TERMO DE REFERÊNCIA - SERVIÇO SEI Nº 31028693/2026 - HMSJ.CAOP.ACP

1. DEFINIÇÃO DO OBJETO, INCLUÍDOS SUA NATUREZA, OS QUANTITATIVOS, O PRAZO DO CONTRATO E, SE FOR O CASO, A POSSIBILIDADE DE SUA PRORROGAÇÃO

1.1 Objeto da contratação:

1.1.1 Credenciamento de pessoas jurídicas com ou sem fins lucrativos, que tenham dentre os seus objetivos a prestação de serviços médicos especializados, em caráter Ambulatorial e/ou Hospitalar de Média e Alta Complexidade, na especialidade de Oncologia, a fim de atender a demanda dos usuários do Sistema Único de Saúde no Município de Joinville, a ser remunerado de acordo com os valores previstos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM/SIGTAP/SUS.

1.2 Especificações técnicas:

Numero	Denominação	Código E-pública	Descrição SIGTAP	Quantidade	Valor	Valor Total
1	CLEARANCE OSMOLAR	50640	02.02.01.001-5	20	R$ 3,51	R$ 70,20
2	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	50641	02.02.01.002-3	125	R$ 2,01	R$ 251,25
3	DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS	50642	02.02.01.003-1	20	R$ 15,65	R$ 313,00
4	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	50643	02.02.01.004-0	20	R$ 3,63	R$ 72,60
5	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA C/ INDUÇÃO POR CORTISONA (5 DOSAGENS)	50644	02.02.01.005-8	20	R$ 6,55	R$ 131,00
6	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA C/ INDUÇÃO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	50645	02.02.01.006-6	20	R$ 3,68	R$ 73,60
7	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	50646	02.02.01.007-4	20	R$ 10,00	R$ 200,00
8	DETERMINAÇÃO DE OSMOLARIDADE	50647	02.02.01.008-2	20	R$ 3,51	R$ 70,20
9	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	50648	02.02.01.009-0	20	R$ 3,51	R$ 70,20
10	DOSAGEM DE ACETONA	50649	02.02.01.010-4	20	R$ 1,85	R$ 37,00
11	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	50650	02.02.01.011-2	16	R$ 2,01	R$ 32,16
12	DOSAGEM DE ACIDO URICO	50651	02.02.01.012-0	16	R$ 1,85	R$ 29,60
13	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	50652	02.02.01.013-9	20	R$ 9,00	R$ 180,00
14	DOSAGEM DE ALDOLASE	50653	02.02.01.014-7	20	R$ 3,68	R$ 73,60
15	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	50654	02.02.01.015-5	20	R$ 3,68	R$ 73,60
16	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	50655	02.02.01.016-3	20	R$ 3,68	R$ 73,60
17	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	50656	02.02.01.017-1	20	R$ 3,68	R$ 73,60
18	DOSAGEM DE AMILASE	50657	02.02.01.	62	R$ 2,25	R$

			018-0			139,50
19	DOSAGEM DE AMONIA	50658	02.02.01.019-8	20	R$ 3,51	R$ 70,20
20	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	50659	02.02.01.020-1	3448	R$ 2,01	R$ 6.930,48
21	DOSAGEM DE CALCIO	50660	02.02.01.021-0	546	R$ 1,85	R$ 1.010,10
22	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	50661	02.02.01.022-8	47	R$ 3,51	R$ 164,97
23	DOSAGEM DE CAROTENO	50662	02.02.01.023-6	20	R$ 2,01	R$ 40,20
24	DOSAGEM DE CATECOLAMINAS	50678	02.02.01.024-4	20	R$ 0,00	R$ 0,00
25	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	50679	02.02.01.025-2	20	R$ 3,68	R$ 73,60
26	DOSAGEM DE CLORETO	50680	02.02.01.026-0	20	R$ 1,85	R$ 37,00
27	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	50681	02.02.01.027-9	125	R$ 3,51	R$ 438,75
28	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	50682	02.02.01.028-7	94	R$ 3,51	R$ 329,94
29	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	50683	02.02.01.029-5	140	R$ 1,85	R$ 259,00
30	DOSAGEM DE COLINESTERASE	50684	02.02.01.030-9	20	R$ 3,68	R$ 73,60
31	DOSAGEM DE CREATININA	50685	02.02.01.031-7	11670	R$ 1,85	R$ 21.589,50
32	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	50686	02.02.01.032-5	31	R$ 3,68	R$ 114,08
33	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	50687	02.02.01.033-3	20	R$ 4,12	R$ 82,40
34	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	50688	02.02.01.034-1	20	R$ 3,51	R$ 70,20
35	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	50689	02.02.01.035-0	20	R$ 3,51	R$ 70,20
36	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	50690	02.02.01.036-8	203	R$ 3,68	R$ 747,04
37	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	50691	02.02.01.037-6	20	R$ 3,68	R$ 73,60
38	DOSAGEM DE FERRITINA	50692	02.02.01.038-4	263	R$ 15,59	R$ 4.100,17
39	DOSAGEM DE FERRO SERICO	50693	02.02.01.039-2	250	R$ 3,51	R$ 877,50
40	DOSAGEM DE FOLATO	50694	02.02.01.040-6	16	R$ 15,65	R$ 250,40
41	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	50695	02.02.01.041-4	20	R$ 2,01	R$ 40,20
42	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	50696	02.02.01.042-2	936	R$ 2,01	R$ 1.881,36
43	DOSAGEM DE FOSFORO	50697	02.02.01.043-0	20	R$ 1,85	R$ 37,00
44	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	50698	02.02.01.044-9	20	R$ 2,01	R$ 40,20
45	DOSAGEM DE GALACTOSE	50699	02.02.01.045-7	20	R$ 3,51	R$ 70,20
46	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	50700	02.02.01.046-5	577	R$ 3,51	R$ 2.025,27
47	DOSAGEM DE GLICOSE	50701	02.02.01.047-3	218	R$ 1,85	R$ 403,30
48	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	50702	02.02.01.048-1	20	R$ 3,68	R$ 73,60

49	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	50703	02.02.01.049-0	20	R$ 3,68	R$ 73,60
50	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	50704	02.02.01.050-3	16	R$ 7,86	R$ 125,76
51	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	50705	02.02.01.051-1	20	R$ 3,68	R$ 73,60
52	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	50706	02.02.01.052-0	20	R$ 3,51	R$ 70,20
53	DOSAGEM DE LACTATO	50707	02.02.01.053-8	20	R$ 3,68	R$ 73,60
54	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	50708	02.02.01.054-6	20	R$ 3,51	R$ 70,20
55	DOSAGEM DE LIPASE	50709	02.02.01.055-4	20	R$ 2,25	R$ 45,00
56	DOSAGEM DE MAGNESIO	50710	02.02.01.056-2	203	R$ 2,01	R$ 408,03
57	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	50711	02.02.01.057-0	20	R$ 2,01	R$ 40,20
58	DOSAGEM DE PIRUVATO	50712	02.02.01.058-9	20	R$ 3,68	R$ 73,60
59	DOSAGEM DE PORFIRINAS	50713	02.02.01.059-7	20	R$ 3,51	R$ 70,20
60	DOSAGEM DE POTASSIO	50714	02.02.01.060-0	936	R$ 1,85	R$ 1.731,60
61	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	50715	02.02.01.061-9	20	R$ 1,40	R$ 28,00
62	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	50716	02.02.01.062-7	20	R$ 1,85	R$ 37,00
63	DOSAGEM DE SODIO	50717	02.02.01.063-5	936	R$ 1,85	R$ 1.731,60
64	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	50718	02.02.01.064-3	4040	R$ 2,01	R$ 8.120,40
65	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	50719	02.02.01.065-1	4040	R$ 2,01	R$ 8.120,40
66	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	50720	02.02.01.066-0	47	R$ 4,12	R$ 193,64
67	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	50721	02.02.01.067-8	234	R$ 3,51	R$ 821,34
68	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	50722	02.02.01.068-6	20	R$ 3,51	R$ 70,20
69	DOSAGEM DE UREIA	50723	02.02.01.069-4	1170	R$ 1,85	R$ 2.164,50
70	DOSAGEM DE VITAMINA B12	50724	02.02.01.070-8	1108	R$ 15,24	R$ 16.885,92
71	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	50725	02.02.01.071-6	20	R$ 3,68	R$ 73,60
72	ELETROFORESE DE PROTEINAS	50726	02.02.01.072-4	20	R$ 4,42	R$ 88,40
73	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	50727	02.02.01.073-2	20	R$ 15,65	R$ 313,00
74	PROVA DA D-XILOSE	50728	02.02.01.074-0	20	R$ 3,68	R$ 73,60
75	TESTE DE TOLERÂNCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	50729	02.02.01.075-9	20	R$ 6,55	R$ 131,00
76	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	50730	02.02.01.076-7	1154	R$ 15,24	R$ 17.586,96
77	DETERMINAÇÃO DE CREMATÓCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO	50731	02.02.01.077-5	20	R$ 1,53	R$ 30,60
78	ACIDEZ TITULÁVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)	50732	02.02.01.078-3	20	R$ 3,04	R$ 60,80
	DOSAGEM DE PEPTÍDEOS		02.02.01.		R$	R$

79	NATRIURÉTICOS TIPO B (BNP E NT-PROBNP)	50733	079-1	20	27,00	540,00
80	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	50734	02.02.02. 001-0	20	R$ 6,48	R$ 129,60
81	CONTAGEM DE PLAQUETAS	50735	02.02.02. 002-9	1099 8	R$ 2,73	R$ 30.024,54
82	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	50736	02.02.02. 003-7	20	R$ 2,73	R$ 54,60
83	DETERMINAÇÃO DE CURVA DE RESISTÊNCIA GLOBULAR	50737	02.02.02. 004-5	20	R$ 2,73	R$ 54,60
84	DETERMINAÇÃO DE ENZIMAS ERITROCITÁRIAS (CADA)	50738	02.02.02. 005-3	20	R$ 2,73	R$ 54,60
85	DETERMINAÇÃO DE SULFO-HEMOGLOBINA	50739	02.02.02. 006-1	20	R$ 2,73	R$ 54,60
86	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	50740	02.02.02. 007-0	94	R$ 2,73	R$ 256,62
87	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	50741	02.02.02. 008-8	20	R$ 2,73	R$ 54,60
88	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	50742	02.02.02. 009-6	20	R$ 2,73	R$ 54,60
89	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	50743	02.02.02. 010-0	20	R$ 9,00	R$ 180,00
90	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMÁCIAS	50744	02.02.02. 011-8	20	R$ 5,79	R$ 115,80
91	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA	50745	02.02.02. 012-6	20	R$ 2,85	R$ 57,00
92	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	50746	02.02.02. 013-4	94	R$ 5,77	R$ 542,38
93	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	50747	02.02.02. 014-2	94	R$ 2,73	R$ 256,62
94	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO (VHS)	50748	02.02.02. 015-0	31	R$ 2,73	R$ 84,63
95	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	50749	02.02.02. 016-9	20	R$ 4,11	R$ 82,20
96	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	50750	02.02.02. 017-7	20	R$ 6,48	R$ 129,60
97	DOSAGEM DE FATOR II	50751	02.02.02. 018-5	20	R$ 5,31	R$ 106,20
98	DOSAGEM DE FATOR IX	50752	02.02.02. 019-3	20	R$ 7,61	R$ 152,20
99	DOSAGEM DE FATOR V	50753	02.02.02. 020-7	20	R$ 4,73	R$ 94,60
100	DOSAGEM DE FATOR VII	50754	02.02.02. 021-5	20	R$ 8,09	R$ 161,80
101	DOSAGEM DE FATOR VIII	50755	02.02.02. 022-3	20	R$ 6,63	R$ 132,60
102	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	50756	02.02.02. 023-1	20	R$ 15,00	R$ 300,00
103	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	50757	02.02.02. 024-0	20	R$ 18,91	R$ 378,20
104	DOSAGEM DE FATOR X	50758	02.02.02. 025-8	20	R$ 6,66	R$ 133,20
105	DOSAGEM DE FATOR XI	50759	02.02.02. 026-6	20	R$ 9,11	R$ 182,20
106	DOSAGEM DE FATOR XII	50760	02.02.02. 027-4	20	R$ 10,51	R$ 210,20
107	DOSAGEM DE FATOR XIII	50761	02.02.02. 028-2	20	R$ 6,66	R$ 133,20
108	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	50762	02.02.02. 029-0	16	R$ 4,60	R$ 73,60
109	DOSAGEM DE	50763	02.02.02.	20	R$ 1,53	R$ 30,60

	HEMOGLOBINA		030-4			
110	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	50764	02.02.02. 031-2	20	R$ 2,73	R$ 54,60
111	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	50765	02.02.02. 032-0	20	R$ 2,73	R$ 54,60
112	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	50766	02.02.02. 033-9	20	R$ 2,73	R$ 54,60
113	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	50767	02.02.02. 034-7	20	R$ 4,11	R$ 82,20
114	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	50768	02.02.02. 035-5	20	R$ 5,41	R$ 108,20
115	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	50769	02.02.02. 036-3	20	R$ 2,73	R$ 54,60
116	HEMATOCRITO	50770	02.02.02. 037-1	20	R$ 1,53	R$ 30,60
117	HEMOGRAMA COMPLETO	50771	02.02.02. 038-0	1154 4	R$ 4,11	R$ 47.445,84
118	LEUCOGRAMA	50772	02.02.02. 039-8	20	R$ 2,73	R$ 54,60
119	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	50773	02.02.02. 040-1	20	R$ 25,00	R$ 500,00
120	PESQUISA DE CELULAS LE	50774	02.02.02. 041-0	20	R$ 4,11	R$ 82,20
121	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	50775	02.02.02. 042-8	20	R$ 2,73	R$ 54,60
122	PESQUISA DE FILARIA	50776	02.02.02. 043-6	20	R$ 2,73	R$ 54,60
123	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	50777	02.02.02. 044-4	20	R$ 2,73	R$ 54,60
124	PESQUISA DE PLASMODIOS POR GOTA ESPESSA E ESFREGAÇO	50778	02.02.02. 045-2	20	R$ 0,00	R$ 0,00
125	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	50779	02.02.02. 046-0	20	R$ 2,73	R$ 54,60
126	PROVA DE COMPATIBILIDADE PRE-TRANSFUSIONAL (MEIOS SALINOS, ALBUMINOSO E COOMBS)	50780	02.02.02. 047-9	20	R$ 0,00	R$ 0,00
127	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	50781	02.02.02. 048-7	20	R$ 4,11	R$ 82,20
128	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	50782	02.02.02. 049-5	20	R$ 2,73	R$ 54,60
129	PROVA DO LACO	50783	02.02.02. 050-9	20	R$ 2,73	R$ 54,60
130	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	50784	02.02.02. 051-7	20	R$ 2,73	R$ 54,60
131	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	50785	02.02.02. 052-5	20	R$ 12,00	R$ 240,00
132	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	50786	02.02.02. 053-3	20	R$ 2,73	R$ 54,60
133	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	50787	02.02.02. 054-1	20	R$ 2,73	R$ 54,60
134	DOSAGEM DE PROTEINA C FUNCIONAL	50788	02.02.02. 055-0	20	R$ 75,00	R$ 1.500,00
135	DOSAGEM DE PROTEINA S FUNCIONAL	50789	02.02.02. 056-8	20	R$ 125,00	R$ 2.500,00
136	PESQUISA DE ANTICOAGULANTE LÚPICO	50790	02.02.02. 057-6	20	R$ 110,00	R$ 2.200,00
137	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	50791	02.02.03. 001-6	20	R$ 15,00	R$ 300,00
138	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	50792	02.02.03. 002-4	20	R$ 15,00	R$ 300,00
139	CONTAGEM DE LINFOCITOS	50793	02.02.03.	20	R$	R$

	T TOTAIS		003-2		15,00	300,00
140	DETECÇÃO DE ÁCIDOS NUCLEICOS DO HIV-1 (QUALITATIVO)	50794	02.02.03. 004-0	20	R$ 65,00	R$ 1.300,00
141	DETECÇÃO DE RNA DO VÍRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	50795	02.02.03. 005-9	234	R$ 96,00	R$ 22.464,00
142	DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO (CH50)	50796	02.02.03. 006-7	20	R$ 9,25	R$ 185,00
143	DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE	50797	02.02.03. 007-5	20	R$ 2,83	R$ 56,60
144	DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA	50798	02.02.03. 008-3	16	R$ 9,25	R$ 148,00
145	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	50799	02.02.03. 009-1	140	R$ 15,06	R$ 2.108,40
146	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	50800	02.02.03. 010-5	889	R$ 16,42	R$ 14.597,38
147	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	50801	02.02.03. 011-3	20	R$ 13,55	R$ 271,00
148	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	50802	02.02.03. 012-1	20	R$ 17,16	R$ 343,20
149	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	50803	02.02.03. 013-0	20	R$ 17,16	R$ 343,20
150	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	50804	02.02.03. 014-8	20	R$ 2,83	R$ 56,60
151	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	50805	02.02.03. 015-6	20	R$ 17,16	R$ 343,20
152	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	50806	02.02.03. 016-4	20	R$ 9,25	R$ 185,00
153	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG)	50807	02.02.03. 017-2	20	R$ 0,00	R$ 0,00
154	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	50808	02.02.03. 018-0	20	R$ 17,16	R$ 343,20
155	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	50809	02.02.03. 019-9	20	R$ 9,25	R$ 185,00
156	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	50810	02.02.03. 020-2	16	R$ 2,83	R$ 45,28
157	IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS	50811	02.02.03. 022-9	20	R$ 17,16	R$ 343,20
158	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	50812	02.02.03. 023-7	20	R$ 80,00	R$ 1.600,00
159	PROVA TUBERCULÍNICA (PT)	50813	02.02.03. 024-5	20	R$ 0,00	R$ 0,00
160	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	50814	02.02.03. 025-3	20	R$ 10,00	R$ 200,00
161	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	50815	02.02.03. 026-1	20	R$ 10,00	R$ 200,00
162	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	50816	02.02.03. 027-0	20	R$ 8,67	R$ 173,40
163	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	50817	02.02.03. 028-8	20	R$ 17,16	R$ 343,20
164	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT/IMUNOBLOT)	50818	02.02.03. 029-6	20	R$ 85,00	R$ 1.700,00
165	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	50819	02.02.03. 032-6	20	R$ 17,16	R$ 343,20
166	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	50820	02.02.03. 033-4	20	R$ 5,74	R$ 114,80
167	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	50821	02.02.03. 034-2	20	R$ 17,16	R$ 343,20
168	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	50822	02.02.03. 035-0	20	R$ 18,55	R$ 371,00
169	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	50823	02.02.03. 036-9	20	R$ 18,55	R$ 371,00

