



**MUNICÍPIO DE RIOZINHO**  
**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

# TERMO DE CREDENCIAMENTO Nº 001/2022

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2022

PROCESSO Nº 385/2022

Termo de credenciamento para a prestação de serviços de saúde, consistente na realização de exames de análise clínica, a serem prestados aos munícipes de Riozinho/RS, os quais serão distribuídos por níveis de complexidade e de acordo com a tabela SUS.

O Município de Riozinho, por intermédio da Secretaria Municipal da Saúde, inscrito no CNPJ sob o nº 92.401.553/0001-74, com sede na Av. Guerino Pandolfo, nº 580, em Riozinho, neste ato legalmente representado por seu Prefeito Municipal, Sr. Alceu Marcos Pretto, doravante denominado CONTRATANTE, e de outro lado, a empresa **ARAUJO E FLECK LTDA – FILIAL 01**, sita na Rua Av. Guerino Pandolfo, nº 460, Sala A, Bairro Centro, Riozinho/RS, inscrita no CNPJ 10.644.874/002-16, e-mail: [providalaboratorio@gmail.com](mailto:providalaboratorio@gmail.com); Telefone: 51 3548-1203 e 51 98580-1800, Dados Bancários: Banrisul; Agência: 0332; Conta: 0685432200, representada por seu Sócio o Sr. Cristiano Araújo da Silva, RG 7061863259 – SJS/RS, CPF 961.294.090-87, doravante denominado CREDENCIADO, têm justo e acordado este Termo de Credenciamento, em conformidade com a Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações, e mediante as seguintes cláusulas e condições:

## 1. CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

1.1 O presente Termo de credenciamento tem por objeto a execução pelo CREDENCIADO, de exames de diagnose, a serem prestados ao indivíduo que deles necessite, para atender as demandas do Município de Riozinho/RS, dentro dos limites quantitativos abaixo fixados, que serão distribuídos entre os laboratórios credenciados de acordo com áreas de referência, com base no perfil geográfico, na situação epidemiológica da população, preferência do usuário ou mesmo de acordo com as necessidades e interesses da Secretaria Municipal de Saúde de Riozinho.

1.2 Os serviços auxiliares de diagnose compreendem os exames constantes do ANEXO IV deste edital de chamamento público, no limite de até R\$ 22.000,00 (oito mil reais) mensais.

Obs. o valor limite será correspondente ao resultado de R\$ 22.000,00 /mês divididos pelo número de credenciados. Na hipótese de mais de um credenciado, poderá o usuário do serviço escolher o laboratório de sua preferência.

1.3 Os serviços do Termo de credenciamento estão referidos a uma base territorial-populacional, conforme relatório de cadastramento oficial do CONTRATANTE e serão ofertados com base nas indicações técnicas do planejamento da saúde mediante compatibilização das necessidades da demanda e a disponibilidade de recursos financeiros.

## 2. CLÁUSULA SEGUNDA – PRAZO

2.1 O prazo de vigência do credenciamento será de 12 (doze) meses, a contar de sua assinatura, podendo ser prorrogado, por interesse do CONTRATANTE e anuência do CREDENCIADO, por iguais e sucessivos períodos, até o limite de sessenta meses.

CRISTIANE  
MARIA WOLFF  
00358212057

Página 1 de 7



**SETOR LICITAÇÕES E CONTRATOS**

E-mail: [licitacao@pmriozinho.com.br](mailto:licitacao@pmriozinho.com.br)

Av. Guerino Pandolfo, 580 – Fone (51) 3548- 1090

CEP: 95695-000 – Riozinho – Rio Grande do Sul



## **MUNICÍPIO DE RIOZINHO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

### **3. CLÁUSULA TERCEIRA - EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS**

3.1 Os serviços referidos na Cláusula Primeira serão executados em laboratório de análises clínicas da CREDENCIADA e os materiais para exame serão coletados na Rua ..., nº ..., em Riozinho, sob a Responsabilidade Técnica da Sr.(a) , registrado no \_\_\_\_\_ – C sob o nº .

3.2 Eventual mudança de endereço do estabelecimento do CREDENCIADO e do Responsável técnico deverão ser previamente comunicados ao CONTRATANTE, sob pena de rescisão.

### **4. CLÁUSULA QUARTA - PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

4.1 Os serviços ora contratados serão prestados diretamente por profissionais do estabelecimento CREDENCIADO.

4.2 Para os efeitos deste Termo de credenciamento, consideram-se profissionais do estabelecimento CREDENCIADO:

A – o membro do corpo clínico e de profissionais;

B – o profissional que tenha vínculo de trabalho com o CREDENCIADO;

C – o profissional autônomo que presta serviços ao CREDENCIADO;

D – o profissional que, não estando incluído nas categorias referidas nos itens A, B, e C, é admitido pelo CREDENCIADO nas suas instalações para prestar serviço.

4.3 Equipara-se ao profissional autônomo definido nos itens C e D, a empresa, o grupo, a sociedade ou conglomerado de profissionais que exerçam atividades na área de saúde.

4.4 O CREDENCIADO não poderá cobrar do paciente, ou seu acompanhante, qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados nos termos deste Termo de credenciamento.

4.5 O CREDENCIADO responsabilizar-se-á por qualquer cobrança indevida, feita ao paciente ou seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste Termo de credenciamento.

4.6 Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da formalidade complementar exercida pelo CONTRATANTE sobre a execução do objeto deste Termo de credenciamento, os contraentes reconhecem a prerrogativa de controle e a autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS, decorrente de Lei Orgânica da Saúde.

4.7 É de responsabilidade exclusiva e integral do CREDENCIADO a utilização de pessoal para execução do objeto deste Termo de credenciamento, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais, resultantes do vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o CONTRATANTE ou para o MINISTÉRIO DA SAÚDE.

4.8 O CREDENCIADO fica exonerado da responsabilidade pelo não atendimento ao paciente amparado pelo SUS, na hipótese de atraso superior a 90 (noventa) dias no pagamento devido pelo Poder Público, ressalvadas as situações de calamidade pública ou grave ameaça na ordem interna ou as situações de urgência e emergência.

