

**CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 02/2024 - CIS-IVAIPORÃ**  
**CRENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS PESSOAS JURÍDICAS PARA**  
**PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DA ÁREA DA SAÚDE NA ESPECIALIDADE DE**  
**ANALISES CLINICA PARA 2024**

**1 – PREÂMBULO**

1.1 – O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã – através da Comissão de Contratação, designada pela PORTARIA Nº 36/2023, publicada no Diário Oficial no dia 04 de dezembro de 2023 edição 1277 e em conformidade com a Lei nº 14.133/2021 e Resolução nº 09/2023 do CIS Ivaiporã, Lei nº 8.080/90, Portaria nº 1286/93 de Ministério da Saúde e demais legislações aplicáveis, que instituem este chamamento, **torna público** a realização do **CRENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DA SAÚDE**, para prestação de serviços na especialidade de análises clínicas para o exercício de 2024, referidas no item 2 – Objeto deste instrumento, nos termos e condições a seguir:

**2 – OBJETO**

<b>CÓDIGO</b>	<b>ESPECIALIDADE –</b>
1	ANALISES CLINICAS

**3 – CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CRENCIAMENTO**

3.1 – Poderão participar do Credenciamento 2024 os estabelecimentos nas áreas da saúde que realizem os procedimentos de Análises Clínicas, desde que, atendidos os requisitos exigidos no item 6.1 do instrumento convocatório.

3.2 – É vedada a participação no Credenciamento de interessados que estejam cumprindo sanções administrativas previstas na Lei nº 14.133/21 e Resolução nº 09/2023 do CIS Ivaiporã, ou legislações congêneres.

3.3 – Não poderão participar do Credenciamento os profissionais concursados que integrarem o quadro de pessoal efetivo do CIS/IVAIPORÃ - **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ**.

3.4 – Não poderão participar do Credenciamento os anteriormente descredenciados pelo CIS- IVAIPORÃ, por descumprimento de cláusulas contratuais ou irregularidades na execução dos serviços prestados.

#### **4 – FORMAS DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO**

4.1 – Os interessados poderão inscrever-se a partir da publicação do presente instrumento.

4.2 – Serão considerados credenciados, os profissionais, pessoas jurídicas, que apresentarem no prazo todos os Documentos elencados no item 6.1 deste instrumento, devendo obrigatoriamente participar do processo de inexigibilidade a ser realizado.

4.3 – Os interessados poderão inscrever-se para Credenciamento, para o exercício de 2024 **a partir do dia 19/02/2024**, respeitando o período de recesso do **CIS/ IVAIPORÃ**, com previsão de processo de inexigibilidade para fevereiro de 2024.

4.4 – Os interessados poderão solicitar a inscrição no Setor de Licitações e Contratos e acesso à internet – [www.cisivaipora.com.br](http://www.cisivaipora.com.br) a qualquer momento, sendo sua contratação realizada conforme necessidade do **CIS/ IVAIPORÃ**.

#### **5 – FORMAS DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS**

5.1 – Os interessados deverão encaminhar os documentos relacionados no item 6.1 ao Setor de Licitações e Contratos, na sede administrativa do **CIS/ IVAIPORÃ**, localizado na Rua Diva Proença, nº 500 – centro, no horário das 08h30min às 11h30min e das 13h30min às 16h30min em dias de expediente, devendo os mesmos ser envelopados, contendo no seu bojo o que segue:

#### **CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS NA ÁREA DA SAÚDE**

**EMPRESA INTERESSADA:**

**ENDEREÇO:**

**TELEFONE PARA CONTATO:**

Parágrafo único: serão protocolados somente os pedidos de credenciamento que apresentarem a documentação completa exigida no edital.

#### **6 – DOCUMENTAÇÕES REFERENTES À HABILITAÇÃO**

6.1 – Para o credenciamento, os profissionais, pessoa jurídica, deverão apresentar ao setor de licitações e contratos do **CIS/ IVAIPORÃ – CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ** a documentação informada abaixo, devendo ser entregue em 01 (uma) via, por processo de cópia simples acompanhada do documento original para autenticação no **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ**, conforme exigência do artigo 12, IV da Lei 14.133/2021.

**6.2 PARA COMPROVAR A REGULARIDADE DA EMPRESA FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR OS SEGUINTE DOCUMENTOS:**

a) Anexos II, III, IV, V, VI E VII em papel timbrado da empresa, conforme modelo disponível em anexo.

b) Registro comercial em caso de empresa individual, ou Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social em caso de Instituição. Sendo apresentado Estatuto Social deverá ser apresentada juntamente a cópia da Ata de Eleição do representante legal da Instituição;

c) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CARTÃO CNPJ);

d) Alvará de licença para funcionamento e licença sanitária do local onde serão realizados os atendimentos, devidamente atualizado e válido a época do requerimento.

e) Prova de regularidade fiscal com a Fazenda Federal, conforme Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751/14 (que regulamenta a Portaria do Ministério da Fazenda nº 358/14), unificaram as certidões de regularidade fiscal de tributos federais e de contribuições previdenciárias;

f) Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Estadual;

g) Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Municipal da cidade sede da empresa;

h) Prova de regularidade fiscal relativo ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);

i) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa, nos Termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943.

j) Certificado de Inscrição de Empresa Credenciada no respectivo Conselho da Classe Profissional;

**Observação:** *Somente serão aceitos certificados de regularidade de Inscrição de Pessoa Jurídica de outros Conselhos de Classe, quando o requerimento para credenciamento se destinar a procedimentos diversos da medicina.*

k) Cédula de identidade do representante legal da empresa interessada e do profissional responsável técnico na prestação de serviços;

l) CPF do representante legal da empresa interessada e do profissional responsável técnico na prestação de serviços;

m) Certidão de participação ativa em ensaio de proficiência (Conforme Resolução SESA 368/2013, publicada no Diário Oficial do Estado em 12/06/2013, aplicável aos laboratórios de análises clínicas);

### 6.3 - PROFISSIONAIS ATUANTES

- a) Cédula de identidade dos profissionais atuantes;
- b) CPF dos profissionais atuantes;
- c) Comprovante de residência dos profissionais atuantes;
- d) Comprovante de inscrição no Conselho Regional da Categoria dos profissionais atuantes;
- e) Número de inscrição no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde dos profissionais atuantes
- f) Diploma de curso superior do responsável técnico pela prestação de serviços, devidamente registrado no Conselho da Classe Profissional, (frente e verso);
- g) Certidão de conduta ético-profissional emitida pelo respectivo Conselho da Classe Profissional, válida para o ano.
- h) Cartão Nacional do SUS.
- i) Comprovação de vínculo de todos os profissionais com a empresa;
  - i1) Profissional da saúde: sócio proprietário ou cotista, em caso de exercer direção técnica da empresa, cópia do contrato social e suas modificações em vigor ou ultima ata de eleição da diretoria devidamente registrada no órgão competente;
  - i2) Profissional da saúde, com vínculo empregatício com a empresa, cópia do registro em carteira de trabalho ou ficha de registro de empregados;
  - i3) Profissional da saúde, credenciado ou prestador de serviço autônomo, com vínculo contratual com a empresa; cópia do contrato de prestação de serviço ou termo de declaração conforme anexo VI;

6.4 – São de inteira responsabilidade da empresa credenciada, manter atualizados todos documentação exigidas no Item 6.2 desse instrumento, principalmente no que diz respeito às certidões negativas de débito, antes a expiração da data de validade, bem como informar e encaminhar ao **CIS/ IVAIPORÃ** - toda e qualquer alteração ocorrida na empresa após o credenciamento.

**PARÁGRAFO UNICO:** Os pagamentos dos serviços prestados ficam condicionados ao cumprimento do item 6.2 desse instrumento, pela empresa credenciada.

## 7 – PROCEDIMENTOS DO CREDENCIAMENTO

7.1 – O credenciamento será amplamente divulgado e estará permanentemente aberto aos interessados, obrigando-se a unidade por ele responsável a proceder, no

mínimo anualmente, através da imprensa oficial e de jornal diário a chamamento público para a atualização dos registros existentes e para o ingresso de novos interessados, conforme art. 87, §1º da Lei nº 14.133/2021.

7.1.1 – O inteiro teor deste Chamamento Público nº 02/2024 também estará fixado em edital interno e acessível ao público nas repartições administrativas do **CIS/ IVAIPORÃ - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ**, na Rua Professora Diva Proença, 500, na cidade de Ivaiporã- PR.

