



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPIVARI DE BAIXO/SC.**

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 04/2014 – FMS**  
**PROCESSO ADMINISTRATIVO 32/2014 – FMS**  
**PROCESSO DE COMPRA 30/2014 - FMS**

**OBJETO: CREDENCIAMENTO DE EMPRESAS E OU CLÍNICAS, LABORATÓRIOS E ENTIDADES PRIVADAS E OU FILANTROPICAS E SEM FINS LUCRATIVOS, INTERESSADAS EM PRESTAR SERVIÇOS DE CONJUNTO DE PROCEDIMENTOS DE EXAMES DE PATOLOGIA CLINICA DO GRUPO 02.02 PARA ATENDER AOS PACIENTES DO MUNICÍPIO DE CAPIVARI DE BAIXO – SC., COM VALOR DA TABELA SUS - SIGTAP.**

Considerando, que a saúde, nos termos do artigo 196, da Constituição Federal, é um direito de todos e dever do Estado, bem como, que nos termos do artigo 197 e 199, da Constituição Federal, combinado com a Lei (federal) nº 8080/90 e LC (federal) nº 141/2012, a execução das ações e serviços de saúde deve ser feita diretamente pelo Município ou através de pessoas físicas ou jurídicas de direito privado de forma complementar;

Considerando, que é de responsabilidade do Município a organização e garantia de acesso aos serviços especializados de saúde aos seus munícipes;

Considerando, o disposto no artigo 25, caput, da Lei (federal) nº 8666/93, O MUNICIPIO DE CAPIVARI DE BAIXO torna público, através do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPIVARI DE BAIXO, para conhecimento dos interessados, que o Pregoeiro e sua Equipe de Apoio, do Setor de licitações, na Rua Ernani Cotrin, 187, Centro, no município de CAPIVARI DE BAIXO - SC., que encontra-se aberto o **CREDENCIAMENTO**, para prestar os serviços de conjunto de procedimentos de exames de patologia clinica do grupo 02.02 para atender aos pacientes do município de Capivari de Baixo – sc., com valor da tabela SUS - SIGTAP., nos termos dos Prejulgados do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina nºs 519, 680 e 2055, para complementar os serviços ambulatoriais da rede municipal de saúde.

## **1. CONSTITUI OBJETO DESTES EDITAIS**

1.1. Credenciamento de empresas e ou clínicas, laboratórios e entidades privadas e ou filantrópicas e sem fins lucrativos, interessadas em prestar serviços de conjunto de procedimentos de exames de patologia clinica do grupo 02.02 para atender aos pacientes do município de Capivari de Baixo – sc., com valor da tabela SUS - SIGTAP, conforme Anexo I deste Edital, encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde.



## Município de Capivari de Baixo

Estado de Santa Catarina

### 2 - DO PEDIDO DE CREDENCIAMENTO

2.1. As inscrições poderão ser feitas a qualquer tempo, dentro do prazo de validade deste Credenciamento, pelos interessados, no Setor de Compras e Licitações da Prefeitura Municipal de Capivari de Baixo, Rua Ernani Cotrin, 187, Centro, Capivari de Baixo/SC, demonstrando a aceitação na prestação dos serviços, dizendo-se interessados no Credenciamento, juntamente com a documentação exigida no item 04 do edital e ofício demonstrando a aceitação na prestação dos serviços, **a partir do dia 13/08/2014 das 7:00 às 13:00 horas.**

2.2. Recebido o envelope de documentos, a Comissão de Licitações fará à apreciação dos mesmos **num prazo de até 05 (cinco) dias úteis**, contados da data do recebimento através do setor de licitações.

2.3. As informações fornecidas serão conferidas e a empresa ou profissional autônomo que tiver sua habilitação rejeitada será comunicada oficialmente sobre os fatos que motivaram a rejeição.

### 3 – DA FONTE DE RECURSOS

3.1 – As despesas decorrentes do objeto deste credenciamento correrão por conta dos recursos orçamentários do ano de 2014, (MAC - Média e Alta Complexidade Ambulatorial e recurso próprio), sendo que cada contratação será de acordo com a necessidade do Fundo Municipal de Saúde, e será efetuado o devido empenhamento no item orçamentário específico.

### 4. DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO CERTIFICADO DE CREDENCIAMENTO

4.1. As empresas interessadas no objeto constante do item 1.1 deste edital deverão apresentar os seguintes documentos de habilitação, em documento original ou cópia autenticada em cartório ou por servidor público da Prefeitura Municipal de Capivari de Baixo, para obtenção do Certificado de Credenciamento a ser emitido pelo Fundo Municipal de Saúde de Capivari de Baixo-SC:

**4.1.1.** Cédula de identidade do representante legal da interessada;

**4.1.2.** Registro comercial no caso de empresa individual;

**4.1.3.** Ato constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor, devidamente registrado em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedade por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;

**4.1.4.** Inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhado de prova de diretoria em exercício;



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

**4.1.5.** Decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no país, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim exigir;

**4.1.6.** Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);

**4.1.7.** Prova de inscrição no Cadastro de Contribuintes Estadual e ou Municipal, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto da licitação, ou declaração de que não recolhe tributos estaduais, sendo, portanto, isenta da Inscrição Estadual;

**4.1.8.** Prova de inscrição no Cadastro de Contribuinte Municipal (Alvará atualizado) relativo ao domicílio ou sede da proponente, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto deste edital ou prova que esteja regular com o mesmo;

**4.1.9.** Alvará sanitário atualizado, expedido pela Vigilância Sanitária do Município sede da empresa e do Município onde prestará o serviço ou prova que esteja regular com o mesmo;

**4.1.10.** Certidão Negativa de Débito para com o INSS;

**4.1.11.** Certificado de Regularidade do FGTS;

**4.1.12.** Certidão Negativa de Débito relativo aos tributos federais e à Dívida Ativa da União;

**4.1.13.** CNDT – Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;

**4.1.14.** Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual, se for o caso;

**4.1.15.** Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal, domicílio do Credenciado;

**4.1.16. Certidão Negativa de falência ou concordata** expedida pelo Distribuidor do Foro ou Cartório da sede da licitante.

**4.1.17.** Declaração expressa ratificando a observância rigorosa do artigo 7º, inciso XXXIII, da CF/88, que proíbe o trabalho noturno ou insalubre a menores de 18 anos, e de qualquer trabalho, a menores de 16 anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 anos (Anexo VI);

**4.1.19. Declaração de que aceita prestar ao Município, serviços que integram o objeto deste edital pelos preços tabela SUS nele indicado com tabela dos referidos exames, que podem ser para todos ou para tantos quantos o credenciado desejar. (Anexo IV);**

**4.1.20.** Declaração do representante legal afirmando a veracidade de todos os documentos apresentados e de sujeição aos termos deste edital (Anexo III);



## Município de Capivari de Baixo

Estado de Santa Catarina

**4.1.21.** Relação dos profissionais que compõem a equipe técnica da interessada neste credenciamento, com indicação do nome, CPF, cargo, função, número de registro no Conselho Profissional correspondente e carga horária semanal (Anexo V);

**4.1.22.** Comprovante de registro do profissional responsável no Conselho Competente e documento comprobatório para que se propõe obter credenciamento;

**4.1.23.** Declaração que se compromete em realizar os todos os exames constantes no edital ou declarar somente os que se comprometer em realizar em formato de planilha com indicação do numero do item, nome, código do SUS e valor, conforme o anexo do edital.

4.2. Não serão aceitos documentos fotocopiado em papel termo-sensível (fac-símile).

4.3. Todos os documentos devem estar dentro do seu prazo de validade;

4.4. As cópias de certidões de regularidade, emitidas via internet, não precisam ser autenticadas, pois serão conferidas quanto a sua autenticidade;

4.5. O certificado de credenciamento será expedido a qualquer tempo ao interessado que atender aos requisitos de habilitação constante do item 3.1 deste edital, no prazo de até 05 (cinco) dias úteis contados da entrega da documentação e terá validade da data da sua assinatura até 31/12/2014, podendo ser renovado mediante requerimento do interessado e apresentação da documentação exigida no item 4.1 acima.

4.6. Para preservar o interesse público, o Fundo Municipal de Saúde de Capivari de Baixo, a qualquer tempo, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias, poderá suspender no todo em parte os serviços objeto deste edital de credenciamento, sem que para isso tenha que realizar qualquer tipo de indenização ao credenciado.

### **5 – DO PROCESSAMENTO**

**5.1** – Recebido o envelope de documentos, a Comissão de Licitações fará à apreciação dos mesmos **num prazo de até 05 (cinco) dias úteis**, contados da data do recebimento através do setor de licitações.

**5.2** – As informações fornecidas serão conferidas e a empresa ou profissional autônomo que tiver sua habilitação rejeitada será comunicada oficialmente sobre os fatos que motivaram a rejeição.