170	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	50824	02.02.03.037-7	20	R$ 9,25	R$ 185,00
171	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	50825	02.02.03.038-5	20	R$ 10,00	R$ 200,00
172	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	50826	02.02.03.039-3	20	R$ 9,25	R$ 185,00
173	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	50827	02.02.03.040-7	20	R$ 3,70	R$ 74,00
174	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	50828	02.02.03.041-5	20	R$ 5,83	R$ 116,60
175	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	50829	02.02.03.042-3	20	R$ 10,00	R$ 200,00
176	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL	50830	02.02.03.043-1	20	R$ 17,16	R$ 343,20
177	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	50831	02.02.03.044-0	20	R$ 9,25	R$ 185,00
178	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	50832	02.02.03.045-8	20	R$ 10,00	R$ 200,00
179	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	50833	02.02.03.046-6	20	R$ 9,70	R$ 194,00
180	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	50834	02.02.03.047-4	20	R$ 2,83	R$ 56,60
181	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	50835	02.02.03.048-2	20	R$ 10,00	R$ 200,00
182	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	50836	02.02.03.050-4	20	R$ 10,00	R$ 200,00
183	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	50837	02.02.03.051-2	20	R$ 10,00	R$ 200,00
184	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	50838	02.02.03.052-0	20	R$ 17,16	R$ 343,20
185	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	50839	02.02.03.053-9	20	R$ 4,10	R$ 82,00
186	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	50840	02.02.03.054-7	20	R$ 5,50	R$ 110,00
187	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	50841	02.02.03.055-5	20	R$ 17,16	R$ 343,20
188	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	50842	02.02.03.056-3	20	R$ 17,16	R$ 343,20
189	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	50843	02.02.03.057-1	20	R$ 17,16	R$ 343,20
190	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	50844	02.02.03.058-0	20	R$ 17,16	R$ 343,20
191	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	50845	02.02.03.059-8	20	R$ 17,16	R$ 343,20
192	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	50846	02.02.03.060-1	20	R$ 17,16	R$ 343,20
193	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	50847	02.02.03.061-0	20	R$ 10,00	R$ 200,00
194	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	50848	02.02.03.062-8	20	R$ 17,16	R$ 343,20
195	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	50849	02.02.03.063-6	234	R$ 18,55	R$ 4.340,70
196	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	50850	02.02.03.064-4	47	R$ 18,55	R$ 871,85
197	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	50851	02.02.03.065-2	20	R$ 7,78	R$ 155,60
198	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	50852	02.02.03.066-0	20	R$ 9,71	R$ 194,20
199	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	50853	02.02.03.068-7	20	R$ 18,55	R$ 371,00

200	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	50854	02.02.03.069-5	20	R$ 9,25	R$ 185,00
201	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	50855	02.02.03.070-9	20	R$ 4,10	R$ 82,00
202	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO	50856	02.02.03.071-7	20	R$ 18,55	R$ 371,00
203	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	50857	02.02.03.072-5	20	R$ 17,16	R$ 343,20
204	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTA O VIRUS EPSTEIN-BARR	50858	02.02.03.073-3	20	R$ 2,83	R$ 56,60
205	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	50859	02.02.03.074-1	20	R$ 11,00	R$ 220,00
206	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	50860	02.02.03.075-0	20	R$ 9,25	R$ 185,00
207	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	50861	02.02.03.076-8	20	R$ 16,97	R$ 339,40
208	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	50862	02.02.03.077-6	20	R$ 9,25	R$ 185,00
209	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	50863	02.02.03.078-4	20	R$ 18,55	R$ 371,00
210	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS	50864	02.02.03.079-2	20	R$ 30,00	R$ 600,00
211	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (ANTI-HAV-IGG)	50865	02.02.03.080-6	20	R$ 18,55	R$ 371,00
212	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	50866	02.02.03.081-4	20	R$ 17,16	R$ 343,20
213	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	50867	02.02.03.082-2	20	R$ 17,16	R$ 343,20
214	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	50868	02.02.03.083-0	20	R$ 17,16	R$ 343,20
215	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	50869	02.02.03.084-9	20	R$ 17,16	R$ 343,20
216	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	50870	02.02.03.085-7	20	R$ 11,61	R$ 232,20
217	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	50871	02.02.03.086-5	20	R$ 10,00	R$ 200,00
218	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	50872	02.02.03.087-3	20	R$ 18,55	R$ 371,00
219	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	50873	02.02.03.088-1	20	R$ 9,25	R$ 185,00
220	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	50874	02.02.03.089-0	20	R$ 18,55	R$ 371,00
221	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS	50875	02.02.03.090-3	20	R$ 20,00	R$ 400,00
222	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (ANTI-HAV-IGM)	50876	02.02.03.091-1	20	R$ 18,55	R$ 371,00
223	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	50877	02.02.03.092-0	20	R$ 17,16	R$ 343,20
224	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	50878	02.02.03.093-8	20	R$ 17,16	R$ 343,20

225	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	50879	02.02.03.094-6	20	R$ 17,16	R$ 343,20
226	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	50880	02.02.03.095-4	20	R$ 17,16	R$ 343,20
227	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	50881	02.02.03.096-2	2402	R$ 13,35	R$ 32.066,70
228	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	50882	02.02.03.098-9	20	R$ 18,55	R$ 371,00
229	DETECÇÃO DE CLAMÍDIA E GONOCOCO POR BIOLOGIA MOLECULAR	50883	02.02.03.099-7	20	R$ 60,00	R$ 1.200,00
230	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	50884	02.02.03.100-4	20	R$ 2,83	R$ 56,60
231	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	50885	02.02.03.101-2	20	R$ 4,10	R$ 82,00
232	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	50886	02.02.03.103-9	20	R$ 9,25	R$ 185,00
233	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	50887	02.02.03.104-7	20	R$ 10,00	R$ 200,00
234	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	50888	02.02.03.105-5	20	R$ 1,77	R$ 35,40
235	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	50889	02.02.03.106-3	20	R$ 1,77	R$ 35,40
236	QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO HIV-1	50890	02.02.03.107-1	20	R$ 18,00	R$ 360,00
237	QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO VÍRUS DA HEPATITE C	50891	02.02.03.108-0	20	R$ 168,48	R$ 3.369,60
238	REAÇÃO DE MONTENEGRO ID	50892	02.02.03.110-1	20	R$ 2,83	R$ 56,60
239	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS PARA POPULAÇÃO GERAL (EXCETO GESTANTE, PARCEIRO OU PARCERIA)	50893	02.02.03.111-0	20	R$ 2,83	R$ 56,60
240	TESTES ALERGICOS DE CONTATO	50894	02.02.03.114-4	20	R$ 1,77	R$ 35,40
241	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	50895	02.02.03.115-2	20	R$ 1,77	R$ 35,40
242	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTES	50896	02.02.03.117-9	20	R$ 2,83	R$ 56,60
243	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA	50897	02.02.03.118-7	20	R$ 18,55	R$ 371,00
244	DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO	50898	02.02.03.119-5	20	R$ 17,16	R$ 343,20
245	DOSAGEM DE TROPONINA	50899	02.02.03.120-9	20	R$ 9,00	R$ 180,00
246	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	50900	02.02.03.121-7	20	R$ 13,35	R$ 267,00
247	EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER I	50901	02.02.03.122-5	20	R$ 80,00	R$ 1.600,00
248	EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER II	50902	02.02.03.123-3	20	R$ 120,00	R$ 2.400,00
249	GENOTIPAGEM DO HIV	50903	02.02.03.124-1	20	R$ 0,00	R$ 0,00
250	DOSAGEM DE ADENOSINA-DESAMINASE (ADA)	50904	02.02.03.127-6	20	R$ 13,06	R$ 261,20
251	ANTIBETA 2 GLICOPROTEINA I -IGG	50905	02.02.03.128-4	20	R$ 125,00	R$ 2.500,00
	DOSAGEM DE ANTI-BETA-2-	50906	02.02.03.		R$	R$

252	GLICOPROTEÍNA I - IGM		129-2	20	125,00	2.500,00
253	DIAGNÓSTICO E REAVALIAÇÃO DE HEMOGLOBINÚRIA PAROXISTICA NOTURNA	50907	02.02.03. 130-6	20	R$ 80,00	R$ 1.600,00
254	DOSAGEM DE ANTICORPO ANTI-ACHR	50908	02.02.03. 131-4	20	R$ 86,20	R$ 1.724,00
255	DOSAGEM DE SIROLIMO	50909	02.02.03. 132-2	20	R$ 52,33	R$ 1.046,60
256	TESTE DE LIBERAÇÃO DE INTERFERON-GAMA PARA ILTB (IGRA)	50910	02.02.03. 136-5	20	R$ 0,00	R$ 0,00
257	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTIGLIADINADEAMINADA IGG	50911	02.02.03. 137-3	20	R$ 12,74	R$ 254,80
258	TESTE TREPONÊMICO LABORATORIAL PARA DETECÇÃO DE SÍFILIS PARA POPULAÇÃO GERAL (EXCETO GESTANTE, PARCEIRO OU PARCERIA)	50912	02.02.03. 138-1	218	R$ 4,10	R$ 893,80
259	TESTE TREPONÊMICO LABORATORIAL P/ DETECÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTE	50913	02.02.03. 139-0	20	R$ 4,10	R$ 82,00
260	TESTE TREPONÊMICO LABORATORIAL P/ DETECÇÃO DE SÍFILIS EM PARCEIRO OU PARCERIA DE GESTANTE	50914	02.02.03. 140-3	20	R$ 4,10	R$ 82,00
261	TESTE FTA-ABS TOTAL PARA DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS PARA POPULAÇÃO GERAL (EXCETO GESTANTE, PARCEIRO OU PARCERIA)	50915	02.02.03. 141-1	20	R$ 20,00	R$ 400,00
262	TESTE FTA-ABS TOTAL PARA DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS EM GESTANTE	50916	02.02.03. 142-0	20	R$ 20,00	R$ 400,00
263	TESTE FTA-ABS TOTAL PARA DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS EM PARCEIRO OU PARCERIA DE GESTANTE	50917	02.02.03. 143-8	20	R$ 20,00	R$ 400,00
264	PESQUISA LABORATORIAL DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBSAG) PARA POPULAÇÃO GERAL (EXCETO GESTANTE, PARCEIRO OU PARCERIA)	50918	02.02.03. 144-6	234	R$ 18,55	R$ 4.340,70
265	PESQUISA LABORATORIAL DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBSAG) EM GESTANTE	50919	02.02.03. 145-4	20	R$ 18,55	R$ 371,00
266	PESQUISA LABORATORIAL DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBSAG) EM PARCEIRO OU PARCERIA DE GESTANTE	50920	02.02.03. 146-2	20	R$ 18,55	R$ 371,00
267	PESQUISA LABORATORIAL DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV) PARA POPULAÇÃO GERAL (EXCETO GESTANTE, PARCEIRO OU PARCERIA)	50921	02.02.03. 147-0	20	R$ 18,55	R$ 371,00
268	PESQUISA LABORATORIAL DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV) EM GESTANTE	50922	02.02.03. 148-9	20	R$ 18,55	R$ 371,00
	PESQUISA LABORATORIAL DE ANTICORPOS CONTRA O					

269	VÍRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV) EM PARCEIRO OU PARCERIA DE GESTANTE	50923	02.02.03. 149-7	20	R$ 18,55	R$ 371,00
270	PESQUISA LABORATORIAL DE ANTÍGENOS DE HIV E/OU ANTICORPOS ANTI-HIV-1 OU ANTI-HIV-2 PARA POPULAÇÃO GERAL (EXCETO GESTANTE, PARCEIRO OU PARCERIA)	50924	02.02.03. 150-0	187	R$ 10,00	R$ 1.870,00
271	PESQUISA LABORATORIAL DE ANTÍGENOS DE HIV OU ANTICORPOS ANTI-HIV-1 OU ANTI-HIV-2 EM GESTANTE	50925	02.02.03. 151-9	20	R$ 10,00	R$ 200,00
272	PESQUISA LABORATORIAL DE ANTÍGENOS DE HIV OU ANTICORPOS ANTI-HIV-1 OU ANTI-HIV-2 EM PARCEIRO E PARCERIA DE GESTANTE	50926	02.02.03. 152-7	20	R$ 10,00	R$ 200,00
273	PESQUISA LABORATORIAL DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2 PARA POPULAÇÃO GERAL (EXCETO GESTANTE, PARCEIRO OU PARCERIA)	50927	02.02.03. 153-5	20	R$ 18,55	R$ 371,00
274	PESQUISA LABORATORIAL DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2 EM GESTANTE	50928	02.02.03. 154-3	20	R$ 18,55	R$ 371,00
275	PESQUISA LABORATORIAL DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2 EM PARCEIRO OU PARCERIA DE GESTANTE	50929	02.02.03. 155-1	20	R$ 18,55	R$ 371,00
276	DETECÇÃO DE DNA PROVIRAL DO HTLV-1 E DO HTLV-2 PARA POPULAÇÃO GERAL (EXCETO GESTANTE, PARCEIRO OU PARCERIA)	50930	02.02.03. 156-0	20	R$ 65,00	R$ 1.300,00
277	DETECÇÃO DE DNA PROVIRAL DO HTLV-1 E DO HTLV-2 EM GESTANTE	50931	02.02.03. 157-8	20	R$ 65,00	R$ 1.300,00
278	DETECÇÃO DE DNA PROVIRAL DO HTLV-1 E DO HTLV-2 EM PARCEIRO OU PARCERIA DE GESTANTE	50932	02.02.03. 158-6	20	R$ 65,00	R$ 1.300,00
279	TESTE CONFIRMATÓRIO COM PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + ANTI-HTLV-2 PARA POPULAÇÃO GERAL (EXCETO GESTANTE, PARCEIRO OU PARCERIA)	50933	02.02.03. 159-4	20	R$ 85,00	R$ 1.700,00
280	TESTE CONFIRMATÓRIO COM PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + ANTI-HTLV-2 EM GESTANTE	50934	02.02.03. 160-8	20	R$ 85,00	R$ 1.700,00
281	TESTE CONFIRMATÓRIO COM PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + ANTI-HTLV-2 EM PARCEIRO OU PARCERIA DE GESTANTE	50935	02.02.03. 161-6	20	R$ 85,00	R$ 1.700,00
282	TESTE NÃO TREPONÊMICO P/ DETECÇÃO DE SÍFILIS EM PARCEIRO OU PARCERIA DE GESTANTE	50936	02.02.03. 162-4	20	R$ 2,83	R$ 56,60
283	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	912839	02.02.04. 001-1	20	R$ 1,65	R$ 33,00
284	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	912840	02.02.04. 002-0	20	R$ 3,04	R$ 60,80
285	EXAME COPROLOGICO	912841	02.02.04.	20	R$ 3,04	R$ 60,80

	FUNCIONAL		003-8			
286	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	912842	02.02.04.004-6	20	R$ 1,65	R$ 33,00
287	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	1136	02.02.04.005-4	20	R$ 1,65	R$ 33,00
288	PESQUISA DE EOSINOFILOS	1137	02.02.04.006-2	20	R$ 1,65	R$ 33,00
289	PESQUISA DE GORDURA FECAL	17985	02.02.04.007-0	20	R$ 1,65	R$ 33,00
290	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	17989	02.02.04.008-9	20	R$ 1,65	R$ 33,00
291	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	918883	02.02.04.009-7	20	R$ 1,65	R$ 33,00
292	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	918884	02.02.04.010-0	20	R$ 1,65	R$ 33,00
293	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)	912729	02.02.04.011-9	20	R$ 1,65	R$ 33,00
294	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	1151	02.02.04.012-7	20	R$ 1,65	R$ 33,00
295	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	1155	02.02.04.013-5	20	R$ 10,25	R$ 205,00
296	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	1156	02.02.04.014-3	20	R$ 1,65	R$ 33,00
297	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	912730	02.02.04.015-1	20	R$ 1,65	R$ 33,00
298	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	1159	02.02.04.016-0	20	R$ 1,65	R$ 33,00
299	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	1160	02.02.04.017-8	20	R$ 1,65	R$ 33,00
300	TESTE DE ELASTASE PANCREÁTICA FECAL	51434	02.02.04.018-6	20	R$ 124,00	R$ 2.480,00
301	CALPROTECTINA FECAL	25531	02.02.04.019-4	20	R$ 77,98	R$ 1.559,60
302	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	50937	02.02.05.001-7	172	R$ 3,70	R$ 636,40
303	CLEARANCE DE CREATININA	50938	02.02.05.002-5	20	R$ 3,51	R$ 70,20
304	CLEARANCE DE FOSFATO	50939	02.02.05.003-3	20	R$ 3,51	R$ 70,20
305	CLEARANCE DE UREIA	50940	02.02.05.004-1	20	R$ 3,51	R$ 70,20
306	CONTAGEM DE ADDIS	50941	02.02.05.005-0	20	R$ 2,04	R$ 40,80
307	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	50942	02.02.05.006-8	20	R$ 3,70	R$ 74,00
308	IDENTIFICAÇÃO DE GLICÍDIOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA)	50943	02.02.05.007-6	20	R$ 3,70	R$ 74,00
309	DOSAGEM DE CITRATO	50944	02.02.05.008-4	20	R$ 2,01	R$ 40,20
310	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	50945	02.02.05.009-2	20	R$ 8,12	R$ 162,40
311	DOSAGEM DE OXALATO	50946	02.02.05.010-6	20	R$ 3,68	R$ 73,60
312	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	50947	02.02.05.011-4	20	R$ 2,04	R$ 40,80
313	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	50948	02.02.05.012-2	20	R$ 3,04	R$ 60,80
314	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	50949	02.02.05.013-0	20	R$ 3,70	R$ 74,00
315	PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	50950	02.02.05.014-9	20	R$ 3,70	R$ 74,00

316	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	50951	02.02.05.015-7	20	R$ 2,04	R$ 40,80
317	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	50952	02.02.05.016-5	20	R$ 3,70	R$ 74,00
318	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	50953	02.02.05.017-3	20	R$ 2,04	R$ 40,80
319	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	50954	02.02.05.018-1	20	R$ 2,40	R$ 48,00
320	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	50955	02.02.05.019-0	20	R$ 2,04	R$ 40,80
321	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	50956	02.02.05.020-3	20	R$ 2,04	R$ 40,80
322	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	50957	02.02.05.021-1	20	R$ 3,70	R$ 74,00
323	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	50958	02.02.05.022-0	20	R$ 2,04	R$ 40,80
324	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	50959	02.02.05.023-8	20	R$ 2,04	R$ 40,80
325	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	50960	02.02.05.024-6	20	R$ 3,36	R$ 67,20
326	PESQUISA DE GONADOTROFINA CORIONICA	50961	02.02.05.025-4	20	R$ 0,00	R$ 0,00
327	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	50962	02.02.05.026-2	20	R$ 2,04	R$ 40,80
328	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	50963	02.02.05.027-0	20	R$ 2,04	R$ 40,80
329	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	50964	02.02.05.028-9	20	R$ 3,70	R$ 74,00
330	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	50965	02.02.05.029-7	20	R$ 2,04	R$ 40,80
331	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	50966	02.02.05.030-0	20	R$ 4,44	R$ 88,80
332	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	50967	02.02.05.031-9	20	R$ 2,04	R$ 40,80
333	PROVA DE DILUICAO (URINA)	50968	02.02.05.032-7	20	R$ 2,04	R$ 40,80
334	DETERMINAÇÃO DE ÍNDICE DE TIROXINA LIVRE	50969	02.02.06.001-2	20	R$ 12,54	R$ 250,80
335	DETERMINAÇÃO DE RETENÇÃO DE T3	50970	02.02.06.002-0	20	R$ 12,54	R$ 250,80
336	DETERMINAÇÃO DE T3 REVERSO	50971	02.02.06.003-9	20	R$ 14,69	R$ 293,80
337	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	50972	02.02.06.004-7	20	R$ 10,20	R$ 204,00
338	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	50973	02.02.06.005-5	20	R$ 6,72	R$ 134,40
339	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	50974	02.02.06.006-3	20	R$ 6,72	R$ 134,40
340	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	50975	02.02.06.007-1	20	R$ 6,72	R$ 134,40
341	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	50976	02.02.06.008-0	16	R$ 14,12	R$ 225,92
342	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	50977	02.02.06.009-8	20	R$ 11,89	R$ 237,80
343	DOSAGEM DE AMP CICLICO	50978	02.02.06.010-1	20	R$ 12,01	R$ 240,20
344	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	50979	02.02.06.011-0	20	R$ 11,53	R$ 230,60
345	DOSAGEM DE CALCITONINA	50980	02.02.06.012-8	16	R$ 14,38	R$ 230,08
			02.02.06.			R$