### **5. CLÁUSULA QUINTA - OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO**

5.1 Como exigência imprescindível para a formalização e manutenção do Termo de credenciamento, a empresa credenciada deve atender às seguintes condições:

a) Estar cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;

CRISTIANE MARIA WOLFF  
00358212057  
ALCEU MARCOS PRETTO  
43694470034



**SETOR LICITAÇÕES E CONTRATOS**

E-mail: [licitacao@pmriozinho.com.br](mailto:licitacao@pmriozinho.com.br)

Av. Guerino Pandolfo, 580 – Fone (51) 3548- 1090  
CEP: 95695-000 – Riozinho – Rio Grande do Sul



**MUNICÍPIO DE RIOZINHO**  
**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

b) Realizar todos os exames constantes da Tabela de Procedimentos SIA/SUS, pelos preços da própria tabela SUS;

c) Apresentar e atualizar certidões ou qualquer outro documento sempre que solicitado pela Secretaria Municipal de Saúde.

5.2 Havendo mais de uma empresa credenciada, a escolha entre as credenciadas caberá ao paciente que terá livre escolha entre as credenciadas, limitado ao valor teto mensal estabelecido pelo Município.

5.3 Fica estabelecido que os Credenciados realizarão todos os exames distribuídos pela Secretaria Municipal de Saúde, desde que estejam previstos no anexo IV do edital, de acordo com o valor da tabela SUS, disponível em <http://sigtap.datasus.gov.br>.

5.4 A(s) empresa(s) Credenciada(s) não poderá(ão) alterar as instalações bem como o endereço de atendimento sem consentimento prévio e por escrito da Secretaria Municipal de Saúde.

5.5 A(s) Credenciada(s) deverá(ão) comunicar à Contratante qualquer irregularidade de que tenha conhecimento.

5.6 Após assinatura do Termo de credenciamento, o credenciado deverá apresentar:

a) declaração de que no prazo de 10 dias toda a área/espço físico necessários para a realização do serviço estarão devidamente aprovadas pelo Estado do Rio Grande do Sul e o alvará de localização e funcionamento do local de coleta, expedido pelo Município de Riozinho, o qual ficará condicionado, além das exigências das normas municipais, também da aprovação do projeto das instalações do local de coleta dos exames, devidamente aprovadas pelo Estado do RS;

b) relação dos profissionais qualificados do corpo clínico, devidamente acompanhado com diploma ou certificado de conclusão do curso, em número necessário e suficiente para a realização dos exames.

5.6.1 – A não apresentação dos comprovantes constantes da alínea “a” do subitem 5.6 implicará na suspensão do credenciamento até a comprovação desses requisitos.

5.6.7 - O credenciado deverá, ainda, atender às seguintes obrigações:

a) manter sempre atualizado o prontuário dos pacientes em arquivos próprios;

b) não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;

c) atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade na prestação de serviços;

d) afixar aviso, em local visível e de grande circulação, de sua condição de entidade integrante do SUS, e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição;

e) cumprir e fazer cumprir as Normas Técnicas emanadas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde;

f) justificar ao paciente ou a seu responsável, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato previsto neste Termo de credenciamento;

g) notificar ao CONTRATANTE de eventual alteração de sua razão social ou de controle acionário e de mudança em sua Diretoria, Contrato ou Estatuto, enviando ao CONTRATANTE, no prazo de 60 (sessenta) dias, contado a partir da data de registro da alteração, cópia autenticada da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de Registros das Pessoas Jurídicas;

h) fornecer ao paciente demonstrativos dos valores pagos pelo SUS, pelo seu atendimento na forma do disposto;

i) cumprir todas as normas previstas no edital de chamamento público, com ênfase aos horários de coleta e prazos de realização dos exames.

CRISTIANE  
MARIA WOLFF  
00358212057

ALCEU  
MARCOS  
PRETTO:  
43694470034



**SETOR LICITAÇÕES E CONTRATOS**

E-mail: [licitacao@pmriozinho.com.br](mailto:licitacao@pmriozinho.com.br)

Av. Guerino Pandolfo, 580 – Fone (51) 3548- 1090

CEP: 95695-000 – Riozinho – Rio Grande do Sul



## **MUNICÍPIO DE RIOZINHO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

### **6. CLÁUSULA SEXTA - RESPONSABILIDADE CIVIL DO CREDENCIADO**

6.1 O CREDENCIADO é responsável pela indenização de danos causados ao paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a ele vinculados, decorrentes de ato ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência, praticados por seus empregados, profissionais ou prepostos, ficando assegurado ao CREDENCIADO o direito de regresso.

6.2 A fiscalização ou o acompanhamento da execução deste Termo de credenciamento pelos órgãos competentes do SUS não exclui nem reduz a responsabilidade do CREDENCIADO, nos termos da legislação referente a Licitações e Contratos Administrativos.

6.3 A responsabilidade de que trata esta Cláusula, estende-se aos casos de danos causados por defeitos relativos à prestação dos serviços, nos termos do art. 14, da Lei Federal nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor).

### **7. CLÁUSULA SÉTIMA - PREÇO**

7.1 O CONTRATANTE pagará mensalmente, ao CREDENCIADO, pelos serviços efetivamente prestados, a importância correspondente ao número de exames mensais realizados, de acordo com a tabela do Ministério da Saúde, em vigor na data da coleta dos materiais para exame, e os limites quantitativos explicitados na Cláusula Primeira.

7.2. O pagamento será efetuado após a apresentação da NOTA FISCAL/FATURA no prazo de até 15 (quinze) dias úteis, a contar do recebimento definitivo vistado pelo fiscal deste Termo.

7.2.1. O recebimento do relatório de serviços executados estará sob responsabilidade de servidor da Secretaria Municipal de Saúde de Riozinho a quem caberá verificar se os mesmos estão em conformidade com o edital e seus anexos.

7.3. Para o caso de faturas incorretas, a SMS terá o prazo de 05 (cinco) dias úteis para devolução à empresa credenciada, passando a contar novo prazo de 05 (cinco) dias úteis, após a entrega da nova NOTA FISCAL/FATURA.

7.4. Não serão considerados, para efeitos de correção, atrasos e outros fatos de responsabilidade da CREDENCIADA que importem no prolongamento dos prazos previstos neste Edital e oferecidos nas propostas.