### **6. DAS OBRIGAÇÕES DOS CREDENCIADOS**



## **Município de Capivari de Baixo**

Estado de Santa Catarina

- 6.1** – Identificar em forma de relação os exames laboratoriais que se propõe em prestar atendendo ao anexo I do edital.
- 6.2** Atender prontamente ou agendar o exame laboratorial quando solicitada pela Secretaria Municipal de Saúde para atender o paciente;
- 6.3** Dar tratamento aos pacientes encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde igual aos demais pacientes atendidos pela credenciada;
- 6.4** Realizar de forma direta os serviços objeto do credenciamento, salvo autorização formal da Secretaria Municipal de Saúde;
- 6.5** Realizar os serviços exames laboratoriais objeto do credenciamento pelos preços indicados neste edital (anexo II);
- 6.6** Responder exclusiva e integralmente pela utilização de pessoal para a execução dos serviços objeto do credenciamento, incluído todos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o Fundo Municipal de Saúde;
- 6.7** Permitir a realização de vistorias técnicas pelo Fundo Municipal de Saúde em suas instalações para controle, avaliação e auditoria de regulação;
- 6.8** Apresentar à Secretaria Municipal de Saúde, até o dia 05 de cada mês, a fatura dos exames realizados no mês imediatamente anterior acompanhada dos comprovantes de autorização dos mesmos assinados pelo paciente e ou representante para os procedimentos de liquidação e pagamento da despesa;
- 6.9** Comunicar ao Fundo Municipal de Saúde, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, o interesse em deixar de prestar os serviços;

### **7. DAS OBRIGAÇÕES DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

- 7.1.** Expedir o Certificado de Credenciamento no prazo de até 05 (cinco) dias úteis, contados da apresentação da documentação de habilitação, desde que aprovada pela comissão de licitação do Município de Capivari de Baixo;
- 7.2.** Encaminhar, até a sede da credenciada, os pacientes, acompanhados da requisição e da autorização para realização dos exames;
- 7.3.** Quando houver mais de um credenciado para o mesmo exame, caberá exclusivamente ao paciente/município a escolha do credenciado de sua preferência.



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

**7.4.** Conferir a produção de serviços apresentada pelo credenciado, liquidar e pagar a despesa no prazo estabelecido;

**7.5.** Empenhar de forma prévia, a despesa com os serviços credenciados, por estimativa de gasto em cada mês, liquidar e pagar até o dia 15 (quinze) do mês em que a produção foi apresentada e faturada, observada a ordem cronológica de vencimento das faturas em cada fonte diferenciada de recursos;

**7.6.** Sobre o valor dos serviços prestados, no que couber, no momento do pagamento, incidirá desconto correspondente ao Imposto sobre Serviços e/ou Imposto de Renda Retido na Fonte.

## **8. DO PRAZO DE CREDENCIAMENTO**

8.1. O Credenciamento será válido até a data de 31/12/2014, vigorando a partir da data da publicação deste Edital, podendo ser prorrogado por igual período, a critério do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPIVARI DE BAIXO, até o limite de 60 (sessenta) meses, nos termos do artigo 57, inciso II da Lei 8.666/93 e suas posteriores alterações, desde que haja concordância das partes e dotação orçamentária disponível, mediante requerimento do interessado e apresentação da documentação de habilitação exigida no item 4.1 deste Edital.

8.2. O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPIVARI DE BAIXO, por intermédio da Comissão Permanente de Licitações, deverá convocar os Credenciados Habilitados, para a assinatura do Contrato/Termo de Adesão, conforme minuta constante do Anexo VII.

8.3. A convocação será efetuada após a publicação no Mural Público da Prefeitura, por meio de comunicação oficial, aviso via fax, e-mail e por telefone.

8.4. Os Termos de Adesão/ Contratos serão assinados em quatro vias de igual teor e valor.

## **9. DAS PENALIDADES**

9.1. A recusa da assinatura do termo de adesão/contrato ou desistência na execução dos serviços contratados e/ou inadimplemento parcial de obrigação contratual, implicam nas seguintes sanções, podendo ser cumulativas:

**9.1.1** Multa na ordem de 10% (dez por cento), sobre o valor da proposta adjudicatária ou o valor de R\$ 500,00 (quinhentos reais) por ato de infração, podendo ser multiplicado pelos dias de infração.

**9.1.2** Advertência.



## **Município de Capivari de Baixo**

Estado de Santa Catarina

**9.1.3** Suspensão do direito de licitar junto à Prefeitura Municipal de CAPIVARI DE BAIXO, e conseqüente Declaração de Inidoneidade, exarada pelo Secretário Municipal, para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurar os motivos da punição.

**9.1.4** Nenhum pagamento será processado à proponente penalizada, enquanto esta não tenha pago a multa imposta pela CONTRATANTE. Fica possibilitada a compensação da multa com eventuais pagamentos que sejam devidos a empresa contratada.

### **10. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

10.1. O Extrato do presente edital será publicado em jornal de circulação regional e no Diário Oficial do Município.

10.2. Conforme Artigo 12 do Decreto 276 de 06 de agosto de 2007, qualquer cidadão poderá solicitar esclarecimentos, providências ou impugnar os termos do presente Edital por irregularidade, protocolando o pedido até dois dias úteis antes da data fixada para a realização do Pregão, no protocolo geral da Prefeitura Municipal de CAPIVARI DE BAIXO, cabendo ao Pregoeiro decidir sobre a petição no prazo de vinte e quatro horas. Demais informações poderão ser obtidas através do telefone (0XX48) 3621- 4400 ou do fone/fax - (0XX48) 3621-4434 devidamente endereçado ao setor de licitação ou ao Pregoeiro.

10.3. Fica eleito o Foro da Comarca de Capivari de Baixo, Estado de Santa Catarina, para dirimir questões oriundas deste edital, com renúncia expressa de qualquer outro.

10.4. Integram este Edital de Chamamento Público:

10.4.1 – Tabela SUS quanto ao tempo para atendimento – Anexo I;

10.4.2 – Relação dos exames e especificações – Anexo II;

10.4.3 – Declaração da autenticidade dos documentos de habilitação e de aceitação dos termos do Edital – Anexo III do Edital;

10.4.4 – Declaração de aceitação dos preços oferecidos pelo Município – Anexo IV do Edital;

10.4.5 – Relação dos profissionais que integram a equipe no caso de pessoa jurídica – Anexo V do edital;

10.4.6 – Declaração que cumpre ao disposto no artigo 7º, inciso XXXIII, da CF/88 – Anexo VI do Edital.

Capivari de Baixo, 12 de Agosto de 2014.

---

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPIVARI DE BAIXO/SC  
INES EULALIA DOS REIS MACHADO  
Secretária Municipal de Saúde



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO N° 04/2014**  
**PROCESSO ADMINISTRATIVO 32/2014 – FMS**  
**PROCESSO DE COMPRA 30/2014 - FMS**

**ANEXO I**

**QUANTO AO TEMPO PARA ATENDIMENTO CONFORME TABELA SUS:**

Resolução Normativa nº 259: Agência Nacional de Saúde

- I – consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia: em até 07 (sete) dias úteis;
- II – consulta nas demais especialidades médicas: em até 14 (quatorze) dias úteis;
- III – consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até 10 (dez) dias úteis;
- IV – consulta/sessão com nutricionista: em até 10 (dez) dias úteis;
- V – consulta/sessão com psicólogo: em até 10 (dez) dias úteis;
- VI – consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até 10 (dez) dias úteis;
- VII – consulta/sessão com fisioterapeuta: em até 10 (dez) dias úteis;
- VIII – consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista: em até 07(sete) dias úteis;
- IX – serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até 03 (três) dias úteis;
- X – demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 (dez) dias úteis;
- XI – procedimentos de alta complexidade - PAC: em até 21 (vinte e um) dias úteis;
- XII – atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 (dez) dias úteis;
- XIII – atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis; e
- XIV – urgência e emergência: imediato.



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

§ 1º Os prazos estabelecidos neste artigo são contados a partir da data da demanda pelo serviço ou procedimento até a sua efetiva realização.

