
Edital de Credenciamento nº 002/2018

COMPOSIÇÃO DO EDITAL

- 01.DO OBJETO
- 02.DA JUSTIFICATIVA DE INEXIGIBILIDADE
- 03.DO VALOR ESTIMADO E QUANTITATIVO
- 04.DO ATENDIMENTO
- 05.DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA
- 06.DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE
- 07.DA HABILITAÇÃO DO CREDENCIAMENTO
- 08.DOS CRITÉRIOS PARA JULGAMENTO DO CREDENCIAMENTO
- 09.DA VIGÊNCIA
- 10.DAS PENALIDADES
- 11.DO PAGAMENTO
- 12.DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA
- 13.DAS ALTERAÇÕES
- 14.DA FISCALIZAÇÃO
- 15.DA RESCISÃO DO CREDENCIAMENTO
- 16.DAS DISPOSIÇÕES FINAIS
- 17.ANEXOS
- 18.INFORMAÇÕES

EDITAL DE CREDENCIAMENTO - N.º 002/2018

A Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista, torna público que estará recebendo em sua sede, situada na Rua Coronel Mota, 418, Bairro São Pedro, a partir da sua publicação, DOCUMENTAÇÃO DE PESSOAS JURÍDICAS COM OU SEM FINS LUCRATIVOS E FILANTRÓPICAS, PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, para a prestação de serviços de forma complementar ao SUS, usando como referência os valores da Tabela SIGTAP/SUS e/ou de forma complementar, Recurso Próprio, os procedimentos conforme adiante elencados e de acordo com as condições estabelecidas neste Edital.

01 DO OBJETO

1.1 Contratação de Empresa Especializada para credenciamento de serviço de saúde complementar para atendimento aos usuários do SUS através da Rede Municipal de Saúde nas 08 (oito) macro áreas, bem como as Unidades Especializadas e o Programa Família Que Acolhe (FQA) nesta Cidade de Boa Vista, correspondente a especialidade em diagnóstico de Exames Laboratoriais em Análises Clínicas de Baixa, Média e Alta Complexidade.

02 DA JUSTIFICATIVA DE INEXIGIBILIDADE

2.1 A Regra geral é que a Administração Pública tenha seus contratos precedidos por procedimento licitatório, no entanto, o Art. 25 da Lei nº 8666/93 traz a possibilidade de inexigibilidade de licitação quando houver impossibilidade de competição:

Art. 25. É inexigível a licitação quando houver inviabilidade de competição, em especial:

I - para aquisição de materiais, equipamentos, ou gêneros que só possam ser fornecidos por produtor, empresa ou representante comercial exclusivo, vedada a preferência de marca, devendo a comprovação de exclusividade ser feita através de atestado fornecido pelo órgão de registro do comércio do local em que se realizaria a licitação ou a obra ou o serviço, pelo Sindicato, Federação ou Confederação Patronal, ou, ainda, pelas entidades equivalentes;

II - para a contratação de serviços técnicos enumerados no art. 13 desta Lei, de natureza singular, com profissionais ou empresas de notória especialização, vedada a inexigibilidade para serviços de publicidade e divulgação;

III - para contratação de profissional de qualquer setor artístico, diretamente ou através de empresário exclusivo, desde que consagrado pela crítica especializada ou pela opinião pública.

A inviabilidade de competição, além das hipóteses previstas nos incisos I, II e III, pode ser justificada pela possibilidade de contratar a todos, dessa forma não há que se falar em competição, pois existem vários prestadores e todos podem ser contratados.

É de responsabilidade municipal o desenvolvimento de ações de saúde tanto na *prevenção* como no *diagnóstico* como parte do que preconiza as *diretrizes ministeriais* das políticas de saúde tanto na atenção do nível básico como na de média e alta complexidade.

Os exames laboratoriais estão entre os mais necessários e realizados no apoio diagnóstico à prática clínica, com repercussões importantes em termos de cuidados aos pacientes, impacto na saúde e custos para o sistema de saúde.

Os exames são auxiliares no tratamento de doenças, possibilitando diagnosticar patologias, bem como preveni-las, estabelecendo seu estágio de gravidade, assumindo assim papel preponderante na saúde da população assistida pela Rede Pública Municipal.

Atualmente, a Rede Laboratorial Própria não está em funcionamento, pois conforme levantamento realizado pela gestão em anos anteriores, o custo/benefício para o funcionamento dos laboratórios para realização dos exames necessários para atender a demanda da Atenção Básica, Média e Alta complexidade do Município de Boa Vista era superior ao credenciamento, e, optou-se, portanto por este último.

No primeiro semestre de 2017 foi proposto um Plano de Ação para ampliar a oferta e acesso aos exames laboratoriais, no qual prevê a implantação de um Laboratório Central com proposta de atender a demanda municipal. Até a implantação deste, a Rede Própria não é capaz de atender a demanda existente, sendo necessária a permanência dos serviços laboratoriais terceirizados.

Assim, considerando que a saúde é um direito de todos previsto na Constituição Federal de 1988, cabendo as três esferas do governo a responsabilidade por esta assistência e visando dar continuidade na execução dos exames de análises clínicas, permitindo a avaliação dos sintomas e colaborando na elucidação da patologia e no acompanhamento do tratamento, torna-se indispensável ao Município a contratação através de credenciamento:

Art. 6. São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Art. 30. Compete aos Municípios: Inciso VII - prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população.

A quantidade de exames laboratoriais de análises clínica estimada para o ano de 2018 foi elaborada pela SMSA/DCAR com base no quantitativo de exames autorizados e realizados no ano de 2017 através do Processo nº 280/2015, com fator de correção de 40% (perspectiva de aumento da demanda já existente e aumento do fluxo migratório), sendo ainda estimado um quantitativo mínimo para os exames que não foram solicitados neste período, com objetivo de manter a oferta mínima destes.

Acrescentamos ao total estimado para o edital de credenciamento 02/2018 os exames para usuárias da Rede Cegonha. Para isto, utilizamos o quantitativo apresentado no Planejamento de Exames da Rede Cegonha que foi elaborado pelo Núcleo de Estratégico de Políticas em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista – NEPS/SMSA (Memo nº 16684-2017 de 28/07/2017), tendo como referência os parâmetros da OMS e Portaria GM/MS nº 1631 de 01/10/2015.

03 DO VALOR ESTIMADO E QUANTITATIVOS

3.1 Os procedimentos e valores dos exames Laboratoriais em Análises Clínicas estão descritos no **anexo I**, assim como os valores e quantidades no **anexo II** em conformidade com a tabela SIGTAP/SUS e valores complementares.

04. DO ATENDIMENTO

4.1 Os interessados serão credenciados para atendimento nas respectivas macro áreas e demais unidades especializadas, bem como o programa Família Que Acolhe, podendo, no entanto, caso haja necessidade, atender a demanda de outro local.

Segue tabelas das Unidades Básicas de Saúde, Centros, Unidades Especializadas e o Programa FQA, identificadas através de MACRO ÁREAS com respectivos endereços, sendo que a oferta de exames será distribuída pela SMSA conforme a demanda específica para cada área.

4.2 A coleta do material dos exames deverá ser realizada nas Unidades das Macro áreas destacadas abaixo em negrito e itálico, podendo também ser coletado nas empresas credenciadas ou outros locais, conforme necessidade:



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DEPARTAMENTO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas"

