	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.028-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.029-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$85,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.030-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$10,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.031-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$18,55	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.032-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.033-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R\$5,74	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.034-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.035-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$18,55	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.036-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$18,55	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.037-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	R\$9,25	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.038-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	R\$10,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (44) 3664-1320.

02.02.03.039-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	R\$9,25	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.040-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	R\$3,70	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.041-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	R\$5,83	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.042-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R\$10,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.043-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.044-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	R\$9,25	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.045-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	R\$10,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.046-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	R\$9,70	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.047-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$2,83	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.048-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	R\$10,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.050-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	R\$10,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.051-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	R\$10,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.052-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.053-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	R\$4,10	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.054-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	R\$5,50	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.055-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.056-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.057-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.058-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.059-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.060-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.061-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	R\$10,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.062-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.063-6	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$18,55	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.064-4	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$18,55	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.065-2	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	R\$7,78	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.066-0	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	R\$9,71	003 - Exames sorológicos e imunológicos



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (44) 3664-1320.

02.02.03.067-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$18,55	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.068-7	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	R\$18,55	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.069-5	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	R\$9,25	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.070-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIÓIDES BRASILIENSIS	R\$4,10	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.071-7	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO	R\$18,55	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.072-5	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.073-3	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$2,83	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.074-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$11,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.075-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	R\$9,25	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.076-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$16,97	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.077-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$9,25	003 - Exames sorológicos e imunológicos
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	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.079-2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS	R\$30,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.080-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$18,55	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.081-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.082-2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.083-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.084-9	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.085-7	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$11,61	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.086-5	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	R\$10,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.087-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$18,55	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.088-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$9,25	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.089-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$18,55	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.090-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS	R\$20,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.091-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$18,55	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.092-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.093-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (44) 3664-1320.

02.02.03.094-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.095-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.096-2	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$13,35	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.097-0	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$18,55	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.098-9	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R\$18,55	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.099-7	DETECÇÃO DE CLAMÍDIA E GONOCOCO POR BIOLOGIA MOLECULAR	R\$60,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.100-4	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	R\$2,83	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.101-2	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$4,10	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.102-0	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA	R\$10,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.103-9	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	R\$9,25	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.104-7	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R\$10,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.105-5	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	R\$1,77	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.106-3	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	R\$1,77	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.107-1	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	R\$18,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.108-0	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	R\$168,48	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.109-8	TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$4,10	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.110-1	REACAO DE MONTENEGRO ID	R\$2,83	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.111-0	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$2,83	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.112-8	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$10,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.113-6	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$10,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.114-4	TESTES ALERGICOS DE CONTATO	R\$1,77	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.115-2	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	R\$1,77	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.117-9	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTES	R\$2,83	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.118-7	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE RECOMBINANTE HUMANO IGA	R\$18,55	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.119-5	DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO	R\$17,16	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.120-9	DOSAGEM DE TROPONINA	R\$9,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.121-7	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	R\$13,35	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.122-5	EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE	R\$80,00	003 - Exames sorológicos e



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (44) 3664-1320.

	GAUCHER I		imunológicos
02.02.03.123-3	EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER II	R\$120,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.125-0	DETECÇÃO DE RNA DO HTLV-1	R\$65,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.03.126-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-CORPOS ANTI-HTLV-1 (WESTERN-BLOT)	R\$85,00	003 - Exames sorológicos e imunológicos
02.02.04.001-1	DOSAGEM DE ESTERCIBILINOGENIO FECAL	R\$1,65	004 - Exames coprológicos
02.02.04.002-0	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	R\$3,04	004 - Exames coprológicos
02.02.04.003-8	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	R\$3,04	004 - Exames coprológicos
02.02.04.004-6	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	R\$1,65	004 - Exames coprológicos
02.02.04.005-4	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	R\$1,65	004 - Exames coprológicos
02.02.04.006-2	PESQUISA DE EOSINOFILOS	R\$1,65	004 - Exames coprológicos
02.02.04.007-0	PESQUISA DE GORDURA FECAL	R\$1,65	004 - Exames coprológicos
02.02.04.008-9	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	R\$1,65	004 - Exames coprológicos
02.02.04.009-7	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R\$1,65	004 - Exames coprológicos
02.02.04.010-0	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	R\$1,65	004 - Exames coprológicos
02.02.04.011-9	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)	R\$1,65	004 - Exames coprológicos
02.02.04.012-7	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$1,65	004 - Exames coprológicos
02.02.04.013-5	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	R\$10,25	004 - Exames coprológicos
02.02.04.014-3	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$1,65	004 - Exames coprológicos
02.02.04.015-1	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	R\$1,65	004 - Exames coprológicos
02.02.04.016-0	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	R\$1,65	004 - Exames coprológicos
02.02.04.017-8	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	R\$1,65	004 - Exames coprológicos
02.02.05.001-7	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$3,70	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.002-5	CLEARANCE DE CREATININA	R\$3,51	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.003-3	CLEARANCE DE FOSFATO	R\$3,51	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.004-1	CLEARANCE DE UREIA	R\$3,51	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.005-0	CONTAGEM DE ADDIS	R\$2,01	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.006-8	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	R\$3,70	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.007-6	IDENTIFICAÇÃO DE GLICÍDIOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA)	R\$3,70	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.008-4	DOSAGEM DE CITRATO	R\$2,01	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.009-2	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$8,12	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.010-6	DOSAGEM DE OXALATO	R\$3,68	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.011-4	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$2,04	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.012-2	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	R\$3,04	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.013-0	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	R\$3,70	005 - Exames de uroanálise