7.2 – Ao requerer a inscrição no Setor de Licitações e Contratos, ou atualização deste, a qualquer tempo, o interessado fornecerá os elementos necessários à satisfação das exigências contidas no item 6.1 deste instrumento. Posteriormente o **CIS/ IVAIPORÃ - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ** fará uma avaliação das condições técnicas do credenciado, o qual deverá atender às necessidades e especificações exigidas a cada caso.

7.3 – Somente serão considerados credenciados os prestadores que foram aprovados pela avaliação técnica, realizada pela assessoria jurídica e Comissão de Contratação do CIS.

7.4 – A qualquer tempo o credenciamento poderá ser alterado, suspenso ou cancelado. Do mesmo modo o **CIS/ IVAIPORÃ - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ** poderá cancelar o atendimento do credenciado que deixar de satisfazer as exigências estabelecidas para o credenciamento, desde que comunicado por escrito com 30 (trinta) dias de antecedência, bem como do credenciado que suspender o atendimento por motivo irrelevante ou administrativo, sendo que ao suspender sem justificativa plausível terá seu credenciamento cancelado, de acordo com a Lei nº 14.133/2021, especialmente no art. 156, que dispõe sobre as sanções de impedimento de licitar e contratar e declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a administração.

7.5 – A quantidade de atendimentos, exames, procedimentos e afins, estimado para os contratos derivados deste credenciamento não vinculam o consórcio intermunicipal, ou seus entes consorciados, não sendo obrigatória sua execução integral, a qual se dará a partir de efetiva demanda.

7.6 - O valor estimado, constante da proposta de Anexo A1 foi calculado levando em conta a média histórica anual, mais 30% a fim de se registrarem preços para serviços a serem prestados no ano exercício financeiro da contratação, ressalvada a possibilidade de prorrogação da ata celebrada - art. 84 da Lei nº 14.133/2021.

§1º. Em se tratando de serviços que não foram, até então, realizados pelo CIS, permite-se o registro de preços, limitada à própria Unidade, sem indicação do total a ser contratado, porém com indicativo de valor máximo da despesa que lhes suportará, conforme consta do Anexo a1) - art. 82, §3º, I, e §1º, da Lei nº 14.133/2021.

§2º. O quantitativo estimado traduz a expectativa de contratação do CIS para o período em questão, de forma que eventuais atas de registro de preços não geram qualquer direito adquirido à contratação, como dispõe o art. 83 da Lei nº 14.133/2021.

§3º. Diante da impossibilidade de se prever a quantidade de credenciados, além de se tratar de contratação dependente de critério de seleção de terceiros (art. 79, II, da Lei nº 14.133/2021), as atas de registro de preços serão celebradas tendo por limite máximo a expectativa total de contratação prevista.

7.7- Caberá ao interessado no credenciamento apresentar PROPOSTA nos exatos moldes disponibilizados pelo CIS/IVAIPORÃ, indicados ao Anexo a1), o qual resta disponível no formato Excel no endereço eletrônico [www.cisivaipora.com.br](http://www.cisivaipora.com.br) aba CHAMAMENTO PUBLICO, pasta referente a 2024, Chamamento Publico nº02/ 2024 a fim de facilitar o preenchimento. **Não será aceito outra forma de preenchimento de proposta a não ser a planilha em Excel.**

§1º. O fornecedor interessado poderá alterar apenas e tão somente as colunas relativas ao item oferecido e, por consequência, selecionar o procedimento que irá credenciar para ser registrado.

7.8- Fica autorizada confecção de ata suplementar nos casos de esgotamento de saldo, sendo obrigatório obedecer à dotação orçamentaria estipulado no chamamento

7.9 – De igual forma, a lista contendo o nome de todas as empresas profissionais credenciadas será repassada diretamente às Secretarias de Saúde dos Municípios Consorciados, de modo que, os pacientes de cada município possam realizar a escolha do Laboratório que desejar receber atendimento, de maneira a se permitir a rotatividade entre todos os credenciados.

7.10 – Em nenhum caso, o **CIS/ IVAIPORÃ - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ** indicará a qualquer pessoa, Secretarias de Saúde, autoridades, dentre outros, os profissionais credenciados, sendo excluída, portanto, a vontade da Administração na demanda por credenciado.

7.11 – A quantidade de atendimentos/exames constantes na programação do **CIS/ IVAIPORÃ - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ** não significa contratação imediata.

## **8 – CRITÉRIOS DE CREDENCIAMENTO**

8.1 – Os profissionais serão cadastrados de acordo com a ordem de apresentação dos envelopes junto Comissão de Contratação.

8.2 – O Setor de Licitações e Contratos após a entrega dos documentos exigidos no presente edital protocolará cada envelope recebido em uma lista que contém sequência numérica, informando o dia, vinculando ao chamamento referente, e a especialidade da apresentação da referida documentação.

## **9 - DA CONTRATAÇÃO E ASSINATURA:**

9.1 - A contratação será efetuada por meio de processo de Inexigibilidade, de acordo com art. 74, IV da Lei 14.133/2021, mediante Registro de Preços, nos termos do Artigo 82, §6º da Lei 14.133/2021.

9.2 – Estando regular a documentação apresentada, será celebrada Ata de Registro de Preços para fornecimento dos serviços ora contratados.

9.3 – A Ata de Registro de Preços terá validade de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogada, se houver saldo disponível para tanto, bem como se assim convencionarem as partes, mediante a lavratura do Termo Aditivo.

9.4 - A Contratada terá o prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados a partir da data de sua convocação, para assinar a Ata de Registro de Preços, sob pena de decair do direito à contratação, sem prejuízo das sanções previstas neste Edital.

## **10 – DO VALOR E PRAZO DE EXECUÇÃO**

10.1 – A remuneração pela prestação de serviços será de acordo com a Tabela de Procedimentos constantes no Anexo I deste edital, de acordo com Resolução nº04/2024 com valores referenciais para 2024 conforme publicada no site oficial do **CIS/IVAIPORÃ**, no dia 05 de fevereiro de 2024, edição nº 1297, que habilitaram os procedimentos aptos a serem realizados, no preço pré-fixado.

10.2 - O Valor disponível para realização dos serviços constará no orçamento para o exercício de 2024.

10.3 – Os Pagamentos pela execução dos serviços correrão por fontes dos recursos ao qual estará contido no orçamento para exercício de 2024.

10.4 – O Prazo de execução será entre 19 de FEVEREIRO de 2024 a 20 de FEVEREIRO de 2025, podendo ser prorrogada, por igual período, nos termos do artigo 84 da Lei nº 14.133/2021, desde que haja saldo disponível para a referida prorrogação.

## **11 – CRITÉRIOS DE REAJUSTE, INCLUSÃO OU EXCLUSÃO.**

11.1 – O preço permanecerá fixo e irremovível durante a vigência da Ata de Registro de Preços, podendo, contudo, ocorrer a exclusão ou inclusão de novos procedimentos na tabela, a qualquer momento, desde que, através de resolução publicada no Órgão de imprensa oficial do CIS, após aprovação da CRESEMS e do Conselho de Prefeitos.

## **12 – SANÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA O CASO DE INADIMPLEMENTO DOS SERVIÇOS**

12.1 – Pela inexecução total ou parcial na prestação dos serviços contratados, o Consórcio Intermunicipal de Saúde, poderá garantir a prévia defesa, aplicando aos credenciados as sanções previstas no art. 156 da Lei nº 14.133/2021.

12.2 – O prestador de serviço credenciado pelo CIS- **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ**, não poderá em hipótese alguma cobrar qualquer valor dos usuários de saúde, referente aos atendimentos realizados **ou mesmo indicar consultórios particulares para realização dos mesmos, sob pena de descredenciamento.**

12.3 - Todos os pagamentos serão realizados exclusivamente pelo **CIS/ IVAIPORÃ**.

### **13 – CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

13.1 – Os valores a serem pagos serão apurados de acordo com o número de consultas, exames, procedimentos, cirurgias ou carga horaria efetivamente realizados e devidamente autorizados previamente pelo **CIS/ IVAIPORÃ - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ**. A produção do período deverá ser comprovada através da apresentação de Fatura/Relatório e guias de autorização emitida pelo sistema de marcação do **CIS/ IVAIPORÃ**.

13.2 - **Deverão ser respeitadas pelo prestador de serviços as datas de validade das autorizações dos procedimentos, sendo que qualquer procedimento realizado fora do mês de execução dos serviços serão glosados por esse Consórcio.**

13.3- **Para faturamento as guias deverão ser encaminhadas em ordem de dia, e ordem alfabética, sem rasuras, bem como todas elas deverão ser assinadas pelos pacientes, e os pedidos médicos deverão vir anexados.**

13.4 – Todos os credenciados deverão possuir em seu consultório um computador com acesso a internet, para acessar o programa de atendimento do Consórcio, que será usado para a recepção dos pacientes, faturamento e relatórios diversos.