N.	MACRO-ÁREA	EQUIPES ESF	UNIDADE DE SAÚDE	ENDEREÇO	BAIRRO
1	1.0	1.11	UBS Aygara Motta Pereira	R. J, nº 256	Cidade Satélite
2		3.1 3.3	UBS Santa Tereza	R. Aruanã, nº 355	Santa Tereza
3		1.7 1.10	UBS Hélio Macedo	R. Joca Farias s/nº	Jardim Caranã
4	2.0		UBS Edna Bezerra Diniz	R. Francisco Cândido, nº 177	Aeroporto
5		1.1	UBS Jardim Floresta	R. Ana Cecília Mota da Silva, s/nº	Jd. Floresta
6		1.2 1.3 1.4	UBS Mariano de Andrade	Av. Deco Fonteles, nº 264	Caranã
7		1.5 1.6	UBS Dalmo Silva Feitosa	R. Austrália, nº 700	Cauamé
8	3.0	6.4 6.5	UBS 31 Março	R. Major Carlos Mardel, nº 466	31 de Março
9		6.1 6.2	UBS Dr. Sílvio Botelho	Av. Minas Gerais, nº 512	Paraviana
10		6.3	UBS Ione Santiago	R. Costa e Silva, nº 356	São Pedro
11		2.4 2.5	UBS Mecejana	Rua Pavão, nº 195	Mecejana
12		2.2 2.3	UBS São Vicente	Av. Presidente Castelo Branco, nº 1875	São Vicente
13	4.0	3.7 3.8	UBS Dr. Dimitri Grandez	Av. dos Corretores de Imóveis, 764	Alvorada
14		3.5 3.6	UBS Dr. Sílvio Leite	R. Vicente Tavares de Melo, s/nº	Dr. Sílvio leite
15		3.9	UBS Equatorial	R. Francisco Regia de Melo, nº 1362	Equatorial
16		5.11 5.12	UBS Jorge André V. Gurjão	R. CC-24, s/nº	Laura Moreira - Conj. Cidadão
17		3.2 3.4	UBS Tancredo Neves	Av. São Sebastião, nº 1766	Tancredo Neves
18	5.0	4.1 4.2	UBS Cambará	R. Calebe, nº 457	Nova Canaã
19		5.3 5.4 5.6 5.7	UBS Asa Branca	R. Francisco Custodio de Andrade, nº 505	Asa Branca
20		1.8 1.9 5.5	UBS Olenka Macellaro	Av. Mário Homem Melo, nº 5075	Caimbé
21		5.6 5.7	UBS Arminda L. L. Gomes	R. José Airton de Almeida, nº 422	Jóquei Clube
22	6.0	2.1	UBS 13 de Setembro	Av. Eldorado, nº 19	13 de Setembro
21		2.8 2.9	UBS Buritis	R. Raimundo Filgueiras, nº 661	Buritis
23		5.2	UBS Cinturão Verde	R. Santa Clara, nº 1081	Cinturão Verde

24		2.6 2.7	UBS Liberdade	R. Guilherme de Brito, nº 214	Liberdade
25		5.1	UBS Pricumã	Av. Via das Flores, nº 2347	Pricumã
26		6.6	UBS Pr. Luciano G. Rabêlo	R. Brecia com Rua Bolonia, s/nº	Centenário
27	7.0	4.6	UBS Santa Luzia	R. José Cassimiro da Silva, nº 676	Santa Luzia
28		4.0 4.4 4.5	UBS Lupércio Lima Ferreira	R. Nazaré Figueira c/ Laura Pinheiro Maia, s/nº	Pintolândia
29		4.7	UBS Sayonara Maria Dantas	R. Raimundo Rodrigues Coelho, nº 2280	Senador Helio Campos
30		4.8 4.9	UBS Sen. H. Campos	R. Pedro Aldemar Bantim, nº 28	Senador Helio Campos
31		5.8	UBS Délio Tupinambá	Av. Belo Horizonte, nº 178	Nova Cidade
32	8.0	5.9 5.10	UBS Raiar do Sol	R. das Estrelas, nº 672	Raiar do sol

05 DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

5.1 Indicar, em até 05 (cinco) dias após a assinatura do contrato, um preposto que, nos fins de semana e feriados, atenderá prontamente a Secretaria Municipal de Saúde-SMSA, em casos excepcionais e urgentes, com acesso ao serviço móvel celular ou outro meio, que permita o efetivo contato;

5.2 Prestar serviços de acordo com as normas legais;

5.3 Manter toda a estrutura administrativa, operacional necessárias à execução do contrato bem como registros contábeis específicos para fins de acompanhamento e avaliação dos recursos obtidos com o programa;

5.4 Atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade na prestação dos serviços, ou seja, realizando atendimento humanizado de acordo com a Política Nacional de Humanização – PNH do Ministério da Saúde.

5.5 Administrar o quadro de funcionários, competindo-lhe determinar o cumprimento das obrigações e manter atualizado o cadastro dos mesmos no CNES, quando necessário;

5.6 Apresentar a SMSA, sempre que solicitado, a comprovação do cumprimento das obrigações tributárias e sociais legalmente exigidas;

5.7 Informar a SMSA sobre eventual alteração de sua razão social; de seu controle acionário ou de mudança de sua diretoria ou de seu Estatuto ou sobre qualquer outra mudança em relação ao contrato, enviando cópia autenticada;

5.8 Respeitar a mais ampla e irrestrita fiscalização da comissão de credenciamento e/ou do SMSA/DCAR, prestando todos os esclarecimentos solicitados e atendendo as reclamações procedentes, caso ocorram;

5.9 Atender aos usuários e acompanhantes do Sistema Único de Saúde – SUS com dignidade e respeito e de modo universal e igualitário, não permitindo discriminações de quaisquer espécies mantendo-se a qualidade na prestação dos serviços;

5.10 Responsabilizar-se por todos e quaisquer danos, prejuízos e/ou atos praticados por seus funcionários em serviço, que vier a causar ao CONTRATANTE aos usuários do SUS ou a terceiros, arcando com toda e qualquer indenização proveniente de danos decorrentes de ação ou omissão, ressaltando-se ainda que mesmo atestando o serviço prestado, subsistirá a responsabilidade da CONTRATADA pela solidez, qualidade e segurança destes serviços;

5.11 Atender todos os encaminhamentos da Rede Municipal de Saúde para os serviços credenciados a realizar, sendo que, o paciente deverá ser atendido no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis após a apresentação da Guia de Autorização Ambulatorial (G.A.A) por parte dos usuários do SUS ao prestador;

5.12 Informar imediatamente à SMSA/DCAR, sobre qualquer situação que motive a interrupção de um ou mais serviços prestados aos usuários do SUS;

5.13 Fixar em local visível, informativo de sua condição de entidade integrante do SUS, e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição;

5.14 Utilizar em todas as solicitações de procedimentos o Cartão Nacional de Saúde-Cartão SUS e prestar informações aos gestores do SUS nos padrões definidos pelas normas e regulamentos instituídos pelo Ministério da Saúde;

5.15 Não divulgar, sob nenhuma forma, os cadastros e arquivos referentes às Unidades de Saúde, aos profissionais de saúde e aos usuários do SUS que vierem a ter acesso;

5.16 Assumir a responsabilidade pelos salários, encargos sociais, previdenciários, fiscais, comerciais, taxas e impostos resultantes do contrato e quaisquer outros que incidam ou venham a incidir futuramente;

5.17 Não transferir a outrem, no todo ou em parte, o presente instrumento contratual, sem a prévia e expressa anuência do CONTRATANTE;

5.18 Disponibilizar de imediato após a assinatura do contrato, a prestação dos serviços credenciados;

5.19 Os equipamentos ou quaisquer outros materiais que venham a ser necessários para a realização dos procedimentos constantes neste instrumento são de responsabilidade da CONTRATADA, e devem estar devidamente cadastrados no CNES;

5.20 Manter sempre atualizado o cadastro dos usuários, assim como os prontuários que permitam o acompanhamento, o controle e a supervisão dos serviços, pelo prazo mínimo de 05 (cinco) anos, ressalvados os prazos previstos em lei;

5.21 Colher na GAA a assinatura do paciente ou de seu representante legal, ressaltando que as guias sem assinaturas não serão validadas;

5.22 Apresentar mensalmente à SMSA, até o 3º. (terceiro) dia útil do mês subsequente ao da realização dos serviços, boletim de produção ambulatorial (BPA) e as G.A.A's dos serviços prestados ou outros documentos comprobatórios da execução do serviço, sendo que o retardo na referida entrega implicará automaticamente na inclusão desta à produção do mês subsequente;

5.23 Apresentar a Nota Fiscal em até 02 (dois) dias úteis após a solicitação pelo setor responsável;

5.24 Atender o Plano Operativo na sua integra **anexo III**;

5.25 Responsabilizar-se quanto aos eixos de assistência, gestão, avaliação e, quando couber, de ensino e pesquisa;

5.26 Manter-se, durante toda execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, bem como de todas as condições de habilitação e qualificação exigidas;

5.27 A CONTRATADA deve possuir o estabelecimento nos perímetros do Município de Boa Vista-RR, em área urbana cedendo espaço físico próprio e adequado para os procedimentos, com disponibilidade mínima de pessoal, de materiais e equipamentos;

5.28 A CONTRATADA deverá fazer uma declaração informando os dias e os horários acordados com a contratante para atendimento aos usuários do SUS, levando-se em

consideração as condições favoráveis de acesso da população residente no município, devendo o profissional do laboratório permanecer na unidade durante o período acordado;

5.29 Relacionar e quantificar os equipamentos, bem como cadastrar os mesmos no CNES;

5.30 A CONTRATADA não poderá alterar as instalações e fazer mudança de endereço de atendimento sem o consentimento prévio e por escrito da Secretaria Municipal de Saúde – SMSA.