Serviço	Prazo Máximo (dias úteis)
Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia	07 (sete)
Consulta nas demais especialidades médicas	14 (catorze)
Consulta/sessão com fonoaudiólogo	10 (dez)
Consulta/sessão com nutricionista	10 (dez)
Consulta/sessão com psicólogo	10 (dez)
Consulta/sessão com terapeuta ocupacional	10 (dez)
Consulta/sessão com fisioterapeuta	10 (dez)
Consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista	07 (sete)
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	03 (três)
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10 (dez)
Procedimentos de alta complexidade - PAC	21 (vinte e um)
Atendimento em regime de hospital-dia	10 (dez)
Atendimento em regime de internação eletiva	21 (vinte e um)
Urgência e emergência	Imediato
Consulta de retorno	a critério do profissional responsável pelo atendimento



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 04/2014**  
**PROCESSO ADMINISTRATIVO 32/2014 – FMS**  
**PROCESSO DE COMPRA 30/2014 - FMS**

**ANEXO II**

**CREDENCIAMENTO DE EMPRESAS E OU CLÍNICAS, LABORATÓRIOS E ENTIDADES PRIVADAS E OU FILANTROPICAS E SEM FINS LUCRATIVOS, INTERESSADAS EM PRESTAR SERVIÇOS DE CONJUNTO DE PROCEDIMENTOS DE EXAMES DE PATOLOGIA CLINICA DO GRUPO 02.02 PARA ATENDER AOS PACIENTES DO MUNICÍPIO DE CAPIVARI DE BAIXO – SC., COM VALOR DA TABELA SUS - SIGTAP.**

**RELAÇÃO DOS EXAMES**

Item	Descrição do Material	Qtde do Item	Preço Unit. Máximo	Preço Total
1	ACIDEZ TITULÁVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC) (SUS 0202010783)	1,000	3,04	3,04
2	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES (SUS 0202090019)	1,000	1,89	1,89
3	ADENOGRAMA (SUS 0202090027)	1,000	5,79	5,79
4	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA (SUS 0202050017)	5.394,000	3,70	19.957,80
5	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA (SUS 0202080021)	347,000	13,33	4.625,51
6	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS (SUS 0202080030)	1,000	13,33	13,33
7	ANTIBIOGRAMA SUS 0202080013	739,000	4,98	3.680,22
8	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSEIASE) (SUS 0202080056)	1,000	4,20	4,20
9	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE) (SUS 0202080064)	103,000	4,20	432,60
10	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA) (SUS 0202080048)	57,000	4,20	239,40
11	BACTERIOSCOPIA (GRAM) (SUS 0202080072)	43,000	2,80	120,40
12	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA (SUS 0202090035)	1,000	4,33	4,33
13	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS (SUS 0202090043)	1,000	4,33	4,33
14	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA (SUS 0202020010)	1,000	6,48	6,48
15	CLEARANCE DE CREATININA (SUS 0202050025)	21,000	3,51	73,71
16	CLEARANCE DE FOSFATO (SUS 0202050033)	1,000	3,51	3,51
17	CLEARANCE DE UREIA (SUS 0202050041)	1,000	3,51	3,51
18	CLEARANCE OSMOLAR (SUS 0202010015)	1,000	3,51	3,51
19	CONTAGEM DE ADDIS (SUS 0202050050)	1,000	2,04	2,04
20	CONTAGEM DE LINFOCITOS B (SUS 0202030016)	1,000	15,00	15,00
21	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8 (SUS	1,000	15,00	15,00



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

	0202030024)			
22	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS (SUS 0202030032)	1,000	15,00	15,00
23	CONTAGEM DE PLAQUETAS (SUS 0202020029)	2.404,000	2,73	6.562,92
24	CONTAGEM DE RETICULOCITOS (SUS 0202020037)	27,000	2,73	73,71
25	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR (SUS 0202090051)	1,000	1,89	1,89
26	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR (SUS 0202090060)	1,000	1,89	1,89
27	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO (SUS 0202080080)	1.537,000	5,62	8.637,94
28	CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO) (SUS 0202080099)	1,000	5,62	5,62
29	CULTURA P/ HERPESVIRUS (SUS 0202080102)	1,000	4,33	4,33
30	CULTURA PARA BAAR (SUS 0202080110)	48,000	5,63	270,24
31	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS (SUS 0202080129)	4,000	10,25	41,00
32	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS (SUS 0202080137)	21,000	4,19	87,99
33	DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO) (SUS 0202030040)	1,000	65,00	65,00
34	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO) (SUS 0202030059)	1,000	96,00	96,00
35	DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO) (SUS 0202110010)	1,000	8,80	8,80
36	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM DEFICIENCIA DE BIOTINIDASE (SUS 0202110133)	1,000	66,00	66,00
37	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO) (SUS 0202110028)	1,000	66,00	66,00
38	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGENITA (SUS 0202110125)	1,000	66,00	66,00
39	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO) (SUS 0202110036)	1,000	66,00	66,00
40	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS (SUS 0202120015)	1,000	10,65	10,65
41	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO (SUS 0202010023)	12,000	2,01	24,12
42	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS) (SUS 0202100014)	1,000	32,48	32,48
43	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS) (SUS 0202100022)	1,000	32,48	32,48
44	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS) (SUS 0202100030)	1,000	32,48	32,48
45	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50) (SUS 0202030067)	4,000	9,25	37,00
46	DETERMINACAO DE CREMATOCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO (SUS 0202010775)	1,000	1,53	1,53



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

47	DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS (SUS 0202010031)	1,000	15,65	15,65
48	DETERMINACAO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR (SUS 0202020045)	1,000	2,73	2,73
49	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS) (SUS 0202010040)	1,000	3,63	3,63
50	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA ( 5 DOSAGENS) (SUS 0202010058)	1,000	6,55	6,55
51	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS) (SUS 0202010066)	1,000	3,68	3,68
52	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS) (SUS 0202010074)	532,000	10,00	5.320,00
53	DETERMINACAO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA) (SUS 0202020053)	1,000	2,73	2,73
54	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE (SUS 02020300750)	123,000	2,83	348,09
55	DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO (SUS 0202090078)	1,000	6,56	6,56
56	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE (SUS 0202060012)	196,000	12,54	2.457,84
57	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE (SUS 0202050068)	1,000	3,70	3,70
58	DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE (SUS 0202010082)	1,000	3,51	3,51
59	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3 (SUS 0202060020)	1,000	12,54	12,54
60	DETERMINACAO DE SULFO-HEMOGLOBINA (SUS 0202020061)	1,000	2,73	2,73
61	DETERMINACAO DE T3 REVERSO (SUS 0202060039)	3,000	14,69	44,07
62	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO (SUS 0202020070)	192,000	2,73	524,16
63	DETERMINACAO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA (SUS 0202020088)	1,000	2,73	2,73
64	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY (SUS 0202020100)	1,000	9,00	9,00
65	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO - DUKE (SUS 0202020096)	180,000	2,73	491,40
66	DETERMINACAO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS (SUS 0202020118)	1,000	5,79	5,79
67	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA (SUS 0202020126)	1,000	2,85	2,85
68	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA) (SUS 0202020134)	374,000	5,77	2.157,98
69	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP) (SUS 0202020142)	866,000	2,73	2.364,18
70	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTACAO (VHS) (SUS 0202020150)	491,000	2,73	1.340,43
71	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO (SUS 0202120023)	376,000	1,37	515,12
72	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA (SUS 0202030083)	316,000	9,25	2.923,00



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

73	DOSAGEM DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SANGUE EM PAPEL DE FILTRO (SUS 0202110109)	1,000	5,50	5,50
74	DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO (SUS 0202031195)	1,000	17,16	17,16
75	DOSAGEM DE 17 HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO (SUS 0202110095)	1,000	8,00	8,00
76	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA (SUS 0202060047)	5,000	10,20	51,00
77	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS (SUS 0202060055)	1,000	6,72	6,72
78	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES (SUS 0202060063)	1,000	6,72	6,72
79	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D (SUS 0202010767)	73,000	15,24	1.112,52
80	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE (SUS 0202010090)	1,000	3,51	3,51
81	DOSAGEM DE ACETONA (SUS 0202010104)	1,000	1,85	1,85
82	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA) (SUS 0202060071)	1,000	6,72	6,72
83	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO (SUS 0202010112)	1,000	2,01	2,01
84	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO (SUS 0202070018)	1,000	2,06	2,06
85	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO (SUS 0202070026)	1,000	2,23	2,23
86	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO (SUS 0202070034)	1,000	3,68	3,68
87	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO (SUS 0202070042)	1,000	2,04	2,04
88	DOSAGEM DE ACIDO URICO (SUS 0202010120)	424,000	1,85	784,40
89	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO (SUS 0202070050)	19,000	15,65	297,35
90	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO (SUS 0202010139)	3,000	9,00	27,00
91	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH) (SUS 0202060080)	5,000	14,12	70,60
92	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE (SUS 0202070069)	1,000	3,51	3,51
93	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO (SUS 0202070077)	1,000	2,01	2,01
94	DOSAGEM DE ALDOLASE (SUS 0202010147)	4,000	3,68	14,72
95	DOSAGEM DE ALDOSTERONA (SUS 0202060098)	2,000	11,89	23,78
96	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA (SUS 0202010155)	1,000	3,68	3,68
97	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA (SUS 0202010163)	8,000	3,68	29,44
98	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA (SUS 0202010171)	1,000	3,68	3,68
99	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA (SUS 0202030091)	13,000	15,06	195,78
100	DOSAGEM DE ALUMINIO (SUS 0202070085)	1,000	27,50	27,50
101	DOSAGEM DE AMILASE (SUS 0202010180)	458,000	2,25	1.030,50
102	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS (SUS 0202070093)	1,000	10,00	10,00
103	DOSAGEM DE AMONIA (SUS 0202010198)	1,000	3,51	3,51
104	DOSAGEM DE AMP CICLICO (SUS 0202060101)	1,000	12,01	12,01
105	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA (SUS 0202060110)	2,000	11,53	23,06