346	DOSAGEM DE CORTISOL	50981	013-6	62	R$ 9,86	611,32
347	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	50982	02.02.06.014-4	20	R$ 11,25	R$ 225,00
348	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	50983	02.02.06.015-2	20	R$ 11,71	R$ 234,20
349	DOSAGEM DE ESTRADIOL	50984	02.02.06.016-0	94	R$ 10,15	R$ 954,10
350	DOSAGEM DE ESTRIOL	50985	02.02.06.017-9	20	R$ 11,55	R$ 231,00
351	DOSAGEM DE ESTRONA	50986	02.02.06.018-7	20	R$ 11,12	R$ 222,40
352	DOSAGEM DE GASTRINA	50987	02.02.06.019-5	20	R$ 14,15	R$ 283,00
353	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	50988	02.02.06.020-9	20	R$ 15,35	R$ 307,00
354	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	50989	02.02.06.021-7	140	R$ 7,85	R$ 1.099,00
355	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	50990	02.02.06.022-5	20	R$ 10,21	R$ 204,20
356	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	50991	02.02.06.023-3	94	R$ 7,89	R$ 741,66
357	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	50992	02.02.06.024-1	20	R$ 8,97	R$ 179,40
358	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	50993	02.02.06.025-0	20	R$ 8,96	R$ 179,20
359	DOSAGEM DE INSULINA	50994	02.02.06.026-8	20	R$ 10,17	R$ 203,40
360	DOSAGEM DE PARATORMONIO	50995	02.02.06.027-6	20	R$ 43,13	R$ 862,60
361	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	50996	02.02.06.028-4	20	R$ 15,35	R$ 307,00
362	DOSAGEM DE PROGESTERONA	50997	02.02.06.029-2	20	R$ 10,22	R$ 204,40
363	DOSAGEM DE PROLACTINA	50998	02.02.06.030-6	20	R$ 10,15	R$ 203,00
364	DOSAGEM DE RENINA	50999	02.02.06.031-4	20	R$ 13,19	R$ 263,80
365	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	51000	02.02.06.032-2	20	R$ 15,35	R$ 307,00
366	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	51001	02.02.06.033-0	20	R$ 13,11	R$ 262,20
367	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	51002	02.02.06.034-9	312	R$ 10,43	R$ 3.254,16
368	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	51003	02.02.06.035-7	20	R$ 13,11	R$ 262,20
369	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	51004	02.02.06.036-5	16	R$ 15,35	R$ 245,60
370	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	51005	02.02.06.037-3	281	R$ 8,76	R$ 2.461,56
371	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	51006	02.02.06.038-1	20	R$ 11,60	R$ 232,00
372	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	51007	02.02.06.039-0	20	R$ 8,71	R$ 174,20
373	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	51008	02.02.06.040-3	20	R$ 12,01	R$ 240,20
374	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	51009	02.02.06.041-1	20	R$ 12,01	R$ 240,20
375	TESTE DE ESTIMULO COM GNRH OU COM AGONISTA GNRH	51010	02.02.06.042-0	20	R$ 12,01	R$ 240,20
	TESTE DE ESTIMULO DO		02.02.06.		R$	R$

376	HGH APOS GLUCAGON	51011	043-8	20	12,01	240,20
377	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	51012	02.02.06.044-6	20	R$ 12,01	R$ 240,20
378	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	51013	02.02.06.045-4	20	R$ 12,01	R$ 240,20
379	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	51014	02.02.06.046-2	20	R$ 8,43	R$ 168,60
380	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	51015	02.02.06.047-0	20	R$ 12,15	R$ 243,00
381	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	1034	02.02.07.001-8	20	R$ 2,06	R$ 41,20
382	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	912878	02.02.07.002-6	20	R$ 2,23	R$ 44,60
383	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	912879	02.02.07.003-4	20	R$ 3,68	R$ 73,60
384	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	912880	02.02.07.004-2	20	R$ 2,04	R$ 40,80
385	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	1040	02.02.07.005-0	20	R$ 15,65	R$ 313,00
386	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	912796	02.02.07.006-9	20	R$ 3,51	R$ 70,20
387	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	912797	02.02.07.007-7	20	R$ 2,01	R$ 40,20
388	DOSAGEM DE ALUMINIO	51435	02.02.07.008-5	20	R$ 27,50	R$ 550,00
389	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	912798	02.02.07.009-3	20	R$ 10,00	R$ 200,00
390	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	912799	02.02.07.010-7	20	R$ 10,00	R$ 200,00
391	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	912800	02.02.07.011-5	20	R$ 10,00	R$ 200,00
392	DOSAGEM DE BARBITURATOS	51436	02.02.07.012-3	20	R$ 13,13	R$ 262,60
393	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	912801	02.02.07.013-1	20	R$ 13,48	R$ 269,60
394	DOSAGEM DE CADMIO	912802	02.02.07.014-0	20	R$ 6,55	R$ 131,00
395	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	912939	02.02.07.015-8	20	R$ 17,53	R$ 350,60
396	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	912940	02.02.07.016-6	20	R$ 4,11	R$ 82,20
397	DOSAGEM DE CHUMBO	16990	02.02.07.017-4	20	R$ 8,83	R$ 176,60
398	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	500	02.02.07.018-2	20	R$ 58,61	R$ 1.172,20
399	DOSAGEM DE COBRE	16991	02.02.07.019-0	20	R$ 3,51	R$ 70,20
400	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	521	02.02.07.020-4	20	R$ 8,97	R$ 179,40
401	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	912941	02.02.07.021-2	20	R$ 15,65	R$ 313,00
402	DOSAGEM DE FENITOINA	527	02.02.07.022-0	20	R$ 35,22	R$ 704,40
403	DOSAGEM DE FENOL	912942	02.02.07.023-9	20	R$ 2,05	R$ 41,00
404	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	912943	02.02.07.024-7	20	R$ 3,51	R$ 70,20
405	DOSAGEM DE LITIO	557	02.02.07.025-5	20	R$ 2,25	R$ 45,00
406	DOSAGEM DE MERCURIO	912777	02.02.07.026-3	20	R$ 2,04	R$ 40,80
407	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	912778	02.02.07.027-1	20	R$ 4,11	R$ 82,20
408	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	912779	02.02.07.028-0	20	R$ 10,00	R$ 200,00
409	DOSAGEM DE METOTREXATO	912780	02.02.07.029-8	20	R$ 10,00	R$ 200,00

410	DOSAGEM DE QUINIDINA	912781	02.02.07.030-1	20	R$ 10,00	R$ 200,00
411	DOSAGEM DE SALICILATOS	912782	02.02.07.031-0	20	R$ 2,01	R$ 40,20
412	DOSAGEM DE SULFATOS	912783	02.02.07.032-8	20	R$ 3,51	R$ 70,20
413	DOSAGEM DE TEOFILINA	912784	02.02.07.033-6	20	R$ 15,65	R$ 313,00
414	DOSAGEM DE TIOCIANATO	912785	02.02.07.034-4	20	R$ 3,68	R$ 73,60
415	DOSAGEM DE ZINCO	51437	02.02.07.035-2	20	R$ 15,65	R$ 313,00
416	ANTIBIOGRAMA	51016	02.02.08.001-3	20	R$ 4,98	R$ 99,60
417	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	51017	02.02.08.002-1	20	R$ 13,33	R$ 266,60
418	TESTE DE SENSIBILIDADE EM MEIO SÓLIDO PARA OS FÁRMACOS CONTRA MICOBACTERIAS	51018	02.02.08.003-0	20	R$ 13,33	R$ 266,60
419	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	51019	02.02.08.004-8	20	R$ 4,20	R$ 84,00
420	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENÍASE)	51020	02.02.08.005-6	20	R$ 4,20	R$ 84,00
421	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	51021	02.02.08.006-4	20	R$ 4,20	R$ 84,00
422	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	51022	02.02.08.007-2	62	R$ 2,80	R$ 173,60
423	CULTURA DE BACTÉRIAS P/ IDENTIFICAÇÃO	51023	02.02.08.008-0	140	R$ 5,62	R$ 786,80
424	CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO)	51024	02.02.08.009-9	20	R$ 5,62	R$ 112,40
425	CULTURA P/ HERPESVIRUS	51025	02.02.08.010-2	20	R$ 4,33	R$ 86,60
426	CULTURA SÓLIDA PARA MICOBACTÉRIAS	51026	02.02.08.011-0	20	R$ 5,63	R$ 112,60
427	CULTURA PARA BACTÉRIAS ANAEROBICAS	51027	02.02.08.012-9	20	R$ 10,25	R$ 205,00
428	CULTURA PARA IDENTIFICACAO MORFOLÓGICA DE FUNGOS	51028	02.02.08.013-7	20	R$ 4,19	R$ 83,80
429	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	51029	02.02.08.014-5	20	R$ 2,80	R$ 56,00
430	HEMOCULTURA	51030	02.02.08.015-3	20	R$ 11,49	R$ 229,80
431	IDENTIFICAÇÃO AUTOMATIZADA DE MICRO-ORGANISMOS	51031	02.02.08.016-1	20	R$ 5,63	R$ 112,60
432	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	51032	02.02.08.017-0	20	R$ 4,33	R$ 86,60
433	PESQUISA DE BACILO DIFTÉRICO	51033	02.02.08.018-8	20	R$ 2,80	R$ 56,00
434	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLÍTICOS DO GRUPO A	51034	02.02.08.019-6	20	R$ 4,33	R$ 86,60
435	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	51035	02.02.08.020-0	20	R$ 2,80	R$ 56,00
436	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	51036	02.02.08.021-8	20	R$ 4,33	R$ 86,60
437	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	51037	02.02.08.022-6	20	R$ 2,80	R$ 56,00
438	EXAMES DIRETOS PARA PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	51038	02.02.08.023-4	20	R$ 5,04	R$ 100,80
439	PROVA CONFIRMATÓRIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES	51039	02.02.08.024-2	20	R$ 5,62	R$ 112,40

440	EXAME MICOLÓGICO DIRETO	51040	02.02.08.025-0	20	R$ 0,00	R$ 0,00
441	ÁCIDO ÚRICO NO LÍQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	51438	02.02.09.001-9	20	R$ 1,89	R$ 37,80
442	ADENOGRAMA	912885	02.02.09.002-7	20	R$ 5,79	R$ 115,80
443	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	18052	02.02.09.003-5	20	R$ 4,33	R$ 86,60
444	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	912887	02.02.09.004-3	20	R$ 4,33	R$ 86,60
445	CONTAGEM ESPECÍFICA DE CÉLULAS NO LIQUOR	17996	02.02.09.005-1	20	R$ 1,89	R$ 37,80
446	CONTAGEM GLOBAL DE CÉLULAS NO LÍQUOR	51439	02.02.09.006-0	20	R$ 1,89	R$ 37,80
447	DETERMINAÇÃO DE FOSFOLIPIDIOS RELAÇÃO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LÍQUIDO AMNIÓTICO	912744	02.02.09.007-8	20	R$ 6,56	R$ 131,20
448	DOSAGEM DE CREATININA NO LÍQUIDO AMNIÓTICO	51440	02.02.09.008-6	20	R$ 1,89	R$ 37,80
449	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	51441	02.02.09.009-4	20	R$ 2,01	R$ 40,20
450	DOSAGEM DE FRUTOSE	912745	02.02.09.010-8	20	R$ 2,01	R$ 40,20
451	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	51442	02.02.09.011-6	20	R$ 2,01	R$ 40,20
452	DOSAGEM DE GLICOSE NO LÍQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	51443	02.02.09.012-4	20	R$ 1,89	R$ 37,80
453	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LÍQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	51444	02.02.09.013-2	20	R$ 1,89	R$ 37,80
454	DOSAGEM DE SÓDIO E CLORO NO SUOR (C/ COLETA)	21233	02.02.09.014-0	20	R$ 0,00	R$ 0,00
455	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRAÇÃO NO LIQUOR	51445	02.02.09.015-9	20	R$ 5,23	R$ 104,60
456	ESPECTROFOTOMETRIA NO LÍQUIDO AMNIÓTICO	912746	02.02.09.016-7	20	R$ 6,56	R$ 131,20
457	ESPLENOGRAMA	912888	02.02.09.017-5	20	R$ 5,79	R$ 115,80
458	EXAME DE CARACTERES FÍSICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECÍFICA DE CÉLULAS	51446	02.02.09.018-3	20	R$ 1,89	R$ 37,80
459	MIELOGRAMA	912890	02.02.09.019-1	20	R$ 5,79	R$ 115,80
460	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	912891	02.02.09.021-3	20	R$ 9,70	R$ 194,00
461	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA	912892	02.02.09.022-1	20	R$ 2,01	R$ 40,20
462	PESQUISA DE CARACTERES FÍSICOS NO LIQUOR	912893	02.02.09.023-0	20	R$ 1,89	R$ 37,80
463	PESQUISA DE CÉLULAS ORANGIOFILAS	912894	02.02.09.024-8	20	R$ 1,89	R$ 37,80
464	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	912895	02.02.09.025-6	20	R$ 1,89	R$ 37,80
465	ESPERMOGRAMA	51447	02.02.09.026-4	20	R$ 4,80	R$ 96,00
466	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LÍQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	912896	02.02.09.027-2	20	R$ 1,89	R$ 37,80
467	PROVA DE PROGRESSÃO ESPERMÁTICA (CADA)	49556	02.02.09.028-0	20	R$ 9,70	R$ 194,00
	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE,					

468	STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	17991	02.02.09.029-9	20	R$ 1,89	R$ 37,80
469	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	17982	02.02.09.030-2	20	R$ 1,89	R$ 37,80
470	REAÇÃO DE PANDY	51448	02.02.09.031-0	20	R$ 1,89	R$ 37,80
471	REAÇÃO DE RIVALTA NO LÍQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	912897	02.02.09.032-9	20	R$ 1,89	R$ 37,80
472	TESTE DE CLEMENTS	912898	02.02.09.033-7	20	R$ 1,89	R$ 37,80
473	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECREÇÃO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS	912899	02.02.09.034-5	20	R$ 4,69	R$ 93,80
474	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	912900	02.02.09.035-3	20	R$ 4,69	R$ 93,80
475	TESTE MOLECULAR PARA A DETECÇÃO DO COMPLEXO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS	51449	02.02.09.036-1	20	R$ 0,00	R$ 0,00
476	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS)	912901	02.02.10.001-4	20	R$ 180,00	R$ 3.600,00
477	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)	51135	02.02.10.002-2	125	R$ 160,00	R$ 20.000,00
478	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	51134	02.02.10.003-0	80	R$ 160,00	R$ 12.800,00
479	QUANTIFICAÇÃO/AMPLIFICAÇÃO DO HER-2	708	02.02.10.004-9	20	R$ 120,00	R$ 2.400,00
480	FOCALIZAÇÃO ISOELÉTRICA DA TRANSFERRINA	18105	02.02.10.005-7	20	R$ 0,00	R$ 0,00
481	ANÁLISE DE DNA PELA TÉCNICA DE SOUTHERN BLOT	18106	02.02.10.006-5	20	R$ 0,00	R$ 0,00
482	ANÁLISE DE DNA POR MLPA	18127	02.02.10.007-3	20	R$ 0,00	R$ 0,00
483	IDENTIFICAÇÃO DE MUTAÇÃO/REARRANJOS POR PCR, PCR SENSÍVEL A METILAÇÃO, qPCR E qPCR SENSÍVEL A METILAÇÃO	18112	02.02.10.008-1	20	R$ 0,00	R$ 0,00
484	FISH EM METÁFASE OU NÚCLEO INTERFÁSICO, POR DOENÇA	17866	02.02.10.009-0	20	R$ 0,00	R$ 0,00
485	IDENTIFICAÇÃO DE ALTERAÇÃO CROMOSSÔNICA SUBMICROSCÓPICA POR ARRAY-CGH	18117	02.02.10.010-3	20	R$ 0,00	R$ 0,00
486	IDENTIFICAÇÂO DE MUTAÇÃO POR SEQUENCIAMENTO POR AMPLICON ATÉ 500 PARES DE BASES	18118	02.02.10.011-1	20	R$ 0,00	R$ 0,00
487	IDENTIFICAÇÃO DE GLICOSAMINOGLICANOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA EM CAMADA DELGADA , ELETROFORESE E DOSAGEM QUANTITATIVA	18119	02.02.10.012-0	20	R$ 0,00	R$ 0,00
	IDENTIFICAÇÃO DE					