7.5. O CONTRATANTE procederá na retenção do INSS, ISS e IRRF, nos termos da legislação em vigor, devendo, para tanto, a CREDENCIADA discriminar na NOTA FISCAL/FATURA o valor correspondente aos referidos tributos.

7.6. Ocorrendo atraso no pagamento, os valores serão corrigidos monetariamente pelo IPCA do período, ou outro índice que vier a substituí-lo, e a Administração compensará a credenciada com juros de 0,5% ao mês, pro rata.

7.7 Os valores e quantitativos dos relatórios apresentados deverão estar de acordo com os valores do arquivo BPA processado pela Secretaria Municipal de Saúde de Riozinho, bem como com a respectiva Nota Fiscal.

7.8 Os valores e quantitativos dos relatórios apresentados deverão estar de acordo com os valores do arquivo BPA processado pela Secretaria Municipal da Saúde de Riozinho, bem como a respectiva Nota Fiscal.

Assinado eletronicamente por CRISTIANE MARIA WOLFF em 20/08/2017 às 15:54:00  
CPF: 00358212057  
Assinado eletronicamente por ALCÉU MARCOS PRETTO em 20/08/2017 às 15:54:00  
CPF: 43694470034

Assinado eletronicamente por ALCÉU MARCOS PRETTO em 20/08/2017 às 15:54:00  
CPF: 43694470034

Página 4 de 7



**SETOR LICITAÇÕES E CONTRATOS**  
E-mail: [licitacao@pmriozinho.com.br](mailto:licitacao@pmriozinho.com.br)  
Av. Guerino Pandolfo, 580 – Fone (51) 3548- 1090  
CEP: 95695-000 – Riozinho – Rio Grande do Sul



**MUNICÍPIO DE RIOZINHO**  
**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

7.9 As despesas decorrentes com a contratação do objeto desta licitação correrão por conta da seguinte dotação:

Secretaria Municipal de Saúde:

Despesa.....: 7951 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA  
Órgão.....: 07 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE  
Unidade.....: 03 RECURSOS FEDERAIS  
Função.....: 10 Saúde  
Subfunção.....: 301 Atenção Básica  
Programa.....: 0107 Assistência Médica a População  
Projeto / Atividade.....: 2053 PISO DE ATENCAO BASICA-PAB/FIXO  
Classificação.....: 3.3.3.90.39.000000  
Recurso.....: 4500 CUSTEIO - Atenção Básica

**8. CLÁUSULA OITAVA - DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS**

8.1 Realizar os procedimentos contratados, sem cobrança de qualquer valor adicional ao usuário do SUS.

8.2 A coleta de material deverá ser feita em horário comercial, no mínimo por 08 (oito) horas diárias, no turno da manhã e da tarde durante todos os dias úteis da semana, em Riozinho, exceto feriados nacionais, estaduais e municipais decretados.

8.3 O agendamento, a coleta, a realização dos exames e a distribuição dos resultados serão de responsabilidade da empresa credenciada, que assumirá todos os ônus decorrentes dos procedimentos.

8.4 A empresa credenciada será responsável pelo material necessário às coletas, incluído nesse caso, todo e qualquer medicamento imprescindível para a realização do procedimento.

8.5 Os resultados dos exames deverão ser disponibilizados via on-line, por meio de sistema seguro e sigiloso ao paciente e ao médico requisitante, nos seguintes prazos:

- Os exames de rotina, em até 03 (três dias úteis);
- Os de maior complexidade, em até 08 (oito) dias úteis;
- Os exames de Urgência/Emergência deverão ser coletados e executados no mesmo dia da solicitação, respeitando as 8 (oito) horas disponibilizadas para coleta. Os resultados deverão ser disponibilizados por via impressa ou via on-line, por meio de sistema seguro e sigiloso ao paciente e ao médico requisitante tão logo se tenha a conclusão da execução do exame.

8.6 A (entrega) disponibilização via on-line, por meio de sistema seguro e sigiloso ao paciente e ao médico requisitante, dos resultados dos exames dar-se-á no local onde foi realizada a coleta, salvo nos casos de exames de HIV, que deverão seguir os protocolos determinados pela SEMS.

8.7 A Credenciada deverá apresentar, mensalmente, à Secretaria Municipal de Saúde de Riozinho os seguintes relatórios:

- Relatório de exames realizados de Pré-Natal – HIV – HBS-Ag – VDRL;
- Relatório de exames realizados de HIV – VDRL e HBS-Ag e todos os marcadores de hepatite, excluindo o Pré Natal;
- Relatório com as guias de requisição, devidamente autorizadas, com nome do paciente, exames realizados e respectivos valores e deixar a disposição para conferência.

Assinado eletronicamente por CRISTIANE MARIA WOLFF  
CPF: 03358212057  
Assinado eletronicamente por ALCEU MARCOS MARCOS PRETTO  
CPF: 43694470034

Assinado eletronicamente por ALCEU MARCOS MARCOS PRETTO  
CPF: 43694470034

Página 5 de 7



**SETOR LICITAÇÕES E CONTRATOS**  
E-mail: [licitacao@pmriozinho.com.br](mailto:licitacao@pmriozinho.com.br)  
Av. Guerino Pandolfo, 580 – Fone (51) 3548- 1090  
CEP: 95695-000 – Riozinho – Rio Grande do Sul



## **MUNICÍPIO DE RIOZINHO**

### **ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

8.8 A Credenciada deve permitir o acompanhamento e a fiscalização da contratante ou de comissão designada para tal.

8.9 A Secretaria Municipal de Saúde realizará avaliação dos serviços prestados pela CREDENCIADA.

8.10 A Credenciada deverá de imediato, quando solicitado, apresentar material biológico, documentos, prontuários ou demais informações necessárias ao acompanhamento da execução do Termo de credenciamento.

8.11 As guias de requisição de exames deverão estar autorizadas pela Unidade de Saúde de referência do paciente, devidamente preenchidas, carimbadas e assinadas pelo médico ou enfermeiro, conforme protocolos do Ministério da Saúde.

8.11.1 As guias de requisição também poderão ser disponibilizadas à Credenciada mediante sistema on-line a ser implementado pela Secretaria Municipal de Saúde.

8.12 As áreas físicas destinadas à coleta e realização dos exames serão de responsabilidade da empresa credenciada, com a aprovação do CONTRATANTE.