13.5 - De acordo com a legislação vigente, somente serão admitidas **NOTAS FISCAIS ELETRÔNICAS**, exceto para os prestadores onde os municípios não possibilitem a emissão de nota fiscal eletrônica, neste caso será aceito nota fiscal manual juntamente com declaração da Tributação do respectivo município.

13.6 - **A contratada deverá observar o contido na Resolução nº 34/2023, que disciplina que o CIS Ivaiporã fica obrigado a proceder à retenção do Imposto de Renda (IR), com base na Instrução Normativa RFB n.º 1.234, de 11 de janeiro de 2012.**

13.7 – **O pagamento dos serviços prestados ocorrerá em até 20 (vinte) dias após a entrega da nota fiscal eletrônica ao setor de faturamento do CIS/ IVAIPORÃ, devidamente acompanhada das certidões fiscais dentro da validade, que serão pagas após verificação mediante transferência em conta no Banco do Brasil, por ser banco oficial, sendo obrigatória conta neste banco.**

**13.7.1 - Caso a pessoa jurídica não possua conta bancária junto ao Banco do Brasil, deverá providenciar a emissão de boleto para pagamento, sendo que tanto no caso de emissão de boleto, como no caso de transferência bancária em conta no Banco do Brasil, a referida conta bancária deverá pertencer à pessoa jurídica credenciada.**

13.8 – Fica condicionado o pagamento dos serviços prestados, a regular situação do cadastro da empresa no **CIS/ IVAIPORÃ**, tendo essa que apresentar regularmente a esse consorcio os documentos com validade, antes mesmo que expire o prazo de validade dos mesmos, conforme item 6.2 desse edital.

13.9 – Todos os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais decorrentes da prestação de serviços, serão de responsabilidade da empresa credenciada;

13. 10 – O valor disponível estimado para a realização dos serviços será de R\$ 10.000.000,00 (dez milhões).

13.11 - Os pagamentos decorrentes da execução dos serviços correrão por conta dos recursos das seguintes dotações orçamentárias:

Red. 32 - 02.003.10.302.0002.2010. 3.3.90.39.00.00- OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

#### **14- DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO**

**14.1-** Seguir as diretrizes do SUS nas prescrições médicas de medicamentos, ou seja, seguir a RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais do SUS, bem como a Relação de Medicamentos Regional elaborada pela 22ª Regional de Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica que constará na lista a ser disponibilizada pelo CIS IVAIPORÃ;

**14.2 -** Seguir as diretrizes do SUS nas prescrições médicas tanto de medicamento quanto de exames de acordo com as orientações do CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, as quais disponibilizam todas as orientações sobre os PCDT – Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, auxiliando os médicos no trabalho diário e diminuindo a judicialização no SUS, conforme Lei 12.401/2011, que altera a Lei 8.080/1990;

**14.3-** Respeitar os horários dos exames, considerado a pontualidade para inícios dos atendimentos com os respectivos horários, intervalados e os atendimentos prioritários e preferenciais colocados pela equipe de atendimento.

**14.4-** Utilizar adequadamente o sistema de informação interno para processos e registros das consultas (IDS), considerando o chamamento dos pacientes em painel digital, realização de prontuários eletrônicos e demais opções disponíveis no sistema orientados pelo CIS.

**14.05-** É de responsabilidade do prestador, conforme declaração contida neste chamamento, se responsabilizar pelo login e senha do sistema IDS, disponibilizado pelo CIS Ivaiporã ao profissional que fará uso do sistema.

**14.06-** Encaminhar com antecedência para o setor responsável do CIS, a disponibilidade de atendimento para o próximo mês, respeitando o prazo 10 (dez) dias de antecedência para cancelamento da agenda.

**14.07-** Informar ao CIS-IVAIPORÃ qualquer alteração que venha a ocorrer no período da vigência do contrato como: Alteração de razão social e/ou mudança de endereço, mudança de Diretoria, Responsável Legal, Responsável Técnico, exclusão de profissional, bem como encaminhar juntamente com o Requerimento preenchido os documentos alterados.

## **15 – RECURSOS**

15.1 – Aos credenciados é assegurado o direito de interposição de Recurso, nos termos do art. 165 da Lei nº 14.133/2021.

15.2 – Qualquer cidadão e/ou usuários poderão denunciar toda e qualquer irregularidade verificada na prestação de serviços e/ou no faturamento, mediante denúncia no Setor de controle interno do **CIS/ IVAIPORÃ** pelo fone (43) 3472 0649 no endereço Rua Professora Diva Proença nº500, na cidade de Ivaiporã, Estado do Paraná, no setor de Ouvidoria.

## **16 – DISPOSIÇÕES GERAIS**

16.1 – Fica eleito o foro da cidade de **IVAIPORÃ**, Estado do Paraná, como competente para dirimir todas as questões decorrentes do credenciamento.

16.2 – Este Edital de Chamamento Público entra em vigor na data de sua publicação.

16.3 – Integram o presente instrumento, os seguintes anexos:

- a) Anexo I - Tabela de Valores exames laboratoriais
- b) Anexo II- Modelo de requerimento para credenciamento;
- c) Anexo III - Modelo declaração de idoneidade;
- d) Anexo IV - Modelo de declaração de Observância ao Disposto no Inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal.
- e) Anexo V- Declaração de Vínculo do corpo clínico Laboratório
- g) Anexo VI – Termo de Responsabilidade – Acesso login e senha
- i) Anexo VII – Declaração de condição de participação
- j) Anexo VIII – Minuta ata de Registro de preço Prestação de Serviços

Ivaiporã, 19 de fevereiro de 2024.

\_\_\_\_\_  
**Presidente da Comissão de Contratação**  
**Natasha Mayara Vieira**

**ANEXO I – TABELA DE VALORES EXAMES LABORATORIAIS**

<b>nº</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR</b>
1	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 6,36
2	ADENOGRAMA	R\$ 4,76
3	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS/SEDIMENTO/ URINA	R\$ 5,86
4	ANTI ENDOMISIO IGA	R\$ 53,00
5	ANTI ENDOMISIO IGG	R\$ 53,00
6	ANTI ENDOMISIO IGM	R\$ 53,00
7	ANTIBIOGRAMA	R\$ 14,66
8	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R\$ 14,66
9	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	R\$ 4,62
10	ANTIFUNGIGRAMA	R\$ 70,45
11	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	R\$ 4,62
12	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	R\$ 3,08
13	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNOSTICA)	R\$ 4,62
14	BACTEROSCOPIA (GRAM)	R\$ 6,18
15	BIOPSIA DE COLO DE FUNDO VAGINAL OU PÓLIPOS POR FRAGMENTOS	R\$ 120,00
16	BIOPSIA RENAL	R\$ 120,00
17	BNP-PEPTÍDEO NATRIURÉTICO	R\$ 270,00
18	CA 125	R\$ 47,00
19	CATETER DUPLO I	R\$ 180,00

20	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	R\$ 4,76
21	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	R\$ 1,96
22	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	R\$ 8,37
23	CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 3,86
24	CLEARANCE DE FOSFATO	R\$ 3,86
25	CLEARANCE DE UREIA	R\$ 3,86
26	CLEARANCE OSMOLAR	R\$ 3,86
27	COAGULOGRAMA COMPLETO (TS, TC, PROVA LAÇO, RETRAÇÃO DO COÁGULO, CONTAGEM DE PLAQUETAS, TEMPO DA PROTROMBINA, TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO)	R\$ 35,00
28	CONTAGEM DE ADDIS	R\$ 4,07
29	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	R\$ 3,11
30	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8(cada)	R\$ 36,30
31	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	R\$ 18,87
32	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 5,20
33	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$ 8,89
34	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,96
35	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 7,21
36	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 4,76
37	CULTURA DO LEITE MATERNO (POS-PASTEURIZACAO)	R\$ 4,76
38	CULTURA P/ HERPESVIRUS	R\$ 6,19
39	CULTURA PARA BAAR	R\$ 11,27
40	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R\$ 4,60