5.31 A CONTRATADA deverá atender as diretrizes do PNH – Programa Nacional de Humanização;

5.32 A CONTRATADA deverá possuir equipe multiprofissional compatível com a característica e funções do Serviço;

5.33 Inserir os resultados dos exames em Sistema de Informação a ser fornecido pela CONTRATANTE;

5.34 Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes;

5.35 A CONTRATADA deverá ainda, estar devidamente cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde do Ministério da Saúde - SCNES, o qual deverá estar compatível com os serviços a serem prestados;

5.36 A CONTRATADA deverá apresentar o Procedimento Operacional Padrão (POP) atualizado;

5.37 A CONTRATADA deverá coletar os materiais para exames clínicos dos pacientes nos locais informados no Item 4 e salvo em situações emergenciais serão referenciados aos laboratórios credenciados, em horários preestabelecidos ou extraordinários, de acordo com a necessidade e solicitação da Administração das Unidades de Saúde;

5.38 Entregar os resultados dos exames dos pacientes diretamente a eles ou pessoas autorizadas pelo mesmo diretamente no estabelecimento credenciado ou por meio de endereço eletrônico;

5.39 Após colher e/ou receber o material a ser examinado, o prestador terá o prazo máximo de 02 (dois) dias para entrega aos usuários do SUS, do resultado dos exames de baixa complexidade realizados no Estado e de no máximo 05 (cinco) dias para exames de média e alta complexidade, salvo aqueles que realizados fora do Estado que terão o prazo máximo de

entrega de 15 (quinze) dias, salvo aqueles que exijam comprovadamente período maior para conclusão.

5.40 Os resultados deverão ser entregues lacrados e identificados com todos os dados disponíveis na G.A.A.

5.41 Fornecer todos os materiais necessários à coleta das mostras bem como transporte e armazenamento dos mesmos;

5.42 Os funcionários da CONTRATADA deverão utilizar EPIs (Equipamentos de Proteção Individual);

5.43 Os exames deverão ser realizados no laboratório próprio do licitante Credenciado;

5.44A contratada é obrigada a corrigir/substituir no prazo de 10 (dez) dias, e às suas expensas, serviços em que se verificam irregularidades;

5.45 Deve o prestador de serviços estar apto a utilização do Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) sendo supervisionado pelo LACEN de acordo com a portaria 2031/2004 visando o acompanhamento das etapas para realização dos exames e relatórios epidemiológicos e de produção, nos casos de exames específicos sendo eles suspeitos ou confirmados (positivos/negativos) das Doenças de Notificação Compulsórias (DNC) ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

5.46 As demais normas não descritas nessas obrigações poderão surgir, sendo antecipadamente tratadas entre ambas as partes;

06 DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

6.1 Exercer, por intermédio do Departamento que solicitou abertura do processo, conforme disposição do artigo 67 da Lei nº 8.666/93, o acompanhamento dos serviços;

6.2 A Avaliação das metas qualitativas e quantitativas do Plano Operativo serão revisadas semestralmente;

6.3 Revisar o Plano operativo da CONTRATADA observando os critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, a cada 12 (doze) meses;

6.4 Inspeccionar as instalações das empresas Contratadas, sempre que achar necessário, através dos Técnicos do Departamento de Controle, Avaliação e Regulação, ou ainda, acompanhados pela Comissão de Credenciamento;

6.5 Sendo constatadas incorreções no BPA, Notas Fiscais e G.A.A's, o CREDENCIANTE providenciará sua imediata devolução, a fim de que seja reprocessada a correção pelo CREDENCIADO;

6.6 Utilizar em todas as solicitações de procedimentos o Cartão Nacional de Saúde – Cartão SUS;

6.7 O não cumprimento pelo Ministério da Saúde da obrigação assumida – pagar os valores constantes ao previstos deste Edital - não transfere para a SMSA, a obrigação de pagar os serviços ora Contratados, os quais são de responsabilidade do Ministério da Saúde para todos os efeitos legais, conforme: §1º e §2º do Artigo 5º da Portaria nº. 1.286 de 26/10/93;

6.8 É de responsabilidade do Departamento de Controle, Avaliação e Regulação - DCAR da Secretária Municipal de Saúde – SMSA, conferir mensalmente os serviços prestados. Podendo ocorrer glosa de procedimentos (o que inviabiliza o pagamento dos mesmos) caso a G.A.A (requisição de exame complementares) não esteja devidamente preenchida e/ou apresente rasuras;

6.9 O controle financeiro dos exames laboratoriais contratados será de responsabilidade da CONTRATANTE;

6.10 As G.A.A's referentes à exames da Rede Cegonha deverão estar devidamente identificadas, preferencialmente com uso de carimbo com “PRÉ-NATAL”;

6.11 Os exames de rotina dos Programas do Ministério da Saúde: Hiperdia, Pré-Natal, DST/AIDS, Saúde do Homem (PSA livre e Total), poderão ser solicitados pela enfermeira da unidade;

6.12 Nas G.A.A's deverão conter os carimbos do profissional solicitante e do autorizador dos exames;

6.13 A CONTRATANTE disponibilizará espaço físico para realização das coletas nos locais informados no Item 4 ou em outros locais, conforme necessidade da CONTRATANTE.

6.14 A CONTRATANTE irá fornecer Sistema de Informação a CONTRATADA e realizar treinamento para operacionalização deste.

07 DA HABILITAÇÃO DO CREDENCIAMENTO

7.1. Poderão participar do Credenciamento as entidades públicas, universitárias, filantrópicas e, de forma complementar, as entidades privadas lucrativas, legalmente constituídas, com

capacidade técnica, idoneidade econômico-financeira, regularidade jurídico-fiscal, que satisfaçam as condições fixadas neste Edital e anexos e, que aceitam as exigências estabelecidas pelas normas do SUS e do Direito Administrativo.

7.2 Para participar, o interessado deverá apresentar os documentos para proposta de habilitação, conforme segue abaixo, em ENVELOPE LACRADO, indicando em sua parte externa as seguintes indicações:

À
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BOA VISTA/RR
DOCUMENTOS PARA HABILITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO Nº
002/2017

RAZÃO/DENOMINAÇÃO SOCIAL COMPLETA DO INTERESSADO

7.3 Deverão constar no envelope de credenciamento:

a) Carta de Apresentação, na qual deverá relacionar os códigos, se houverem, dos procedimentos para os quais solicita credenciamento, utilizando-se para tal, da Tabela descritiva de procedimentos (ANEXO I), além de declarar estar de acordo com as Normas e Tabelas de Valores definidos pelo SUS, subordinando-se as Diretrizes e normas previstas na Constituição Federal e nas Leis nº. 8.080/90 e nº. 8.666/93 bem como os Termos do Edital de Credenciamento. O interessado deverá também comprometer-se a realizar todos os procedimentos a que se propõe, e declarar estar ciente que, a inclusão ou exclusão deverá ter a anuência expressa do Gestor Municipal de Saúde.

7.4 A empresa deverá apresentar:

- a)** Habilitação jurídica;
- b)** Regularidade Fiscal e Trabalhista.
- c)** Qualificação econômico-financeira;
- d)** Cumprimento do disposto no inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal (**Anexo IV**);
- e)** Qualificação técnica – a ser comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos, Pessoa Jurídica:

e.1) Certificado de registro da empresa no respectivo Órgão de Classe, atualizado.