8.13 A credenciada deverá exibir em local visível, na fachada principal da sede e do posto de coleta, a marca-símbolo de identificação do SUS, estabelecida pelo Ministério da Saúde.

8.14 A CREDENCIADA deverá realizar coletas descentralizadas, conforme a necessidade da Secretaria Municipal de Saúde, até 02 (duas) coletas por semana, exclusivamente para pacientes que se encontrem acamados e/ou demais alterações de saúde que justifiquem o não deslocamento do mesmo Laboratório e/ou Posto de Coleta.

## **9. CLÁUSULA NONA - REAJUSTE DO PREÇO**

9.1 Os valores estipulados no Termo de credenciamento, serão reajustados na proporção, índices e épocas dos reajustes concedidos pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE.

## **10. CLÁUSULA DÉCIMA - CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA E FISCALIZAÇÃO**

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

10.2 Sob critérios definidos em normatização complementar, poderá, em casos específicos, ser realizada auditoria especializada.

10.3 Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa do CREDENCIADO poderá ensejar a não prorrogação deste Termo de credenciamento ou a revisão das condições ora estipuladas.

10.4 A fiscalização exercida pelo CONTRATANTE sobre os serviços ora contratados não eximirá o CREDENCIADO da sua plena responsabilidade perante o CONTRATANTE, ou para com os pacientes e terceiros, decorrentes de culpa ou dolo na execução do Termo de credenciamento.

10.5 O CREDENCIADO facilitará à CONTRATANTE o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços prestados e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores do CONTRATANTE, ficara designada a servidora Magda Petry para realizar a fiscalização do presente Termo de Credenciamento.

Assinado digitalmente por CRISTIANE MARIA MARIA  
WOLFF:  
00358212057

Assinado digitalmente por ALCEU MARCOS PRETTO:  
43694470034

Assinado digitalmente por ALCEU MARCOS PRETTO:  
43694470034

Página 6 de 7



**SETOR LICITAÇÕES E CONTRATOS**  
E-mail: [licitacao@pmriozinho.com.br](mailto:licitacao@pmriozinho.com.br)  
Av. Guerino Pandolfo, 580 – Fone (51) 3548- 1090  
CEP: 95695-000 – Riozinho – Rio Grande do Sul



## MUNICÍPIO DE RIOZINHO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

10.6 Em qualquer hipótese é assegurado ao CONTRATADO amplo direito de defesa, nos termos das normas gerais da Lei Federal de Licitações e Contratos Administrativos.

### 11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - RESCISÃO

11.1 Constituem motivos para a rescisão do presente Termo de credenciamento o não cumprimento de quaisquer de suas cláusulas e condições, bem como os motivos previstos na legislação referente a Licitações e Contratos Administrativos, sem prejuízo das multas previstas na Cláusula Décima Primeira.

11.2 O CREDENCIADO reconhece desde já os direitos do CONTRATANTE em caso de rescisão administrativa prevista na legislação referente a Licitações e Contratos Administrativos.

11.3 Em caso de rescisão do Termo de credenciamento, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, será observado o prazo de 30 (trinta) dias para ocorrer a rescisão. Se neste prazo o CREDENCIADO negligenciar a prestação dos serviços ora contratados a multa cabível poderá ser duplicada.

11.4 O presente Termo de credenciamento rescinde todos os demais Contratos e Convênios anteriormente celebrados entre o CONTRATANTE, o MINISTÉRIO DA SAÚDE e o CREDENCIADO, que tenham como objeto a prestação de serviços de assistência à saúde.

### 12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - FORO

12.1 As partes elegem o Foro da Comarca de Taquara, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir questões oriundas do presente Termo de credenciamento, que não puderem ser resolvidas pelas.

12.2 E, por estarem as partes justas e acordadas, firmam o presente Termo de credenciamento em 03 (três) vias de igual teor e forma.

Riozinho, 03 de agosto de 2022.

ALCEU MARCOS PRETTO  
PRETTO:  
43694470034

Assinado digitalmente por ALCEU MARCOS PRETTO 43694470034  
DN: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, OU=RFB e CPF AL, OU=EM BRANCO, OU=18097200113, OU=Assinador, CN=ALCEU MARCOS PRETTO 43694470034  
Serial: 0  
Eu sou o autor deste documento  
Localização: sua localização de assinatura aqui  
Data: 2022.08.03 15:58:23-03'00'  
Foi: PDF Reader Versão: 11.1.0

**ALCEU MARCOS PRETTO**  
Prefeito Municipal  
CONTRATANTE

**CRISTIANO ARAÚJO DA SILVA**  
Araújo e Fleck Ltda – Filial 01  
CREDENCIADA

### TESTEMUNHAS

CRISTIANE  
MARIA WOLFF  
00358212057

Assinado digitalmente por CRISTIANE MARIA WOLFF 00358212057  
DN: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, OU=RFB e CPF AL, OU=EM BRANCO, OU=3146407000113, OU=Presencial, CN=CRISTIANE MARIA WOLFF 00358212057  
Serial: 0  
Eu sou o autor deste documento  
Localização: sua localização de assinatura aqui  
Data: 2022.08.03 15:58:23-03'00'  
Foi: PDF Reader Versão: 11.1.0