41	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$ 3,08
42	D – DÍMERO QUANTITATIVO	R\$ 65,00
43	DOSAGEM TROPONINA	R\$ 26,22
44	DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R\$ 80,00
45	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	R\$ 11,00
46	DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 72,60
47	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)	R\$ 72,60
48	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)	R\$ 6,05
49	DETERMINACAO CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO P/ CORTISONA (4 DOSAG.)	R\$ 10,00
50	DETERMINACAO CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO P/ CORTISONA (5 DOSAG.)	R\$ 10,00
51	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	R\$ 1,50
52	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R\$ 2,10
53	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 35,72
54	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 9,68
55	DETERMINACAO DE CARIOTIPO/ CULTURA DE LONGA DURACAO (BANDAS)	R\$ 35,72
56	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	R\$ 11,00
57	DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS	R\$ 2,00
58	DETERMINACAO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR	R\$ 7,29
59	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 7,60
60	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	R\$ 10,00
61	DETERMINACAO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	R\$ 16,50
62	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 9,53

63	DETERMINAÇÃO DE FOSFOLÍPIDIOS RELAÇÃO LECITINA – ESFINGOMIELINA NO LÍQUIDO AMNIÓTICO	R\$ 2,21
64	DETERMINAÇÃO DE ÍNDICE DE TIROXINA LIVRE	R\$ 13,79
65	DETERMINAÇÃO DE OSMOLALIDADE	R\$ 4,07
66	DETERMINAÇÃO DE OSMOLARIDADE	R\$ 3,86
67	DETERMINAÇÃO DE RECEPTORES TUMORAIS HORMONAIS	R\$ 47,53
68	DETERMINAÇÃO DE RETENÇÃO DE T3	R\$ 16,15
69	DETERMINAÇÃO DE SULFO-HEMOGLOBINA	R\$ 20,80
70	DETERMINAÇÃO DE T3 REVERSO	R\$ 11,22
71	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	R\$ 7,32
72	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	R\$ 10,02
73	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	R\$ 7,32
74	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO –DUKE	R\$ 11,56
75	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMÁCIAS	R\$ 5,06
76	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA	R\$ 1,68
77	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 3,00
78	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 3,00
79	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSÉDIMENTAÇÃO (VHS)	R\$ 3,00
80	DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 11,71
81	DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA	R\$ 18,87
82	DOSAGEM ANTI CÂNDIDA IGG	R\$ 31,13
83	DOSAGEM ANTI CÂNDIDA IGM	R\$ 31,13
84	DOSAGEM ANTI GLIADINA GLUTEN IGA	R\$ 31,13

85	DOSAGEM ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA	R\$ 38,81
86	DOSAGEM ANTITROMBINA III	R\$ 28,51
87	DOSAGEM BETA HCG HORMONIO GONODOTROFICO CORIONICA QUANTITATIVO	R\$ 25,38
88	DOSAGEM BRUCELOSE IGG	R\$ 28,31
89	DOSAGEM BRUCELOSE IGM	R\$ 34,32
90	DOSAGEM CA 153	R\$ 38,00
91	DOSAGEM CA 199	R\$ 38,00
92	DOSAGEM CAXUMBA IGG	R\$ 75,40
93	DOSAGEM CHAGAS IGG	R\$ 28,31
94	DOSAGEM CHAGAS IGM	R\$ 34,32
95	DOSAGEM DA FRACAO C1Q DO COMPLEMENTO	R\$ 4,07
96	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIprogesterona	R\$ 7,39
97	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	R\$ 7,39
98	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	R\$ 7,39
99	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 35,84
100	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	R\$ 3,86
101	DOSAGEM DE ACETONA	R\$ 2,10
102	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	R\$ 15,53
103	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R\$ 4,04
104	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	R\$ 2,45
105	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	R\$ 4,04
106	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	R\$ 2,26

107	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	R\$ 17,21
108	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$ 2,22
109	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R\$ 3,86
110	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	R\$ 4,04
111	DOSAGEM DE ACUCARES (POR CROMATOGRAFIA)	R\$ 2,24
112	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$ 13,07
113	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	R\$ 2,21
114	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	R\$ 30,25
115	DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$ 2,10
116	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$ 13,21
117	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	R\$ 4,04
118	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R\$ 4,53
119	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	R\$ 4,04
120	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$ 11,00
121	DOSAGEM DE ALUMINIO	R\$ 11,00
122	DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 4,04
123	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	R\$ 11,00
124	DOSAGEM DE AMONIA	R\$ 17,14
125	DOSAGEM DE AMONIA URINARIA	R\$ 38,00
126	DOSAGEM DE AMP CICLICO	R\$ 12,68
127	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$ 15,81
128	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	R\$ 11,00

129	DOSAGEM DE ANTI GLIADINA GLUTEN IGG	R\$ 22,65
130	DOSAGEM DE ANTI GLIADINA GLUTEN IGM	R\$ 38,91
131	DOSAGEM DE ANTI NEUTRÓFILOS ANCA C	R\$ 38,91
132	DOSAGEM DE ANTI NEUTRÓFILOS ANCA P	R\$ 38,91
133	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R\$ 4,52
134	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTI ILHOTA DE LANGHERANS	R\$ 45,13
135	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	R\$ 14,44
136	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 19,70
137	DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTÁTICO LIVRE (PSA LIVRE)	R\$ 19,70
138	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$ 5,95
139	DOSAGEM DE BARBITURATOS	R\$ 14,82
140	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	R\$ 7,20
141	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$ 20,40
142	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 3,86
143	DOSAGEM DE CADMIO	R\$ 19,28
144	DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 4,00
145	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$ 4,00
146	DOSAGEM DE CALCITONINA	R\$ 10,84
147	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$ 34,52
148	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	R\$ 9,71
149	DOSAGEM DE CAROTENO	R\$ 2,21
150	DOSAGEM DE CAXUMBA IGM	R\$ 80,01

151	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	R\$ 2,10
152	DOSAGEM DE CHLAMYDIA IGG	R\$ 52,12
153	DOSAGEM DE CHLAMYDIA IGM	R\$ 45,13
154	DOSAGEM DE CHUMBO	R\$ 64,47
155	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R\$ 3,86
156	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R\$ 77,02
157	DOSAGEM DE CITRATO	R\$ 8,93
158	DOSAGEM DE CLORETO	R\$ 2,21
159	DOSAGEM DE COBRE	R\$ 9,86
160	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 3,86
161	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 3,86
162	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 2,90
163	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R\$ 4,04
164	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 18,87
165	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$ 6,31
166	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 12,37
167	DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 4,04
168	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 2,21
169	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 8,64
170	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$ 4,04
171	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	R\$ 18,87
172	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 12,28

173	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	R\$ 3,86
174	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	R\$ 4,04
175	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R\$ 3,86
176	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	R\$ 2,47
177	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R\$ 17,21
178	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 11,16
179	DOSAGEM DE ERITROPOIETINA	R\$ 70,54
180	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	R\$ 3,86
181	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 12,70
182	DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$ 12,23
183	DOSAGEM DE ESTRONA	R\$ 15,56
184	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	R\$ 38,74
185	DOSAGEM DE FATOR II	R\$ 3,00
186	DOSAGEM DE FATOR IX	R\$ 1,68
187	DOSAGEM DE FATOR V	R\$ 4,52
188	DOSAGEM DE FATOR VII	R\$ 3,00
189	DOSAGEM DE FATOR VIII	R\$ 27,50
190	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	R\$ 4,52
191	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	R\$ 3,00
192	DOSAGEM DE FATOR X	R\$ 3,00
193	DOSAGEM DE FATOR XI	R\$ 3,00
194	DOSAGEM DE FATOR XII	R\$ 3,00

195	DOSAGEM DE FATOR XIII	R\$ 4,52
196	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICA TARDIO)	R\$ 13,31
197	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	R\$ 22,99
198	DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA	R\$ 6,05
199	DOSAGEM DE FENITOINA	R\$ 32,25
200	DOSAGEM DE FENOL	R\$ 3,86
201	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 18,71
202	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$ 4,21
203	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R\$ 3,00
204	DOSAGEM DE FOLATO	R\$ 4,04
205	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	R\$ 2,47
206	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA NO ESPERMA	R\$ 1,96
207	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	R\$ 3,86
208	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 3,50
209	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	R\$ 2,21
210	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 2,50
211	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	R\$ 2,10
212	DOSAGEM DE FRUTOSE	R\$ 2,21
213	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	R\$ 1,96
214	DOSAGEM DE GALACTOSE	R\$ 2,10
215	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,21
216	DOSAGEM DE GASTRINA	R\$ 16,68