- e.2) Alvará de localização e funcionamento regular;
- e.3) Cópia autenticada do Alvará Sanitário (vigente) segundo legislação vigente, emitido pela Vigilância sanitária responsável pela fiscalização da **respectiva atividade**;
- e.4) Cópia do comprovante de registro no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES, sendo que, a empresa deve estar cadastrada a mais de 15 (quinze) dias e com o cadastro validado;
- e.5) Atestado de capacitação técnica emitido por pessoa jurídica de Direito **Público ou Privado**, com identificação do emitente e cargo que ocupa na empresa, compatível e pertinente com o bem cotado, e nível de satisfação quanto à prestação dos serviços e qualidade;
- f) Qualificação Técnica Específica – a ser comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos do Corpo Técnico do Estabelecimento:
 - f.1) Currículo do responsável técnico do estabelecimento atualizado com cópia autenticada dos documentos comprobatórios, diplomas e títulos de especialista;
 - f.2) Relação da equipe médica e técnica, todos com cadastro no CNES, com as respectivas formações profissionais e especialidades, informando os números dos registros no respectivo Conselho de Classe;
 - f.3) Comprovar a participação em pelo menos um Programa Nacional de Controle de Qualidade (vigente).
- g) Declaração de inexistência de Fato Superveniente impeditivo da habilitação (**Anexo V**)
- h) Declaração de que não é Servidor Público Municipal (**Anexo VI**) nos termos dos artigos 2º e 3º, da Lei Complementar Municipal nº. 003/12, para efeito dos impedimentos descritos no art.9º, da lei nº. 8.666/93.

8 DOS CRITÉRIOS PARA JULGAMENTO DOS CREDENCIAMENTOS

8.1 Serão consideradas habilitadas e credenciadas as pessoas jurídicas em função da regularidade da documentação apresentada e **inabilitadas** aquelas que não atendam à documentação constante do item 7;

8.2 A documentação será submetida à análise pela Comissão de Credenciamento designada pelo Secretário Municipal de Saúde e será composta por servidores municipais, nomeados através de portaria, publicados no Diário Oficial do Município.

9 DA VIGÊNCIA

9.1 O contrato terá vigência de 12 (doze) meses, a contar da data de assinatura, podendo, no interesse da administração, ser prorrogado mediante termo aditivo, conforme disposto no inciso II, do art. 57, da Lei 8.666/1993, com suas posteriores alterações.

9.2 A contratação será formalizada pela SMSA por intermédio de instrumento contratual, emissão de nota de empenho de despesa, autorização de compra ou outro instrumento hábil, conforme o art. 62 da Lei nº 8.666, de 1993;

9.3 O instrumento contratual será retirado no prazo de 05 (cinco) dias úteis, nos termos do art. 64 da Lei 8.666/93.

10 DAS PENALIDADES

10.1 As multas moratória, prevista no Artigo 86 da Lei nº 8.666/93 será calculada pelo percentual de 1% (um por cento) por dia de atraso, calculado sobre o valor dos serviços em atraso, limitado a 10% (dez por cento) deste.

10.2 O **Contratante** somente deixará de aplicar eventual sanção caso seja demonstrada a ocorrência de qualquer circunstância prevista no § 1.º do Art. 57 da Lei n.º 8666/93.

10.3 Da aplicação das penalidades definidas neste item, caberá recurso no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da notificação.

10.4 A sanção estabelecida no inciso III do art. 87 da Lei 8.666/93 preconiza que a suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração, terá prazo até de 2 (dois) anos.

10.5 O valor das multas será descontado dos créditos da **Contratada**, desde já expressamente autorizado.

10.6 Inexecução Total:

a) Multa de 10% (dez por cento) aplicada sobre o valor do contrato;

10.7 Inexecução Parcial:

a) Multa de 10% (dez pro cento) aplicada sobre a parcela do contrato não executada.

11 DO PAGAMENTO

11.1 O pagamento será efetuado pelo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE (FMS), até 30 (trinta) dias após a efetiva execução do serviço do presente Edital à Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), mediante apresentação da documentação da empresa (Nota Fiscal/DANFE), atestadas pela SMSA/PMBV e respectivas certidões;

11.2 Na Nota Fiscal/DANFE deverão constar:

Nome: MUNICÍPIO DE BOA VISTA/PREFEITURA MUNICIPAL.

CNPJ: 05.943.030/0001-55

Endereço Palácio 09 de Julho – Rua General Penha Brasil, nº 1011 – Bairro São Francisco – CEP: 69.305-130

11.3 Na ocorrência de rejeição da Nota Fiscal/DANFE, motivada por erro ou incorreções, o prazo para pagamento estipulado acima passará a ser contado a partir da data da sua reapresentação.

11.4 Os valores inicialmente estipulados pela prestação dos serviços previstos neste Edital, poderão ser reajustados na proporção, índices e épocas dos reajustes concedidos pelo Ministério da Saúde, garantindo sempre o equilíbrio econômico-financeiro do contrato nos termos do art. 26, da Lei 8.080/90 e das Normas Gerais da Lei Federal de Licitações e Contratos Administrativos;

11.5 A CONTRATANTE poderá deduzir do montante a pagar os valores correspondentes a multas ou indenizações devidas pelo FORNECEDOR, se for o caso;

11.6 A entrega dos comprovantes dos procedimentos executados para efeito de pagamento pela SMSA à empresa contratada deverá apresentar:

11.6.1 A Comprovação dos procedimentos laboratoriais executados, serão através de B.P.A (Boletim de Produção Ambulatorial) em formato digital, sempre demonstrando quantidade de procedimentos realizados e valores, juntamente com a G.A.A (Guia de Autorização Ambulatorial) devidamente autorizada pela unidade responsável;

11.7 Caso haja incorreção no faturamento, os documentos de cobrança serão devolvidos para regularização, não cabendo atualização financeira;

11.8 A Nota Fiscal/DANFE deverá ser emitida pela própria CONTRATADA, obrigatoriamente com o número de inscrição do CNPJ apresentado nos documentos de habilitação e da proposta e no Contrato, constando ainda o número da nota de empenho correspondente, não se admitindo Notas Fiscais/DANFE emitidos com outros CNPJ's, mesmo aqueles de filiais ou da matriz;

11.9 Nas Notas Fiscais/DANFE deverão constar, impreterivelmente, o número do processo, o número do empenho, o número do Contrato e Descrição do Objeto conforme proposta;

11.10 Não serão efetuados quaisquer pagamentos à CONTRATADA, enquanto houver pendência de liquidação da obrigação, em virtude de penalidade imposta à CONTRATADA ou inadimplência contratual, inclusive quanto a não apresentação do demonstrativo dos serviços prestados;

11.11 A critério da CONTRATANTE poderão ser utilizados os pagamentos devidos para cobrir possíveis despesas com multas, indenizações ou outras de responsabilidade da CONTRATADA.

12 DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

12.1 A despesa correrá a conta da seguinte Dotação Orçamentária:

Fonte de Recurso: 049 – SUS / 001 – RP

Programa de trabalho: 10.302.0034.2097 / 10.302.0034.2097

Elemento de Despesa: 3.3.90.39.00 / 3.3.90.39.00

13 DAS ALTERAÇÕES

13.1 Este instrumento poderá ser alterado na ocorrência de quaisquer dos fatos estipulados no art. 65, da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e alterações posteriores;

13.2 A CONTRATADA obriga-se a aceitar, nas mesmas condições contratuais, acréscimos de até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial do Contrato e/ou supressões que se fizerem necessárias no quantitativo dos serviços, de conformidade com o art. 65, parágrafos 1º e 2º da Lei nº 8.666/93.

14 DA FISCALIZAÇÃO

14.1 A execução das obrigações contratuais integrante deste instrumento será fiscalizada pelos servidores representante da SMSA Sr.^a **Ana Semirames Vasconcelos de Queiroz – matrícula 951336** e Sr.^a **Jéssica Couto Miranda – matrícula 951346** neste ato denominado FISCAL (is), devidamente credenciado, no qual competirá dirimir as dúvidas que surgirem no curso da execução contratual, dando ciência de tudo ao credenciado (Art. 67, da Lei 8.666/93);

14.2 Esta fiscalização não exclui nem reduz a responsabilidade da CONTRATADA, inclusive perante terceiro, por qualquer irregularidade, não implicando também, corresponsabilidade do CONTRATANTE ou de seus agentes e prepostos (art. 70, da lei nº 8.666/93).