# RELAÇÃO DE EXAMES

ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT	UNID	VALOR UNIT
1	CLEARANCE OSMOLAR	1	un	R\$ 3,51
2	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	1	un	R\$ 2,01
3	DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS	1	un	R\$ 15,65
4	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	1	un	R\$ 3,63
5	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA ( 5 DOSAGENS)	1	un	R\$ 6,55
6	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	1	un	R\$ 3,68
7	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	1	un	R\$ 10,00
8	DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE	1	un	R\$ 3,51
9	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	1	un	R\$ 3,51
10	DOSAGEM DE ACETONA	1	un	R\$ 1,85
11	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	1	un	R\$ 2,01
12	DOSAGEM DE ACIDO URICO	1	un	R\$ 1,85
13	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	1	un	R\$ 9,00
14	DOSAGEM DE ALDOLASE	1	un	R\$ 3,68
15	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	1	un	R\$ 3,68
16	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	1	un	R\$ 3,68
17	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	1	un	R\$ 3,68
18	DOSAGEM DE AMILASE	1	un	R\$ 2,25
19	DOSAGEM DE AMONIA	1	un	R\$ 3,51
20	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	1	un	R\$ 2,01
21	DOSAGEM DE CALCIO	1	un	R\$ 1,85
22	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	1	un	R\$ 3,51
23	DOSAGEM DE CAROTENO	1	un	R\$ 2,01
24	DOSAGEM DE CATECOLAMINAS	1	un	R\$ 0,01
25	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	1	un	R\$ 3,68
26	DOSAGEM DE CLORETO	1	un	R\$ 1,85
27	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	1	un	R\$ 3,51
28	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	1	un	R\$ 3,51
29	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	1	un	R\$ 1,85
30	DOSAGEM DE COLINESTERASE	1	un	R\$ 3,68
31	DOSAGEM DE CREATININA	1	un	R\$ 1,85
32	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	1	un	R\$ 3,68
33	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	1	un	R\$ 4,12
34	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	1	un	R\$ 3,51
35	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	1	un	R\$ 3,51
36	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	1	un	R\$ 3,68
37	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	1	un	R\$ 3,68
38	DOSAGEM DE FERRITINA	1	un	R\$ 15,59
39	DOSAGEM DE FERRO SERICO	1	un	R\$ 3,51
40	DOSAGEM DE FOLATO	1	un	R\$ 15,65
41	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	1	un	R\$ 2,01
42	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	1	un	R\$ 2,01
43	DOSAGEM DE FOSFORO	1	un	R\$ 1,85

44	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	1	un	R\$	2,01
45	DOSAGEM DE GALACTOSE	1	un	R\$	3,51
46	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	1	un	R\$	3,51
47	DOSAGEM DE GLICOSE	1	un	R\$	1,85
48	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	1	un	R\$	3,68
49	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	1	un	R\$	3,68
50	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	1	un	R\$	7,86
51	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	1	un	R\$	3,68
52	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	1	un	R\$	3,51
53	DOSAGEM DE LACTATO	1	un	R\$	3,68
54	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	1	un	R\$	3,51
55	DOSAGEM DE LIPASE	1	un	R\$	2,25
56	DOSAGEM DE MAGNESIO	1	un	R\$	2,01
57	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	1	un	R\$	2,01
58	DOSAGEM DE PIRUVATO	1	un	R\$	3,68
59	DOSAGEM DE PORFIRINAS	1	un	R\$	3,51
60	DOSAGEM DE POTASSIO	1	un	R\$	1,85
61	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	1	un	R\$	1,40
62	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	1	un	R\$	1,85
63	DOSAGEM DE SODIO	1	un	R\$	1,85
64	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	1	un	R\$	2,01
65	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	1	un	R\$	2,01
66	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	1	un	R\$	4,12
67	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	1	un	R\$	3,51
68	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	1	un	R\$	3,51
69	DOSAGEM DE UREIA	1	un	R\$	1,85
70	DOSAGEM DE VITAMINA B12	1	un	R\$	15,24
71	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	1	un	R\$	3,68
72	ELETROFORESE DE PROTEINAS	1	un	R\$	4,42
73	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE )	1	un	R\$	15,65
74	PROVA DA D-XILOSE	1	un	R\$	3,68
75	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	1	un	R\$	6,65
76	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	1	un	R\$	15,24
77	DETERMINAÇÃO DE CREMATÓCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO	1	un	R\$	0,01
78	ACIDEZ TITULÁVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)	1	un	R\$	0,01
79	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	1	un	R\$	6,48
80	CONTAGEM DE PLAQUETAS	1	un	R\$	2,73
81	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	1	un	R\$	2,73
82	DETERMINACAO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR	1	un	R\$	2,73
83	DETERMINACAO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	1	un	R\$	2,73
84	DETERMINACAO DE SULFO-HEMOGLOBINA	1	un	R\$	2,73
85	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	1	un	R\$	2,73
86	DETERMINACAO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	1	un	R\$	2,73
87	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	1	un	R\$	2,73
88	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	1	un	R\$	9,00
89	DETERMINACAO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	1	un	R\$	5,79

90	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA	1	un	R\$	2,85
91	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	1	un	R\$	5,77
92	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	1	un	R\$	2,73
93	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTACAO (VHS)	1	un	R\$	2,73
94	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	1	un	R\$	4,11
95	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	1	un	R\$	6,48
96	DOSAGEM DE FATOR II	1	un	R\$	5,31
97	DOSAGEM DE FATOR IX	1	un	R\$	7,61
98	DOSAGEM DE FATOR V	1	un	R\$	4,73
99	DOSAGEM DE FATOR VII	1	un	R\$	8,09
100	DOSAGEM DE FATOR VIII	1	un	R\$	6,63
101	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	1	un	R\$	15,00
102	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	1	un	R\$	18,91
103	DOSAGEM DE FATOR X	1	un	R\$	6,66
104	DOSAGEM DE FATOR XI	1	un	R\$	9,11
105	DOSAGEM DE FATOR XII	1	un	R\$	10,51
106	DOSAGEM DE FATOR XIII	1	un	R\$	6,66
107	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	1	un	R\$	4,60
108	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	1	un	R\$	1,53
109	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	1	un	R\$	2,73
110	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	1	un	R\$	2,73
111	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	1	un	R\$	2,73
112	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	1	un	R\$	4,11
113	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	1	un	R\$	5,41
114	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	1	un	R\$	2,73
115	HEMATOCRITO	1	un	R\$	1,53
116	HEMOGRAMA COMPLETO	1	un	R\$	4,11
117	LEUCOGRAMA	1	un	R\$	2,73
118	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	1	un	R\$	25,00
119	PESQUISA DE CELULAS LE	1	un	R\$	4,11
120	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	1	un	R\$	2,73
121	PESQUISA DE FILARIA	1	un	R\$	2,73
122	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	1	un	R\$	2,73
123	PESQUISA DE PLASMODIO	1	un	R\$	0,01
124	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	1	un	R\$	2,73
125	PROVA DE COMPATIBILIDADE PRE-TRANSFUSIONAL (MEIOS SALINOS, ALBUMINOSO E COOMBS)	1	un	R\$	0,01
126	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	1	un	R\$	4,11
127	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	1	un	R\$	2,73
128	PROVA DO LACO	1	un	R\$	2,73
129	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	1	un	R\$	2,73
130	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	1	un	R\$	12,00
131	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	1	un	R\$	2,73
132	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	1	un	R\$	2,73
133	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	1	un	R\$	15,00
134	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	1	un	R\$	15,00
135	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	1	un	R\$	15,00
136	DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)	1	un	R\$	65,00