217	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 2,21
218	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,96
219	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	R\$ 4,53
220	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	R\$ 8,63
221	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 11,23
222	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	R\$ 3,86
223	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	R\$ 3,86
224	DOSAGEM DE HELICOBACTER PYLORI IGA	R\$ 197,77
225	DOSAGEM DE HELICOBACTER PYLORI IGG	R\$ 45,78
226	DOSAGEM DE HELICOBACTER PYLORI IGM	R\$ 52,12
227	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 3,00
228	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA – INSTABILIDADE A 37OC	R\$ 3,00
229	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	R\$ 13,20
230	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 10,44
231	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	R\$ 3,00
232	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	R\$ 2,10
233	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$ 8,67
234	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 9,86
235	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 9,85
236	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 11,18
237	DOSAGEM DE IGF- BP3 PROTEINA LIGADORA DOS FATORES DE CRESCIMENTO	R\$ 66,93
238	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$ 20,40

239	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 20,40
240	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 10,17
241	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	R\$ 11,00
242	DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 21,44
243	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	R\$ 16,76
244	DOSAGEM DE LACTATO	R\$ 4,04
245	DOSAGEM DE LEISHMANIOSE IGG	R\$ 28,31
246	DOSAGEM DE LEISHMANIOSE IGM	R\$ 34,32
247	DOSAGEM DE LEPTOSPIROSE IGG	R\$ 38,91
248	DOSAGEM DE LEPTOSPIROSE IGM	R\$ 52,13
249	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	R\$ 4,86
250	DOSAGEM DE LIPASE	R\$ 8,21
251	DOSAGEM DE LITIO	R\$ 5,24
252	DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 4,04
253	DOSAGEM DE MERCURIO	R\$ 4,52
254	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	R\$ 11,00
255	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	R\$ 11,00
256	DOSAGEM DE METOTREXATO	R\$ 11,00
257	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 14,04
258	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	R\$ 7,20
259	DOSAGEM DE OXALATO	R\$ 2,24
260	DOSAGEM DE PARACOCCIDIOIDOMICOSE ANTICORPOS TOTAIS IGG	R\$ 65,68

261	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 16,88
262	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 31,24
263	DOSAGEM DE PIRUVATO	R\$ 16,76
264	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	R\$ 3,00
265	DOSAGEM DE PORFIRINAS	R\$ 7,12
266	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 3,00
267	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 11,16
268	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$ 14,50
269	DOSAGEM DE PROTEINA C FUNCIONAL	R\$ 75,00
270	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 10,17
271	DOSAGEM DE PROTEINA S FUNCIONAL	R\$ 125,00
272	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 3,34
273	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 7,21
274	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$ 3,00
275	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 3,00
276	DOSAGEM DE QUINIDINA	R\$ 2,21
277	DOSAGEM DE RENINA	R\$ 16,88
278	DOSAGEM DE SALICILATOS	R\$ 3,86
279	DOSAGEM DE SARAMPO IGG	R\$ 28,31
280	DOSAGEM DE SARAMPO IGM	R\$ 34,32
281	DOSAGEM DE SODIO	R\$ 3,00
282	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$ 54,42

283	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R\$ 11,47
284	DOSAGEM DE SULFATOS	R\$ 17,21
285	DOSAGEM DE TACROLIMUS	R\$ 123,44
286	DOSAGEM DE TEOFILINA	R\$ 4,04
287	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 14,42
288	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 16,88
289	DOSAGEM DE TIOCIANATO	R\$ 17,21
290	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$ 9,63
291	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 12,76
292	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 13,20
293	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 3,00
294	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 3,00
295	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,94
296	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 4,21
297	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 13,32
298	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA	R\$ 14,52
299	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	R\$ 9,90
300	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICA TARDIO)	R\$ 11,71
301	DOSAGEM DE UREIA	R\$ 6,35
302	DOSAGEM DE VASOPRESSINA	R\$ 53,14
303	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 3,13
304	DOSAGEM DE ZINCO	R\$ 21,47

305	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	R\$ 4,07
306	DOSAGEM FENOBARBITAL	R\$ 26,22
307	DOSAGEM FRUTOSAMINAS	R\$ 5,63
308	DOSAGEM HOMOCISTEINA	R\$ 27,30
309	DOSAGEM LIPOPROTEINA A	R\$ 14,50
310	DOSAGEM VITAMINA A	R\$ 69,70
311	DOSAGEM VITAMINA E	R\$ 69,70
312	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 19,50
313	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$ 6,34
314	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 10,96
315	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	R\$ 7,21
316	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R\$ 5,50
317	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,36
318	ESPERMOGRAMA	R\$ 60,00
319	ESPLENOGRAMA	R\$ 2,07
320	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA – BIOPSIA	R\$ 47,53
321	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA – PECA CIRURGICA	R\$ 26,40
322	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO – BIOPSIA	R\$ 26,40
323	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO – PECA CIRURGICA	R\$ 26,40
324	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO P/ CONGELAMENTO / PARAFINA (EXCETO COLO UTERINO) – PECA CIRURGICA	R\$ 92,00
325	EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA	R\$ 11,71
326	EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA	R\$ 55,00

327	EXAME CITOPATOLOGICO HORMONAL SERIADO (MINIMO 3 COLETAS)	R\$ 11,71
328	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	R\$ 3,86
329	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	R\$ 6,36
330	EXAME DE CITOLOGIA ONCOTICA (EXCETO CERVICO-VAGINAL)	R\$ 17,56
331	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$ 12,63
332	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	R\$ 4,07
333	EXAME TOXICOLÓGICO	R\$ 150,00
334	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH – HR	R\$ 11,71
335	GASOMETRIA (ARTERIAL OU VENOSA)	R\$ 50,00
336	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE)	R\$ 3,00
337	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 358,17
338	HEMATOCRITO	R\$ 5,50
339	HEMOCULTURA	R\$ 6,19
340	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 6,94
341	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	R\$ 4,76
342	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	R\$ 6,36
343	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	R\$ 2,24
344	IGE ESPECÍFICO BETA LACTOGLOBULINA	R\$ 20,25
345	IGE ESPECÍFICO PARA ALFA LACTOGLOBULINA	R\$ 20,25
346	IGE ESPECÍFICO PARA CASEÍNA	R\$ 20,25
347	IGE ESPECÍFICO PARA CLARA	R\$ 20,25
348	IGE ESPECÍFICO PARA GEMA	R\$ 20,25

349	IGE ESPECÍFICO PARA LEITE (F2)	R\$ 20,25
350	IGE ESPECÍFICO PARA OVO	R\$ 20,25
351	IGE ESPECÍFICO PARA SOJA	R\$ 20,25
352	IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 6,31
353	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$ 11,00
354	IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$ 26,40
355	LEUCOGRAMA	R\$ 4,40
356	MIELOGRAMA	R\$ 10,67
357	PAINEL DE IMUNO-HISTOQUIMICA- ACIMA DE 5 MARCADORES	R\$ 850,00
358	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	R\$ 3,08
359	PESQ. ANTICORPOS /OU ANTIGENO VIRUS SINCIAL RESPIRATORIO	R\$ 20,40
360	PESQ. DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R\$ 11,00
361	PESQ. DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 18,87
362	PESQ. DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 20,40
363	PESQUISA ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$ 20,40
364	PESQUISA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$ 11,00
365	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	R\$ 4,07
366	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	R\$ 2,24
367	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	R\$ 18,87
368	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10,17
369	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	R\$ 18,87
370	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	R\$ 18,87

371	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	R\$ 18,87
372	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	R\$ 18,87
373	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	R\$ 18,87
374	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL	R\$ 18,87
375	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 11,00
376	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	R\$ 20,40
377	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	R\$ 20,40
378	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	R\$ 8,55
379	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R\$ 2,21
380	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$ 10,68
381	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	R\$ 20,40
382	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	R\$ 20,40
383	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$ 10,67
384	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$ 3,11
385	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 11,00
386	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 11,00
387	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	R\$ 10,17
388	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	R\$ 4,51
389	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	R\$ 20,40
390	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	R\$ 18,87
391	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$ 3,11
392	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	R\$ 12,10

393	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	R\$ 10,17
394	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	R\$ 18,66
395	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	R\$ 10,17
396	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	R\$ 20,40
397	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	R\$ 33,00
398	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R\$ 11,00
399	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R\$ 18,87
400	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$ 20,59
401	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$ 20,59
402	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$ 20,59
403	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$ 20,40
404	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$ 18,87
405	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	R\$ 18,87
406	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	R\$ 18,87
407	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 12,77
408	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	R\$ 11,00
409	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	R\$ 20,40
410	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	R\$ 10,17
411	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	R\$ 22,00
412	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 18,87
413	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	R\$ 18,87
414	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,87