15 DA RESCISÃO DO CREDENCIAMENTO

15.1 A rescisão contratual ocorrerá imediata e independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial quando ocorrer às situações previstas nos artigos 77 e 78 da Lei 8.666/93, na forma prescrita nos artigos 79 e 80 do mencionado diploma legal;

15.2 O não cumprimento ou o cumprimento irregular das cláusulas e condições estabelecidas no contrato, por parte da CONTRATADA, assegurará ao CONTRATANTE o direito de dá-lo por rescindido, mediante notificação através de ofício, entregue diretamente ou por via postal, com prova de recebimento, sem ônus de qualquer espécie para a administração. O Credenciado que deseja solicitar o descredenciamento, deverá fazê-lo mediante aviso escrito a ser encaminhado ao Gestor Municipal de Saúde, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

16 DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

16.1 Aplicam-se, no que couber, a disposição constante da Lei nº 8.078/90 – Código de Defesa do consumidor;

16.2 O contrato poderá ser rescindido, por mútuo interesse entre as partes, atendido a conveniência do contratante, recebendo o contratado o valor correspondente ao objeto correspondente, bem como de forma imediata e independentemente de interpretação judicial ou extrajudicial;

16.3 É vedada a subcontratação, cedência ou transferência da execução do objeto, no todo ou em parte, a terceiro, sem prévia e expressa anuência do CONTRATANTE, sob pena de rescisão;

16.4 Os casos omissos e as dúvidas que surgirem quando da execução do contrato, serão resolvidas entre as partes contratantes por meio de procedimentos administrativos.

17 ANEXOS

17.1 Constam como parte integrante deste Edital:

17.2 ANEXO I – TABELA – PROCEDIMENTOS E VALORES;

17.3 ANEXO II - QUANTITATIVO ESTIMADO DE PROCEDIMENTOS MENSAL E ANUAL;

17.4 ANEXO III – PLANO OPERATIVO;

17.5 ANEXO IV – MODELO DE DECLARAÇÃO QUE NÃO EMPREGA MENOR EM CUMPRIMENTO DO DISPOSTO NO INCISO XXXIII DO ARTIGO 7º DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL;

17.6 ANEXO V – MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO SUPERVENIENTE;

17.7 ANEXO VI – DECLARAÇÃO DE QUE NÃO É SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL.

18 INFORMAÇÕES

18.1 Maiores informações poderão ser obtidas junto à Secretaria Municipal de Saúde, pelo fone (095) 3624-1015 (Departamento de Controle, Avaliação e Regulação – DCAR), situado na Rua Coronel Mota, nº 418 – Centro, Cep. 69.301-120 – Boa Vista – RR.

Boa Vista – RR, 10 de Maio de 2018.

Cláudio Galvão dos Santos
Secretário Municipal de Saúde

Cláudio Galvão dos Santos
Secretário Municipal da Saúde

ANEXO I PROCEDIMENTOS E VALORES

GRUPO A: ATENÇÃO BÁSICA

Classe do exame	Código Tabela SUS	Nome do Exame	Valor SUS
Exames bioquímicos	02.02.01.004-0	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	3,63
	02.02.01.007-4	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	10,00
	02.02.01.012-0	DOSAGEM DE ACIDO URICO	1,85
	02.02.01.020-1	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	2,01
	02.02.01.027-9	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	3,51
	02.02.01.028-7	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	3,51
	02.02.01.029-5	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	1,85
	02.02.01.031-7	DOSAGEM DE CREATININA	1,85
	02.02.01.042-2	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	2,01
	02.02.01.046-5	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL- TRANSFERASE (GAMA GT)	3,51
	02.02.01.047-3	DOSAGEM DE GLICOSE	1,85
	02.02.01.060-0	DOSAGEM DE POTASSIO	1,85
	02.02.01.063-5	DOSAGEM DE SODIO	1,85
	02.02.01.064-3	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	2,01
	02.02.01.065-1	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	2,01
	02.02.01.067-8	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	3,51
	02.02.01.069-4	DOSAGEM DE UREIA	1,85
Exames hematológicos e hemostasia	02.02.02.002-9	CONTAGEM DE PLAQUETAS	2,73
	02.02.02.003-7	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	2,73
	02.02.02.007-0	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	2,73



	02.02.02.010-0	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	9,00
	02.02.02.015-0	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS)	2,73
	02.02.02.030-4	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	1,53
	02.02.02.036-3	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	2,73
	02.02.02.037-1	HEMATOCRITO	1,53
	02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	4,11
	02.02.02.039-8	LEUCOGRAMA	2,73
Exames sorológicos e imunológicos	02.02.03.007-5	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	2,83
	02.02.03.010-5	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	16,42
	02.02.03.020-2	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	2,83
	02.02.03.030-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	10,00
	02.02.03.063-6	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	18,55
	02.02.03.074-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	11,00
	02.02.03.076-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	16,97
	02.02.03.081-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	17,16
	02.02.03.087-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	18,55
	02.02.03.091-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	18,55
	02.02.03.092-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	17,16
	02.02.03.097-0	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	18,55
	02.02.03.098-9	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	18,55
	02.02.03.101-2	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	4,10
	02.02.03.111-0	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	2,83
	02.02.03.117-9	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTES	2,83
Exames coprológicos	02.02.04.008-9	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	1,65
	02.02.04.012-7	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	1,65



	02.02.04.014-3	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	1,65
Exames de uruanálise	02.02.05.001-7	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	3,70
Exames microbiológicos	02.02.08.001-3	ANTIBIOGRAMA	4,98
	02.02.08.007-2	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	2,80
	02.02.08.008-0	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	5,62
Exames em outros líquidos biológicos	02.02.09.030-2	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	1,89
Exames imunohematológicos	02.02.12.002-3	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	1,37
	02.02.12.008-2	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	1,37
GRUPO B: ATENÇÃO BÁSICA			
Classe do exame	Código Tabela SUS	NOME DO EXAME	Valor SUS
Exames Bioquímicos	02.02.01.002-3	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	2,01
	02.02.01.018-0	DOSAGEM DE AMILASE	2,25
	02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CALCIO	1,85
	02.02.01.022-8	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	3,51
	02.02.01.026-0	DOSAGEM DE CLORETO	1,85
	02.02.01.032-5	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	3,68
	02.02.01.033-3	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	4,12
	02.02.01.036-8	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	3,68
	02.02.01.038-4	DOSAGEM DE FERRITINA	15,59
	02.02.01.039-2	DOSAGEM DE FERRO SERICO	3,51
	02.02.01.043-0	DOSAGEM DE FOSFORO	1,85
	02.02.01.050-3	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	7,86
	02.02.01.055-4	DOSAGEM DE LIPASE	2,25
	02.02.01.056-2	DOSAGEM DE MAGNESIO	2,01



	02.02.01.057-0	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	2,01
	02.02.01.061-9	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	1,40
	02.02.01.062-7	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	1,85
	02.02.01.066-0	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	4,12
	02.02.01.072-4	ELETROFORESE DE PROTEINAS	4,42
Exames hematológicos e hemostasia	02.02.02.013-4	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	5,77
	02.02.02.014-2	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	2,73
	02.02.02.035-5	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	5,41
	02.02.02.041-0	PESQUISA DE CELULAS LE	4,11
	02.02.02.054-1	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	2,73
	02.02.03.008-3	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	9,25
	02.02.03.047-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	2,83
	02.02.03.064-4	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	18,55
	02.02.03.067-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	18,55
	02.02.03.078-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DAHEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	18,55
	02.02.03.080-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	18,55
	02.02.03.085-7	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	11,61
	02.02.03.089-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	18,55
	02.02.03.110-1	REACAO DE MONTENEGRO ID	2,83
Exames Coprológicos	02.02.04.009-7	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	1,65
	02.02.04.010-0	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	1,65
Exames de Uroanálise	02.02.05.002-5	CLEARANCE DE CREATININA	3,51
	02.02.05.009-2	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	8,12
	02.02.05.011-4	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	2,04



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DEPARTAMENTO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas"

Exames hormonais	02.02.06.016-0	DOSAGEM DE ESTRADIOL	10,15
	02.02.06.021-7	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	7,85
	02.02.06.023-3	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	7,89
	02.02.06.024-1	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	8,97
	02.02.06.025-0	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	8,96
	02.02.06.026-8	DOSAGEM DE INSULINA	10,17
	02.02.06.029-2	DOSAGEM DE PROGESTERONA	10,22
	02.02.06.030-6	DOSAGEM DE PROLACTINA	10,15
	02.02.06.037-3	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	8,76
	02.02.06.038-1	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	11,60
	02.02.06.039-0	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	8,71
	02.02.06.046-2	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	8,43
Exames imunohemato lógicos	02.02.12.009-0	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	2,73

GRUPO C: ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Classe do Exame	Código Tabela SUS	NOME DO EXAME	Valor SUS
Exames Bioquímicos	02.02.01.003-1	DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS	15,65
	02.02.01.013-9	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	9,00
	02.02.01.014-7	DOSAGEM DE ALDOLASE	3,68
	02.02.01.015-5	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	3,68
	02.02.01.016-3	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	3,68
	02.02.01.017-1	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	3,68
	02.02.01.019-8	DOSAGEM DE AMONIA	3,51
	02.02.01.025-2	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	3,68