137	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	1	un	R\$	96,00
138	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	1	un	R\$	9,25
139	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	1	un	R\$	2,83
140	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	1	un	R\$	9,25
141	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	1	un	R\$	15,06
142	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	1	un	R\$	16,42
143	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	1	un	R\$	13,55
144	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	1	un	R\$	17,16
145	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	1	un	R\$	17,16
146	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	1	un	R\$	2,83
147	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	1	un	R\$	17,16
148	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	1	un	R\$	9,25
149	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG)	1	un	R\$	0,01
150	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	1	un	R\$	17,16
151	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	1	un	R\$	9,25
152	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	1	un	R\$	2,83
153	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	1	un	R\$	298,48
154	IMUNOELETOFORESE DE PROTEINAS	1	un	R\$	17,16
155	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	1	un	R\$	80,00
156	INTADERMORREACAO COM DERIVADO PROTEICO PURIFICADO (PPD)	1	un	R\$	0,01
157	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	1	un	R\$	10,00
158	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	1	un	R\$	10,00
159	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	1	un	R\$	8,67
160	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	1	un	R\$	17,16
161	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	1	un	R\$	85,00
162	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	1	un	R\$	10,00
163	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	1	un	R\$	18,55
164	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	1	un	R\$	17,16
165	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	1	un	R\$	5,74
166	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	1	un	R\$	17,16
167	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	1	un	R\$	18,55
168	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	1	un	R\$	18,55
169	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	1	un	R\$	9,25
170	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	1	un	R\$	10,00
171	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	1	un	R\$	9,25
172	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	1	un	R\$	3,70
173	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	1	un	R\$	5,83
174	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	1	un	R\$	10,00
175	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEZ SUPRARENAL	1	un	R\$	17,16
176	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOS	1	un	R\$	9,25
177	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	1	un	R\$	10,00
178	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	1	un	R\$	9,70
179	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	1	un	R\$	2,83
180	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	1	un	R\$	10,00
181	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	1	un	R\$	10,00
182	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	1	un	R\$	10,00
183	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	1	un	R\$	17,16

184	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	1	un	R\$	4,10
185	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	1	un	R\$	5,50
186	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	1	un	R\$	17,16
187	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	1	un	R\$	17,16
188	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	1	un	R\$	17,16
189	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	1	un	R\$	17,16
190	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	1	un	R\$	17,16
191	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	1	un	R\$	17,16
192	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	1	un	R\$	10,00
193	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	1	un	R\$	17,16
194	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	1	un	R\$	18,55
195	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	1	un	R\$	18,55
196	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	1	un	R\$	7,78
197	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	1	un	R\$	9,71
198	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	1	un	R\$	18,55
199	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	1	un	R\$	18,55
200	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	1	un	R\$	9,25
201	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	1	un	R\$	4,10
202	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO	1	un	R\$	18,55
203	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	1	un	R\$	17,16
204	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	1	un	R\$	2,83
205	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	1	un	R\$	11,00
206	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	1	un	R\$	9,25
207	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	1	un	R\$	16,97
208	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	1	un	R\$	9,25
209	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-	1	un	R\$	18,55
210	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS	1	un	R\$	30,00
211	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	1	un	R\$	18,55
212	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	1	un	R\$	17,16
213	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	1	un	R\$	17,16
214	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	1	un	R\$	17,16
215	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	1	un	R\$	17,16
216	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	1	un	R\$	11,61
217	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	1	un	R\$	10,00
218	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	1	un	R\$	18,55
219	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	1	un	R\$	9,25
220	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	1	un	R\$	18,55
221	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS	1	un	R\$	20,00
222	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	1	un	R\$	18,55
223	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	1	un	R\$	17,16

224	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	1	un	R\$	17,16
225	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	1	un	R\$	17,16
226	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	1	un	R\$	17,16
227	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	1	un	R\$	13,35
228	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	1	un	R\$	18,55
229	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	1	un	R\$	18,55
230	PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)	1	un	R\$	0,01
231	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	1	un	R\$	2,83
232	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	1	un	R\$	4,10
233	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA	1	un	R\$	10,00
234	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	1	un	R\$	9,25
235	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	1	un	R\$	10,00
236	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	1	un	R\$	1,77
237	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	1	un	R\$	1,77
238	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	1	un	R\$	18,00
239	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	1	un	R\$	168,48
240	TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	1	un	R\$	2,83
241	REACAO DE MONTENEGRO ID	1	un	R\$	2,83
242	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	1	un	R\$	2,83
243	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	1	un	R\$	10,00
244	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	1	un	R\$	10,00
245	TESTES ALERGICOS DE CONTATO	1	un	R\$	1,77
246	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	1	un	R\$	1,77
247	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTES	1	un	R\$	2,83
248	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA	1	un	R\$	18,55
249	DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO	1	un	R\$	0,01
250	DOSAGEM DE TROPONINA	1	un	R\$	9,00
251	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	1	un	R\$	0,01
252	GENOTIPAGEM DO HIV	1	un	R\$	0,01
253	DETECÇÃO DE RNA DO HTLV-1	1	un	R\$	65,00
254	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 (WESTERN-BLOT)	1	un	R\$	85,00
255	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	1	un	R\$	1,65
256	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	1	un	R\$	3,04
257	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	1	un	R\$	3,04
258	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	1	un	R\$	1,65
259	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	1	un	R\$	1,65
260	PESQUISA DE EOSINOFILOS	1	un	R\$	1,65
261	PESQUISA DE GORDURA FECAL	1	un	R\$	1,00
262	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	1	un	R\$	1,65
263	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	1	un	R\$	1,65
264	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	1	un	R\$	1,65
265	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)	1	un	R\$	1,65
266	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	1	un	R\$	1,65
267	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	1	un	R\$	10,25