488	OLIGOSSACARÍDEOS E SIALOSSACARÍDEOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA)	18120	02.02.10.013-8	20	R$ 0,00	R$ 0,00
489	DOSAGEM QUANTITATIVA DE CARNITINA, PERFIL DE ACILCARNITINAS	18121	02.02.10.014-6	20	R$ 0,00	R$ 0,00
490	DOSAGEM QUANTITATIVA DE AMINOÁCIDOS	18122	02.02.10.015-4	20	R$ 0,00	R$ 0,00
491	DOSAGEM QUANTITATIVA DE ÁCIDOS ORGÂNICOS	18123	02.02.10.016-2	20	R$ 0,00	R$ 0,00
492	ENSAIOS ENZIMÁTICOS NO PLASMA E LEUCÓCITOS PARA DIAGNÓSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO	18124	02.02.10.017-0	20	R$ 0,00	R$ 0,00
493	ENSAIOS ENZIMÁTICOS EM ERITRÓCITOS PARA DIAGNÓSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO	18125	02.02.10.018-9	20	R$ 0,00	R$ 0,00
494	ENSAIOS ENZIMÁTICOS EM TECIDO CULTIVADO PARA DIAGNÓSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO	18126	02.02.10.019-7	20	R$ 0,00	R$ 0,00
495	SEQUENCIAMENTO COMPLETO DO EXOMA	51450	02.02.10.020-0	20	R$ 0,00	R$ 0,00
496	DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA CROMOSSOMA PHILADELPHIA POSITIVO POR TÉCNICA MOLECULAR	51451	02.02.10.021-9	20	R$ 144,24	R$ 2.884,80
497	REAVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE LEUCEMIA CROMOSSOMA PHILADELPHIA POSITIVO POR TÉCNICA MOLECULAR	51452	02.02.10.022-7	20	R$ 168,48	R$ 3.369,60
498	PESQUISA DE MUTAÇÃO DO GENE DA PROTROMBINA	831	02.02.10.023-5	20	R$ 180,00	R$ 3.600,00
499	TESTE CITOGENÈTICO POR HIBRIDIZAÇÃO IN SITU POR FLUORESCÊNCIA (FISH) PARA MIELOMA MÚLTIPLO	51453	02.02.10.024-3	20	R$ 376,47	R$ 7.529,40
500	EXAME MOLECULAR DE DETECÇÃO DE HPV	51454	02.02.10.025-1	20	R$ 0,00	R$ 0,00
501	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	912912	02.02.12.001-5	20	R$ 10,65	R$ 213,00
502	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	912913	02.02.12.002-3	20	R$ 1,37	R$ 27,40
503	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	1117	02.02.12.003-1	20	R$ 10,65	R$ 213,00
504	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	912915	02.02.12.004-0	20	R$ 10,65	R$ 213,00
505	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO	912916	02.02.12.005-8	20	R$ 5,79	R$ 115,80
506	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC	912917	02.02.12.006-6	20	R$ 5,79	R$ 115,80
507	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO	912918	02.02.12.007-4	20	R$ 5,79	R$ 115,80
508	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	912919	02.02.12.008-2	20	R$ 1,37	R$ 27,40
509	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	912920	02.02.12.009-0	20	R$ 2,73	R$ 54,60
510	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	1167	02.02.12.010-4	20	R$ 5,79	R$ 115,80

511	EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA	50296	02.03.01.001-9	20	R$ 13,72	R$ 274,40
512	EXAME CITOPATOLOGICO HORMONAL SERIADO (MINIMO 3 COLETAS)	50297	02.03.01.002-7	20	R$ 20,96	R$ 419,20
513	EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL E DE MAMA)	50298	02.03.01.003-5	20	R$ 20,96	R$ 419,20
514	DETERMINACAO DE RECEPTORES TUMORAIS HORMONAIS	50301	02.03.02.001-4	20	R$ 93,70	R$ 1.874,00
515	IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	50304	02.03.02.004-9	20	R$ 131,52	R$ 2.630,40
516	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	49297	02.06.01.001-0	10	R$ 86,76	R$ 867,60
517	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	49298	02.06.01.002-8	7	R$ 101,10	R$ 707,70
518	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	49299	02.06.01.003-6	25	R$ 86,76	R$ 2.169,00
519	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	49300	02.06.01.004-4	11	R$ 86,75	R$ 954,25
520	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO	49301	02.06.01.005-2	95	R$ 86,76	R$ 8.242,20
521	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	49302	02.06.01.006-0	7	R$ 97,44	R$ 682,08
522	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	49303	02.06.01.007-9	57	R$ 97,44	R$ 5.554,08
523	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR	49305	02.06.02.001-5	12	R$ 86,75	R$ 1.041,00
524	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	49306	02.06.02.002-3	12	R$ 86,75	R$ 1.041,00
525	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	49307	02.06.02.003-1	1300	R$ 136,41	R$ 177.333,00
526	TOMOGRAFIA DE HEMITORAX, PULMÃO OU DO MEDIASTINO	51458	02.06.02.004-0	10	R$ 136,41	R$ 1.364,10
527	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	49308	02.06.03.001-0	1100	R$ 138,63	R$ 152.493,00
528	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	49309	02.06.03.002-9	10	R$ 86,75	R$ 867,50
529	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	49310	02.06.03.003-7	975	R$ 138,63	R$ 135.164,25
530	CONTRASTE PARA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	51459	02.06.03.004-5	2550	R$ 60,00	R$ 153.000,00
531	CONTRASTE PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	51460	02.06.03.005-3	550	R$ 100,00	R$ 55.000,00
	ANGIORESSONANCIA		02.07.01.		R$	R$

532	CEREBRAL	49280	001-3	20	268,75	5.375,00
533	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	49281	02.07.01.002-1	5	R$ 268,75	R$ 1.343,75
534	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	49282	02.07.01.003-0	11	R$ 268,75	R$ 2.956,25
535	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	49283	02.07.01.004-8	27	R$ 268,75	R$ 7.256,25
536	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	49284	02.07.01.005-6	19	R$ 268,75	R$ 5.106,25
537	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	49285	02.07.01.006-4	117	R$ 268,75	R$ 31.443,75
538	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	49286	02.07.01.007-2	5	R$ 268,75	R$ 1.343,75
539	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE	49295	02.07.02.001-9	5	R$ 361,25	R$ 1.806,25
540	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	49287	02.07.02.002-7	10	R$ 268,75	R$ 2.687,50
541	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	49288	02.07.02.003-5	12	R$ 268,75	R$ 3.225,00
542	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA MAMA	49294	02.07.02.006-0	10	R$ 268,75	R$ 2.687,50
543	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	49289	02.07.03.001-4	152	R$ 268,75	R$ 40.850,00
544	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	49290	02.07.03.002-2	202	R$ 268,75	R$ 54.287,50
545	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	49291	02.07.03.003-0	10	R$ 268,75	R$ 2.687,50
546	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA	49293	02.07.03.004-9	10	R$ 268,75	R$ 2.687,50
547	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA DA PRÓSTATA	49292	02.07.03.005-7	10	R$ 268,75	R$ 2.687,50
548	CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)	16322	02.08.04.005-6	7	R$ 133,03	R$ 931,21
549	CINTILOGRAFIA DE OSSOS COM OU SEM FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO)	51130	02.08.05.003-5	375	R$ 190,99	R$ 71.621,25
550	CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	51131	02.08.09.003-7	7	R$ 289,43	R$ 2.026,01
551	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	51132	02.09.01.002-9	40	R$ 112,66	R$ 4.506,40
552	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	10840	02.09.01.003-7	25	R$ 48,16	R$ 1.204,00
553	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	51133	02.09.01.005-3	5	R$ 23,13	R$ 115,65
554	CONSULTA DE DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPEROR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	51129	03.01.01.004-8	6500	R$ 6,30	R$ 40.950,00
555	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	12348	03.01.01.007-2	12500	R$ 10,00	R$ 125.000,00
556	NARCOSE DE CRIANÇA (POR PROCEDIMENTO)	51291	03.04.01.017-0	15	R$ 150,00	R$ 2.250,00
557	NARCOSE PARA BRAQUITERAPIA (POR PROCEDIMENTO	51292	03.04.01.034-0	15	R$ 150,00	R$ 2.250,00
	RADIOTERAPIA DE CABEÇA		03.04.01.		R$	R$

558	E PESCOÇO	51294	036-7	130	4.168,00	541.840,00
559	RADIOTERAPIA DO APARELHO DIGESTIVO	51295	03.04.01.037-5	150	R$ 4.148,00	R$ 622.200,00
560	RADIOTERAPIA DE TRAQUEIA, BRÔNQUIO, PULMÃO, PLEURA E MEDIASTINO	51296	03.04.01.038-3	140	R$ 3.563,00	R$ 498.820,00
561	RADIOTERAPIA DE OSSOS/CARTILAGENS/PARTES MOLES	51297	03.04.01.039-1	30	R$ 3.118,00	R$ 93.540,00
562	RADIOTERAPIA DE PELE	51298	03.04.01.040-5	160	R$ 2.310,00	R$ 369.600,00
563	RADIOTERAPIA DE MAMA	51299	03.04.01.041-3	475	R$ 5.904,00	R$ 2.804.400,00
564	RADIOTERAPIA DE CÂNCER GINECOLÓGICO	51300	03.04.01.042-1	130	R$ 4.608,00	R$ 599.040,00
565	BRAQUITERAPIA GINECOLÓGICA	51301	03.04.01.043-0	15	R$ 4.150,00	R$ 62.250,00
566	RADIOTERAPIA DE PÊNIS	51302	03.04.01.044-8	15	R$ 4.630,00	R$ 69.450,00
567	RADIOTERAPIA DE PRÓSTATA	51303	03.04.01.045-6	260	R$ 5.838,00	R$ 1.517.880,00
568	BRAQUITERAPIA DE PRÓSTATA	51304	03.04.01.046-4	15	R$ 5.838,00	R$ 87.570,00
569	RADIOTERAPIA DO APARELHO URINÁRIO	51305	03.04.01.047-2	20	R$ 4.093,00	R$ 81.860,00
570	RADIOTERAPIA DE OLHOS E ANEXOS	51306	03.04.01.048-0	15	R$ 3.273,00	R$ 49.095,00
571	BRAQUITERAPIA OFTÁLMICA	51307	03.04.01.049-9	15	R$ 9.500,00	R$ 142.500,00
572	RADIOTERAPIA DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL	51308	03.04.01.050-2	65	R$ 3.278,00	R$ 213.070,00
573	RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA	51309	03.04.01.051-0	65	R$ 5.035,00	R$ 327.275,00
574	RADIOTERAPIA DE METÁSTASE EM SISTEMA NERVOSO CENTRAL	51310	03.04.01.052-9	65	R$ 2.439,00	R$ 158.535,00
575	RADIOTERAPIA DE PLASMOCITOMA / MIELOMA / METÁSTASES EM OUTRAS LOCALIZAÇÕE	51311	03.04.01.053-7	275	R$ 1.729,00	R$ 475.475,00
576	RADIOTERAPIA DE CADEIA LINFÁTICA	51312	03.04.01.054-5	85	R$ 4.168,00	R$ 354.280,00
577	RADIOTERAPIA DE LINFOMA E LEUCEMIA	51313	03.04.01.055-3	50	R$ 3.159,00	R$ 157.950,00
578	RADIOTERAPIA EM CORPO INTEIRO	51314	03.04.01.056-1	15	R$ 1.729,00	R$ 25.935,00
579	RADIOTERAPIA DE QUELOIDE E GINECOMASTIA	51315	03.04.01.057-0	30	R$ 953,00	R$ 28.590,00
580	RADIOTERAPIA DE DOENÇA BENIGNA	51316	03.04.01.058-8	15	R$ 593,00	R$ 8.895,00
581	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE COLON AVANÇADO -1ª LINHA	50499	03.04.02.001-0	372	R$ 2.224,00	R$ 827.328,00

582	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE COLON AVANÇADO - 2ª LINHA	50500	03.04.02.002-8	120	R$ 2.224,00	R$ 266.880,00
583	HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ENDOMÉTRIO AVANÇADO	50501	03.04.02.003-6	34	R$ 427,50	R$ 14.535,00
584	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ESTÔMAGO AVANÇADO	50502	03.04.02.004-4	122	R$ 571,50	R$ 69.723,00
585	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PÂNCREAS AVANÇADO	50503	03.04.02.005-2	224	R$ 1.986,00	R$ 444.864,00
586	HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA AVANÇADO - 2ª LINHA	50504	03.04.02.006-0	20	R$ 147,10	R$ 2.942,00
587	HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA AVANÇADO - 1ª LINHA	50505	03.04.02.007-9	328	R$ 301,50	R$ 98.892,00
588	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA RESISTENTE A HORMONIOTERAPIA	50506	03.04.02.008-7	798	R$ 1.062,65	R$ 847.994,70
589	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE RETO AVANÇADO -1ª LINHA	50507	03.04.02.009-5	159	R$ 2.224,00	R$ 353.616,00
590	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE RETO AVANÇADO - 2ª LINHA	50508	03.04.02.010-9	49	R$ 2.224,00	R$ 108.976,00
591	QUIMIOTERAPIA DO APUDOMA/TUMOR NEUROENDÓCRINO AVANÇADO	50509	03.04.02.011-7	16	R$ 1.062,65	R$ 17.002,40
592	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE ADRENAL AVANÇADO	50510	03.04.02.012-5	15	R$ 1.300,00	R$ 19.500,00
593	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO -1ª LINHA	50511	03.04.02.013-3	125	R$ 1.700,00	R$ 212.500,00
594	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO - 2ª LINHA	50512	03.04.02.014-1	36	R$ 2.378,90	R$ 85.640,40
595	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE NASOFARINGE AVANÇADO	50513	03.04.02.015-0	20	R$ 571,50	R$ 11.430,00
596	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE RIM AVANÇADO	50514	03.04.02.016-8	83	R$ 3.311,50	R$ 274.854,50
597	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE / ADENOCARCINOMA DE ESÔFAGO AVANÇADO	50515	03.04.02.017-6	29	R$ 571,50	R$ 16.573,50
598	QUIMIOTERAPIA DA NEOPLASIA MALIGNA AVANÇADA DO COLO OU DO CORPO UTERINO AVANÇADO, VULVA E VAGINA.	50516	03.04.02.018-4	107	R$ 571,50	R$ 61.150,50
599	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CANAL ANAL/ MARGEM ANAL AVANÇADO	50517	03.04.02.019-2	15	R$ 800,00	R$ 12.000,00
600	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CABEÇA E PESCOÇO AVANÇADO	50518	03.04.02.020-6	130	R$ 800,00	R$ 104.000,00
601	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS AVANÇADO	50519	03.04.02.021-4	317	R$ 1.100,00	R$ 348.700,00
	QUIMIOTERAPIA DO					

602	CARCINOMA PULMONAR INDIFERENCIADO DE CÉLULAS PEQUENAS AVANÇADO	50520	03.04.02.022-2	39	R$ 1.100,00	R$ 42.900,00
603	QUIMIOTERAPIA DO MELANOMA MALIGNO AVANÇADO	50521	03.04.02.023-0	60	R$ 7.500,00	R$ 450.000,00
604	QUIMIOTERAPIA DE METÁSTASE DE ADENOCARCINOMA DE ORIGEM DESCONHECIDA	50522	03.04.02.024-9	20	R$ 571,50	R$ 11.430,00
605	QUIMIOTERAPIA DE METÁSTASE DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE/CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE ORIGEM DESCONHECIDA	50524	03.04.02.025-7	15	R$ 800,00	R$ 12.000,00
606	QUIMIOTERAPIA DE METÁSTASE DE NEOPLASIA MALIGNA INDIFERENCIADA DE ORIGEM DESCONHECIDA	50528	03.04.02.026-5	13	R$ 1.062,65	R$ 13.814,45
607	QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DE TUBA UTERINA AVANÇADA -1ª LINHA.	50529	03.04.02.027-3	23	R$ 1.450,00	R$ 33.350,00
608	QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DE TUBA UTERINA AVANÇADA - 2ª LINHA)	50530	03.04.02.028-1	13	R$ 1.450,00	R$ 18.850,00
609	QUIMIOTERAPIA DE SARCOMA DE PARTES MOLES AVANÇADO	50531	03.04.02.029-0	94	R$ 800,00	R$ 75.200,00
610	QUIMIOTERAPIA DE SARCOMA ÓSSEO AVANÇADO	50532	03.04.02.030-3	15	R$ 800,00	R$ 12.000,00
611	QUIMIOTERAPIA DO TUMOR DO ESTROMA GASTROINTESTINAL AVANÇADO	50533	03.04.02.031-1	95	R$ 17,00	R$ 1.615,00
612	QUIMIOTERAPIA DE TUMOR DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL AVANÇADO	50534	03.04.02.032-0	169	R$ 800,00	R$ 135.200,00
613	HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO - 2ª LINHA	50535	03.04.02.033-8	42	R$ 301,50	R$ 12.663,00
614	HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO- 1ª LINHA	50536	03.04.02.034-6	645	R$ 79,75	R$ 51.438,75
615	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE TIREOIDE AVANÇADO	50537	03.04.02.036-2	15	R$ 427,50	R$ 6.412,50
616	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE PÊNIS AVANÇADO	50539	03.04.02.037-0	13	R$ 800,00	R$ 10.400,00
617	QUIMIOTERAPIA DE CARCINOMA DO FÍGADO OU DO TRATO BILIAR AVANÇADO	50540	03.04.02.038-9	91	R$ 571,50	R$ 52.006,50
618	QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA DO TIMO AVANÇADA	50541	03.04.02.039-7	30	R$ 571,50	R$ 17.145,00
619	QUIMIOTERAPIA DE CARCINOMA UROTELIAL AVANÇADO	50542	03.04.02.040-0	13	R$ 1.300,00	R$ 16.900,00
620	POLIQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO – 1ª LINHA	51433	03.04.02.041-9	23	R$ 1.700,00	R$ 39.100,00
621	MONOQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO – 1ª LINHA	51273	03.04.02.042-7	25	R$ 34,00	R$ 850,00
	POLIQUIMIOTERAPIA COM					

622	DUPLO ANTI HER-2 DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO 1ª LINHA	51274	03.04.02.043-5	150	R$ 1.700,00	R$ 255.000,00
623	BLOQUEIO COM DUPLO ANTI-HER-2 DOCARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVOAVANÇADO/METASTÁTICO - 1ª LINHA	51275	03.04.02.044-3	140	R$ 34,10	R$ 4.774,00
624	TERAPIA ANTINEOPLÁSICA SISTÊMICA DO CÂNCER DE MAMA AVANÇADO COM INIBIDOR CDK 4/6 – 1ª LINHA	51276	03.04.02.045-1	300	R$ 2.200,00	R$ 660.000,00
625	TERAPIA ANTINEOPLÁSICA SISTÊMICA DO CÂNCER DE MAMA AVANÇADO COM INIBIDOR CDK 4/6 – 2ª LINHA	51277	03.04.02.046-0	15	R$ 2.200,00	R$ 33.000,00
626	HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO COM ANTIESTROGÊNICO SUPRESSOR DOS RECEPTORES DE ESTROGÊNIO - 1ª LINHA	51278	03.04.02.047-8	36	R$ 492,00	R$ 17.712,00
627	HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO COM ANTIESTROGÊNICO SUPRESSOR DOS RECEPTORES DE ESTROGÊNIO - 2ª LINHA	51279	03.04.02.048-6	15	R$ 492,00	R$ 7.380,00
628	HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO COM ANÁLOGO SINTÉTICO DO LHRH / GNRH	51280	03.04.02.049-4	17	R$ 295,71	R$ 5.027,07
629	QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA RARA -1ª LINHA.	50545	03.04.03.001-5	42	R$ 640,00	R$ 26.880,00
630	QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA RARA - 2ª LINHA	50546	03.04.03.002-3	15	R$ 640,00	R$ 9.600,00
631	QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA MIELOPROLIFERATIVA RARA - 1ª LINHA	50548	03.04.03.003-1	68	R$ 150,00	R$ 10.200,00
632	QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA MIELOPROLIFERATIVA RARA - 2ª LINHA.	50549	03.04.03.004-0	15	R$ 1.800,00	R$ 27.000,00
633	QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA LINFOCITICA CRONICA - 1ª LINHA.	50550	03.04.03.005-8	20	R$ 407,50	R$ 8.150,00
634	QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA LINFOCITICA CRONICA - 2ª LINHA.	50552	03.04.03.006-6	15	R$ 1.800,00	R$ 27.000,00
635	QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA QUALQUER FASE - CONTROLE SANGÜINEO	50553	03.04.03.007-4	65	R$ 80,75	R$ 5.248,75
636	QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE BLÁSTICA - MARCADOR POSITIVO - 2ª LINHA	51041	03.04.03.008-2	15	R$ 85,00	R$ 1.275,00
637	QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE BLASTICA - MARCADOR POSITIVO - SEM FASE CRÔNICA OU DE	51042	03.04.03.009-0	15	R$ 17,00	R$ 255,00