415	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 18,87
416	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)	R\$ 14,68
417	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS 496EPSTEIN-BARR	R\$ 4,51
418	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 20,40
419	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 20,40
420	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 3,11
421	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 11,00
422	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 10,17
423	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	R\$ 11,00
424	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 21,94
425	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 21,94
426	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 19,80
427	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$ 20,40
428	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 24,51
429	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 18,11
430	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 18,11
431	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 16,00
432	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 16,00
433	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES P/ METODO DA ELUICAO	R\$ 6,36
434	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 370C	R\$ 6,36
435	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO	R\$ 1,50
436	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$ 19,94

437	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R\$ 22,11
438	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	R\$ 10,17
439	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	R\$ 4,76
440	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	R\$ 2,24
441	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	R\$ 2,24
442	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$ 1,96
443	PESQUISA DE CELULAS LE	R\$ 3,11
444	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	R\$ 1,96
445	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	R\$ 2,24
446	PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)	R\$ 20,40
447	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	R\$ 4,07
448	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	R\$ 10,17
449	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	R\$ 18,87
450	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	R\$ 5,28
451	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	R\$ 4,07
452	PESQUISA DE EOSINOFILOS	R\$ 4,07
453	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	R\$ 2,24
454	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APÓS VASECTOMIA)	R\$ 2,07
455	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$ 3,08
456	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$ 7,81
457	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 3,00
458	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	R\$ 2,24

459	PESQUISA DE FILARIA	R\$ 16,56
460	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	R\$ 3,69
461	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	R\$ 2,24
462	PESQUISA DE GORDURA FECAL	R\$ 2,21
463	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	R\$ 4,76
464	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$ 3,08
465	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R\$ 18,06
466	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA	R\$ 33,34
467	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	R\$ 2,24
468	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECÍFICA	R\$ 23,34
469	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	R\$ 4,07
470	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	R\$ 8,93
471	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	R\$ 5,54
472	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R\$ 4,04
473	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	R\$ 2,24
474	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	R\$ 2,26
475	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	R\$ 2,24
476	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)	R\$ 3,34
477	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 4,07
478	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	R\$ 4,88
479	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	R\$ 2,24
480	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 10,67

481	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	R\$ 14,07
482	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 9,24
483	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORA NAS FEZES	R\$ 6,24
484	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	R\$ 2,24
485	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	R\$ 2,07
486	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	R\$ 14,90
487	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	R\$ 9,24
488	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	R\$ 4,07
489	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R\$ 18,81
490	PESQUISA DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	R\$ 2,24
491	PRÓ BPN – N TERMINAL	R\$ 85,58
492	PROVA DA D-XILOSE	R\$ 4,52
493	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R\$ 18,87
494	PROVA DE DILUICAO (URINA)	R\$ 13,79
495	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	R\$ 2,07
496	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R\$ 3,87
497	PROVA DO LACO	R\$ 3,11
498	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	R\$ 2,07
499	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R\$ 2,07
500	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	R\$ 1,81
501	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	R\$ 1,81

502	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	R\$ 81,81
503	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 298,81
504	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	R\$ 18,87
505	REACAO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 7,81
506	REACAO DE MONTENEGRO ID	R\$ 9,81
507	REACAO DE PANDY	R\$ 2,07
508	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 2,07
509	ROTINA DE LIQUOR ( CEFALORRAQUEANO )	R\$ 168,00
510	SWAB ANAL PARA PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS EM GESTANTES VAGINAL/ANAL	R\$ 40,00
511	T3 LIVRE (TRIIODOTIRONINA LIVRE)	R\$ 13,20
512	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	R\$ 10,17
513	TESTE DE CLEMENTS	R\$ 5,15
514	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APÓS TRH	R\$ 13,32
515	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APÓS CLORPROMAZINA	R\$ 13,32
516	TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APÓS GONADORRELINA	R\$ 13,32
517	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APÓS GLUCAGON	R\$ 13,32
518	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA – SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS	R\$ 5,15
519	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	R\$ 18,87
520	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	R\$ 35,72
521	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APÓS DEXAMETASONA	R\$ 13,32
522	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APÓS GLICOSE	R\$ 9,27
523	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTE ORAIS	R\$ 8,80

524	TESTE DE URÉASE	R\$ 10,00
525	TESTE DE VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS	R\$ 5,81
526	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$ 10,17
527	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 7,81
528	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 7,81
529	TESTE GENÉTICO PARA INTOLERÂNCIA A LACTOSE	R\$ 70,00
530	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$ 6,36
531	TESTE ORAL PARA INTOLERÂNCIA A LACTOSE	R\$ 21,60
532	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	R\$ 16,36
533	TESTE RÁPIDO PARA DENGUE – NSI	R\$ 50,00
534	TESTES ALERGICOS DE CONTATO	R\$ 11,27
535	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	R\$ 3,81
536	TESTES RAPIDOS P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 7,81
537	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	R\$ 7,30
538	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	R\$ 4,81

**ANEXO II****MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO – 2024****TIMBRE DA EMPRESA**

Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da região de Ivaiporã

O INTERESSADO ABAIXO QUALIFICADO REQUER SUA INSCRIÇÃO NO **CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS PESSOA JURIDICA NA AREA DA SAUDE, NA ESPECIALIDADE DE ANALISES CLINICAS - Chamamento público nº. 02/2024**, do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã, objetivando a prestação de serviço dos procedimentos descritos na tabela abaixo:

RAZÃO SOCIAL:

CNPJ:

ENDEREÇO:

CEP:

FONE COMERCIAL:

CELULAR:

MUNICÍPIO:

UF

**DADOS BANCARIOS: OBRIGATÓRIO QUE SEJA BANCO DO BRASIL****BANCO:****AGÊNCIA:****CONTA CORRENTE:**

QTDE/ DIA	DIAS DE ATENDIMENTOS	LOCAL DE ATENDIMENTO		
NOME DO (S) PROFISSIONAL(S) QUE EXECUTARÁ OS SERVIÇOS	CPF	RG:	CRM N°	TELEFONE DO MÉDICO

Local / data/ ano

Declaro que conheço e concordo com os termos constantes do Edital de Credenciamento e seus Regulamentos.

---

**NOME DO REPRESENTANTE LEGAL  
DA EMPRESA REQUERENTE**

**TIMBRE DA EMPRESA**

**ANEXO III – MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE**

**Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã – PARANÁ.**

Declaro para os fins de direito, na qualidade de solicitante de credenciamento na área da saúde, que não fui declarado inidôneo para contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

**CIDADE, DATA, MÊS ANO.**

---

**NOME DA EMPRESA  
REQUERENTE**

**TIMBRE DA EMPRESA**

**ANEXO IV – Disposto no Inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal**

**Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da DE IVAIPORÃ – Estado do Paraná**

Declaro para os fins de direito e sob as penas impostas pela Lei nº. 14.133, de 1º de abril de 2021 e demais legislação pertinente, o cumprimento do disposto no inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

**CIDADE, DATA, MÊS ANO.**

\_\_\_\_\_  
NOME DA EMPRESA  
REQUERENTE

**ANEXO V - DECLARAÇÃO DE VÍNCULO DO CORPO CLINICA**

À Comissão de Licitação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da 22ª Regional de Saúde de Ivaiporã  
– PR.

A empresa,

Razão Social,

CNPJ:

DECLARA:

Para os devidos fins de credenciamento, que os profissionais abaixo relacionados fazem parte do  
corpo clinico desta prestadora de serviço:

<b>NOME DO PROFISSIONAL</b>	<b>CRM Nº</b>	<b>ESPECIALIDADE</b>

Ivaiporã, dia/mês/ano.