268	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	1	un	R\$	1,65
269	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	1	un	R\$	1,65
270	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	1	un	R\$	1,65
271	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	1	un	R\$	1,65
272	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	1	un	R\$	3,70
273	CLEARANCE DE CREATININA	1	un	R\$	3,51
274	CLEARANCE DE FOSFATO	1	un	R\$	3,51
275	CLEARANCE DE UREIA	1	un	R\$	3,51
276	CONTAGEM DE ADDIS	1	un	R\$	2,04
277	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	1	un	R\$	3,70
278	IDENTIFICAÇÃO DE GLICÍDIOS URINÁRIOS POR CROMATOLOGRAFIA (CAMADA DELGADA)	1	un	R\$	0,01
279	DOSAGEM DE CITRATO	1	un	R\$	2,01
280	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	1	un	R\$	8,12
281	DOSAGEM DE OXALATO	1	un	R\$	3,68
282	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	1	un	R\$	2,04
283	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	1	un	R\$	3,04
284	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	1	un	R\$	3,70
285	PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOLOGRAFIA)	1	un	R\$	3,70
286	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	1	un	R\$	2,04
287	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	1	un	R\$	3,70
288	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	1	un	R\$	2,40
289	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	1	un	R\$	2,40
290	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	1	un	R\$	2,04
291	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	1	un	R\$	2,04
292	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	1	un	R\$	3,70
293	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	1	un	R\$	2,04
294	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	1	un	R\$	2,04
295	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	1	un	R\$	3,36
296	PESQUISA DE GONADOTROFINA CORIONICA	1	un	R\$	0,01
297	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	1	un	R\$	2,04
298	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	1	un	R\$	2,04
299	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	1	un	R\$	3,70
300	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	1	un	R\$	2,04
301	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	1	un	R\$	4,44
302	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	1	un	R\$	2,04
303	PROVA DE DILUICAO (URINA)	1	un	R\$	2,04
304	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	1	un	R\$	12,54
305	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	1	un	R\$	12,54
306	DETERMINACAO DE T3 REVERSO	1	un	R\$	14,69
307	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	1	un	R\$	10,20
308	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	1	un	R\$	6,72
309	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	1	un	R\$	6,72
310	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	1	un	R\$	6,72
311	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	1	un	R\$	14,12
312	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	1	un	R\$	11,89
313	DOSAGEM DE AMP CICLICO	1	un	R\$	12,01

314	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	1	un	R\$	11,53
315	DOSAGEM DE CALCITONINA	1	un	R\$	14,38
316	DOSAGEM DE CORTISOL	1	un	R\$	9,86
317	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	1	un	R\$	11,25
318	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	1	un	R\$	11,71
319	DOSAGEM DE ESTRADIOL	1	un	R\$	10,15
320	DOSAGEM DE ESTRIOL	1	un	R\$	11,55
321	DOSAGEM DE ESTRONA	1	un	R\$	11,12
322	DOSAGEM DE GASTRINA	1	un	R\$	14,15
323	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	1	un	R\$	15,35
324	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	1	un	R\$	7,85
325	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	1	un	R\$	10,21
326	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	1	un	R\$	7,89
327	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	1	un	R\$	8,97
328	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	1	un	R\$	8,96
329	DOSAGEM DE INSULINA	1	un	R\$	10,17
330	DOSAGEM DE PARATORMONIO	1	un	R\$	43,13
331	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	1	un	R\$	15,35
332	DOSAGEM DE PROGESTERONA	1	un	R\$	10,22
333	DOSAGEM DE PROLACTINA	1	un	R\$	10,15
334	DOSAGEM DE RENINA	1	un	R\$	13,19
335	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	1	un	R\$	15,35
336	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	1	un	R\$	13,11
337	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	1	un	R\$	10,43
338	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	1	un	R\$	13,11
339	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	1	un	R\$	15,35
340	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	1	un	R\$	8,76
341	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	1	un	R\$	8,76
342	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	1	un	R\$	8,71
343	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	1	un	R\$	12,01
344	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	1	un	R\$	12,01
345	TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APOS GONADORRELINA	1	un	R\$	0,01
346	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	1	un	R\$	12,01
347	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	1	un	R\$	12,01
348	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	1	un	R\$	12,01
349	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	1	un	R\$	8,43
350	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	1	un	R\$	12,15
351	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	1	un	R\$	2,06
352	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	1	un	R\$	2,23
353	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	1	un	R\$	3,68
354	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	1	un	R\$	2,04
355	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	1	un	R\$	15,65
356	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	1	un	R\$	3,51
357	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	1	un	R\$	2,01
358	DOSAGEM DE ALUMINIO	1	un	R\$	27,50
359	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	1	un	R\$	10,00
360	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	1	un	R\$	10,00

361	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	1	un	R\$	10,00
362	DOSAGEM DE BARBITURATOS	1	un	R\$	13,13
363	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	1	un	R\$	13,48
364	DOSAGEM DE CADMIO	1	un	R\$	6,55
365	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	1	un	R\$	17,53
366	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	1	un	R\$	4,11
367	DOSAGEM DE CHUMBO	1	un	R\$	8,83
368	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	1	un	R\$	58,61
369	DOSAGEM DE COBRE	1	un	R\$	3,51
370	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	1	un	R\$	8,97
371	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	1	un	R\$	15,65
372	DOSAGEM DE FENITOINA	1	un	R\$	35,22
373	DOSAGEM DE FENOL	1	un	R\$	2,05
374	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	1	un	R\$	3,51
375	DOSAGEM DE LITIO	1	un	R\$	2,25
376	DOSAGEM DE MERCURIO	1	un	R\$	2,04
377	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	1	un	R\$	4,11
378	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	1	un	R\$	10,00
379	DOSAGEM DE METOTREXATO	1	un	R\$	10,00
380	DOSAGEM DE QUINIDINA	1	un	R\$	10,00
381	DOSAGEM DE SALICILATOS	1	un	R\$	2,01
382	DOSAGEM DE SULFATOS	1	un	R\$	3,51
383	DOSAGEM DE TEOFILINA	1	un	R\$	15,65
384	DOSAGEM DE TIOCIANATO	1	un	R\$	3,68
385	DOSAGEM DE ZINCO	1	un	R\$	15,65
386	ANTIBIOGRAMA	1	un	R\$	4,98
387	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	1	un	R\$	13,33
388	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	1	un	R\$	13,33
389	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	1	un	R\$	4,20
390	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	1	un	R\$	4,20
391	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	1	un	R\$	4,20
392	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	1	un	R\$	2,80
393	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	1	un	R\$	5,62
394	CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO)	1	un	R\$	5,62
395	CULTURA P/ HERPES VIRUS	1	un	R\$	4,33
396	CULTURA PARA BAAR	1	un	R\$	5,63
397	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	1	un	R\$	10,25
398	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	1	un	R\$	4,19
399	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	1	un	R\$	2,80
400	HEMOCULTURA	1	un	R\$	11,49
401	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	1	un	R\$	5,63
402	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	1	un	R\$	4,33
403	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	1	un	R\$	2,80
404	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	1	un	R\$	4,33
405	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	1	un	R\$	2,80
406	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	1	un	R\$	4,33
407	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	1	un	R\$	2,80
408	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	1	un	R\$	5,04