Cláudio Galvão dos Santos
Secretário Municipal da Saúde



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DEPARTAMENTO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas"

	02.02.01.030-9	DOSAGEM DE COLINESTERASE	3,68
	02.02.01.040-6	DOSAGEM DE FOLATO	15,65
	02.02.01.045-7	DOSAGEM DE GALACTOSE	3,51
	02.02.01.048-1	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	3,68
	02.02.01.049-0	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	3,68
	02.02.01.051-1	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	3,68
	02.02.01.054-6	DOSAGEM DE LEUCINO- AMINOPEPTIDASE	3,51
	02.02.01.058-9	DOSAGEM DE PIRUVATO	3,68
	02.02.01.068-6	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	3,51
	02.02.01.070-8	DOSAGEM DE VITAMINA B12	15,24
	02.02.01.073-2	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	15,65
	02.02.01.075-9	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTE ORAIS	6,55
	02.02.01.076-7	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	15,24
Exames hematológicos e hemostasia	02.02.02.012-6	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA	2,85
	02.02.02.016-9	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	4,11
	02.02.02.017-7	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	6,48
	02.02.02.018-5	DOSAGEM DE FATOR II	5,31
	02.02.02.019-3	DOSAGEM DE FATOR IX	7,61
	02.02.02.020-7	DOSAGEM DE FATOR V	4,73
	02.02.02.021-5	DOSAGEM DE FATOR VII	8,09
	02.02.02.022-3	DOSAGEM DE FATOR VIII	6,63
	02.02.02.023-1	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	15,00
	02.02.02.024-0	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	18,91
	02.02.02.025-8	DOSAGEM DE FATOR X	6,66
	02.02.02.026-6	DOSAGEM DE FATOR XI	9,11
	02.02.02.027-4	DOSAGEM DE FATOR XII	10,51

Cláudio Galvão dos Santos
Secretário Municipal da Saúde



Exames hematológicos e hemostasia	02.02.02.028-2	DOSAGEM DE FATOR XIII	6,66
	02.02.02.029-0	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	4,60
	02.02.02.044-4	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	2,73
Exames sorológicos e imunológicos	02.02.03.006-7	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	9,25
	02.02.03.009-1	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	15,06
	02.02.03.011-3	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	13,55
	02.02.03.012-1	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	17,16
	02.02.03.013-0	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	17,16
	02.02.03.015-6	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	17,16
	02.02.03.016-4	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	9,25
	02.02.03.018-0	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	17,16
	02.02.03.019-9	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	9,25
	02.02.03.022-9	IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS	17,16
	02.02.03.025-3	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	10,00
	02.02.03.026-1	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	10,00
	02.02.03.027-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	8,67
	02.02.03.031-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	18,55
	02.02.03.032-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	17,16
	02.02.03.034-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	17,16
	02.02.03.035-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	18,55
	02.02.03.036-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	18,55
	02.02.03.043-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL	17,16
	02.02.03.045-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	10,00
	02.02.03.052-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	17,16
	02.02.03.055-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	17,16
	02.02.03.056-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	17,16



Exames sorológicos e imunológicos	02.02.03.057-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	17,16
	02.02.03.058-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	17,16
	02.02.03.059-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	17,16
	02.02.03.062-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	17,16
	02.02.03.077-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	9,25
	02.02.03.079-2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS	30,00
	02.02.03.083-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	17,16
	02.02.03.084-9	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	17,16
	02.02.03.090-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS	20,00
	02.02.03.093-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	17,16
	02.02.03.094-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	17,16
	02.02.03.095-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	17,16
	02.02.03.096-2	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	13,35
	02.02.03.100-4	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	2,83
	02.02.03.103-9	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	9,25
	02.02.03.112-8	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	10,00
	02.02.03.113-6	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	10,00
Exames coprológicos	02.02.04.005-4	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	1,65
	02.02.04.006-2	PESQUISA DE EOSINOFILOS	1,65
	02.02.04.013-5	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	10,25
Exames de uroanálise	02.02.05.003-3	CLEARANCE DE FOSFATO	3,51
	02.02.05.004-1	CLEARANCE DE UREIA	3,51
	02.02.05.007-6	IDENTIFICAÇÃO DE GLICÍDIOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA)	3,70
	02.02.05.008-4	DOSAGEM DE CITRATO	2,01
	02.02.05.010-6	DOSAGEM DE OXALATO	3,68



	02.02.05.016-5	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	3,70
	02.02.05.019-0	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	2,04
	02.02.05.020-3	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	2,04
	02.02.05.021-1	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	3,70
	02.02.05.022-0	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	2,04
	02.02.05.026-2	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	2,04
	02.02.05.028-9	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	3,70
	02.02.05.030-0	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	4,44
Exames hormonais	02.02.06.003-9	DETERMINACAO DE T3 REVERSO	14,69
	02.02.06.004-7	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	10,20
	02.02.06.008-0	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	14,12
	02.02.06.013-6	DOSAGEM DE CORTISOL	9,86
	02.02.06.014-4	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	11,25
	02.02.06.015-2	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	11,71
	02.02.06.017-9	DOSAGEM DE ESTRIOL	11,55
	02.02.06.018-7	DOSAGEM DE ESTRONA	11,12
	02.02.06.022-5	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	10,21
	02.02.06.027-6	DOSAGEM DE PARATORMONIO	43,13
	02.02.06.033-0	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	13,11
	02.02.06.034-9	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	10,43
Exames toxicológicos ou de monitoração terapêutica	02.02.07.005-0	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	15,65
	02.02.07.015-8	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	17,53
	02.02.07.018-2	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	58,61
	02.02.07.022-0	DOSAGEM DE FENITOINA	35,22
	02.02.07.025-5	DOSAGEM DE LITIO	2,25
	02.02.07.026-3	DOSAGEM DE MERCURIO	2,04



Exames imuno-hematológicos	02.02.12.003-1	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	10,65
	02.02.12.010-4	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B TOTAL	5,79

GRUPO D: ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Classe do Exame	Código Tabela SUS	Nome do Exame	Valor SUS
Exames sorológicos e imunológicos	02.02.03.005-9	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	96,00
	02.02.03.021-0	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	298,48
	02.02.03.023-7	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	80,00
	02.02.03.037-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	9,25
	02.02.03.108-0	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	168,48
	02.02.03.119-5	DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO	17,16
	02.02.03.121-7	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	13,35
	02.02.03.122-5	EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER I	80,00
	02.02.03.123-3	EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER II	120,00
Exames Hormonais	02.02.06.009-8	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	11,89
	02.02.06.011-0	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	11,53
	02.02.06.012-8	DOSAGEM DE CALCITONINA	14,38
	02.02.06.028-4	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	15,35
	02.02.06.032-2	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	15,35
	02.02.06.035-7	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	13,11
	02.02.06.036-5	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	15,35
Exames toxicológicos ou de monitoração terapêutica	02.02.07.008-5	DOSAGEM DE ALUMINIO	27,50
	02.02.07.009-3	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	10,00
	02.02.07.035-2	DOSAGEM DE ZINCO	15,65
Exames de genética	02.02.10.003-0	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	160,00

Exames para Triagem Neonatal	02.02.11.001-0	DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)	8,80
	02.02.11.002-8	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)	66,00
	02.02.11.003-6	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)	66,00
	02.02.11.004-4	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	5,50
	02.02.11.011-7	DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SORO	137,00
	02.02.11.012-5	DETECCÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA	66,00
	02.02.11.013-3	DETECCÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE	66,00
	02.02.11.014-1	DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR	66,00
	02.02.11.012-5	IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	150,00
Imunohistoquímica de neoplasias malignas (por marcador)	02.03.02.004-9	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	92,00

Fonte: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>

GRUPO	CLASSE DO PROCEDIMENTO	CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
C	EXAMES BIOQUÍMICOS	02.02.01.024-4	DOSAGEM DE CATECOLAMINAS	132,80
C	EXAMES SOROLÓGICOS E IMUNOLÓGICOS	02.02.03.017-2	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG)	31,47
D	EXAMES TOXICOLÓGICOS OU DE MONITORAÇÃO TERAPÊUTICA	02.02.09.014-0	DOSAGEM DE SODIO E CLORO NO SUOR (C/ COLETA)	579,13
D	EXAMES DE GENÉTICA	02.02.10.012-0	IDENTIFICAÇÃO DE GLICOSAMINOGLICANOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAPHIA EM CAMADA DELGADA , ELETROFORESE E DOSAGEM QUANTITATIVA	275,33
D		02.02.10.013-8	IDENTIFICAÇÃO DE OLIGOSSACARÍDEOS E SIALOSSACARÍDEOS POR CROMATOGRAPHIA (CAMADA DELGADA)	196,80