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

106	DOSAGEM DE ANFETAMINAS (SUS 0202070107)	1,000	10,00	10,00
107	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE (SUS 0202020169)	3,000	4,11	12,33
108	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA (SUS 0202031187)	13,000	18,55	241,15
109	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS (SUS 0202070115)	1,000	10,00	10,00
110	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA) (SUS 0202030105)	799,000	16,42	13.119,58
111	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III (SUS 02020201770)	1,000	6,48	6,48
112	DOSAGEM DE BARBITURATOS (SUS 0202070123)	6,000	13,13	78,78
113	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS (SUS 0202070131)	1,000	13,48	13,48
114	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA (SUS 0202030113)	1,000	13,55	13,55
115	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES (SUS 0202010201)	240,000	2,01	482,40
116	DOSAGEM DE CADMIO (SUS 0202070140)	1,000	6,55	6,55
117	DOSAGEM DE CALCIO (SUS 0202010210)	184,000	1,85	340,40
118	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL (SUS 0202010228)	1,000	3,51	3,51
119	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL (SUS 0202010228)	19,000	3,51	66,69
120	DOSAGEM DE CALCITONINA (SUS 0202060128)	1,000	14,38	14,38
121	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA (SUS 0202070158)	28,000	17,53	490,84
122	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA (SUS 0202070166)	1,000	4,11	4,11
123	DOSAGEM DE CAROTENO (SUS 0202010236)	1,000	2,01	2,01
124	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA (SUS 0202010252)	1,000	3,68	3,68
125	DOSAGEM DE CHUMBO (SUS 0202070174)	1,000	8,83	8,83
126	DOSAGEM DE CICLOSPORINA (SUS 0202070182)	1,000	58,61	58,61
127	DOSAGEM DE CITRATO (SUS 0202050084)	15,000	2,01	30,15
128	DOSAGEM DE CLORETO (SUS 0202010260)	1,000	1,85	1,85
129	DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR (SUS 0202110141)	1,000	150,00	150,00
130	DOSAGEM DE COBRE (SUS 0202070190)	1,000	3,51	3,51
131	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL (SUS 0202010279)	2.889,000	3,51	10.140,39
132	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL (SUS 0202010287)	942,000	3,51	3.306,42
133	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL (SUS 0202010295)	4.725,000	1,85	8.741,25
134	DOSAGEM DE COLINESTERASE (SUS 0202010309)	4,000	3,68	14,72
135	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3 (SUS 0202030121)	12,000	17,16	205,92
136	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4 (SUS 0202030130)	16,000	17,16	274,56
137	DOSAGEM DE CORTISOL (SUS 0202060136)	19,000	9,86	187,34
138	DOSAGEM DE CREATININA (SUS 0202010317)	3.311,000	1,85	6.125,35
139	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO (SUS 0202090086)	1,000	1,89	1,89
140	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK) (SUS 0202010325)	927,000	3,68	3.411,36
141	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB (SUS 0202010333)	455,000	4,12	1.874,60



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

142	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA (SUS 0202030148)	1,000	2,83	2,83
143	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA) (SUS 0202060144)	1,000	11,25	11,25
144	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA (SUS 0202010341)	1,000	3,51	3,51
145	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA (SUS 0202010350)	1,000	3,51	3,51
146	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (SUS 0202010368)	321,000	3,68	1.181,28
147	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS) (SUS 0202010376)	1,000	3,68	3,68
148	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA) (SUS 0202070204)	1,000	8,97	8,97
149	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT) (SUS 0202060152)	1,000	11,70	11,70
150	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL (SUS 0202040011)	1,000	1,65	1,65
151	DOSAGEM DE ESTRADIOL (SUS 0202060160)	56,000	10,15	568,40
152	DOSAGEM DE ESTRIOL (SUS 0202060179)	1,000	11,55	11,55
153	DOSAGEM DE ESTRONA (SUS 0202060187)	1,000	11,12	11,12
154	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA (SUS 0202070212)	1,000	15,65	15,65
155	DOSAGEM DE FATOR II (SUS 0202020185)	1,000	5,31	5,31
156	DOSAGEM DE FATOR IX (SUS 0202020193)	1,000	7,61	7,61
157	DOSAGEM DE FATOR V (SUS 0202020207)	1,000	4,73	4,73
158	DOSAGEM DE FATOR VII (SUS 0202020215)	1,000	8,09	8,09
159	DOSAGEM DE FATOR VIII (SUS 0202020223)	1,000	6,63	6,63
160	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR) (SUS 0202020231)	1,000	15,00	15,00
161	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO) (SUS 0202020240)	1,000	18,91	18,91
162	DOSAGEM DE FATOR X (SUS 0202020258)	1,000	6,66	6,66
163	DOSAGEM DE FATOR XI (SUS 0202020266)	1,000	9,11	9,11
164	DOSAGEM DE FATOR XII (SUS 0202020274)	1,000	10,51	10,51
165	DOSAGEM DE FATOR XIII (SUS 0202020282)	1,000	6,66	6,66
166	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO) (SUS 0202110044)	1,000	5,50	5,50
167	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4 (SUS 0202110052)	1,000	12,10	12,10
168	DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA (SUS 0202110060)	1,000	20,90	20,90
169	DOSAGEM DE FENITOINA (SUS 0202070220)	1,000	35,22	35,22
170	DOSAGEM DE FENOL (SUS 0202070239)	1,000	2,05	2,05
171	DOSAGEM DE FERRITINA (SUS 0202010384)	202,000	15,59	3.149,18
172	DOSAGEM DE FERRO SERICO (SUS 0202010392)	37,000	3,51	129,87
173	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO (SUS 0202020290)	4,000	4,60	18,40
174	DOSAGEM DE FOLATO (SUS 0202010406)	50,000	15,65	782,50
175	DOSAGEM DE FOLATO (SUS 0202010406)	1,000	15,65	15,65
176	DOSAGEM DE FORMALDEIDO (SUS 0202070247)	53,000	3,51	186,03



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

177	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA (SUS 0202090221)	1,000	2,10	2,10
178	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL (SUS 0202010414)	1,000	2,01	2,01
179	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA (SUS 0202010422)	196,000	2,01	393,96
180	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA (SUS 0202090094)	1,000	2,01	2,01
181	DOSAGEM DE FOSFORO (SUS 0202010430)	39,000	1,85	72,15
182	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA (SUS 0202010449)	1,000	2,01	2,01
183	DOSAGEM DE FRUTOSE (SUS 0202090108)	1,000	2,01	2,01
184	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA (SUS 0202090116)	1,000	2,01	2,01
185	DOSAGEM DE GALACTOSE (SUS 0202010457)	1,000	3,51	3,51
186	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT) (SUS 0202010465)	215,000	3,51	754,65
187	DOSAGEM DE GASTRINA (SUS 0202060195)	1,000	14,15	14,15
188	DOSAGEM DE GLICOSE (SUS 0202010473)	5.923,000	1,85	10.957,55
189	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES (SUS 0202090124)	1,000	1,89	1,89
190	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE (SUS 0202010481)	1,000	3,68	3,68
191	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA (SUS 0202060209)	1,000	15,35	15,35
192	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG) (SUS 0202060217)	653,000	7,85	5.126,05
193	DOSAGEM DE GORDURA FECAL (SUS 0202040020)	3,000	3,04	9,12
194	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA (SUS 0202010490)	1,000	3,68	3,68
195	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA (SUS 0202020304)	1,000	1,53	1,53
196	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC (SUS 0202020312)	1,000	2,73	2,73
197	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL (SUS 0202020320)	1,000	2,73	2,73
198	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA (SUS 0202010503)	834,000	7,86	6.555,24
199	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA (SUS 0202020339)	1,000	2,73	2,73
200	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA (SUS 0202010511)	1,000	3,68	3,68
201	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH) (SUS 0202060225)	1,000	10,21	10,21
202	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH) (SUS 0202060233)	109,000	7,89	860,01
203	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH) (SUS 0202060241)	60,000	8,97	538,20
204	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH) (SUS 0202060250)	3.826,000	8,96	34.280,96
205	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA) (SUS 0202030156)	45,000	17,16	772,20
206	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) (SUS 0202030164)	86,000	9,25	795,50