409	PROVA CONFIRMATÓRIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES	1	un	R\$	5,62
410	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	1	un	R\$	1,89
411	ADENOGRAMA	1	un	R\$	5,79
412	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	1	un	R\$	4,33
413	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	1	un	R\$	4,33
414	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	1	un	R\$	1,89
415	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	1	un	R\$	1,89
416	DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO	1	un	R\$	6,56
417	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	1	un	R\$	1,89
418	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	1	un	R\$	2,01
419	DOSAGEM DE FRUTOSE	1	un	R\$	2,01
420	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	1	un	R\$	2,01
421	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	1	un	R\$	1,89
422	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	1	un	R\$	1,89
423	DOSAGEM DE SODIO E CLORO NO SUOR (C/ COLETA)	1	un	R\$	0,01
424	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	1	un	R\$	5,23
425	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	1	un	R\$	6,56
426	ESPLENOGRAMA	1	un	R\$	5,79
427	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	1	un	R\$	1,89
428	MIELOGRAMA	1	un	R\$	5,79
429	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES ( ELISA )	1	un	R\$	9,70
430	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA	1	un	R\$	2,01
431	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	1	un	R\$	1,89
432	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	1	un	R\$	1,89
433	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	1	un	R\$	1,89
434	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)	1	un	R\$	4,80
435	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	1	un	R\$	1,89
436	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	1	un	R\$	9,70
437	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	1	un	R\$	1,89
438	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	1	un	R\$	1,89
439	REACAO DE PANDY	1	un	R\$	1,89
440	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	1	un	R\$	1,89
441	TESTE DE CLEMENTS	1	un	R\$	1,89
442	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS	1	un	R\$	4,69
443	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	1	un	R\$	4,69
444	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS)	1	un	R\$	180,00
445	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)	1	un	R\$	160,00
446	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	1	un	R\$	160,00
447	QUANTIFICAÇÃO/AMPLIFICAÇÃO DO HER-2	1	un	R\$	120,00
448	FOCALIZAÇÃO ISOELÉTRICA DA TRANSFERRINA	1	un	R\$	0,01
449	ANÁLISE DE DNA PELA TÉCNICA DE SOUTHERN BLOT	1	un	R\$	0,01
450	ANÁLISE DE DNA POR MLPA	1	un	R\$	0,01

451	IDENTIFICAÇÃO DE MUTAÇÃO/REARRANJOS POR PCR, PCR SENSÍVEL A METILAÇÃO, qPCR E Qpcr SENSÍVEL A METILAÇÃO	1	un	R\$	0,01
452	FISH EM METÁFASE OU NÚCLEO INTERFÁSICO, POR DOENÇA	1	un	R\$	0,01
453	IDENTIFICAÇÃO DE ALTERAÇÃO CROMOSSÔNICA SUBMICROSCÓPICA POR ARRAY-CGH	1	un	R\$	0,01
454	IDENTIFICAÇÃO DE MUTAÇÃO POR SEQUENCIAMENTO POR AMPLICON ATÉ 500 PARES DE BASES	1	un	R\$	0,01
455	IDENTIFICAÇÃO DE GLICOSAMINOGLICANOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA EM CAMADA DELGADA ,	1	un	R\$	0,01
456	IDENTIFICAÇÃO DE OLIGOSSACARÍDEOS E SIALOSSACARÍDEOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA)	1	un	R\$	0,01
457	DOSAGEM QUANTITATIVA DE CARNITINA, PERFIL DE ACILCARNITINAS	1	un	R\$	0,01
458	DOSAGEM QUANTITATIVA DE AMINOÁCIDOS	1	un	R\$	0,01
459	DOSAGEM QUANTITATIVA DE ÁCIDOS ORGÂNICOS	1	un	R\$	0,01
460	ENSAIOS ENZIMÁTICOS NO PLASMA E LEUCÓCITOS PARA DIAGNÓSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO	1	un	R\$	0,01
461	ENSAIOS ENZIMÁTICOS EM ERITRÓCITOS PARA DIAGNÓSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO	1	un	R\$	0,01
462	ENSAIOS ENZIMÁTICOS EM TECIDO CULTIVADO PARA DIAGNÓSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO	1	un	R\$	0,01
463	DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)	1	un	R\$	8,80
464	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)	1	un	R\$	66,00
465	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)	1	un	R\$	66,00
466	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	1	un	R\$	5,50
467	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	1	un	R\$	12,10
468	DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA	1	un	R\$	20,90
469	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA	1	un	R\$	5,50
470	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	1	un	R\$	13,20
471	DOSAGEM DE 17 HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO	1	un	R\$	8,00
472	DOSAGEM DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SANGUE EM PAPEL DE FILTRO	1	un	R\$	5,50
473	DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SORO	1	un	R\$	137,00
474	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA	1	un	R\$	66,00
475	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE	1	un	R\$	66,00
476	DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR	1	un	R\$	150,00
477	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	1	un	R\$	10,65
478	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	1	un	R\$	1,37
479	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	1	un	R\$	10,65
480	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	1	un	R\$	10,65
481	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO	1	un	R\$	5,79
482	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC	1	un	R\$	5,79
483	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO	1	un	R\$	5,79
484	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	1	un	R\$	1,37
485	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	1	un	R\$	2,73
486	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	1	un	R\$	5,79