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DEPARTAMENTO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas"

D		02.02.10.014-6	DOSAGEM QUANTITATIVA DE CARNITINA, PERFIL DE ACILCARNITINAS	1.746,20
D		02.02.10.017-0	ENSAIOS ENZIMÁTICOS NO PLASMA E LEUCÓCITOS PARA DIAGNÓSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO	3.492,50
D		02.02.10.018-9	ENSAIOS ENZIMÁTICOS EM ERITRÓCITOS PARA DIAGNÓSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO	3.492,50

***Valores baseados na cotação de preços realizada pela Gerência de Compras e Serviços/FMS**

Cláudio Galvão dos Santos
Secretário Municipal da Saúde

ANEXO II

QUANTITATIVO ESTIMADO DE PROCEDIMENTOS MENSAL E ANUAL

GRUPO A: ATENÇÃO BÁSICA					
CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	Estimativa Mensal	Estimativa Anual	Valor SUS Mensal (R\$)	Valor Anual SUS Total (R\$)
02.02.01.004-0	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	8	96	29,04	348,48
02.02.01.007-4	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	146	1752	1.460,00	17.520,00
02.02.01.012-0	DOSAGEM DE ACIDO URICO	460	5.520	851,00	10.212,00
02.02.01.020-1	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	119	1428	239,19	2.870,28
02.02.01.027-9	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	547	6564	1.919,97	23.039,64
02.02.01.028-7	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	549	6.588	1.926,99	23.123,88
02.02.01.029-5	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	2.053	24.636	3.798,05	45.576,60
02.02.01.031-7	DOSAGEM DE CREATININA	1.524	18.288	2.819,40	33.832,80
02.02.01.042-2	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	209	2.508	420,09	5.041,08
02.02.01.046-5	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	107	1.284	375,57	4.506,84
02.02.01.047-3	DOSAGEM DE GLICOSE	4.817	57.804	8.911,45	106.937,40
02.02.01.060-0	DOSAGEM DE POTASSIO	222	2.664	410,70	4.928,40
02.02.01.063-5	DOSAGEM DE SODIO	214	2.568	395,90	4.750,80
02.02.01.064-3	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	976	11.712	1.961,76	23.541,12
02.02.01.065-1	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	1.141	13.692	2.293,41	27.520,92
02.02.01.067-8	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	1.995	23.940	7.002,45	84.029,40
02.02.01.069-4	DOSAGEM DE UREIA	1.480	17.760	2.738,00	32.856,00
02.02.02.002-9	CONTAGEM DE PLAQUETAS	40	480	109,20	1.310,40
02.02.02.003-7	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	2	24	5,46	65,52
02.02.02.007-0	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	82	984	223,86	2.686,32
02.02.02.010-0	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	28	336	252,00	3.024,00
02.02.02.015-0	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS)	231	2.772	630,63	7.567,56
02.02.02.030-4	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	179	2.148	273,87	3.286,44
02.02.02.036-3	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	2	24	5,46	65,52



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DEPARTAMENTO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas"

02.02.02.037-1	HEMATOCRITO	179	2.148	273,87	3.286,44
02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	5.337	64.044	21.935,07	263.220,84
02.02.02.039-8	LEUCOGRAMA	2	24	5,46	65,52
02.02.03.007-5	DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE	63	756	178,29	2.139,48
02.02.03.010-5	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	502	6.024	8.242,84	98.914,08
02.02.03.020-2	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	317	3.804	897,11	10.765,32
02.02.03.030-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	1.779	21.348	17.790,00	213.480,00
02.02.03.063-6	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	63	756	1.168,65	14.023,80
02.02.03.074-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	69	828	759,00	9.108,00
02.02.03.076-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	193	2.316	3.275,21	39.302,52
02.02.03.081-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	98	1.176	1.681,68	20.180,16
02.02.03.087-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	1.162	13.944	21.555,10	258.661,20
02.02.03.091-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	2	24	37,10	445,20
02.02.03.092-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	293	3.516	5.027,88	60.334,56
02.02.03.097-0	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	1.151	13.812	21.351,05	256.212,60
02.02.03.098-9	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	2	24	37,10	445,20
02.02.03.101-2	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	46	552	188,60	2.263,20
02.02.03.111-0	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	268	3.216	758,44	9.101,28
02.02.03.117-9	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTES	1.876	22.512	5.309,08	63.708,96
02.02.04.008-9	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	686	8.232	1.131,90	13.582,80
02.02.04.012-7	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	800	9.600	1.320,00	15.840,00

Cláudio Galvão dos Santos
Secretário Municipal da Saúde



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DEPARTAMENTO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas"

02.02.04.014-3	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	29	348	47,85	574,20
02.02.05.001-7	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	4.416	52.992	16.339,20	196.070,40
02.02.08.001-3	ANTIBIOGRAMA	28	336	139,44	1.673,28
02.02.08.007-2	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	2	24	5,60	67,20
02.02.08.008-0	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	828	9.936	4.653,36	55.840,32
02.02.09.030-2	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	88	1.056	166,32	1.995,84
02.02.12.002-3	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	1.137	13.644	1.557,69	18.692,28
02.02.12.008-2	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	1.156	13.872	1.583,72	19.004,64
TOTAL		39.703	476.436	176.470,06	2.117.640,72

GRUPO B: ATENÇÃO BÁSICA					
CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	Estimativa Mensal	Estimativa Anual	Valor SUS Mensal (R\$)	Valor SUS Anual Total (R\$)
02.02.01.002-3	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	20	240	40,20	482,40
02.02.01.018-0	DOSAGEM DE AMILASE	24	288	54,00	648,00
02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CALCIO	232	2.784	429,20	5.150,40
02.02.01.022-8	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	2	24	7,02	84,24
02.02.01.026-0	DOSAGEM DE CLORETO	2	24	3,70	44,40
02.02.01.032-5	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	8	96	29,44	353,28
02.02.01.033-3	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	2	24	8,24	98,88
02.02.01.036-8	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA	8	96	29,44	353,28
02.02.01.038-4	DOSAGEM DE FERRITINA	111	1.332	1.730,49	20.765,88
02.02.01.039-2	DOSAGEM DE FERRO SERICO	107	1.284	375,57	4.506,84
02.02.01.043-0	DOSAGEM DE FOSFORO	187	2.244	345,95	4.151,40
02.02.01.050-3	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	316	3.792	2.483,76	29.805,12
02.02.01.055-4	DOSAGEM DE LIPASE	14	168	315,00	3.780,00
02.02.01.056-2	DOSAGEM DE MAGNESIO	3	36	6,03	72,36
02.02.01.057-0	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	5	60	10,05	120,60
02.02.01.061-9	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	58	696	81,20	974,40

Cláudio Galvão dos Santos
Secretário Municipal da Saúde



PREFEITURA
BOA VISTA
Secretaria Municipal de Saúde
SUPERINTENDÊNCIA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DEPARTAMENTO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas"

02.02.01.062-7	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	89	1.068	164,65	1.975,80
02.02.01.066-0	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	96	1.152	395,52	4.746,24
02.02.01.072-4	ELETROFORESE DE PROTEINAS	2	24	8,84	504,00
02.02.02.013-4	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	76	912	438,52	5.262,24
02.02.02.014-2	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	97	1.164	264,81	3.177,72
02.02.02.035-5	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	806	9.672	4.360,46	130.572,00
02.02.02.041-0	PESQUISA DE CELULAS LE	2	24	8,22	98,64
02.02.02.054-1	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	2	24	5,46	65,52
02.02.03.008-3	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	11	132	101,75	1.221,00
02.02.03.047-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	89	1.068	251,87	3.022,44
02.02.03.064-4	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	2	24	37,10	445,20
02.02.03.067-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	11	1.32	204,05	2.508,00
02.02.03.078-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DAHEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	8	96	148,40	1.780,80
02.02.03.080-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	3	36	55,65	667,80
02.02.03.085-7	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	406	4.872	4.713,66	56.563,92
02.02.03.089-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	6	72	111,30	1.335,60
02.02.03.110-1	REACAO DE MONTENEGRO ID	2	24	6,66	79,92
02.02.04.009-7	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	2	24	3,30	39,60
02.02.04.010-0	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	2	24	3,30	39,60
02.02.05.002-5	CLEARANCE DE CREATININA	2	24	7,02	84,24
02.02.05.009-2	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	6	72	48,72	584,64