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

207	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG) (SUS 0202030172)	1,000	9,75	9,75
208	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM) (SUS 02020301800)	25,000	17,16	429,00
209	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE (SUS 0202030199)	2,000	9,25	18,50
210	DOSAGEM DE INSULINA (SUS 0202060268)	6,000	10,17	61,02
211	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE (SUS 0202010520)	1,000	3,51	3,51
212	DOSAGEM DE LACTATO (SUS 0202010538)	1,000	3,68	3,68
213	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE (SUS 0202010546)	1,000	3,51	3,51
214	DOSAGEM DE LIPASE (SUS 0202010554)	13,000	2,25	29,25
215	DOSAGEM DE LITIO (SUS 0202070255)	70,000	2,25	157,50
216	DOSAGEM DE MAGNESIO (SUS 0202010562)	9,000	2,01	18,09
217	DOSAGEM DE MERCURIO (SUS 0202070263)	1,000	2,04	2,04
218	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA (SUS 0202070280)	8,000	10,00	80,00
219	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA (SUS 0202070271)	1,000	4,11	4,11
220	DOSAGEM DE METOTREXATO (SUS 0202070298)	1,000	10,00	10,00
221	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA (SUS 0202050092)	161,000	8,12	1.307,32
222	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS (SUS 0202010570)	1,000	2,01	2,01
223	DOSAGEM DE OXALATO (SUS 0202050106)	1,000	3,68	3,68
224	DOSAGEM DE PARATORMONIO (SUS 0202060276)	44,000	43,13	1.897,72
225	DOSAGEM DE PEPTIDEO C (SUS 0202060284)	3,000	15,35	46,05
226	DOSAGEM DE PIRUVATO (SUS 0202010589)	1,000	3,68	3,68
227	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO (SUS 0202020347)	1,000	4,11	4,11
228	DOSAGEM DE PORFIRINAS (SUS 0202010597)	1,000	3,51	3,51
229	DOSAGEM DE POTASSIO (SUS 0202010600)	774,000	1,85	1.431,90
230	DOSAGEM DE PROGESTERONA (SUS 0202060292)	4,000	10,22	40,88
231	DOSAGEM DE PROLACTINA (SUS 0202060306)	96,000	10,15	974,40
232	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA (SUS 0202030202)	1,000	2,83	2,83
233	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS) (SUS 0202050114)	61,000	2,04	124,44
234	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES (SUS 0202090132)	1,000	1,89	1,89
235	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS (SUS 0202010619)	4,000	1,40	5,60
236	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES (SUS 0202010627)	100,000	1,85	185,00
237	DOSAGEM DE QUINIDINA (SUS 0202070301)	1,000	10,00	10,00
238	DOSAGEM DE RENINA (SUS 0202060314)	1,000	13,19	13,19
239	DOSAGEM DE SALICILATOS (SUS 0202070310)	1,000	2,01	2,01
240	DOSAGEM DE SODIO (SUS 0202010635)	535,000	1,85	989,75
241	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1) (SUS 0202060322)	14,000	15,35	214,90



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

242	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS) (SUS 0202060330)	2,000	13,11	26,22
243	DOSAGEM DE SULFATOS (SUS 0202070328)	1,000	3,51	3,51
244	DOSAGEM DE TEOFILINA (SUS 0202070336)	1,000	15,65	15,65
245	DOSAGEM DE TESTOSTERONA (SUS 0202060349)	42,000	10,43	438,06
246	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE (SUS 0202060357)	9,000	13,11	117,99
247	DOSAGEM DE TIOCIANATO (SUS 0202070344)	1,000	3,68	3,68
248	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA (SUS 0202060365)	9,000	15,35	138,15
249	DOSAGEM DE TIROXINA (T4) (SUS 0202060373)	141,000	8,76	1.235,16
250	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE) (SUS 0202060381)	1.050,000	11,60	12.180,00
251	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO) (SUS 0202010643)	1.389,000	2,01	2.791,89
252	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP) (SUS 0202010651)	1.370,000	2,01	2.753,70
253	DOSAGEM DE TRANSFERRINA (SUS 0202010660)	37,000	4,12	152,44
254	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS (SUS 0202010678)	4.101,000	3,51	14.394,51
255	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3) (SUS 0202060390)	36,000	8,71	313,56
256	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA (SUS 0202110079)	1,000	5,50	5,50
257	DOSAGEM DE TRIPTOFANO (SUS 0202010686)	1,000	3,51	3,51
258	DOSAGEM DE TROPONINA (SUS 0202031209)	126,000	9,00	1.134,00
259	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO) (SUS 0202110087)	1,000	13,20	13,20
260	DOSAGEM DE UREIA (SUS 0202010694)	1.189,000	1,85	2.199,65
261	DOSAGEM DE VITAMINA B12 (SUS 0202010708)	144,000	15,24	2.194,56
262	DOSAGEM DE ZINCO (SUS 0202070352)	4,000	15,65	62,60
263	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125 (SUS 0202031217)	1,000	13,35	13,35
264	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS (SUS 0202050122)	1,000	3,04	3,04
265	DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SORO (SUS 0202110117)	1,000	137,00	137,00
266	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA (SUS 0202020355)	8,000	5,41	43,28
267	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS (SUS 0202010716)	1,000	3,68	3,68
268	ELETROFORESE DE PROTEINAS (SUS 0202010724)	35,000	4,42	154,70
269	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR (SUS 0202090159)	1,000	5,23	5,23
270	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO) (SUS 0202020363)	1,000	2,73	2,73
271	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO (SUS 0202090167)	1,000	6,56	6,56
272	ESPLENOGRAMA (SUS 0202090175)	1,000	5,79	5,79
273	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL (SUS 0202040038)	9,000	3,04	27,36
274	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS (SUS	1,000	1,89	1,89



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

	0202090183)			
275	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO) (SUS 0202080145)	32,000	2,80	89,60
276	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS (SUS 0202050130)	1,000	3,70	3,70
277	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR (SUS 0202120031)	1,000	10,65	10,65
278	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE ) (SUS 0202010732)	15,000	15,65	234,75
279	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C (SUS 0202030210)	1,000	298,48	298,48
280	HEMATOCRITO (SUS 0202020371)	2,000	1,53	3,06
281	HEMOCULTURA (SUS 0202080153)	1,000	11,49	11,49
282	HEMOGRAMA COMPLETO - SUS 0202020380	9.060,000	4,11	37.236,60
283	IDENTIFICAÇÃO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS (SUS 0202080161)	1,000	5,63	5,63
284	IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS (SUS 0202120040)	1,000	10,65	10,65
285	IDENTIFICAÇÃO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS (SUS 0202040046)	1,000	1,65	1,65
286	IDENTIFICAÇÃO DE GLICÍDIOS URINÁRIOS POR CROMATOGRÁFIA (CAMADA DELGADA) (SUS 0202050076)	1,000	3,70	3,70
287	IMUNOELETOFORESE DE PROTEÍNAS (SUS 0202030229)	1,000	17,16	17,16
288	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR) (SUS 0202030237)	1,000	80,00	80,00
289	INTADERMORREACAO COM DERIVADO PROTEICO PURIFICADO (PPD) (SUS 0202030245)	1,000	28,00	28,00
290	LEUCOGRAMA (SUS 0202020398)	1,000	2,73	2,73
291	MIELOGRAMA (SUS 0202090191)	1,000	5,79	5,79
292	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI (SUS 0202080170)	1,000	4,33	4,33
293	PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRÁFIA) (SUS 0202050149)	1,000	3,70	3,70
294	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA (SUS 0202050157)	1,000	2,04	2,04
295	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA (SUS 0202050165)	1,000	3,70	3,70
296	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA (SUS 0202030253)	4,000	10,00	40,00
297	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA (SUS 0202030261)	4,000	10,00	40,00
298	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS (SUS 0202030377)	1,000	9,25	9,25
299	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS (SUS 0202030385)	1,000	10,00	10,00
300	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS (SUS 0202030393)	1,000	9,25	9,25



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

301	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS (SUS 0202030407)	1,000	3,70	3,70
302	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO (SUS 0202030415)	1,000	5,83	5,83
303	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLOURESCENCIA) (SUS 0202030423)	1,000	10,00	10,00
304	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL (SUS 0202030431)	1,000	17,16	17,16
305	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA (SUS 0202030270)	11,000	8,67	95,37
306	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS (SUS 0202030440)	1,000	9,25	9,25
307	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70) (SUS 0202030458)	1,000	10,00	10,00
308	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (SUS 0202030466)	5,000	9,70	48,50
309	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES ( ELISA ) (SUS 0202090213)	1,000	9,70	9,70
310	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO) (SUS 0202030474)	12,000	2,83	33,96
311	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO (SUS 0202030482)	1,000	10,00	10,00
312	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO (SUS 0202030504)	1,000	10,00	10,00
313	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI (SUS 0202030288)	1,000	17,16	17,16
314	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT) (SUS 0202030296)	1,000	85,00	85,00
315	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA) (SUS 0202030300)	77,000	10,00	770,00
316	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2 (SUS 0202030318)	1,000	18,55	18,55
317	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS (SUS 0202030512)	1,000	10,00	10,00
318	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA (SUS 0202030520)	1,000	17,16	17,16
319	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS (SUS 0202030539)	1,000	4,10	4,10
320	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA (SUS 0202030547)	1,000	5,50	5,50
321	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS (SUS 0202030555)	57,000	17,16	978,12
322	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA (SUS 0202030563)	5,000	17,16	85,80
323	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO (SUS 0202030571)	1,000	17,16	17,16
324	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO (SUS 0202030580)	4,000	17,16	68,64
325	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO (SUS 0202030598)	126,000	17,16	2.162,16