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do representante legal da empresa

## ANEXO VI - TERMO DE RESPONSABILIDADE – LOGIN E SENHA

(RAZÃO SOCIAL), \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_ por seu representante legal \_\_\_\_\_, declara para os devidos fins, que será de uso intransferível o *login* e senha disponibilizado pelo CIS Ivaiporã ao profissional médico que fará uso do sistema de prontuário dos pacientes.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Ivaiporã, \_\_\_\_\_ de xxxxx de 2024.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do RESPONSÁVEL TÉCNICO

(indicado no Certificado de Regularidade de Inscrição de Pessoa Jurídica (CIE) junto ao respectivo Conselho de Classe, dentro do prazo de validade)

## **ANEXO VII - CONDIÇÃO DE PARTICIPAÇÃO**

**(RAZÃO SOCIAL)** \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_, por seu representante legal \_\_\_\_\_, declara para o fim de participação no Chamamento Público - Edital de Credenciamento nº 01/2024 do Ivaiporã, declara que:

- a) De que está ciente e concorda com as condições contidas no edital e seus anexos, bem como de que a proposta apresentada compreende a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de sua entrega em definitivo e que cumpre plenamente os requisitos de habilitação definidos no instrumento convocatório.
- b) Não emprega menor de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 anos, salvo menor, a partir de 14 anos, na condição de aprendiz, nos termos do artigo 7º, XXXIII, da Constituição.
- c) Não possui empregados executando trabalho degradante ou forçado, observando o disposto nos incisos III e IV do art. 1º e no inciso III do art. 5º da Constituição Federal.
- d) Cumpre as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e em outras normas específicas.
- e) Outrossim, expressa ter ciência de que o descumprimento do disposto acima durante a vigência da contratação, acarretará em rescisão da mesma e sujeitará a licitante às sanções previstas na Lei nº 14.133/2021.
- f) Não há servidor público de município participante do referido Consórcio na administração direta, indireta ou integrado no quadro de diretores ou conselheiros desta empresa;
- g) Que nenhum servidor público ou membro comissionado do CIS Ivaiporã ou dos entes consorciados integra nosso quadro societário, nem funcional, sob qualquer regime de contratação.
- h) Recebeu todas as cópias do Edital de Chamamento Público, bem como todas as informações necessárias e que possibilitam a entrega da documentação e proposta, em conformidade com as exigências do Edital de Chamamento Público, concordando com os termos do presente certame;
- i) Na qualidade de proponente do procedimento licitatório em epígrafe, que atende aos critérios de qualidade ambiental e sustentabilidade socioambiental, respeitando as normas de proteção do meio ambiente, conforme estabelece a legislação vigente (Decreto Estadual nº 6252/2006).
- j) Que todos os equipamentos estão de acordo com a legislação vigente e com as manutenções preventivas e corretivas vigentes.
- k) **DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DA DISPONIBILIDADE DOS DADOS:** Em virtude da indispensabilidade da divulgação dos dados constantes nos documentos de habilitação e da proposta de preços (Anexo II) previstos no inciso VI, art. 7º da Lei 12.527/2011, DECLARO ciência e consentimento para divulgação dos dados, nos termos da Lei 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Ivaiporã, \_\_\_\_\_ de xxxxx de 2024.

\_\_\_\_\_  
**Representante Legal da empresa e/ou procurador.**

**ANEXO VIII**

**A' MINUTA DE ATA DE REGISTRO DE PREÇO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**

**ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº «NÚMERO\_CONTRATO»/«ANO\_CONTRATO»  
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº /2024  
VALIDADE: 12 (DOZE) MESES**

**PARA EXECUÇÃO DE SERVIÇOS CREDENCIADOS NA ÁREA DE SAÚDE**

**O CIS - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE**, pessoa jurídica de direito público, com sede e foro nesta cidade de Ivaiporã, Estado do Paraná, na Rua Professora Diva Proença, nº. 500, inscrita no CNPJ-MF sob nº. **02.586.019/0001-97** neste ato representado pelo seu Presidente Sr. **RENAN MENCK ROMANICHEN**, portador da CI-RG nº 8.798.161-4, expedida pela SSP/PR, e inscrito no CPF sob o nº 059.071.679-47, residente e domiciliado na Rua Ernesto Ramos 328, Bairro Balsa Velha, em Candido de Abreu - PR, considerando o credenciamento da empresa **EMPRESA «NOME\_FORNECEDOR»**, pessoa jurídica de Direito Privado, sito à «Endereço\_Fornecedor», «Bairro\_Fornecedor», em «Cidade\_Fornecedor» inscrita no **CNPJ Nº «CNPJ\_CPF\_Fornecedor»**, representada pelo Sr. «Nome\_Representante», inscrita no **CPF nº «CPF\_Representante»**, **RG nº «RG\_Representante» SSP/PR**, RESOLVE registrar os preços da(s) empresa(s) indicada(s) e qualificada(s) nesta ATA, de acordo com as condições estabelecidas do edital de chamamento público nº 08/2023 e nas quantidades pactuadas com a empresa no processo de «MODALIDADE» Nº «Número\_Licitação»/«Ano\_Licitação», sujeitando-se as partes às normas constantes na Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021 e Resolução nº 09/2023 do CIS/Ivaiporã e demais legislações aplicáveis, e em conformidade com as disposições a seguir:

**1. OBJETO**

«Objeto» A presente Ata tem por objeto o registro de preços para eventual atendimento dos seguinte procedimentos, consultas ou serviços abaixo especificados.

**2. DOS PREÇOS, ESPECIFICAÇÕES E QUANTITATIVOS**

2.1 O preço registrado, as especificações do objeto e as demais condições ofertadas e pactuadas entre o CIS e EMPRESA CREDENCIADA são as que seguem:

«Itens\_Contrato\_Por\_Lote»

**3. DO PRAZO E DA VIGÊNCIA**

O prazo de vigência da presente ata de registro de preços será de 1 (um) ano, podendo ser prorrogada, por igual período, nos termos do artigo 84 da Lei nº 14.133/2021, desde que haja saldo disponível para a referida prorrogação.

A presente ata vigorará a contar de sua assinatura pelas partes, até a data de «Término\_Vigência».

**4. DO VALOR**

O Valor global da presente ata é de R\$ «Valor\_Contratado».

**5. DO PAGAMENTO**

5.1 Os valores a serem pagos serão apurados de acordo com o número de exames, procedimentos, efetivamente realizados e devidamente autorizados previamente pelo **CIS/ IVAIPORÃ - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ**. A produção do período deverá ser

comprovada através da apresentação de Fatura/Relatório e guias de autorização emitida pelo sistema de marcação do **CIS/ IVAIPORÃ**.

5.2 – Para faturamento as guias deverão ser encaminhadas em ordem de dia, e ordem alfabética, sem rasuras, bem como todas elas deverão ser assinadas pelos pacientes, e os pedidos médicos deverão vir anexados.

5.3 – Todos os credenciados deverão possuir em seu consultório um computador com acesso a internet, para acessar o programa de atendimento do Consórcio, que será usado para a recepção dos pacientes, faturamento e relatórios diversos.

5.4 – De acordo com a legislação vigente, somente serão admitidas **NOTAS FISCAIS ELETRÔNICAS**, exceto para os prestadores onde os municípios não possibilitem a emissão de nota fiscal eletrônica, neste caso será aceito nota fiscal manual juntamente com declaração da Tributação do respectivo município.

5.5 - A contratada deverá observar o contido na Resolução nº 34/2023, que disciplina que o CIS Ivaiporã fica obrigado a proceder à retenção do Imposto de Renda (IR), com base na Instrução Normativa RFB n.º 1.234, de 11 de janeiro de 2012.

**5.6 - O pagamento dos serviços prestados ocorrerá em até 20 (vinte) dias após a entrega da nota fiscal eletrônica ao setor de faturamento do CIS/ IVAIPORÃ, devidamente acompanhada das certidões fiscais dentro da validade, que serão pagas após verificação mediante transferência em conta no Banco do Brasil, por ser banco oficial, sendo obrigatória conta neste banco.**

**5.6.1-Caso a pessoa jurídica não possua conta bancária junto ao Banco do Brasil, deverá providenciar a emissão de boleto para pagamento, sendo que tanto no caso de emissão de boleto, como no caso de transferência bancária em conta no Banco do Brasil, a referida conta bancária deverá pertencer à pessoa jurídica credenciada.**

5.7-Fica condicionado o pagamento dos serviços prestados, a regular situação do cadastro da empresa no **CIS/ IVAIPORÃ**, tendo essa que apresentar regularmente a esse consorcio os documentos com validade, antes mesmo que expire o prazo de validade dos mesmos, conforme item 6.2 desse edital.

5.8- Todos os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais decorrentes da prestação de serviços, serão de responsabilidade da empresa credenciada.

## **6 - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

«Dotação\_Completa»

## **7 – DAS OBRIGAÇÕES DO CONSÓRCIO**

Para garantir o fiel cumprimento deste contrato, o CONSÓRCIO se compromete a:

- a) Supervisionar e fiscalizar os serviços/materiais ora contratados;
- b) Efetuar o pagamento na forma prevista na cláusula quarta segundo os valores expressos na cláusula terceira.