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (44) 3664-1320.

02.02.05.014-9	PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	R\$3,70	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.015-7	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	R\$2,04	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.016-5	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	R\$3,70	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.017-3	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	R\$2,04	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.018-1	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	R\$2,40	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.019-0	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	R\$2,04	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.020-3	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	R\$2,04	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.021-1	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	R\$3,70	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.022-0	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	R\$2,04	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.023-8	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	R\$2,04	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.024-6	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	R\$3,36	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.026-2	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	R\$2,04	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.027-0	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	R\$2,04	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.028-9	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	R\$3,70	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.029-7	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	R\$2,04	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.030-0	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	R\$4,44	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.031-9	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	R\$2,04	005 - Exames de uroanálise
02.02.05.032-7	PROVA DE DILUICAO (URINA)	R\$2,04	005 - Exames de uroanálise
02.02.06.001-2	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	R\$12,54	006 - Exames hormonais
02.02.06.002-0	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	R\$12,54	006 - Exames hormonais
02.02.06.003-9	DETERMINACAO DE T3 REVERSO	R\$14,69	006 - Exames hormonais
02.02.06.004-7	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R\$10,20	006 - Exames hormonais
02.02.06.005-5	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	R\$6,72	006 - Exames hormonais
02.02.06.006-3	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	R\$6,72	006 - Exames hormonais
02.02.06.007-1	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	R\$6,72	006 - Exames hormonais
02.02.06.008-0	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$14,12	006 - Exames hormonais
02.02.06.009-8	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$11,89	006 - Exames hormonais
02.02.06.010-1	DOSAGEM DE AMP CICLICO	R\$12,01	006 - Exames hormonais
02.02.06.011-0	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$11,53	006 - Exames hormonais
02.02.06.012-8	DOSAGEM DE CALCITONINA	R\$14,38	006 - Exames hormonais
02.02.06.013-6	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$9,86	006 - Exames hormonais
02.02.06.014-4	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$11,25	006 - Exames hormonais
02.02.06.015-2	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$11,71	006 - Exames hormonais
02.02.06.016-0	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$10,15	006 - Exames hormonais



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (44) 3664-1320.

02.02.06.017-9	DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$11,55	006 - Exames hormonais
02.02.06.018-7	DOSAGEM DE ESTRONA	R\$11,12	006 - Exames hormonais
02.02.06.019-5	DOSAGEM DE GASTRINA	R\$14,15	006 - Exames hormonais
02.02.06.020-9	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	R\$15,35	006 - Exames hormonais
02.02.06.021-7	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$7,85	006 - Exames hormonais
02.02.06.022-5	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$10,21	006 - Exames hormonais
02.02.06.023-3	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$7,89	006 - Exames hormonais
02.02.06.024-1	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$8,97	006 - Exames hormonais
02.02.06.025-0	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$8,96	006 - Exames hormonais
02.02.06.026-8	DOSAGEM DE INSULINA	R\$10,17	006 - Exames hormonais
02.02.06.027-6	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$43,13	006 - Exames hormonais
02.02.06.028-4	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$15,35	006 - Exames hormonais
02.02.06.029-2	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$10,22	006 - Exames hormonais
02.02.06.030-6	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$10,15	006 - Exames hormonais
02.02.06.031-4	DOSAGEM DE RENINA	R\$13,19	006 - Exames hormonais
02.02.06.032-2	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$15,35	006 - Exames hormonais
02.02.06.033-0	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R\$13,11	006 - Exames hormonais
02.02.06.034-9	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$10,43	006 - Exames hormonais
02.02.06.035-7	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$13,11	006 - Exames hormonais
02.02.06.036-5	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$15,35	006 - Exames hormonais
02.02.06.037-3	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$8,76	006 - Exames hormonais
02.02.06.038-1	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$11,60	006 - Exames hormonais
02.02.06.039-0	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$8,71	006 - Exames hormonais
02.02.06.040-3	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	R\$12,01	006 - Exames hormonais
02.02.06.041-1	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	R\$12,01	006 - Exames hormonais
02.02.06.042-0	TESTE DE ESTIMULO COM GNRH OU COM AGONISTA GNRH	R\$12,01	006 - Exames hormonais
02.02.06.043-8	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	R\$12,01	006 - Exames hormonais
02.02.06.044-6	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	R\$12,01	006 - Exames hormonais
02.02.06.045-4	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	R\$12,01	006 - Exames hormonais
02.02.06.046-2	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	R\$8,43	006 - Exames hormonais
02.02.06.047-0	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	R\$12,15	006 - Exames hormonais
02.02.07.001-8	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	R\$2,06	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.002-6	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	R\$2,23	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (44) 3664-1320.