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

326	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS (SUS 0202030601)	1,000	17,16	17,16
327	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS (SUS 0202030610)	1,000	10,00	10,00
328	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP) (SUS 0202030326)	10,000	17,16	171,60
329	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS (SUS 0202030334)	1,000	5,74	5,74
330	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM (SUS 0202030342)	11,000	17,16	188,76
331	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO) (SUS 0202030350)	14,000	18,55	259,70
332	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA) (SUS 0202030369)	7,000	18,55	129,85
333	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA (SUS 0202030628)	13,000	17,16	223,08
334	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS) (SUS 0202030636)	14,000	18,55	259,70
335	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE) (SUS 0202030644)	4,000	18,55	74,20
336	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA (SUS 0202030652)	1,000	7,78	7,78
337	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII (SUS 0202030660)	1,000	9,71	9,71
338	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV) (SUS 0202030679)	1,000	18,55	18,55
339	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV) (SUS 0202030687)	1,000	18,55	18,55
340	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO (SUS 0202030695)	1,000	9,25	9,25
341	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS (SUS 0202030709)	1,000	4,10	4,10
342	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO (SUS 0202030717)	1,000	18,55	18,55
343	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA (SUS 0202030725)	2,000	17,16	34,32
344	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR (SUS 0202030733)	1,000	2,83	2,83
345	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS (SUS 0202030741)	8,000	11,00	88,00
346	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS (SUS 0202030750)	1,000	9,25	9,25
347	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA (SUS 0202030768)	481,000	16,97	8.162,57
348	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI (SUS 0202030776)	1,000	9,25	9,25
349	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG) (SUS 0202030784)	12,000	18,55	222,60



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

350	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA) (SUS 0202030792)	1,000	30,00	30,00
351	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG) (SUS 0202030806)	2,000	18,55	37,10
352	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA (SUS 0202030814)	109,000	17,16	1.870,44
353	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER (SUS 0202030822)	1,000	17,16	17,16
354	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR (SUS 0202030830)	1,000	17,16	17,16
355	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES (SUS 0202030849)	1,000	17,16	17,16
356	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS (SUS 0202030857)	15,000	11,61	174,15
357	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS (SUS 0202030865)	1,000	10,00	10,00
358	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA (SUS 0202030873)	493,000	18,55	9.145,15
359	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI (SUS 0202030881)	1,000	9,25	9,25
360	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM) (SUS 0202030890)	6,000	18,55	111,30
361	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA) (SUS 0202030903)	1,000	20,00	20,00
362	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG) (SUS 0202030911)	3,000	18,55	55,65
363	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA (SUS 0202030920)	96,000	17,16	1.647,36
364	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER (SUS 0202030938)	1,000	17,16	17,16
365	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR (SUS 0202030946)	2,000	17,16	34,32
366	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES (SUS 0202030954)	1,000	17,16	17,16
367	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO (SUS 0202120058)	1,000	5,79	5,79
368	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC (SUS 0202120066)	1,000	5,79	5,79
369	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO (SUS 0202120074)	1,000	5,79	5,79
370	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA) (SUS 0202030962)	27,000	13,35	360,45
371	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG) (SUS 0202030970)	116,000	18,55	2.151,80
372	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	87,000	18,55	1.613,85
373	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA (SUS 0202020401)	1,000	25,00	25,00
374	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO (SUS 0202080188)	1,000	2,80	2,80



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

375	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA (SUS 0202050173)	1,000	2,04	2,04
376	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA (SUS 0202050181)	1,000	2,40	2,40
377	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR (SUS 0202090230)	1,000	1,89	1,89
378	PESQUISA DE CELULAS LE (SUS 0202020410)	1,000	4,11	4,11
379	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS (SUS 0202090248)	1,000	1,89	1,89
380	PESQUISA DE CISTINA NA URINA (SUS 0202050190)	1,000	2,04	2,04
381	PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA) (SUS 0202030997)	1,000	60,00	60,00
382	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA (SUS 0202050203)	1,000	2,04	2,04
383	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ (SUS 0202020428)	1,000	2,73	2,73
384	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS (SUS 0202031004)	2,000	2,83	5,66
385	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA (SUS 0202090256)	1,000	1,89	1,89
386	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA) (SUS 0202040054)	17,000	1,65	28,05
387	PESQUISA DE EOSINOFILOS (SUS 0202040062)	1,000	1,65	1,65
388	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA (SUS 0202050211)	1,000	3,70	3,70
389	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA) (SUS 0202090264)	11,000	4,80	52,80
390	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A (SUS 0202080196)	2,000	4,33	8,66
391	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE) (SUS 0202031012)	54,000	4,10	221,40
392	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO) (SUS 0202120082)	315,000	1,37	431,55
393	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA (SUS 0202050220)	1,000	2,04	2,04
394	PESQUISA DE FILARIA (SUS 0202020436)	1,000	2,73	2,73
395	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA (SUS 0202050238)	1,000	2,04	2,04
396	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA (SUS 0202050246)	1,000	3,36	3,36
397	PESQUISA DE GORDURA FECAL (SUS 0202040070)	1,000	1,65	1,65
398	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY (SUS 0202080200)	1,000	2,80	2,80
399	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI (SUS 0202080218)	1,000	4,33	4,33
400	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S (SUS 0202020444)	1,000	2,73	2,73
401	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLOURESCENCIA (SUS 0202031020)	1,000	10,00	10,00
402	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA (SUS 0202050262)	1,000	2,04	2,04
403	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA (SUS 0202031039)	4,000	9,25	37,00



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

404	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA (SUS 0202050270)	1,000	2,04	2,04
405	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES (SUS 0202040089)	1,000	1,65	1,65
406	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS (SUS 0202080226)	1,000	2,80	2,80
407	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES (SUS 0202040097)	32,000	1,65	52,80
408	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES (SUS 0202040100)	1,000	1,65	1,65
409	PESQUISA DE MACROPROLACTINA (SUS 0202060470)	4,000	12,15	48,60
410	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA (SUS 0202050289)	1,000	3,70	3,70
411	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA) (SUS 0202040119)	1,000	1,65	1,65
412	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS (SUS 0202040127)	1.612,000	1,65	2.659,80
413	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA (SUS 0202050297)	1,000	2,04	2,04
414	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE) (SUS 0202050300)	3,000	4,44	13,32
415	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES (SUS 0202090272)	1,000	1,89	1,89
416	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES (SUS 0202040135)	6,000	10,25	61,50
417	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES - SUS 0202040143	100,000	1,65	165,00
418	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES (SUS 0202040151)	1,000	1,65	1,65
419	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA (SUS 0202050319)	1,000	2,04	2,04
420	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM (SUS 0202080234)	1,000	5,04	5,04
421	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA (SUS 0202020460)	1,000	2,73	2,73
422	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES (SUS 0202040160)	1,000	1,65	1,65
423	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES (SUS 0202040178)	1,000	1,65	1,65
424	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA) (SUS 0202031047)	2,000	10,00	20,00
425	PROVA CONFIRMATORIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES (SUS 0202080242)	1,000	5,62	5,62
426	PROVA DA D-XILOSE (SUS 0202010740)	1,000	3,68	3,68
427	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA (SUS 0202020487)	1,000	4,11	4,11
428	PROVA DE DILUICAO (URINA) (SUS 0202050327)	1,000	2,04	2,04
429	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA) (SUS 0202090280)	1,000	9,70	9,70
430	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO (SUS 0202020495)	155,000	2,73	423,15
431	PROVA DO LACO (SUS 0202020509)	90,000	2,73	245,70
432	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C) (SUS 0202090299)	1,000	1,89	1,89