	TRANSFORMAÇÃO ANTERIOR (1ª LINHA).					
638	QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE BLÁSTICA - MARCADOR POSITIVO-3ª LINHA	50556	03.04.03.010-4	15	R$ 1.736,20	R$ 26.043,00
639	QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE CRÔNICA - MARCADOR POSITIVO - 1ª LINHA	51043	03.04.03.011-2	950	R$ 17,00	R$ 16.150,00
640	QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE CRÔNICA - MARCADOR POSITIVO - 3ª LINHA	51044	03.04.03.012-0	15	R$ 2.535,50	R$ 38.032,50
641	QUMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE DE TRANSFORMAÇÃO - MARCADOR POSITIVO - 3ª LINHA	51045	03.04.03.013-9	15	R$ 1.401,20	R$ 21.018,00
642	QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE DE TRANSFORMAÇÃO - MARCADOR POSITIVO - 2ªLINHA	51046	03.04.03.014-7	70	R$ 17,00	R$ 1.190,00
643	QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE DE TRANSFORMAÇÃO - MARCADOR POSITIVO - SEM FASE CRONICA ANTERIOR (1ª LINHA)	51047	03.04.03.015-5	15	R$ 17,00	R$ 255,00
644	QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN DE BAIXO GRAU DE MALIGNIDADE (1ª LINHA)	50557	03.04.03.016-3	15	R$ 640,00	R$ 9.600,00
645	QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN DE BAIXO GRAU DE MALIGNIDADE - 2ªLINHA	50554	03.04.03.017-1	18	R$ 1.080,00	R$ 19.440,00
646	QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA DE CÉLULAS PLASMÁTICAS - 1ª LINHA.	50563	03.04.03.018-0	15	R$ 427,50	R$ 6.412,50
647	QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA DE CÉLULAS PLASMÁTICAS - 2ª LINHA.	50564	03.04.03.019-8	15	R$ 1.715,60	R$ 25.734,00
648	QUIMIOTERAPIA DA TRICOLEUCEMIA - 2ª LINHA	50565	03.04.03.020-1	15	R$ 2.250,00	R$ 33.750,00
649	QUIMIOTERAPIA DE TRICOLEUCEMIA - 1ªLINHA.	50566	03.04.03.021-0	15	R$ 5.700,00	R$ 85.500,00
650	QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE CRÔNICA - MARCADOR POSITIVO 2ª LINHA	50567	03.04.03.022-8	450	R$ 17,00	R$ 7.650,00
651	QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA FOLICULAR- 1ª LINHA	50568	03.04.03.023-6	115	R$ 640,00	R$ 73.600,00
652	QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA FOLICULAR - 2ª LINHA	50569	03.04.03.024-4	13	R$ 1.080,00	R$ 14.040,00
653	QUIMIOTERAPIA DE MIELOMA MÚLTIPLO – 1ª LINHA	50570	03.04.03.025-2	190	R$ 5.224,65	R$ 992.683,50
654	QUIMIOTERAPIA DE MIELOMA MÚLTIPLO – 2ª LINHA	50571	03.04.03.026-0	18	R$ 5.224,65	R$ 94.043,70
	QUIMIOTERAPIA DO					

655	ADENOCARCINOMA DE RETO (PRÉVIA)	50572	03.04.04.001-0	133	R$ 571,50	R$ 76.009,50
656	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA (PRÉVIA)	50573	03.04.04.002-9	403	R$ 1.400,00	R$ 564.200,00
657	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE / ADENOCARCINOMA DO COLO UTERINO	50574	03.04.04.004-5	195	R$ 1.300,00	R$ 253.500,00
658	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE RETO/ CANAL ANAL/ MARGEM ANAL	50575	03.04.04.005-3	15	R$ 800,00	R$ 12.000,00
659	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE SEIO PARA-NASAL/ LARINGE / HIPOFARINGE/ OROFARINGE /CAVIDADE ORAL	50576	03.04.04.006-1	78	R$ 1.300,00	R$ 101.400,00
660	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE BEXIGA	50577	03.04.04.007-0	164	R$ 1.300,00	R$ 213.200,00
661	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE NASOFARINGE	50578	03.04.04.008-8	18	R$ 1.300,00	R$ 23.400,00
662	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS (PRÉVIA)	50579	03.04.04.009-6	13	R$ 1.100,00	R$ 14.300,00
663	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR INDIFERENCIADO DE CÉLULAS PEQUENAS (PRÉVIA)	50580	03.04.04.010-0	15	R$ 1.100,00	R$ 16.500,00
664	QUIMIOTERAPIA DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE / ADENOCARCINOMA DE ESÔFAGO	50581	03.04.04.011-8	15	R$ 1.300,00	R$ 19.500,00
665	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMOIDE DE VULVA	50582	03.04.04.012-6	15	R$ 1.300,00	R$ 19.500,00
666	QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DA TUBA UTERINA - 2ª LINHA	50583	03.04.04.013-4	20	R$ 1.450,00	R$ 29.000,00
667	QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DA TUBA UTERINA - 1ª LINHA	50585	03.04.04.014-2	34	R$ 1.450,00	R$ 49.300,00
668	QUIMIOTERAPIA DE OSTEOSSARCOMA - 2ª LINHA.	50586	03.04.04.015-0	15	R$ 8.064,50	R$ 120.967,50
669	QUIMIOTERAPIA DE SARCOMA ÓSSEO / OSTEOSSARCOMA - 1ª LINHA	50587	03.04.04.016-9	15	R$ 1.447,70	R$ 21.715,50
670	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ESTÔMAGO (PRÉ-OPERATÓRIA)	50589	03.04.04.017-7	70	R$ 1.300,00	R$ 91.000,00
671	POLIQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO (PRÉVIA)	50590	03.04.04.018-5	164	R$ 1.400,00	R$ 229.600,00
672	HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA (PRÉVIA)	50591	03.04.04.019-3	68	R$ 79,75	R$ 5.423,00
673	HORMONIOTERAPIA PRÉVIA À RADIOTERAPIA EXTERNA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA	50592	03.04.04.020-7	783	R$ 301,50	R$ 236.074,50
	QUIMIOTERAPIA INTRA-		03.04.05.		R$	R$

674	VESICAL	50594	001-6	91	1.300,00	118.300,00
675	QUIMIOTERAPIA DE ADENOCARCINOMA DE CÓLON	50595	03.04.05.002-4	408	R$ 2.224,00	R$ 907.392,00
676	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE RETO (ADJUVANTE)	50596	03.04.05.003-2	34	R$ 427,50	R$ 14.535,00
677	HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO I	50598	03.04.05.004-0	1167	R$ 79,75	R$ 93.068,25
678	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO III	50599	03.04.05.006-7	135	R$ 800,00	R$ 108.000,00
679	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO II	50600	03.04.05.007-5	177	R$ 800,00	R$ 141.600,00
680	HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO III	50602	03.04.05.011-3	931	R$ 79,75	R$ 74.247,25
681	HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO II	50603	03.04.05.012-1	1589	R$ 79,75	R$ 126.722,75
682	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO I	50604	03.04.05.013-0	44	R$ 571,50	R$ 25.146,00
683	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS (ADJUVANTE)	50606	03.04.05.017-2	15	R$ 1.100,00	R$ 16.500,00
684	QUIMIOTERAPIA DE CARCINOMA PULMONAR INDIFERENCIADO DE CÉLULAS PEQUENAS (ADJUVANTE)	50607	03.04.05.018-0	15	R$ 1.100,00	R$ 16.500,00
685	QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DA TUBA UTERINA	50608	03.04.05.020-2	65	R$ 1.450,00	R$ 94.250,00
686	QUIMIOTERAPIA DO OSTEOSSARCOMA	50609	03.04.05.021-0	15	R$ 1.744,10	R$ 26.161,50
687	QUIMIOTERAPIA DE SARCOMA DE PARTES MOLES DE EXTREMIDADE	50610	03.04.05.022-9	16	R$ 1.600,00	R$ 25.600,00
688	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ESTÔMAGO (PÓS OPERATÓRIA)	50611	03.04.05.025-3	26	R$ 571,50	R$ 14.859,00
689	POLIQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO I (ADJUVANTE)	50612	03.04.05.026-1	15	R$ 571,50	R$ 8.572,50
690	POLIQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO II (ADJUVANTE)	50613	03.04.05.027-0	26	R$ 800,00	R$ 20.800,00
691	POLIQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO III (ADJUVANTE)	50614	03.04.05.028-8	42	R$ 800,00	R$ 33.600,00
692	MONOQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO I (ADJUVANTE)	50615	03.04.05.029-6	60	R$ 34,10	R$ 2.046,00
693	MONOQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO II (ADJUVANTE)	50616	03.04.05.030-0	29	R$ 34,10	R$ 988,90
694	MONOQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO III (ADJUVANTE)	51281	03.04.05.031-8	107	R$ 34,10	R$ 3.648,70

695	QUIMIOTERAPIA DE MELANOMA MALÍGNO	51282	03.04.05.032-6	15	R$ 1.251,64	R$ 18.774,60
696	QUIMIOTERAPIA DE TUMOR DO ESTROMA GASTRO INTESTINAL	51283	03.04.05.033-4	40	R$ 17,00	R$ 680,00
697	HORMONIOTERAPIA ADJUVANTE À RADIOTERAPIA EXTERNA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA	51284	03.04.05.034-2	546	R$ 301,50	R$ 164.619,00
698	TERAPIA ANTINEOPLÁSICA SISTÊMICA DO CÂNCER DE MAMAHER-2 POSITIVO OPERADO EM ESTÁDIO III E COM DOENÇA RESIDUAL (ADJUVANTE)	51285	03.04.05.035-0	13	R$ 34,10	R$ 443,30
699	QUIMIOTERAPIA DA DOENÇA DE HODGKIN - 1ª LINHA	50617	03.04.06.001-1	21	R$ 1.258,64	R$ 26.431,44
700	QUIMIOTERAPIA DA DOENÇA DE HODGKIN - 2ª LINHA	50618	03.04.06.003-8	15	R$ 1.258,64	R$ 18.879,60
701	QUIMIOTERAPIA DA DOENÇA DE HODGKIN - 3ª LINHA	50619	03.04.06.004-6	26	R$ 5.767,33	R$ 149.950,58
702	QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA AGUDA/ MIELODISPLASIA / LINFOMA DE BURKITT - 1ª LINHA	50620	03.04.06.007-0	20	R$ 2.300,00	R$ 46.000,00
703	QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA AGUDA/ MIELODISPLASIA/LINFOMA LINFOBLÁSTICO/ LINFOMA DE BURKITT - 2ª LINHA	50621	03.04.06.008-9	40	R$ 1.400,00	R$ 56.000,00
704	QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA AGUDA/ MIELODISPLASIA/ LINFOMA LINFOBLÁSTICO/ LINFOMA DE BURKITT 3ª LINHA	50622	03.04.06.009-7	15	R$ 830,52	R$ 12.457,80
705	QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA AGUDA/MIELODISPLASIA/ LINFOMA LINFOBLÁSTICO/ LINFOMA DE BURKITT - 4ª LINHA	50623	03.04.06.010-0	15	R$ 427,50	R$ 6.412,50
706	QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN GRAU INTERMEDIÁRIO OU ALTO - 2ª LINHA	50624	03.04.06.011-9	15	R$ 1.447,70	R$ 21.715,50
707	QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN GRAU INTERMEDIÁRIO OU ALTO - 3ª LINHA	50625	03.04.06.012-7	15	R$ 1.447,70	R$ 21.715,50
708	QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN DE GRAU DE MALIGNIDADE INTERMEDIÁRIO OU ALTO - 1ª LINHA	50626	03.04.06.013-5	15	R$ 800,00	R$ 12.000,00
709	QUIMIOTERAPIA DE TUMOR GERMINATIVO EXTRA-GONADAL	50627	03.04.06.015-1	15	R$ 2.408,52	R$ 36.127,80
710	QUIMIOTERAPIA DE TUMOR GERMINATIVO DE OVÁRIO	50627	03.04.06.016-0	15	R$ 1.700,00	R$ 25.500,00
711	QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL - BAIXO RISCO	50629	03.04.06.017-8	15	R$ 1.743,12	R$ 26.146,80
712	QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL -	50630	03.04.06.	15	R$ 2.408,5	R$

	CORIOCARCINOMA DE BAIXO RISCO PERSISTENTE / ALTO RISCO / RECIDIVA		018-6		2	36.127,80
713	QUIMIOTERAPIA DE TUMOR GERMINATIVO DE TESTÍCULO - 1ª LINHA	50631	03.04.06.020-8	60	R$ 1.700,00	R$ 102.000,00
714	QUIMIOTERAPIA DE TUMOR GERMINATIVO DE TESTÍCULO - 2ª LINHA	51286	03.04.06.021-6	15	R$ 1.700,00	R$ 25.500,00
715	QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B – 1ª LINHA	51287	03.04.06.022-4	31	R$ 800,00	R$ 24.800,00
716	QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA LINFOIDE/LINFOBLÁSTICA AGUDA E DE LINFOMA LINFOBLÁSTICO1ª LINHA – FASES TERAPÊUTICAS INICIAIS.	51288	03.04.06.023-2	86	R$ 11.644,00	R$ 1.001.384,00
717	QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA LINFOIDE/LINFOBLÁSTICA AGUDA E DE LINFOMA LINFOBLÁSTICO1ª LINHA – FASE DE MANUTENÇÃO	51289	03.04.06.024-0	20	R$ 431,20	R$ 8.624,00
718	FATOR ESTIMULANTE DO CRESCIMENTO DE COLÔNIAS DE GRANULÓCITOS / MACRÓFAGOS	50632	03.04.08.001-2	458	R$ 871,00	R$ 398.918,00
719	QUIMIOTERAPIA INTRA-ARTERIAL	50635	03.04.08.004-7	15	R$ 379,73	R$ 5.695,95
720	QUIMIOTERAPIA INTRA-TECAL	50636	03.04.08.005-5	15	R$ 335,00	R$ 5.025,00
721	QUIMIOTERAPIA INTRACAVITARIA	50637	03.04.08.006-3	15	R$ 379,73	R$ 5.695,95
722	INIBIDOR DA OSTEÓLISE	50638	03.04.08.007-1	398	R$ 449,50	R$ 178.901,00
723	IMUNOTERAPIA COM MOLÉCULA BISPECÍIFICA ATIVADORA DE CÉLULAS T PARA LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA (LLA) B DERIVADA PEDIÁTRICA EM PRIMEIRA RECIDIVA MEDULAR DE ALTO RISCO (POR FRASCO AMPOLA)	50639	03.04.08.008-0	15	R$ 8.904,20	R$ 133.563,00
						R$ 25.161.043,68

1.2.1 Os procedimentos deverão ser realizados em conformidade com a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde – SUS, e Manual de Bases Técnicas - Oncologia do Ministério da Saúde, ou outra que venha a suprimir ou complementar.

1.2.2 A **CONTRATADA** deverá assegurar a execução dos procedimentos pelos quais se credenciou para a realização do tratamento oncológico, objeto do Termo de Contrato eventualmente firmado.

1.2.3 A **CONTRATADA** deverá responsabilizar-se integralmente pelos serviços terceirizados de atividade meio necessários ao cumprimento do objeto.

1.2.4 Pesquisas e tratamentos a título de experimentação somente serão permitidos mediante aprovação pela Comissão de Ética em Pesquisa, devidamente registrada no Ministério da Saúde, autorização dada formalmente pelo paciente ou seu responsável e comunicação formal junto à **CONTRATANTE**.

1.2.5 Os procedimentos inerentes ao tratamento que demandem eventual utilização de contraste deverão ser realizados de acordo com a indicação médica e por conta da **CONTRATADA**, não cabendo a **CONTRATADA**, em hipótese alguma, negativa quanto a realização do mesmo.

1.2.6 A **CONTRATADA** deverá prestar a totalidade dos procedimentos diagnósticos e

terapêuticos elencados na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, referentes aos serviços contratados descritos no Termo de Contrato eventualmente firmado, salvo quando dispensados pela **CONTRATANTE**.

1.2.7 A **CONTRATADA** deverá dispor de mão-de-obra com capacidade técnica para a execução do objeto: equipe multiprofissional e multidisciplinar (médico(a) oncologista, enfermeiro(a), nutricionista, psicólogo(a), farmacêutico(a) e técnico(a) de enfermagem) que contemple atividades técnicos assistenciais em consonância aos serviços prestados.

1.2.8 A **CONTRATADA** deverá oferecer os exames para o diagnóstico, definição de tratamento e seguimento, relacionados na tabela de exames, inerentes aos procedimentos eventualmente credenciados.

1.2.9 A **CONTRATADA** deverá atender aos requisitos técnicos no que se refere às condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para cumprimento do objeto, estabelecidos pela Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014 do Ministério da Saúde, ou outra que venha a substituir ou complementar.

1.2.10 A **CONTRATADA** deverá obrigatoriamente dispor de Médicos Oncologistas, que deverão possuir título de Especialista emitido por instituição reconhecida pelo Conselho Regional de Medicina.

1.2.11 A **CONTRATADA** deverá prestar os serviços diariamente, de segunda a sexta-feira das 07h às 19h, sábados, domingos, feriados e pontos facultativos, conforme necessidade da **CONTRATANTE.**

1.2.12 A **CONTRATADA** deverá possuir endereço próprio legalmente destinado a esta finalidade, que cumpra as exigências sanitárias, as normas regulamentadoras e que esteja localizada no município de Joinville/SC.

1.2.13 Os procedimentos de primeira consulta deverão ser executados pela **CONTRATADA** em no máximo até 10 (dez) dias corridos após a regulação do paciente pela **CONTRATANTE.**

1.2.14 A regulação e agendamento das primeiras consultas serão realizados pelo Hospital Municipal São José e Secretaria Municipal de Saúde (SMS), respeitando o sistema de rodízio a ser realizado.

1.2.15 Os agendamentos e avisos das consultas de retorno serão realizados pela **CONTRATADA**.

1.2.16 Os pacientes externos serão encaminhados via sistema SISREG, conforme fluxo definido na Deliberação 042/CIB/2018 realizada na Comissão Intergestores Bipartite (25547871 e 25547904).