02.02.07.003-4	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	R\$3,68	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.004-2	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	R\$2,04	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.005-0	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R\$15,65	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.006-9	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	R\$3,51	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.007-7	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	R\$2,01	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.008-5	DOSAGEM DE ALUMINIO	R\$27,50	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.009-3	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	R\$10,00	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.010-7	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	R\$10,00	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.011-5	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	R\$10,00	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.012-3	DOSAGEM DE BARBITURATOS	R\$13,13	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.013-1	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	R\$13,48	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.014-0	DOSAGEM DE CADMIO	R\$6,55	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.015-8	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$17,53	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.016-6	DOSAGEM DE CARBOXY-HEMOGLOBINA	R\$4,11	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.017-4	DOSAGEM DE CHUMBO	R\$8,83	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.018-2	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R\$58,61	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.019-0	DOSAGEM DE COBRE	R\$3,51	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.020-4	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R\$8,97	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.021-2	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	R\$15,65	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.022-0	DOSAGEM DE FENITOINA	R\$35,22	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.023-9	DOSAGEM DE FENOL	R\$2,05	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.024-7	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	R\$3,51	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.025-5	DOSAGEM DE LITIO	R\$2,25	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.026-3	DOSAGEM DE MERCURIO	R\$2,04	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.027-1	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	R\$4,11	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.028-0	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	R\$10,00	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.029-8	DOSAGEM DE METOTREXATO	R\$10,00	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.030-1	DOSAGEM DE QUINIDINA	R\$10,00	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (44) 3664-1320.

02.02.07.031-0	DOSAGEM DE SALICILATOS	R\$2,01	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.032-8	DOSAGEM DE SULFATOS	R\$3,51	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.033-6	DOSAGEM DE TEOFILINA	R\$15,65	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.034-4	DOSAGEM DE TIOCIANATO	R\$3,68	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.07.035-2	DOSAGEM DE ZINCO	R\$15,65	008 - Exames toxicológicos ou de monitorização
02.02.08.001-3	ANTIBIOGRAMA	R\$4,98	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.002-1	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R\$13,33	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.003-0	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	R\$13,33	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.004-8	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$4,20	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.005-6	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	R\$4,20	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.006-4	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	R\$4,20	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.007-2	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$2,80	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.008-0	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$5,62	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.009-9	CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO)	R\$5,62	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.010-2	CULTURA P/ HERPESVIRUS	R\$4,33	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.011-0	CULTURA PARA BAAR	R\$5,63	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.012-9	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R\$10,25	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.013-7	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$4,19	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.014-5	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$2,80	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.015-3	HEMOCULTURA	R\$11,49	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.016-1	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	R\$5,63	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.017-0	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	R\$4,33	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.018-8	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	R\$2,80	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.019-6	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$4,33	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.020-0	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	R\$2,80	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.021-8	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$4,33	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.022-6	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	R\$2,80	009 - Exames microbiológicos
02.02.08.023-4	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	R\$5,04	009 - Exames microbiológicos



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (44) 3664-1320.