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

433	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE (SUS 0202090302)	1,000	1,89	1,89
434	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK) (SUS 0202031055)	1,000	1,77	1,77
435	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS (SUS 0202031063)	1,000	1,77	1,77
436	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1 (SUS 0202031071)	1,000	18,00	18,00
437	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (SUS 0202031080)	1,000	168,48	168,48
438	QUANTIFICAÇÃO/AMPLIFICAÇÃO DO HER-2 (SUS RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS) (SUS 0202020517)	1,000	120,00	120,00
439	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (SUS 0202020517)	1,000	2,73	2,73
440	REACAO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS (SUS 0202031098)	1,000	4,10	4,10
441	REACAO DE MONTENEGRO ID (SUS 0202031101)	1,000	2,83	2,83
442	REACAO DE PANDY (SUS 0202090310)	1,000	1,89	1,89
443	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES (SUS 0202090329)	1,000	1,89	1,89
444	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS (SUS 0202020525)	1,000	12,00	12,00
445	TESTE DE CLEMENTS (SUS 0202090337)	1,000	1,89	1,89
446	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH (SUS 0202060403)	1,000	12,01	12,01
447	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA (SUS 0202060411)	0,100	12,01	1,20
448	TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APOS GONADORRELINA (SUS 0202060420)	1,000	12,01	12,01
449	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON (SUS 0202060438)	1,000	12,01	12,01
450	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS (SUS 0202090345)	1,000	4,69	4,69
451	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA) (SUS 0202020533)	1,000	2,73	2,73
452	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO (SUS 0202090353)	1,000	4,69	4,69
453	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA (SUS 0202060446)	1,000	12,01	12,01
454	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE (SUS 0202060454)	1,000	12,01	12,01
455	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS (SUS 0202010759)	1,000	6,55	6,55
456	TESTE DE VDRL P/ DETECÇÃO DE SIFILIS (SUS 0202031110)	764,000	2,83	2.162,12
457	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD) (SUS 0202020541)	5,000	2,73	13,65
458	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS (SUS 0202031128)	12,000	10,00	120,00
459	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS (SUS 0202031136)	71,000	10,00	710,00



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

460	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA) (SUS 0202120090)	61,000	2,73	166,53
461	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS (SUS 0202060462)	1,000	8,43	8,43
462	TESTES ALERGICOS DE CONTATO (SUS 0202031144)	1,000	1,77	1,77
463	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA (SUS 0202031152)	1,000	1,77	1,77
464	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B (SUS 0202120104)	1,000	5,79	5,79
465	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE (SUS 0202031179)	1,000	2,83	2,83
<b>TOTAL:</b>				<b>311.798,52</b>



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 04/2014**  
**PROCESSO ADMINISTRATIVO 32/2014 – FMS**  
**PROCESSO DE COMPRA 30/2014 - FMS**

**ANEXO III**

**DECLARAÇÃO DE AUTENTICIDADE DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO E DE  
ACEITAÇÃO DO EDITAL**

A empresa \_\_\_\_\_ por meio de seu sócio-gerente ou representante legal, \_\_\_\_\_, com consultório localizado na Rua \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_-SC, inscrita no CNPJ (ou CPF) nº \_\_\_\_\_, DECLARA, que possui pleno conhecimento, e manifesta inteira concordância, com todos os termos do EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 04/2014 do Fundo Municipal de Saúde de Capivari de Baixo-SC, que trata do credenciamento para prestação de serviços complementares na área da saúde, conforme definido no objeto deste edital, **assumindo a responsabilidade pela autenticidade de todos os documentos apresentados**, sujeitando-se às penalidades legais e a sumária inabilitação ou descredenciamento, e que fornecerá quaisquer informações complementares solicitadas pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de Capivari de Baixo/SC.

Data

Assinatura do Representante Legal da Empresa.



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 04/2014**  
**PROCESSO ADMINISTRATIVO 32/2014 – FMS**  
**PROCESSO DE COMPRA 30/2014 - FMS**

**ANEXO IV**

**DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DOS PREÇOS**

DECLARO, para fins de habilitação ao Edital de Chamamento Público nº 04/2014 do Fundo Municipal de Saúde de Capivari de Baixo/SC, que aceito os preços indicados nos Anexos II e os prazos do anexo I do presente edital, estando também ciente que os preços são fixos.

Data

Assinatura do Representante Legal da Empresa.



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 04/2014**  
**PROCESSO ADMINISTRATIVO 32/2014 – FMS**  
**PROCESSO DE COMPRA 30/2014 - FMS**

**ANEXO V**

**RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS HABILITADOS**

NOME DO PROFISSIONAL	CPF	ESPECIALIDADE

Data

Assinatura do Representante Legal da Empresa.



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 04/2014**  
**PROCESSO ADMINISTRATIVO 32/2014 – FMS**  
**PROCESSO DE COMPRA 30/2014 - FMS**

**ANEXO VI**

**DECLARAÇÃO QUE ATENDE O ARTIDO 7º, INCISO XXXIII, DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL**

Empresa \_\_\_\_\_, com sede na Rua \_\_\_\_\_, Nº \_\_\_\_\_, CNPJ \_\_\_\_\_, por seu representante legal, em atenção ao inciso V do art. 27, da Lei n. 8666/93, acrescido pela Lei n. 9854, de 27 de outubro de 1999, declara, sob as penas da lei, que cumpre integralmente a norma contida no art. 7º, inciso XXXIII, da Constituição da República, ou seja, de que não possui em seu quadro de pessoal, empregado(s) menor(es) de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e de 16 (dezesesseis) anos em qualquer trabalho (exceto aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos.

Data

Assinatura do Representante Legal da Empresa.



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 04/2014**  
**PROCESSO ADMINISTRATIVO 320/2014 – FMS**  
**PROCESSO DE COMPRA 30/2014 - FMS**

**ANEXO VII**

**MINUTO DE CONTRATO Nº \_\_\_\_/2014 – FMS**

**CRENCIAMENTO DE EMPRESAS E OU CLÍNICAS, LABORATÓRIOS E ENTIDADES PRIVADAS E OU FILANTROPICAS E SEM FINS LUCRATIVOS, INTERESSADAS EM PRESTAR SERVIÇOS DE CONJUNTO DE PROCEDIMENTOS DE EXAMES DE PATOLOGIA CLINICA DO GRUPO 02.02 PARA ATENDER AOS PACIENTES DO MUNICÍPIO DE CAPIVARI DE BAIXO – SC., COM VALOR DA TABELA SUS - SIGTAP, QUE ENTRE SI CELEBRAM O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPIVARI DE BAIXO E A EMPRESA ..... ABAIXO INDICADA, CREDENCIADA NOS TERMOS DO EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 04/2014.**

**IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES CONTRATANTES**

**CRENCIANTE:** MUNICÍPIO DE CAPIVARI DE BAIXO, através do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAPIVARI DE BAIXO, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ nº 10.971.858/0001-57, sediada na Rua Ernani Cotrin, 187, Centro, neste ato representado pela Secretária de Saúde do Município de Capivari de Baixo, Sr<sup>a</sup>. INÊS EULÁLIA DOS REIS MACHADO, doravante denominada **CONTRATANTE** e **CRENCIADO:** ....., pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob n.º ....., com sede ..... da cidade de ....., neste ato representada por ..... doravante denominada **CONTRATADA**, pactuam entre si as cláusulas a seguir:

**I – DO PROCEDIMENTO**



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

**Cláusula Primeira** - As partes acima identificadas têm, entre si, justas e acertadas o presente Contrato de prestação de serviços de conjunto de procedimentos de exames de patologia clínica do grupo 02.02 para atender aos pacientes do município de Capivari de Baixo – sc., com valor da tabela SUS - SIGTAP, conforme Processo Licitatório n.º 30/2014 – Credenciamento n.º 04/2014 - FMS, fundamentado na Lei Federal n.º 8.666/93 21 de junho de 1993 e suas alterações, nos termos da legislação vigente aplicável à matéria, assim como, pelas condições do Edital do referido processo de credenciamento e seus anexos e pelas cláusulas a seguir expressas, definidoras dos direitos, obrigações e responsabilidades das partes.

## **II – DO OBJETO**

**Cláusula Segunda** - Contratação através de credenciamento de empresas e ou clínicas, laboratórios e entidades privadas e ou filantrópicas e sem fins lucrativos, para prestar serviços de conjunto de procedimentos de exames de patologia clínica do grupo 02.02 para atender aos pacientes do município de Capivari de Baixo – sc., com valor da tabela SUS – SIGTAP

## **III – DA RELAÇÃO DOS SERVIÇOS CREDENCIADOS E DOS PREÇOS FIXADOS**

**Cláusula Terceira** – Pelo presente contrato, a CONTRATADA, credenciada através do Processo Administrativo n.º 32/2014, Edital de Chamamento Público n.º 04/2014, se compromete a realizar os serviços para os quais se credenciou, nas condições estabelecidas no edital e pelo preço fixado na TABELA SUS.

## **IV – DAS OBRIGAÇÕES DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**Cláusula Quarta** – É obrigação do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**:

- 4.1.** Encaminhar, até a sede da credenciada, os pacientes, acompanhados da requisição e da autorização para realização dos exames;
- 4.2.** Permitir que o paciente, escolha livremente, dentre os credenciados, o de sua preferência, conforme estabelecido no item 7.3 do Edital de Chamamento Público n.º 04/2014;
- 4.3.** Conferir a produção de serviços apresentada pelo credenciado e autorizar a emissão da nota fiscal dos serviços aprovados;
- 4.4.** Empenhar previamente a despesa com os serviços credenciados, por estimativa de gasto em cada mês, liquidar e pagar até o dia 30 (trinta) do mês em que a produção foi apresentada e faturada, observada a ordem cronológica de vencimento das faturas em cada fonte diferenciada de recursos;



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

**4.5.** Sobre o valor dos serviços prestados, no que couber, no momento do pagamento, incidirá desconto correspondente ao Imposto sobre Serviços e/ou Imposto de Renda Retido na Fonte, o qual será retido pela Prefeitura Municipal de Capivari de Baixo/SC.