1.2.16.1 Pacientes internos serão encaminhados via sistema da **CONTRATANTE**.

1.2.17 Os procedimentos de quimioterapia encaminhados para continuidade de tratamento deverão ser executados pela **CONTRATADA** em no máximo até 05 (cinco) dias corridos após a solicitação de agendamento pela **CONTRATANTE**.

1.2.18 A **CONTRATADA** responsabiliza-se pelos medicamentos e insumos, inerentes ao tratamento, objeto do contrato, ressalvados os casos em que há compra centralizada pelo Ministério da Saúde e/ou Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina.

1.2.19 A **CONTRATADA** deverá dispor dos medicamentos prescritos para o tratamento oncológico de acordo com o elenco padronizado pela **CONTRATANTE**, informado através de ato normativo específico, atualmente definido pelo Protocolo Unificado para o Tratamento das Neoplasias Malignas não Hematológicas ou outro que vier a substituir ou alterar. Todos os medicamentos listados no referido protocolo deverão ser fornecidos pela **CONTRATADA**, exceto quando adquiridos pelo Ministério da Saúde e fornecidos aos hospitais habilitados em oncologia no SUS, pelas secretarias de saúde, conforme disposto no art. 25, alínea "b" da Portaria nº 470, de 22 de abril de 2021.

1.2.20 A **CONTRATADA** deverá dispor de profissional médico clínico (01) no Serviço durante todo o período de aplicação da quimioterapia, em consonância com o art. 23, inciso II, da Portaria nº 140 de 27 de fevereiro de 2014, ou outra que venha a suprir ou complementar;

1.2.21 A **CONTRATADA** deverá manter sempre atualizado o prontuário único multiprofissional dos usuários e o arquivo médico pelo prazo estabelecido em legislações específicas.

1.2.22 Os procedimentos inerentes à realização do tratamento oncológico devem ser evoluídos em prontuário e registrados no sistema de informação para devida comprovação e fornecer ao paciente, de forma descrita, informações sobre o tratamento realizado (protocolo de medicamento, ciclo e data da administração).

1.2.23 A **CONTRATADA** deverá disponibilizar agendas profissionais para cada serviço ofertado.

1.2.24 A **CONTRATADA** deverá prestar os serviços contratados com exatidão e zelo nos termos da legislação vigente, responsabilizando-se integralmente pelos serviços executados.

1.2.25 A **CONTRATADA** deverá manter-se durante toda execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, como também com todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no presente documento.

1.2.26 Não existirá um número mínimo ou máximo de credenciados.

1.3 A presente contratação será um serviço contínuo, cujo prazo de execução contratual será de 12 (doze) meses, prorrogável na forma do Art. 107 da Lei 14.133/2021.

1.4 O prazo de vigência contratual será de 14 (quatorze) meses, prorrogável na forma do Art. 107 da Lei 14.133/2021, uma vez que a contratação está prevista no Plano Plurianual.

2. FUNDAMENTAÇÃO DA CONTRATAÇÃO

2.1 A Fundamentação da Contratação e de seus quantitativos encontra-se pormenorizada em Tópico específico dos Estudos Técnicos Preliminares, que compõe o bojo dos documentos do presente processo de Requisição de Compras.

2.2 Informa-se que o Plano de Contratações Anual (PCA) foi devidamente publicado por meio da Circular SEI Nº 29306497/2026 - SAP.ARC. Ademais, a presente contratação encontra-se contemplada no planejamento de ações do Hospital Municipal São José para o exercício de 2027 (Processo Nº 26.0.085938-6).

2.3 A contratação encontra amparo na Lei nº 9.924, de 10 de setembro de 2025 (26758096 - 26788782), que dispõe sobre o Plano Plurianual - PPA, processo SEI nº 25.0.040527-8.

3. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO, CONSIDERADO TODO O CICLO DE VIDA DO OBJETO

3.1 A descrição da solução, como um todo, se encontra pormenorizada em tópico específico do Estudo Técnico Preliminar - ETP, constante neste Processo SEI nº 24.0.039488-6, e consiste no "*Credenciamento de pessoas jurídicas com ou sem fins lucrativos, que tenham dentre os seus objetivos a prestação de serviços médicos especializados, em caráter Ambulatorial e/ou Hospitalar de Média e Alta Complexidade, na especialidade de Oncologia, a fim de atender a demanda dos usuários do Sistema Único de Saúde no Município de Joinville, a ser remunerado de acordo com os valores previstos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM/SIGTAP/SUS.*"

4. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

4.1 Sustentabilidade:

4.1.1 Em relação a descrição de possíveis impactos ambientais e respectivas medidas mitigadoras, incluídos requisitos de baixo consumo de energia e de outros recursos, bem como logística reversa para desfazimento e reciclagem de bens e refugos, quando aplicável, esclarecemos que não se vislumbra impacto ambiental para a presente contratação. No entanto, caso cabível, a contratada deverá observar a destinação adequada dos resíduos.

4.2 Subcontratação

4.2.1 É permitida a subcontratação parcial do objeto, até o limite de 40% (quarenta por cento) do valor contratado, nas seguintes condições:

4.2.1.1 Em caso de subcontratação, permitida até o limite de 40% do valor contratado, a **CONTRATADA** deverá exigir da subcontratada os documentos de habilitação jurídica, bem como regularidade fiscal e trabalhista, conforme Edital, e submetê-los a aprovação da **CONTRATANTE**, por meio da fiscalização do contrato.

4.2.2 A subcontratação depende de autorização prévia por parte da **CONTRATANTE**, com parecer técnico da fiscalização, a qual cabe avaliar se a subcontratada cumpre os requisitos de qualificação técnica necessários para a execução dos serviços.

4.2.3 A subcontratação de que trata este item não exclui a responsabilidade do contratado perante à **CONTRATANTE** quanto à qualidade técnica do serviço prestado.

4.2.4 Em qualquer hipótese de subcontratação, permanece a responsabilidade integral da **CONTRATADA** pela perfeita execução contratual, cabendo-lhe realizar a supervisão e coordenação das atividades da subcontratada, bem como responder perante a **CONTRATANTE** pelo rigoroso cumprimento das obrigações contratuais correspondentes ao objeto da subcontratação.

4.3 Do Descredenciamento:

4.3.1 Ocorrerá o descredenciamento quando:

4.3.2 Na recusa injustificada da empresa credenciada em assinar o contrato, aceitar ou retirar o instrumento equivalente dentro do prazo estabelecido, implicando em seu imediato descredenciamento.

4.3.3 Por qualquer motivo o contrato entre a credenciada e a Administração for rescindido.

4.3.4 O interessado poderá requerer seu descredenciamento, por meio de declaração apresentada à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias corridos antes da realização do serviço, desde que comprove que está definitiva ou temporariamente impossibilitado de cumprir as exigências do Edital e devidamente aceito pelo Hospital Municipal São José, nos termos legais.

4.3.5 O pedido de descredenciamento não desincumbe o **CREDENCIADO** da obrigação de executar os serviços já requisitados pela **CONTRATANTE** e das responsabilidades a eles vinculados, sendo cabível a aplicação das sanções administrativas previstas no Edital e Contrato.

4.3.6 Fica assegurado à **CONTRATANTE** descredenciar a empresa em caso de inexecução total ou parcial das condições previstas no presente documento, garantida ampla defesa e contraditório, bem como se constatados os motivos a seguir relacionados:

4.3.6.1 A cobrança ou recebimento de qualquer valor de terceiros;

4.3.6.2 O não atendimento dos usuários sem justificativa ou com justificativa não aceita pela Comissão de Acompanhamento e Fiscalização;

4.3.6.3 O descumprimento de quaisquer das condições previstas neste documento, bem como na legislação aplicável ao objeto, ensejará o descredenciamento do proponente, assegurado o contraditório e a ampla defesa;

4.3.7 A Administração poderá revogar o credenciamento quando assim exigir o interesse público, mediante decisão fundamentada, sem que reste qualquer direito de indenização em favor das **CONTRATADAS**, mas garantindo-se o pagamento dos serviços prestados até a data da revogação.

4.4 Visita técnica

4.4.1 A visita técnica às instalações da interessada (antes do julgamento do requerimento de credenciamento) será realizada pelas pessoas designadas pelo Município, com o intuito de verificar e atestar a capacidade física e operacional da instalação, incluindo a análise técnica das instalações, quadro de pessoal especializado, responsável técnico, horários de atendimento, equipamentos e documentação técnica, considerando a capacidade técnica instalada, especificando o quantitativo referente a cada item apto a ser contratado/credenciado.

4.4.2 A visita técnica será realizada de acordo com o Roteiro de Visita Técnica, Anexo I deste Termo de Referência.

4.4.3 Todos os procedimentos solicitados para o credenciamento serão conferidos na visita técnica.

4.4.4 Após visita técnica, o Hospital Municipal São José emitirá parecer técnico, com base no roteiro de visita técnica (Anexo I deste Termo de Referência), concluindo pela aptidão/inaptidão técnica ao credenciamento.

4.5 Garantia da contratação

4.5.1 Não haverá exigência da garantia da contratação dos artigos 96 e seguintes da Lei nº 14.133, de 2021.

5. MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

5.1 Cronograma de execução dos serviços:

5.1.1 O Credenciamento ficará aberto por prazo indeterminado a partir da sua publicação.

5.1.2 A presente contratação será um serviço contínuo, cujo prazo de execução contratual será de 12 (doze) meses, prorrogável na forma do Art. 107 da Lei 14.133/2021.

5.1.2.1 O prazo de vigência contratual será de 14 (quatorze) meses, prorrogável na forma do Art. 107 da Lei 14.133/2021, uma vez que a contratação está prevista no Plano Plurianual.

5.1.3 A **CONTRATADA** deverá iniciar a prestação de serviços em até 10 (dez) dias corridos, contados da data de recebimento da ordem de serviço.

5.1.4 A **CONTRATANTE** encaminhará conforme demanda, de forma contínua e sistemática, as solicitações de agendamento, dentro do valor estimado em contrato, ficando a **CONTRATADA** obrigada a disponibilizar as vagas.

5.1.5 O limite para a quantidade de tratamentos que o credenciado irá realizar será a capacidade técnica instalada da **CONTRATADA**, frente aos recursos financeiros disponíveis para execução, respeitado o sistema de rodízio, de forma proporcional à capacidade instalada.

5.1.6 A entrega pela **CONTRATADA** do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), e/ou Autorização de Procedimento Ambulatorial de Alto Custo (APAC), deverá ser realizada até o 1º (primeiro) dia útil do mês, acompanhadas das 1ª (primeiras) Vias de Requisição, cópia da Evolução da realização dos procedimentos, relação dos usuários conforme sequência das requisições, bem como o Controle de Frequência Individual devidamente assinado e datado por atendimento.

5.1.7 O valor a ser pago para a **CONTRATADA**, em decorrência dos serviços que efetivamente venha a prestar, corresponderá exclusivamente aos valores que constam na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, diante da apresentação de: Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), e/ou Autorização de Procedimento Ambulatorial de Alto Custo (APAC), 1ª (primeiras) vias de Requisição de Exames, e devida relação dos usuários conforme sequência das requisições, Controle de Frequência Individual devidamente datado e assinado pelo usuário.

5.1.8 Para que ocorra o faturamento, as produções acima citadas deverão ser entregues a **CONTRATADA** em duas etapas: a 1ª (primeira) quinzena até o 17º (décimo sétimo) dia de cada mês e a 2ª (segunda) quinzena até o 1º (primeiro) dia útil do mês seguinte;

5.1.9 O pagamento será efetuado mediante apresentação dos seguintes documentos: Nota fiscal, Prova de regularidade para com a Dívida Ativa da União, Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Estadual, Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Municipal, Prova de regularidade relativa à Seguridade Social, Prova de Regularidade Relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho e relatório de serviços/tratamentos prestados.

5.1.10 O pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias corridos mediante a apresentação da Nota Fiscal/Fatura, emitida pela **CONTRATADA** com base nos serviços prestados e certificada pelo setor correspondente.

5.1.11 Somente serão pagos os valores correspondentes às parcelas dos serviços efetivamente realizados, ou seja, as APAC's e/ou BPA´s com códigos condizentes aos tratamentos, exames com suas respectivas prescrições, estando estas atestadas pelo Hospital Municipal São José, por meio da Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato.

5.1.12 Resultados de exames (laudos e imagens) realizados pela **CONTRATADA** deverão ser disponibilizados por meio físico e/ou digital ao paciente, a critério da **CONTRATANTE**.

5.1.13 Quando da disponibilização de sistemas de informação pela **CONTRATANTE**, a **CONTRATADA** se obriga a integrar aos sistemas prontamente, devendo a **CONTRATANTE** comunicar e disponibilizar os meios necessários para o mesmo.

5.1.14 A **CONTRATADA** deverá atender aos usuários que forem regularmente encaminhados pela **CONTRATANTE**, obedecendo a Programação Físico Orçamentária estabelecida antecipadamente e devidamente acordada entre as partes.

5.1.15 A **CONTRATADA** deverá seguir os seguintes critérios referentes à: confirmação do atendimento; disponibilização de agendas; modelo de agenda; reagendamento dos usuários e; monitoramento de absenteísmo e reutilização do teto financeiro, conforme descrição a seguir:

a) Confirmação do atendimento: todo atendimento realizado deverá, obrigatoriamente, ser informado semanalmente ao setor Oncologia da **CONTRATANTE**, pelo prestador. A **CONTRATADA** realizará periodicamente o monitoramento desse indicador e, quando não identificada a realização de tal atividade, este realizará advertência por escrito a **CONTRATADA**. Após a comunicação formal, o prestador que persistir na ausência de confirmação da realização procedimento terá seu pagamento suspenso, até regularizar a situação.

b) Disponibilização das agendas: as agendas de cada serviço profissional do prestador deverão ser disponibilizadas a **CONTRATANTE**, respeitando a oferta da **CONTRATADA**, na assinatura do contrato. Situações de afastamento (férias, licença saúde, entre outras) e alterações de agenda devem ser comunicadas com antecedência mínima de 30 (trinta) dias corridos. Caso a **CONTRATADA** não disponibilize a agenda nesse período será enviada notificação, e caso persista o fato gerador da referida notificação, ficará a **CONTRATADA** sujeita às penalidades previstas na Lei nº 14.133/2021 e cláusulas do Edital e Termo de Contrato.

c) Reagendamento de usuários: nos casos em que ocorra necessidade de bloqueio e/ou cancelamento de agenda e nestas já tenham usuários agendados, a responsabilidade da comunicação do reagendamento é da **CONTRATADA**. Estão ressalvadas as situações que apresentarem justificativa por escrito, que serão avaliadas pelo gestor do contrato. Nos casos em que haja previsão de afastamento do profissional (a exemplo: demissão, férias, congressos, etc.) devem ser comunicadas com antecedência mínima de 30 (trinta) dias corridos a **CONTRATANTE**, ao passo que deverá a **CONTRATADA** efetuar os ajustes necessários.

5.2 Local e horário da prestação dos serviços:

5.2.1 Os serviços serão prestados na sede da **CONTRATADA**, de acordo com as necessidades da **CONTRATANTE**, obedecendo o primeiro agendamento e condutas realizadas pelo Hospital Municipal São José. Os agendamentos e avisos das consultas de retorno serão realizados pela **CONTRATADA**.

5.3 Equipe Mínima:

5.3.1 A Contratada deverá ter equipe suficiente para atender o objeto desta contratação.

5.3.2 A Contratada deverá dispor de mão-de-obra com capacidade técnica para a execução do objeto: equipe multiprofissional e multidisciplinar (médico(a) oncologista, enfermeiro(a), nutricionista, psicólogo(a), farmacêutico(a) e técnico(a) de enfermagem) que contemple atividades técnicos assistenciais em consonância aos serviços prestados, conforme estabelecido na Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014 do Ministério da Saúde, em especial os artigos 23 e 24;

5.3.3 A Contratada deverá obrigatoriamente dispor de Médicos Oncologistas, que deverão possuir título de Especialista emitido por instituição reconhecida pelo Conselho Regional de Medicina;

5.3.4 A Contratada deverá dispor de profissional médico clínico (01) no Serviço durante todo o período de aplicação da quimioterapia, em consonância com o art. 23, inciso II, da portaria nº 140 de 27 de fevereiro de 2014, ou outra que venha a suprir ou complementar;

5.3.5 A Contratada deverá atender a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de

Vigilância Sanitária - RDC ANVISA e da Comissão Nacional de Energia Nuclear – CNEN, caso aplicável, em conformidade aos procedimentos elencados no objeto.

5.3.6 Cumprir a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 20 de 02 de fevereiro de 2006, ou outra que venha a suprimir ou complementar.

5.3.7 O prestador deverá atender todas as exigências legais por parte do Ministério da Saúde, Vigilância Sanitária e CNEM (Comissão Nacional de Energia Nuclear).

5.3.8 O Hospital Municipal São José realizará visitas às instalações dos serviços interessados, visando emitir parecer técnico sobre os aspectos relativos às condições de atendimento, segurança, aparelhagem, corpo funcional e técnico, que deverão estar em consonância aos critérios exigidos na Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014 do Ministério da Saúde, em especial ao art. 24, ou outra que venham a alterá-la ou substituí-la, bem como demais itens elencados neste Termo de Referência.

5.4 Frequência e Periodicidade da execução dos serviços:

5.4.1 O Hospital Municipal São José realizará visitas às instalações dos serviços interessados, visando emitir parecer técnico sobre os aspectos relativos às condições de atendimento, segurança, aparelhagem, corpo funcional e técnico, que deverão estar em consonância aos critérios exigidos na Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014 do Ministério da Saúde, em especial aos artigos 23 e 24, ou outra que venha a alterá-la ou substituí-la, bem como demais itens elencados neste documento.

5.4.2 Os serviços serão executados conforme a demanda e agenda dos prestadores, considerando, inclusive, capacidade de atendimento instalada e do horário de funcionamento a ser informado pela **CONTRATADA**.

5.4.3 Ficará a cargo do Hospital São José e Secretaria Municipal de Saúde (SMS) o agendamento e aviso do procedimento de primeira consulta para o usuário, respeitando o sistema de rodízio a ser realizado. Os agendamentos e avisos das consultas de retorno serão realizados pela **CONTRATADA**.

5.4.4 Os serviços de primeira consulta serão encaminhados à **CONTRATADA** conforme a demanda da **CONTRATANTE**, a fim de promover o atendimento dentro do prazo preconizado pela Lei 12.732/2012, ou em eventuais situações de falta/desabastecimento de medicações para continuidade do tratamento já iniciado no Hospital Municipal São José. Os encaminhamentos respeitarão a capacidade de atendimento instalada da **CONTRATADA**.

5.5 Da garantia dos serviços e materiais empregados

5.5.1 Os serviços deverão ter garantia legal, nos moldes do Código de Defesa do Consumidor, entretanto, caso o prestador dos serviços conceda garantia contratual, esta deve ser somada ao prazo da garantia legal.