02.02.08.024-2	PROVA CONFIRMATÓRIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES	R\$5,62	009 - Exames microbiológicos
02.02.09.001-9	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVAL E DERRAMES	R\$1,89	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.002-7	ADENOGRAMA	R\$5,79	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.003-5	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	R\$4,33	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.004-3	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	R\$4,33	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.005-1	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$1,89	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.006-0	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$1,89	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.007-8	DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$6,56	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.008-6	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$1,89	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.009-4	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	R\$2,01	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.010-8	DOSAGEM DE FRUTOSE	R\$2,01	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.011-6	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	R\$2,01	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.012-4	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVAL E DERRAMES	R\$1,89	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.013-2	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVAL E DERRAMES	R\$1,89	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.015-9	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	R\$5,23	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.016-7	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$6,56	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.017-5	ESPLENOGRAMA	R\$5,79	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.018-3	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	R\$1,89	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.019-1	MIELOGRAMA	R\$5,79	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.021-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R\$9,70	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.022-1	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA	R\$2,01	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.023-0	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$1,89	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.024-8	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	R\$1,89	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.025-6	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	R\$1,89	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.026-4	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)	R\$4,80	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.027-2	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVAL E DERRAMES	R\$1,89	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.028-0	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	R\$9,70	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.029-9	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS	R\$1,89	010 - Exames em outros



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (44) 3664-1320.

	INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)		líquidos biológicos
02.02.09.030-2	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R\$1,89	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.031-0	REACAO DE PANDY	R\$1,89	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.032-9	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$1,89	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.033-7	TESTE DE CLEMENTS	R\$1,89	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.034-5	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS	R\$4,68	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.09.035-3	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	R\$4,68	010 - Exames em outros líquidos biológicos
02.02.10.001-4	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$180,00	011 - Exames de genética
02.02.10.002-2	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$160,00	011 - Exames de genética
02.02.10.003-0	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$160,00	011 - Exames de genética
02.02.10.004-9	QUANTIFICAÇÃO/AMPLIFICAÇÃO DO HER-2	R\$120,00	011 - Exames de genética
02.02.11.001-0	DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$8,80	012 - Exames para triagem neonatal
02.02.11.002-8	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)	R\$66,00	012 - Exames para triagem neonatal
02.02.11.003-6	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)	R\$66,00	012 - Exames para triagem neonatal
02.02.11.004-4	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$5,50	012 - Exames para triagem neonatal
02.02.11.005-2	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	R\$12,10	012 - Exames para triagem neonatal
02.02.11.006-0	DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	R\$20,90	012 - Exames para triagem neonatal
02.02.11.007-9	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	R\$5,50	012 - Exames para triagem neonatal
02.02.11.008-7	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$13,20	012 - Exames para triagem neonatal
02.02.11.009-5	DOSAGEM DE 17 HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	R\$8,00	012 - Exames para triagem neonatal
02.02.11.010-9	DOSAGEM DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SANGUE EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	R\$5,50	012 - Exames para triagem neonatal
02.02.11.011-7	DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SORO	R\$137,00	012 - Exames para triagem neonatal
02.02.11.012-5	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA	R\$66,00	012 - Exames para triagem neonatal
02.02.11.013-3	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE	R\$66,00	012 - Exames para triagem neonatal
02.02.11.014-1	DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR	R\$150,00	012 - Exames para triagem neonatal
02.02.12.001-5	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	R\$10,65	013 - Exames imunohematológicos



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (44) 3664-1320.

02.02.12.002-3	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$1,37	013 - Exames imunohematológicos
02.02.12.003-1	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	R\$10,65	013 - Exames imunohematológicos
02.02.12.004-0	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	R\$10,65	013 - Exames imunohematológicos
02.02.12.005-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO	R\$5,79	013 - Exames imunohematológicos
02.02.12.006-6	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC	R\$5,79	013 - Exames imunohematológicos
02.02.12.007-4	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO	R\$5,79	013 - Exames imunohematológicos
02.02.12.008-2	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$1,37	013 - Exames imunohematológicos
02.02.12.009-0	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$2,73	013 - Exames imunohematológicos
02.02.12.010-4	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	R\$5,79	013 - Exames imunohematológicos
	COLETAS DE SWAB E PROCESSAMENTO DE TESTE RÁPIDO, PARA PESQUISA DE ANTÍGENO PARA SARS-COV-2019.	R\$140,00	
	EXAME SOROLOGIA IGM METODO ELISA	25,00	Dengue
	EXAME SOROLOGIA IGG MÉTODO ELISA	30,00	Dengue
	DENGUE NS1 + PESQUISA DE ANTÍGENO	30,00	Dengue
	Chikungunya IGM	164,90	
	Chikungunya IGG	164,90	
	D-DIMERO	90,00	
	CITOMEGALOVIRUS IGG	100,00	
	CITOMEGALOVIRUS IGM	100,00	
	BNP – PEPTÍDEO NATRIURÉTICO	150,00	
	Preparação de materiais para Exames.	4,00	

Alto Paraíso – Paraná, ___ de _____ de 2026.

Assinatura e Carimbo da Empresa.