## **8 - DAS OBRIGAÇÕES DA CREDENCIADA**

Para garantir o fiel cumprimento do presente contrato, a CREDENCIADA fica obrigada a:

- a) Manter as mesmas condições que a habilitaram no processo licitatório;
- b) Entregar os materiais, e/ou prestar os serviços objeto desta Licitação, de acordo com as especificações do Anexo;
- c) Assinar o “Contrato” relativo ao objeto adjudicado, no prazo de até 05 (cinco) dias úteis, a contar da notificação;

- d) Cumprir as condições de manutenção, por intermédio de sua matriz, filiais, escritórios ou representantes técnicos autorizados, garantindo a manutenção referente à sua prestação de serviços;
- e) Assumir plena responsabilidade legal, administrativa e técnica pela execução e qualidade dos serviços/materiais fornecidos.
- f) Seguir as diretrizes do SUS nas prescrições médicas de medicamentos, ou seja, seguir a RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais do SUS, bem como a Relação de Medicamentos Regional elaborada pela 22ª Regional de Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica que constará na lista a ser disponibilizada pelo CIS IVAIPORÃ;
- g) Seguir as diretrizes do SUS nas prescrições médicas tanto de medicamento quanto de exames de acordo com as orientações do CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, as quais disponibilizam todas as orientações sobre os PCDT – Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, auxiliando os médicos no trabalho diário e diminuindo a judicialização no SUS, conforme Lei 12.401/2011, que altera a Lei 8.080/1990;
- h) Respeitar os horários dos exames, considerado a pontualidade para inícios dos atendimentos com os respectivos horários, intervalados e os atendimentos prioritários e preferenciais colocados pela equipe de atendimento e/ou enfermagem do CIS.
- i) Utilizar adequadamente o sistema de informação interno para processos e registros das consultas (IDS), considerando o chamamento dos pacientes em painel digital, realização de prontuários eletrônicos e demais opções disponíveis no sistema orientados pelo CIS.
- j) É de responsabilidade do prestador, conforme declaração contida neste chamamento, se responsabilizar pelo login e senha do sistema IDS, disponibilizado pelo CIS Ivaiporã ao profissional que fará uso do sistema de prontuário dos pacientes.
- k) Encaminhar com antecedência para o setor responsável do CIS, a disponibilidade de atendimento para o próximo mês, respeitando o prazo 10 (dez) dias de antecedência para cancelamento da agenda.
- l) Informar ao CIS-IVAIPORÃ qualquer alteração que venha a ocorrer no período da vigência do contrato como: Alteração de razão social e/ou mudança de endereço, mudança de Diretoria, Responsável Legal, Responsável Técnico, exclusão de profissional, bem como encaminhar juntamente com o Requerimento preenchido os documentos alterados.

## 9. DA RESCISÃO CONTRATUAL

Constituem motivos para a rescisão da presente ata:

- a) O não cumprimento ou o cumprimento irregular de cláusulas ora estipuladas;
- b) A paralisação do serviço ou não entrega dos produtos sem justa causa e prévia comunicação ao CIS;
- c) A subcontratação total ou parcial do objeto da ata, com outrem, a cessão ou transferência, total ou parcial, bem como a fusão, cisão, ou incorporação que afetem a boa execução desta.
- d) Declaração de insolvência civil;
- e) A dissolução da sociedade;

O Contrato poderá ser rescindido, independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial e das demais sanções aplicáveis, segundo as quais não assistirá à CREDENCIADA nenhum direito a indenização, quando o motivo da rescisão se enquadrar nos itens acima relacionados, depois de concluída a prestação de contas anual ao Tribunal de contas do Estado.

## 10. DAS PENALIDADES

Em caso de inexecução total ou parcial e de ocorrência de atraso injustificado na execução dos serviços, submeter-se-á a CREDENCIADA, sendo-lhe garantida plena defesa, às seguintes penalidades, na forma do artigo 156 da Lei nº 14.133/2021:

- a) advertência;
- b) multa;
- c) impedimento de licitar e contratar;
- d) declaração de inidoneidade para licitar ou contratar.

As sanções previstas nos itens acima poderão ser aplicadas cumulativamente, facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 03 (três) dias úteis, nos termos do artigo 165 da Lei 14.133/2021.

A CONTRATADA deverá notificar o CONTRATANTE, por escrito, de qualquer anormalidade constatada durante a execução dos serviços ou entrega dos materiais para as providências cabíveis.

As penalidades somente serão relevadas em razão de circunstâncias excepcionais e a justificativa só será aceita por escrito, fundamentada em fatos reais e facilmente comprováveis, a critério da

autoridade competente do CIS da 22ª REGIONAL de SAÚDE de IVAIPORÃ e, desde que, formuladas no prazo máximo de 03 (três) dias úteis da data em que foram aplicadas.

## **11. CONDIÇÕES GERAIS**

**11.1** - É expressamente vedada a cobrança de qualquer taxa em relação à tabela adotada, seja aos municípios consorciados ou aos usuários do CIS referente aos serviços prestados ou mesmo indicar consultórios particulares para realização dos mesmos.

**11.2** - Na eventualidade da necessidade do CREDENCIADO suspender o atendimento por algum período, deverá comunicar o **CIS/ IVAIPORÃ - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ**, no mínimo com 10 (dez) dias de antecedência.

**11.3** - O descumprimento injustificado de qualquer das cláusulas aqui avençadas, constituirá motivo justo para que a parte lesada rescinda o presente contrato, sem direito a qualquer indenização, devendo comunicar por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

**11.4** - Em caso de descumprimento injustificado a parte infratora deverá pagar a parte lesada multa (cláusula penal) no valor de 10% do valor da média dos valores correspondentes ao faturamento de três meses anteriores a data da rescisão. Neste caso, a parte lesada tem o prazo de 30 (trinta) dias para comunicar por ofício o infrator, o rompimento do contrato, com as razões que ocasionaram. O infrator terá igual prazo para fins de efetuar o pagamento da multa rescisória.

**11.5** - Os casos omissos serão resolvidos à luz da Lei nº 14.133/2021 e Resolução nº 09/2023 do CIS, suas alterações e legislação pertinente e dos princípios gerais de direito.

## **12. - DO FORO**

Fica eleito o foro da Cidade e Comarca de Ivaiporã, Estado do Paraná, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente instrumento, caso não sejam resolvidas administrativamente.

E, por estarem de acordo com o ajustado, as partes assinam a presente Ata, após lida e achada conforme, perante as testemunhas que também o assinam, de igual teor, para um só efeito jurídico.

Ivaiporã, «Data\_Assinatura».

CIS - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE  
CONTRATANTE:

---

RENAN MENCK ROMANICHEN  
PRESIDENTE DO CIS

EMPRESA: «NOME\_FORNECEDOR»  
CONTRATADA:

---

«Nome\_Representante»  
REPRESENTANTE LEGAL

**EXTRATO DE ATA DE REGISTRO DE PREÇO Nº «Número\_Contrato»/«Ano\_Contrato»**

**MODALIDADE: INEXIGIBILIDADE Nº «Número\_Licitação»/«Ano\_Licitação»**

**CONTRATANTE: CIS - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE**

**CONTRATADA: «NOME\_FORNECEDOR»**

**OBJETO: «Objeto»**

**VALOR TOTAL: R\$ «Valor\_Contratado».**

**DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:**  
«Dotação\_Completa»

«Dotação\_Completa»

**VIGÊNCIA DO CONTRATO: «Término\_Vigência».**

**DATA DA ASSINATURA: «Data\_Assinatura».**

Ivaiporã, «Data\_Assinatura».

\_\_\_\_\_  
RENAN MENCK ROMANICHEN  
PRESIDENTE DO CIS

\_\_\_\_\_  
«Nome\_Representante»  
REPRESENTANTE LEGAL

## EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 02/2024

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã através da Comissão de Contratação, designada pela Portaria nº 36/2024, **TORNA PÚBLICO QUE SE ENCONTRA ABERTO NESTA UNIDADE O EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 02/2024, PARA O CRENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO NA AREA DA SAUDE, NA ESPECIALIDADE DE ANALISES CLINICAS**, para prestação de serviços até o período de 10 de fevereiro de 2025.

O edital estará à disposição das empresas interessadas a partir do dia 07 de fevereiro de 2024, por tempo indeterminado, na sede **CIS/ IVAIPORÃ - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ**, sito a rua professora Diva Proença, 500, na cidade de Ivaiporã, no horário comercial das 08h00min as 17h00minhoras.

Outras informações através do fone (43) 3472-0649, sendo que o Edital poderá ser solicitado através do e-mail [licitacaocisivaipora@hotmail.com](mailto:licitacaocisivaipora@hotmail.com).

Ivaiporã, 19 de fevereiro de 2024.

---

**Presidente da Comissão de Contratação**  
**Natasha Mayara Vieira**