6. MODELO DE GESTÃO DO CONTRATO

6.1 A gestão do contrato será realizada por Comissão de Acompanhamento e Fiscalização ou Comissão de Recebimento, nos termos da Instrução Normativa 03/2024 (0023970042);

6.1.1 Define-se como forma de comunicação com a Contratada a formal, nos termos do artigo 181 da Instrução Normativa 03/2024 (0023970042);

6.1.2 A Contratante, durante a execução do contrato, deverá:

6.1.2.1 Determinar, quando cabível, as modificações consideradas necessárias à perfeita execução do contrato e a tutelar o interesse público.

6.1.2.2 Prestar todas as informações e esclarecimentos necessários para a fiel execução contratual, que venham a ser solicitadas pelos funcionários da Contratada

6.1.2.3 Estabelecer mecanismos de controle de oferta e demanda de ações e serviços de saúde contratados;

6.1.2.4 Avaliar o relatório de serviço apresentado pela Contratada;

6.1.2.5 Efetuar o pagamento, em conformidade com o constante no contrato, desde que cumpridas todas as formalidades e exigências.

6.1.2.6 Controlar e avaliar as ações e serviços de saúde prestados na forma de:

a) Dispositivos de autorização prévia dos procedimentos ambulatoriais (APAC e BPA), salvo em situações em que fluxos sejam definidos *a priori* com autorização posterior;

b) Monitoramento da produção, avaliando sua compatibilidade com a capacidade operacional, complexidade do hospital, e de acordo com o previsto na programação Físico/Orçamentário;

c) Pesquisas diretas junto ao usuário buscando avaliação da qualidade e satisfação em relação aos serviços prestados;

6.1.2.7 Controlar, avaliar e auditar a prestação dos serviços, acompanhando inclusive o grau de satisfação dos usuários, em consonância e obediência ao prescrito nas Leis Federais 8.080/90 e 8.142/90, no Decreto Federal n.º 1.651 de 28/09/95, na Lei Municipal n.º 3.584 de 03/11/97 e no Decreto Municipal n.º

8.865 de 17/11/98.

6.1.2.8 Cumprir as regras de alimentação e processamento dos Sistemas de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde - SCNES e da produção das ações e serviços de saúde/SIA e SIH, além dos demais sistemas de informação estabelecidos pelo gestor (Hospital Municipal São José) no âmbito da atenção hospitalar no SUS, quando disponível.

6.1.2.9 Acompanhar e analisar o alcance das metas e as justificativas enviadas pela Contratada, para a tomada de decisão sobre alterações da Programação Físico/Orçamentário ou sua renovação.

6.1.2.10 Auditar o serviço de saúde com a finalidade de garantir o acesso e a qualidade da assistência prestada aos usuários de acordo com as normas vigentes do SUS.

6.1.2.11 Comunicar formalmente a Contratada qualquer falha e/ou irregularidade na realização dos serviços, determinando o que for necessário à sua regularização;

6.2 Gestor do Contrato

6.2.1 A gestão do contrato será realizada pelo Hospital Municipal São José, sendo o mesmo responsável pela fiscalização do contrato

6.3 Obrigações da Contratada específicas do objeto:

6.3.1 A **CONTRATADA** deverá atender a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - RDC 220/2004 (ANVISA) e da Comissão Nacional de Energia Nuclear – CNEN, caso aplicável, em conformidade aos procedimentos elencados ao objeto deste Termo.

6.3.2 Cumprir a RDC nº 20 de 02 de fevereiro de 2006, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento de serviços de radioterapia, visando a defesa da saúde dos pacientes, dos profissionais envolvidos e do público em geral, ou outra que venha a suprimir ou complementar, para os casos de credenciamento para o serviço de radioterapia.

6.3.3 O prestador deverá atender todas as exigências legais por parte do Ministério da Saúde, Vigilância Sanitária e CNEN (Comissão Nacional de Energia Nuclear), caso aplicável.

6.3.4 Os medicamentos e insumos, inerentes ao tratamento, objeto do presente termo, são de responsabilidade da **CONTRATADA**, ressalvados os casos em que há compra centralizada pelo Ministério da Saúde e/ou Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina.

6.3.5 A **CONTRATADA** deverá dispor dos medicamentos prescritos para o tratamento oncológico de acordo com o elenco padronizado pela **CONTRATANTE**, informado através de ato normativo específico, atualmente definido pelo Protocolo Unificado para o Tratamento das Neoplasias Malignas não Hematológicas ou outro que vier a substituir ou alterar. Todos os medicamentos listados no referido protocolo deverão ser fornecidos pela **CONTRATADA**, exceto quando adquiridos pelo Ministério da Saúde e fornecidos aos hospitais habilitados em oncologia no SUS, pelas secretarias de saúde, conforme disposto no art. 25, alínea "b" da Portaria nº 470, de 22 de abril de 2021.

6.3.6 Quando de intercorrências no Tratamento Oncológico, o transporte intra-hospitalar ficará a cargo da **CONTRATADA.**

6.3.7 A **CONTRATADA** deverá garantir que a utilização de hemoderivados e hemocomponentes seja feita em consonância com a Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, Anexos IV e V, respectivamente, ou legislação que venha a substituir ou complementar, quando necessário.

6.3.8 A **CONTRATADA** deverá proceder à atualização de dados junto ao Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) em articulação com o Serviço de Vigilância Epidemiológica local, informando os eventos de Notificação Compulsória ou Agravos à Saúde obrigatórios pelas Normas do SUS, com registro e envio dentro da periodicidade definida.

6.3.9 A **CONTRATADA** deverá notificar suspeitas de violência e negligência como prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente, a Lei Maria da Penha e o Estatuto do Idoso.

6.3.10 A prescrição de medicamentos deverá observar a legislação vigente. Nos termos do art. 3º da Lei Federal nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, as aquisições de medicamentos, sob qualquer modalidade de compra, bem como as prescrições médicas e odontológicas realizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), deverão adotar obrigatoriamente a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua ausência, a Denominação Comum Internacional (DCI).

6.3.11 A obrigatoriedade também é prevista na Resolução RDC nº 53, de 30 de agosto de 2007, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

6.3.12 Para fins de identificação da nomenclatura oficial dos fármacos e princípios ativos, deverá ser observada a Lista Consolidada das Denominações Comuns Brasileiras (DCB) vigente, conforme regulamentação da ANVISA.

6.3.13 Os medicamentos a serem disponibilizados pela CREDENCIADA para o tratamento dos pacientes deverão estar contemplados no Protocolo Unificado para o Tratamento das Neoplasias Malignas não

Hematológicas e/ou no rol de medicamentos padronizados pelo Hospital Municipal São José, conforme Portaria nº 141/2020/HMSJ e suas alterações, complementações ou norma que venha a substituí-la.

6.3.14 Poderão ainda ser utilizados medicamentos não constantes da padronização institucional, desde que estejam incorporados ao Sistema Único de Saúde – SUS, sejam compatíveis com a indicação clínica e com o respectivo procedimento oncológico autorizado por APAC/SIA-SUS, observados os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas e demais normativas vigentes do Ministério da Saúde, mediante prévia autorização do HMSJ.

6.3.15 Para a dispensação e fornecimento dos medicamentos nas unidades da rede municipal de saúde, as prescrições de medicamentos devem seguir a dosagem, apresentação e particularidades descritas na Portaria que define a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) de Joinville, devendo ser prescritos no sistema informatizado fornecido pela **CONTRATANTE**.

6.3.16 A dispensação dos medicamentos opioides fornecidos pelo Estado será realizada pelo Serviço de Farmácia do Hospital Municipal São José.

6.3.17 Responsabilizar-se-á por todos e quaisquer problemas técnicos, mecânicos, ou administrativos que a impeça de prestar os serviços, obrigando-se a tomar as providências e medidas indispensáveis à continuidade da prestação dos serviços contratados.

6.3.18 No caso de impedimento temporário, por qualquer motivo, a **CONTRATADA** compromete-se a encaminhar os pacientes para outra unidade de saúde com condições de prestar o serviço objeto deste Termo, ficando responsável pelo pagamento dos referidos serviços.

6.3.19 No caso de impedimento e não havendo outro serviço no município de Joinville disponível para fazer os procedimentos, todas a despesas do paciente para outro serviço em outro município, ficarão ao encargo da **CONTRATADA**.

6.3.20 Arcar com todo e qualquer dano ou prejuízo, de qualquer natureza, causado ao Hospital São José e/ou a terceiros, decorrente de ação ou omissão, ou por culpa, ou em consequência de erros, imperícia ou imprudência.

6.3.21 Justificar ao paciente ou a seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional necessários à execução dos procedimentos previstos no Termo de Contrato, informando também a **CONTRATANTE**.

6.3.22 Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.

6.3.23 Responsabilizar-se por todos os encargos decorrentes da execução dos serviços, sendo que nenhum ônus e obrigação trabalhista, previdenciária e fiscal serão transferidos para o Hospital Municipal São José.

6.3.24 Atender o usuário do SUS com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo a qualidade na prestação de serviços, disponibilizando acesso único aos usuários do SUS.

6.3.25 É vedada a cobrança dos serviços, direta ou indiretamente ao usuário, no que tange aos serviços cobertos pelo SUS, assim como solicitar doações em dinheiro ou que o mesmo forneça material ou medicamento para exames.

6.3.26 Responder pelas obrigações fiscais, eventualmente devidas, de qualquer natureza, relativa à equipe, sendo-lhe defeso invocar a existência desse Contrato para tentar eximir-se daquelas obrigações ou transferi-las à **CONTRATANTE.**

6.3.27 Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados, disponibilizando a qualquer momento à **CONTRATANTE** e auditorias do SUS as fichas e prontuários dos usuários do SUS, que deverão estar em conformidade com as Resoluções dos Conselhos de Classe pertinentes e portarias correlatas, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados.

6.3.28 Garantir as condições técnicas e operacionais para a manutenção das licenças e alvarás nas repartições competentes, necessárias à execução dos serviços, objeto do Contrato, bem como do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES.

6.3.29 Arcar com todo e qualquer dano ou prejuízo, de qualquer natureza, causados à **CONTRATANTE** e/ou a terceiros por sua culpa ou em consequência de erros, imperícia própria ou de auxiliares, que estejam sob sua responsabilidade na execução dos serviços contratados.

6.3.30 Garantir a desinfecção, esterilização e antissepsia, em perfeitas condições com as normas técnicas vigentes, bem como assegurar o uso adequado dos equipamentos. Além disso, em sua sede própria deverá, também, garantir o funcionamento das instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral, para a correta prestação dos serviços ora contratados.

6.3.31 Deverá oferecer os exames para o diagnóstico, definição de tratamento e seguimento, inerentes aos procedimentos realizados, garantindo-se o cumprimento da respectiva linha de cuidado

6.3.32 Notificar, de imediato, o óbito do usuário à sua família e/ou ao seu responsável e à **CONTRATANTE**.

6.3.33 A **CONTRATADA** deverá assumir inteira responsabilidade quanto às relações de trabalho pactuadas e vinculadas ao objeto, eventuais demandas judiciais e ações por perdas ou danos, bem

como indenizações provenientes de erros ou mesmo por omissão de sua decisão empresarial.

6.3.34 Não recusar a realização de qualquer procedimento ou serviço contratado, sem que haja justificativa técnica formalizada junto a Comissão de Acompanhamento e Fiscalização.

6.3.35 A **CONTRATADA** deverá afixar aviso, às suas expensas, conforme material padrão indicado pela **CONTRATANTE** em local visível, de sua condição de entidade integrante do SUS, constando a gratuidade dos serviços prestados, nessa condição, aos usuários.

6.3.36 A **CONTRATADA** deverá sujeitar-se a mais ampla e irrestrita fiscalização por parte da **CONTRATANTE** cabendo-lhe, ainda, prestar todos os esclarecimentos solicitados. Em relação às inconformidades eventualmente detectadas pela **CONTRATANTE**, as mesmas serão informadas à **CONTRATADA**, estabelecendo o prazo para que as mesmas sejam regularizadas.

6.3.37 A **CONTRATADA** deverá cumprir com os postulados legais vigentes de âmbito Federal, Estadual ou Municipal, bem como com as Normas Internas de Segurança e Medicina do Trabalho, com normas técnicas contidas no Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), NR 32 e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), como forma de atender as normas de segurança.

6.3.38 A **CONTRATADA** deverá refazer os serviços não aprovados pela **CONTRATANTE**, que apresentem qualquer irregularidade e/ou que estejam em desacordo com o Termo de Referência, sem ônus para a **CONTRATANTE**, no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis.

6.3.39 A **CONTRATADA** deverá fornecer anualmente ao HMSJ um Termo de Sigilo e Confidencialidade conforme Anexo SEI nº 0021624643/2024 - HMSJ.CAOP.ACP das informações provenientes da **CONTRATANTE**, assinado pelo profissional responsável pelo serviço da **CONTRATADA**. A **CONTRATADA** responderá legalmente pela inobservância desta cláusula, inclusive após o término do contrato

6.4 Obrigações da Contratante específicas do objeto:

6.4.1 Prestar as informações e os esclarecimentos que venham a ser solicitados pela Contratada, quando necessários à execução dos serviços;

6.4.2 Comunicar formalmente a Contratada qualquer falha e/ou irregularidade na realização dos serviços, determinando o que for necessário à sua regularização;

6.4.3 Acompanhar, fiscalizar e avaliar o cumprimento deste Termo de Referência;

6.4.4 Rejeitar em todo ou em parte, o(s) serviço(s) que estiver(em) em desacordo com este Termo de Referência ou que fora constatado qualquer irregularidade.

6.4.5 Exercer fiscalização dos serviços prestados, através de servidores especialmente designados na forma prevista na Lei nº 14.133/2021 e suas alterações posteriores, o que em nenhuma hipótese eximirá a Contratada das responsabilidades fixadas pelo Código Civil.

6.4.6 Determinar, quando cabível, as modificações consideradas necessárias à perfeita execução do contrato e a tutelar o interesse público.

6.4.7 Intervir no objeto nos casos previstos em lei e na forma do contrato visando proteger o interesse público.

6.4.8 Estabelecer mecanismos de controle de oferta e demanda de ações e serviços de saúde contratados;

6.4.9 Avaliar o relatório de serviço apresentado pela Contratada;

6.4.10 Efetuar o pagamento, em conformidade com o constante no contrato, desde que cumpridas todas as formalidades e exigências.

6.4.11 A Contratante não responderá por quaisquer compromissos assumidos pela Contratada com terceiros, bem como por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato da Contratada, de seus empregados, prepostos ou subordinados.

6.4.12 Controlar e avaliar as ações e serviços de saúde prestados na forma de:

a) Dispositivos de autorização prévia dos procedimentos ambulatoriais (APAC e BPA), salvo em situações em que fluxos sejam definidos *a priori* com autorização posterior;

b) Monitoramento da produção, avaliando sua compatibilidade com a capacidade operacional, complexidade do hospital, e de acordo com o previsto na programação Físico/Orçamentário;

c) Pesquisas diretas junto ao usuário buscando avaliação da qualidade e satisfação em relação aos serviços prestados;

6.4.13 Controlar, avaliar e auditar a prestação dos serviços, acompanhando inclusive o grau de satisfação dos usuários, em consonância e obediência ao prescrito nas Leis Federais 8.080/90 e 8.142/90, no Decreto Federal n.º 1.651 de 28/09/95, na Lei Municipal n.º 3.584 de 03/11/97 e no Decreto Municipal n.º 8.865 de 17/11/98.

6.4.14 Cumprir as regras de alimentação e processamento dos Sistemas de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde - SCNES e da produção das ações e serviços de saúde/SIA e SIH, além dos demais

sistemas de informação estabelecidos pelo gestor no âmbito da atenção hospitalar no SUS, quando disponível.

6.4.15 Apoiar o desenvolvimento e aperfeiçoamento dos serviços, visando ampliação do atendimento aos usuários do SUS e melhorias do padrão de qualidade dos serviços.

6.4.16 Acompanhar e analisar o alcance das metas e as justificativas enviadas pela Contratada, para a tomada de decisão sobre alterações da Programação Físico/Orçamentário ou sua renovação.

6.4.17 Auditar o serviço de saúde com a finalidade de garantir o acesso e a qualidade da assistência prestada aos usuários de acordo com as normas vigentes do SUS.

6.4.18 A Contratante deverá aprovar previamente os protocolos clínicos elaborados pela Contratada, a fim de definir as respectivas linhas de cuidados e tratamentos ofertados aos pacientes. Qualquer atuação por parte do corpo clínico da Contratada em desconformidade aos protocolos clínicos pré-aprovados serão objeto de questionamento e necessidade de manifestação formal da Contratada quanto à eventual descumprimento contratual, sujeito à aplicação de sanções.

6.4.18.1 Linha de cuidado pode ser definida como a imagem que expressa os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário que atendem às suas necessidades de saúde, que visa a integralidade na assistência à saúde, unificando ações preventivas, curativas e de reabilitação.

6.5 Das sanções

6.5.1 No caso da contratação, as sanções administrativas serão as mesmas dispostas na Lei n. 14.133/2021. O procedimento destinado à aplicação das sanções será aquele definido na Instrução Normativa nº 02/2024 (0021402989), que regulamenta os procedimentos dos Processos Administrativos de Apuração de Responsabilidade e Reconhecimento de Dívida no âmbito da Administração Direta e Indireta do Município de Joinville, ou outro ato que vier a alterar ou substituir.

7. CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO E DE PAGAMENTO

7.1 O pagamento será conforme as medições realizadas, após recebimento provisório e definitivo do atendimento das especificações do Termo de Referência.

7.2 Para fins de pagamento, a Contratada deverá apresentar a comprovação da regularidade trabalhista, previdenciária e FGTS, além de outros documentos que comprovem a regularidade da Contratada, nos termos do artigo 92, inciso XVI da Lei 14.133/2021.

7.3 O valor a ser pago para a Contratada, em decorrência dos serviços que efetivamente venha a prestar, corresponderá aos valores que constam na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, diante da apresentação de: Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), e/ou Autorização de Procedimento Ambulatorial de Alto Custo (APAC), 1ª (primeiras) vias de Requisição de Exames, e devida relação dos usuários conforme sequência das requisições, Controle de Frequência Individual devidamente datado e assinado pelo usuário;

7.4 Para que ocorra o faturamento, as produções acima citadas deverão entregues pela Contratada em duas etapas: a 1ª (primeira) quinzena até o 17º (décimo sétimo) dia de cada mês e a 2ª (segunda) quinzena até o 1º (primeiro) dia útil do mês seguinte;

7.5 O pagamento será efetuado: Mediante apresentação dos seguintes documentos: Nota fiscal, Prova de regularidade para com a Dívida Ativa da União, Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Estadual, Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Municipal, Prova de regularidade relativa à Seguridade Social, Prova de Regularidade Relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho.