**V – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

**Cláusula Quinta** - Constituem obrigações da **CONTRATADA**:

**5.1 – DAS CREDENCIADAS**

5.1.1 Atender quando solicitada pela Secretaria Municipal de Saúde o paciente dentro do prazo constante da Resolução Normativa nº 259: Agência Nacional de Saúde;

5.1.2 Atender o paciente nos dias úteis.

5.1.3. Tratamento aos pacientes encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde de Capivari de Baixo igual aos demais pacientes atendidos pela credenciada;

5.1.4. Realizar de forma direta os serviços objeto do credenciamento, salvo autorização formal da Secretaria Municipal de Saúde de Capivari de Baixo;

5.1.5. Realizar os serviços objeto do credenciamento pelos preços indicados na tabela SUS;

5.1.6. Responder exclusiva e integralmente pela utilização de pessoal para a execução dos serviços objeto do credenciamento, incluído todos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o Município;

5.1.7. Permitir a realização de vistorias técnicas pelo Município em suas instalações para controle, avaliação e auditoria de regulação;

5.1.8. Apresentar à Secretaria Municipal de Saúde de Capivari de Baixo até o dia 05 de cada mês, a fatura dos exames realizados no mês imediatamente anterior acompanhada dos comprovantes de encaminhamento dos pacientes para os procedimentos de liquidação e pagamento da despesa;

5.1.8.1 O Credenciado fica responsável por cadastrar no sistema do SUS a produção dos exames prestados e deverá entregar por meio digital e impresso juntamente com a Nota Fiscal, bem como para o e-mail [pmcb.saude@capivaridebaixo.sc.gov.br](mailto:pmcb.saude@capivaridebaixo.sc.gov.br);

5.1.9. Comunicar ao Município, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, o interesse em deixar de prestar os serviços por documento assinado e protocolado;



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

**VI – DAS DESPESAS E FONTES DE RECURSOS**

**Cláusula Sexta** - A dotação orçamentária correrá por conta da despesa de 2014, (MAC - Média e Alta Complexidade Ambulatorial e recurso próprio).

**VII- DO REAJUSTE**

**Cláusula Sétima**- Os preços dos serviços objeto deste contrato são irremovíveis.

**VIII – DO PAGAMENTO**

**Cláusula Oitava** – Até o dia 5º (quinto) dia de cada mês, a **CONTRATADA** deverá apresentar ao Fundo Municipal da Saúde a produção do mês imediatamente anterior, acompanhada das respectivas autorizações expedidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Capivari de Baixo. Aprovada a produção, a **CONTRATADA** deverá encaminhar a respectiva Nota Fiscal de Serviço para liquidação e pagamento até o dia 15 (quinze) do mês em que a produção foi apresentada, observado a ordem cronológica de vencimento das faturas para cada fonte diferenciada de recursos. O descumprimento do prazo para a apresentação da produção e da apresentação da Nota Fiscal implicará no atraso da liquidação e pagamento da despesa. Sobre o valor dos serviços prestados, no que couber, no momento do pagamento, incidirá desconto correspondente ao Imposto sobre Serviços e/ou Imposto de Renda Retido na Fonte, o qual será retido pelo Município.

**IX- DO PRAZO DO CONTRATO**

**Cláusula Nona** - O presente Contrato vigorará até 31/12/2014, contados a partir de sua assinatura, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos até o máximo de 60 (sessenta) meses, caso haja interesse da administração, com anuência da **CONTRATADA**, nos termos do inciso II, do art. 57, da Lei Federal 8.666/93, através de termo aditivo, com apresentação da documentação de habilitação exigida no item 4 do Edital que é parte integrante deste contrato.

**X – DAS PENALIDADES**

**Cláusula Décima** - O descumprimento de quaisquer das normas estabelecidas neste contrato pela **CONTRATADA**, poderá resultar no descredenciamento imediato do faltoso e rescisão do contrato sem prévio aviso e aplicação de multa equivalente a 20% (vinte por cento) do seu faturamento médio mensal dos últimos seis meses, a ser descontada da próxima fatura a ser paga. As penalidades previstas neste contrato poderão deixar de ser aplicadas, total ou parcialmente, a critério do MUNICÍPIO se entender as justificativas apresentadas pela **CONTRATADA** como relevantes, bem como a recusa da assinatura do termo de adesão/contrato ou desistência na execução dos serviços contratados e/ou inadimplemento parcial de obrigação contratual, implicam nas seguintes sanções, podendo ser cumulativas:



## Município de Capivari de Baixo

Estado de Santa Catarina

**10.1.1** Multa na ordem de 10% (dez por cento), sobre o valor da proposta adjudicatária ou o valor de R\$ 500,00 (quinhentos reais) por ato de infração, podendo ser multiplicado pelos dias de infração.

**10.1.2** Advertência.

**10.1.3** Suspensão do direito de licitar junto à Prefeitura Municipal de CAPIVARI DE BAIXO, e conseqüente Declaração de Inidoneidade, exarada pelo Secretário Municipal, para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurar os motivos da punição.

**10.1.4** Nenhum pagamento será processado à proponente penalizada, enquanto esta não tenha pago a multa imposta pela CONTRATANTE. Fica possibilitada a compensação da multa com eventuais pagamentos que sejam devidos a empresa contratada.

## XI – DAS CONDIÇÕES GERAIS

**Cláusula Décima Primeira** - O presente instrumento não gera qualquer tipo de vínculo trabalhista entre os funcionários da contratada com a contratante, arcando cada qual com o pagamento de todos os tributos e encargos decorrentes deste instrumento que sejam de sua responsabilidade, querem sejam trabalhistas, previdenciários, securitários, tributários, fiscais ou para fiscais, inclusive e em especial de seus empregados/prepostos que trabalharão para a realização do objeto deste contrato, e, especialmente aqueles denominados como FGTS, INSS, PIS e SEGURO.

**10.1** - A **CONTRATADA** poderá ceder ou transferir para terceiros a realização dos serviços objeto deste contrato, quando a impossibilidade de realização, e se responsabilizará em todos os âmbitos juntamente com a terceirizada.

**10.2** - As partes se comprometem a manter a confidencialidade de todos os documentos envolvidos nesta prestação de serviços, de forma a proteger informações privilegiadas dos pacientes do **MUNICÍPIO**, com exceção daqueles que por força de lei são considerados públicos.

## XII – DA FISCALIZAÇÃO

**Cláusula Décima Segunda** - Os serviços serão fiscalizados pelo Responsável nomeado pelo **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPIVARI DE BAIXO**.

**Parágrafo Único.** O Responsável nomeado pelo **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE** anotará, em registro próprio, todas as ocorrências relacionadas com a execução do Contrato, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados.

## XIII – DA INEXECUÇÃO, RESCISÃO OU DESCRENCIAMENTO.



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

**Cláusula Décima Terceira** - A inexecução total ou parcial do contrato enseja a sua rescisão, com as conseqüências contratuais e as prevista em lei ou regulamento administrativo.

**13.1** - Constituem motivos para rescisão do contrato, no que couberem, as hipóteses previstas no artigo 78 da Lei 8.666/93;

**13.2** - A rescisão contratual poderá ocorrer nas condições e formas previstas no artigo 79 da Lei 8.666/93 e suas alterações;

**13.3** - Ocorrerá o descredenciamento e a rescisão deste contrato quando:

**13.1.1** Por algum motivo a **CONTRATADA** deixar de atender as condições estabelecidas neste contrato administrativo de prestação de serviços e no edital de credenciamento nº 04/2014;

**13.1.2** Na recusa injustificada da **CONTRATADA** em assinar o contrato, aceitar ou retirar o instrumento equivalente dentro do prazo estabelecido, implicando em seu imediato descredenciamento e na imediata suspensão do direito de licitar com o Município pelo prazo de 03 (três) meses;

#### **XIV – DO FORO**

**Cláusula Décima Quarta** - Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas deste Contrato, as partes elegem o foro da Comarca de **CAPIVARI DE BAIXO**, Estado de Santa Catarina.

Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em 04 (quatro) vias de igual teor, juntamente com 02 (duas) testemunhas.

Capivari de Baixo, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

\_\_\_\_\_  
**INÊS EULÁLIA DOS REIS MACHADO**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**  
*Secretária de Saúde*

\_\_\_\_\_  
**SÓCIO/REPRESENTANTE LEGAL**  
*Empresa Credenciada*

TESTEMUNHAS:

\_\_\_\_\_  
NOME:  
CPF nº :

\_\_\_\_\_  
NOME:  
CPF nº :