7.6 O pagamento será efetuado: em até 30 dias corridos mediante a apresentação da Nota Fiscal/Fatura, emitida pela Contratada com base nos serviços prestados e certificada pelo setor correspondente;

7.7 Somente serão pagos os valores correspondentes às parcelas dos serviços efetivamente realizados, ou seja, as APAC's com códigos condizentes aos tratamentos, exames com suas respectivas prescrições, estando estas atestadas pelo Hospital Municipal São José, por meio da Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato;

7.8 Cobrança por similaridade não será autorizada e nem paga. É legalmente inaceitável imputar-se a alguém uma doença ou uma situação terapêutica inexistentes, sem contar com a informação epidemiológica que isso acarreta. Na quimioterapia, apesar de o tratamento ser feito de forma contínua ou por ciclos, a tabela de procedimentos do SUS refere-se a um valor médio mensal de um esquema terapêutico, e não ao valor diário ou de um ciclo, seja ele aplicado em que intervalo for.

7.9 O valor total do tratamento é dividido pelo número de meses em que ele é feito e o resultado desta divisão é a quantia a ser ressarcida a cada mês independentemente de quantos ciclos sejam feitos no mês. Assim, a Contratante promoverá a fiscalização contínua para que não se permita o ressarcimento por meses de quimioterapia de ciclos que já se completaram (por exemplo, 09 ciclos de 3/3 semanas cumprem-se em 06 meses e não podem ser ressarcidos como 09 meses). O SUS ressarce por competências e não por ciclos; assim, o valor de cada procedimento quimioterápico só pode ser autorizado, e ressarcido, uma única vez por mês, isto é, mensalmente.

8. FORMA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR

8.1 Considerando que o presente processo trata-se de Credenciamento, o(s) fornecedor(es) será(ão) habilitado(s) após o atendimento de todos os requisitos previstos em edital.

8.2 Declaração formal com a indicação do pessoal técnico, das instalações e do aparelhamento adequados e disponíveis para a realização do objeto, bem como da qualificação de cada membro da equipe técnica que se responsabilizará pelos trabalhos, nos termos do art. 67, III da Lei 14.133/2021.

8.3 Registro de Qualificação de Especialista – RQE dos médicos e do Responsável Técnico, compatível com o tipo de tratamento a ser contratado.

8.4 Para o credenciamento do serviço de radioterapia (03.04.01 - Radioterapia), de acordo com o disposto na Portaria 140, de 27 de fevereiro de 2014, a interessada deverá, ainda, observar os seguintes critérios:

a) ter um médico especialista em Radioterapia com qualificação reconhecida e cadastrado na Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) que deverá ser responsável técnico exclusivo de um único serviço de radioterapia do estabelecimento de saúde;

b) ter como responsável técnico pelo Setor de Física Médica, um físico especialista com qualificação reconhecida e cadastrado na CNEN;

8.5 Comprovante de inscrição e atualização dos dados e requisitos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES da unidade.

8.6 Comprovação de que o responsável técnico integra o quadro permanente da proponente na data prevista para entrega dos invólucros, que deverá ser feito mediante a apresentação de Carteira de Trabalho, Contrato de Prestação de Serviço ou Contrato Social.

8.7 Cópia do Alvará emitido pelo órgão da Vigilância Sanitária competente, reconhecidamente apta para tal;

8.8 A visita técnica às instalações da interessada (antes do julgamento do requerimento de credenciamento) será realizada pelas pessoas designadas pelo Município, com o intuito de verificar e atestar a capacidade física e operacional da instalação, incluindo a análise técnica das instalações, quadro de pessoal especializado, responsável técnico, horários de atendimento, equipamentos e documentação técnica, considerando a capacidade técnica instalada, especificando o quantitativo referente a cada item apto a ser contratado/credenciado.

8.9 O Hospital deverá cumprir integralmente o **Roteiro de Visita Técnica, que será estabelecido no presente Termo de Referência.**

8.10 Documentação compulsória para contratação

8.10.1 Não se aplica.

8.11 Da forma de convocação do credenciado:

8.11.1 Havendo mais de um credenciado, será adotado o sistema de rodízio, sendo alternado o fornecedor a cada usuário indicado para procedimento, observada a capacidade instalada.

8.11.2 Fica VETADO, por parte médica, a escolha do serviço a ser executado devendo o mesmo obedecer o rodízio das eventuais credenciadas.

8.11.3 O rodízio iniciará pela ordem cronológica de credenciamento, sendo o primeiro credenciado o primeiro a prestar os serviços e assim sucessivamente.

8.11.4 Caso ocorra a homologação de mais de uma credenciada na mesma data, estes serão ordenados cronologicamente daquela que primeiro apresentou os documentos, considerando a data/hora registrada no envio do e-mail.

8.11.5 Os novos credenciados passarão a integrar o sistema de rodízio como últimos da lista, ainda que os demais credenciados já tenham prestado serviço alguma vez.

8.11.6 A prestação dos serviços ocorrerá conforme a demanda, de acordo com as necessidades do Hospital Municipal São José, sem qualquer obrigatoriedade de número mínimo de pacientes a serem atendidos.

8.11.7 O limite para a quantidade de tratamentos que irá realizar será a capacidade técnica instalada da Contratada, frente aos recursos financeiros disponíveis para execução, respeitado o sistema de rodízio.

8.11.8 Enquanto estiver vigente o edital, fica permitido o credenciamento, a qualquer tempo, de qualquer interessado, desde que preencha as condições nele exigidas.

8.12 Da participação de consórcio

8.12.1 Será admitida a participação de empresas em consórcio, observados os requisitos legais e regras previstas no Edital.

9. ESTIMATIVAS DO VALOR DA CONTRATAÇÃO

9.1 O custo estimado da contratação é de R$ 25.161.043,68 (vinte e cinco milhões, cento e sessenta e um mil e quarenta e três reais e sessenta e oito centavos).

10. ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

10.1 Os valores para a presente contratação estão em conformidade com a previsão orçamentária da Contratante.

10.2 Estão previstos recursos orçamentários para a presente contratação, que estão discriminados junto ao documento "Requisição de Compras" que fará parte do presente processo.

11. DA ASSINATURA ELETRÔNICA

11.1 Considerando que assinatura dos instrumentos contratuais são realizados eletronicamente, mediante login e senha, deverão o(s) representante(s) legal(is) do(s) proponente(s) providenciar(em) a sua assinatura eletrônica, de acordo com Instrução Normativa n° 183/2023, regulamentada pelo Decreto Municipal nº 56.185/2023.

11.1.1 O(s) representante(s) legal(is) do(s) interessado(s) em participar da licitação poderá(ão) providenciar seu cadastro, com autenticação de conta através do login único "gov.br" para liberação da assinatura eletrônica, de acordo com o que estabelece a carta de serviços disponível no seguinte link: https://www.joinville.sc.gov.br/servicos/acessar- portal-de-autosserviço/

11.2 Após declarado vencedor o(s) representante(s) legal(is) do(s) proponente(s) deverá(ão) estar com o seu usuário externo certificado para efetuar a assinatura eletrônica, nos termos do Decreto nº 56.185/2023, sob pena de decair do direito de assinar o Contrato e/ou eventuais alterações, sem prejuízo das sanções previstas no edital.

11.2.1 É de responsabilidade exclusiva do(s) representante(s) legal(is) do(s) proponente(s)/interessado(s) a criação de seu cadastro com autenticação de conta através do login único "gov.br" para liberação da assinatura eletrônica.

ANEXO I - ROTEIRO DE VISITA TÉCNICA

1. Documentos:

- Licença Sanitária emitida pela Vigilância Sanitária; ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
- Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) **NR 7, 7.1.1.*NR 9, 9.1.1;* ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica

2. Estrutura física:

- Consultório indiferenciado; ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
- Sala de aplicação de quimioterápicos? Adulto: curta duração – poltronas e/ou longa duração - leito ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
- Posto de enfermagem e serviços? *Obs: 1 a cada 12 poltronas/leitos ou fração;*
- O STA conta com Farmácia para a preparação de medicamentos para TA, que atenda às Boas Práticas de Preparação da TA; ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
- Área de material e medicamentos? *Obs: quando o preparo das drogas for feito na farmácia;* ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica

3. Ambiente de apoio:

- Área para registro e espera de pacientes ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
- Sala de utilidades ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
- Sanitário de pacientes (sala de aplicação) ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
- Depósito de material de limpeza ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica

4. Recursos humanos:

- Responsável Técnico (RT) habilitado em Cancerologia Clínica, com titulação reconhecida pelo CFM? **RDC 220/2004, Anexo I, 5.2.3*; ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
- Enfermeiro responsável técnico pelas atividades de enfermagem, com registro no COREN? **RDC 220/2004, Anexo I 5.2.5*; ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
- Médico durante o período de funcionamento do STA para atendimento das intercorrências clínicas da TA? **RDC 220/2004, Anexo I 5.2.6*; ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
- Farmacêutico responsável técnico pelas atividades de farmácia, com registro no CRF, podendo ser este profissional vinculado à Farmácia contratada.**RDC 220/2004, Anexo I 5.2.7*; ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
- Nos STA que atendam somente pacientes com doenças Hemolinfopoiéticas, o responsável técnico é habilitado em hematologia, com titulação reconhecida pelo CFM. **RDC 220/2004, Anexo I 5.2.3.1;* ( )

Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica

5. Geral:

- A preparação e administração da TA são de responsabilidade de profissionais com formação superior na área da saúde? **RDC 220/2004, Anexo I, 5.7;* ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
- Realiza qualificação de fornecedores? **RDC 220/2004, Anexo I, 6.3.2;* ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
- Todos os medicamentos destinados a TA são separados dos demais, armazenados sob condições apropriadas, de modo a preservar a identidade e integridade dos mesmos? **RDC 220/2004, Anexo I, 6.5;* ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
- No caso de medicamentos que exijam condições especiais de temperatura, existe registro e controle de temperatura que comprovem o atendimento as exigências? **RDC 220/2004, Anexo I, 6.5.1;* ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica

6. Farmácia própria:

- Área destinada a paramentação, provida de lavatório para higienização das mãos? **RDC 220/2004, Anexo I, 7.2.1;* ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
- Sala exclusiva para preparação de medicamentos para TA? **RDC 220/2004, Anexo I, 7.2.2;* ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
- Cabine de Segurança Biológica (CSB) Classe II B2? **RDC 220/2004, Anexo I, 7.2.2.1;* ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
- Área de armazenamento exclusiva para estocagem de medicamentos específicos da TA? **RDC 220/2004, Anexo I, 7.2.3;* ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
- Todos os equipamentos são submetidos à manutenção preventiva e corretiva? **RDC 220/2004;* ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
- Existem registros por escrito das manutenções preventivas e corretivas realizadas?**RDC 220/2004 Anexo I 7.3.1;* ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
- As etiquetas com datas referentes à última e à próxima verificação estão afixadas nos equipamentos? **RDC 220/2004, Anexo I 7.3.2;* ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
- A CSB é validada com periodicidade semestral? **RDC 220/2004, Anexo I 7.4;* ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
- O acesso à sala de preparo da TA é restrita aos profissionais diretamente envolvidos. **RDC 220/2004, Anexo I, 2.3.* ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica

7. Materiais de emergência:

- Carro de emergência com monitor cardíaco e desfibrilador?**RDC 220/2004, Anexo I, 7.5;* ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
- Ventilador pulmonar manual (AMBU com reservatório)?**RDC 220/2004, Anexo I, 7.5;* ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
- Medicamentos de emergência? **RDC 220/2004, Anexo I, 7.5;* ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
- Ponto de oxigênio? **RDC 220/2004, Anexo I, 7.5;* ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
- Aspirador portátil? **RDC 220/2004, Anexo I, 7.5.7;* ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
- Material de intubação completo (tubos endotraqueais, cânulas, guias e laringoscópios com jogo completo de lâminas) **RDC 220/2004, Anexo I, 7.5, g. *RDC 220/2004, Anexo I, 7.5.* ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica

8. Treinamento:

- Os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, foram capacitados por meio de programas de educação permanente, devidamente registrados? **RDC 220/2004, Anexo II, 1.5.* ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica

9. Equipamentos de proteção individual (EPI):

- Luvas (tipo cirúrgica) de látex, punho longo, sem talco e estéreis? **RDC 220/2004, Anexo III, 4.1;* ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
- Avental longo ou macacão de uso restrito a área de preparação, com baixa liberação de partículas, baixa permeabilidade, frente fechada, com mangas longas e punho elástico? **RDC 220/2004, Anexo III, 4.2 e 4.2.1.* ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica

10. Processo de preparação:

- Existir procedimento operacional escrito para todas as etapas do processo de preparação? **RDC 220/2004, Anexo III, 5.1;* ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica

- O responsável pela preparação avalia a prescrição médica? **RDC 220/2004, Anexo III, 5.2.* ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica

11. Manipulação da TA:

- Antes do processo de desinfecção para entrada na área de manipulação, os produtos são inspecionados visualmente para verificar a sua integridade física, ausência de partículas e as informações dos rótulos de cada unidade do lote (100%)? **RDC 220/2004, Anexo III, Anexo III, 5.3.2;* ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
- Todos os produtos e recipientes são limpos e desinfetados antes da entrada na sala de preparo da TA? **RDC 220/2004, Anexo III, 5.3.3;* ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
- Durante o processo de manipulação, são usados dois pares de luvas estéreis, trocados a cada hora ou sempre que sua integridade estiver comprometida? **RDC 220/2004, Anexo III, 5.3.5;* ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
- É conferida a identificação do paciente e sua correspondência com a formulação prescrita, antes, durante e após a manipulação da TA? **RDC 220/2004, Anexo III, 5.3.6;* ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
- Os frascos e equipos possuem identificação? **RDC 220/2004, Anexo III, 5.4.1;* ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica

12. Garantia da qualidade:

- Existe sistema de Garantia da Qualidade para a preparação da TA? **RDC 220/2004, Anexo III, 8.2; *RDC 17/2010, Capitulo I, Art.10;* ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
- A notificação referente ao desvio de qualidade da TA ou das atividades relacionadas à TA é feita por escrito e analisada pela EMTA? **RDC 220/2004, Anexo III, 8.2.* ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica

13. Limpeza e desinfecção:

- Mantém atualizado e disponibiliza a todos os funcionários, procedimentos escritos de limpeza, desinfecção, esterilização/desinfecção das superfícies, instalações, equipamentos, artigos e materiais? **RDC 220/2004, Anexo I, 8;* ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica

14. descarte de resíduos:

- Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS)? **RDC 220/2004, Anexo I, 9.1;* ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica

15. Boas práticas de administração da terapia antineoplásica - bpata:

- O STA conta com um quadro de pessoal de enfermagem? **RDC 220/2004, 9.1, Anexo IV, 2.2;* ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
- O profissional envolvido na administração da TA recebeu treinamento inicial e permanente, garantindo a sua capacitação e atualização profissional? **RDC 220/2004, 9.1, ANEXO IV, 2.4;* ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
- São utilizadas luvas de procedimentos e aventais durante a administração da TA? **RDC 220/2004, 9.1, ANEXO IV, 2.5;* ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
- Existe protocolo escrito para o atendimento de acidentes de punção e extravasamento de drogas? **RDC 220/2004, 9.1, ANEXO IV, 3.2;* ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
- A notificação de reação adversa é encaminhada ao médico assistente, ao responsável pela EMTA? **RDC 220/2004, 9.1, ANEXO IV, 3.6;* ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica

16. Biossegurança:

- Mantém "Kit" de Derramamento" identificado e disponível em todas as áreas onde são realizadas atividades de manipulação, armazenamento, administração e transporte? **RDC 220/2004, 9.1, ANEXO V, 1.1;* ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
- O "Kit de Derramamento" contém no mínimo: luvas de procedimentos, avental de baixa permeabilidade, compressas absorventes, proteção respiratória, proteção ocular, sabão, descrição do procedimento e o formulário para o registro do acidente e recipiente identificado para recolhimento dos resíduos? **RDC 220/2004, 9.1, ANEXO V, 1.1.1;* ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
- Existem normas e rotinas escritas, revisadas anualmente, para a utilização da Cabine de Segurança Biológica (CSB) e dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI)? **RDC 220/2004, 9.1, ANEXO V;* ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica

17. Acessibilidade:

- Fácil mobilidade de cadeirantes para acesso ao estabelecimento? ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
- Porta com tamanho suficiente para passagem de cadeirantes para os ambientes do estabelecimento? ( )

Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica

- Sanitário para cliente é adaptado para portadores de necessidades especiais (pelo menos 1 deles)? ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
- Cadeiras para obeso?* *RESOLUÇÃO CPA/SMPED/017/2014;* ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica
- Atendimento ao usuário com deficiência visual? ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica

18. Preparação alcoólica:

- Disponibiliza preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos: nos pontos de assistência e tratamento de todos os serviço?* *RDC nº 42/2010 – Art.1º*. ( ) Atende ( ) Não atende ( ) Não se aplica.

CONCLUSÃO: Após análise, considerando os requisitos da Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014, a empresa XXXXX está apta ao credenciamento do(s) serviço(s) pretendido(s).

ANEXO II - FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO

Ao
Hospital Municipal Sãso José

Pelo presente, atendendo ao Edital de *Credenciamento de pessoas jurídicas com ou sem fins lucrativos, que tenham dentre os seus objetivos a prestação de serviços médicos especializados, em caráter Ambulatorial e/ou Hospitalar de Média e Alta Complexidade, na especialidade de Oncologia, a fim de atender a demanda dos usuários do Sistema Único de Saúde no Município de Joinville, a ser remunerado de acordo com os valores previstos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM/SIGTAP/SUS.*, e aos itens **8.1 e 8.2** do Estudo Técnico Preliminar - ETP, a empresa xxxxxxxxxxx, inscrita no CNPJ xxxxxxx solicita o credenciamento dos serviços especializados para atendimento dos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) conforme assinalado abaixo:

( ) Sub-Grupo: 01 - Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos;
( ) Sub-Grupo: 02 - Diagnóstico em laboratório clínico;
( ) Sub-Grupo: 03 - Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia;
( ) Sub-Grupo: 04 - Tratamento em oncologia;
( ) Sub-Grupo: 06 - Diagnóstico por tomografia;
( ) Sub-Grupo: 07 - Diagnóstico por ressonância magnética;
( ) Sub-Grupo: 08 - Diagnóstico por medicina nuclear in vivo;
( ) Sub-Grupo: 09 - Diagnóstico por endoscopia;

Por oportuno, declaramos, desde já, que aceitamos todas as condições estipuladas no Edital de Credenciamento nº xxx/20XX e seus anexos e que temos pleno conhecimento que o deferimento do credenciamento/habilitação se dará após sua análise técnica e legal

Outrossim, declaramos que aceitamos as normas do SUS e a remuneração proposta, a qual será feita exclusivamente com base nos valores expressos na Tabela de Procedimentos e Valores do edital, da qual temos pleno conhecimento.

Documento assinado eletronicamente por **Vinicius Barrea**, **Gerente**, em 25/09/2026, às 14:27, conforme a Medida Provisória nº 2.200-2, de 24/08/2001, Decreto Federal nº8.539, de 08/10/2015 e o Decreto Municipal nº 21.863, de 30/01/2014.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site https://portalsei.joinville.sc.gov.br/ informando o código verificador **31028693** e o código CRC **5073EB07**.