PREFEITURA BOA VISTA
 Trabalho e Cuidado das Pessoas
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 SUPERINTENDÊNCIA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
 DEPARTAMENTO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO
 "Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas"

02.02.05.011-4	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	293	3.516	597,72	7.172,64
02.02.06.016-0	DOSAGEM DE ESTRADIOL	84	1.008	852,60	10.231,20
02.02.06.021-7	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	81	972	635,85	7.630,20
02.02.06.023-3	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	172	2.064	1.357,08	16.284,96
02.02.06.024-1	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	154	1.848	1.381,38	16.576,56
02.02.06.025-0	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	470	5.640	4.211,20	50.534,40
02.02.06.026-8	DOSAGEM DE INSULINA	10	120	101,70	1.220,40
02.02.06.029-2	DOSAGEM DE PROGESTERONA	59	708	602,98	7.235,76
02.02.06.030-6	DOSAGEM DE PROLACTINA	25	300	253,75	3.045,00
02.02.06.037-3	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	197	2.364	1.725,72	20.708,64
02.02.06.038-1	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	287	3.444	3.329,20	39.950,40
02.02.06.039-0	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	218	2.616	1.898,78	22.785,36
02.02.06.046-2	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	2	24	16,86	404,64
02.02.12.009-0	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	253	3.036	690,69	8.288,28
TOTAL		5.124	61.356	34.944,06	498.234,84

GRUPO C – ATENÇÃO ESPECIALIZADA					
CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	Estimativa Mensal	Estimativa Anual	Valor SUS Mensal (R\$)	Valor Anual SUS (R\$)
02.02.01.003-1	DETERMINACAO DE CROMATOGRAPHIA DE AMINOACIDOS	4	48	62,60	751,20
02.02.01.013-9	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	2	24	18,00	216,00
02.02.01.014-7	DOSAGEM DE ALDOLASE	4	48	14,72	176,64
02.02.01.015-5	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	4	48	14,72	176,64
02.02.01.016-3	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	4	48	14,72	176,64
02.02.01.017-1	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	4	48	14,72	176,64
02.02.01.019-8	DOSAGEM DE AMONIA	4	48	14,04	168,48
02.02.01.025-2	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	4	48	14,04	168,48
02.02.01.030-9	DOSAGEM DE COLINESTERASE	2	24	7,36	88,32
02.02.01.040-6	DOSAGEM DE FOLATO	2	24	31,30	375,60

Cláudio Galvão dos Santos
 Secretário Municipal da Saúde



PREFEITURA
BOA VISTA
Secretaria Municipal de Saúde
SUPERINTENDÊNCIA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DEPARTAMENTO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas"

02.02.01.045-7	DOSAGEM DE GALACTOSE	4	48	14,04	168,48
02.02.01.048-1	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	2	24	7,36	88,32
02.02.01.049-0	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	2	24	7,36	88,32
02.02.01.051-1	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	4	48	14,72	176,64
02.02.01.054-6	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	4	48	14,04	168,48
02.02.01.058-9	DOSAGEM DE PIRUVATO	4	48	14,72	176,64
02.02.01.068-6	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	4	48	14,04	168,48
02.02.01.070-8	DOSAGEM DE VITAMINA B12	4	48	60,96	731,52
02.02.01.073-2	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	2	24	31,30	375,60
02.02.01.075-9	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTE ORAIS	4	48	26,20	314,40
02.02.01.076-7	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	40	480	609,60	7.315,20
02.02.02.012-6	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA	2	24	5,70	68,40
02.02.02.016-9	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	2	24	8,22	98,64
02.02.02.017-7	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	2	24	12,96	155,52
02.02.02.018-5	DOSAGEM DE FATOR II	2	24	10,62	127,44
02.02.02.019-3	DOSAGEM DE FATOR IX	2	24	15,22	182,64
02.02.02.020-7	DOSAGEM DE FATOR V	2	24	9,46	113,52
02.02.02.021-5	DOSAGEM DE FATOR VII	2	24	16,18	194,16
02.02.02.022-3	DOSAGEM DE FATOR VIII	2	24	13,26	159,12
02.02.02.023-1	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	2	24	30,00	360,00
02.02.02.024-0	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	2	24	37,82	453,84
02.02.02.025-8	DOSAGEM DE FATOR X	2	24	13,32	159,84
02.02.02.026-6	DOSAGEM DE FATOR XI	2	24	18,22	218,64
02.02.02.027-4	DOSAGEM DE FATOR XII	2	24	21,02	252,24
02.02.02.028-2	DOSAGEM DE FATOR XIII	2	24	13,32	159,84
02.02.02.029-0	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	2	24	9,20	110,40
02.02.02.044-4	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	4	48	10,92	131,04
02.02.03.006-7	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	2	24	18,50	222,00
02.02.03.009-1	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	4	48	60,24	722,88
02.02.03.011-3	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	2	24	27,10	325,20
02.02.03.012-1	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	3	36	51,48	617,76



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DEPARTAMENTO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas"

02.02.03.013-0	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	3	36	51,48	617,76
02.02.03.015-6	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	3	36	51,48	617,76
02.02.03.016-4	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	7	84	64,75	777,00
02.02.03.018-0	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	2	24	34,32	411,84
02.02.03.019-9	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	2	24	18,50	222,00
02.02.03.022-9	IMUNOELETOFORESE DE PROTEÍNAS	2	24	34,32	411,84
02.02.03.025-3	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	2	24	20,00	240,00
02.02.03.026-1	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	2	24	20,00	240,00
02.02.03.027-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	2	24	17,34	208,08
02.02.03.031-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	2	24	37,10	445,20
02.02.03.032-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEÍNA (RNP)	2	24	34,32	411,84
02.02.03.034-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	2	24	34,32	411,84
02.02.03.035-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	2	24	37,10	445,20
02.02.03.036-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	2	24	37,10	445,20
02.02.03.043-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL	2	24	34,32	411,84
02.02.03.045-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	2	24	20,00	240,00
02.02.03.052-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	2	24	34,32	411,84
02.02.03.055-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	3	36	51,48	617,76
02.02.03.056-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	2	24	34,32	411,84
02.02.03.057-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	2	24	34,32	411,84
02.02.03.058-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	2	24	34,32	411,84
02.02.03.059-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	23	276	394,68	4.736,16
02.02.03.062-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	3	36	51,48	617,76



PREFEITURA
BOA VISTA
Secretaria Municipal de Saúde
SUPERINTENDÊNCIA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DEPARTAMENTO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas"

02.02.03.077-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	2	24	18,50	222,00
02.02.03.079-2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS	2	24	60,00	720,00
02.02.03.083-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN- BARR	7	84	120,12	1.441,44
02.02.03.084-9	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	6	72	102,96	1.235,52
02.02.03.090-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS	2	24	40,00	480,00
02.02.03.093-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	2	24	34,32	411,84
02.02.03.094-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN- BARR	9	108	154,44	1.853,28
02.02.03.095-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	4	48	68,64	823,68
02.02.03.096-2	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	5	60	66,75	801,00
02.02.03.100-4	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	4	48	11,32	135,84
02.02.03.103-9	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	40	480	370,00	4.440,00
02.02.03.105-5	PROVAS DE PRAUSNITZ- KUSTNER (PK)	40	480	70,80	849,60
02.02.03.106-3	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	40	480	70,80	849,60
02.02.03.112-8	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	18	216	180,00	2.160,00
02.02.03.113-6	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	14	168	140,00	1.680,00
02.02.03.114-4	TESTES ALERGICOS DE CONTATO	40	480	70,80	849,60
02.02.03.115-2	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	40	480	70,80	849,60
02.02.04.005-4	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	2	24	3,30	39,60
02.02.04.006-2	PESQUISA DE EOSINOFILOS	2	24	3,30	39,60
02.02.04.013-5	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	2	24	20,50	246,00
02.02.05.003-3	CLEARANCE DE FOSFATO	2	24	7,02	84,24
02.02.05.004-1	CLEARANCE DE UREIA	2	24	7,02	84,24
02.02.05.007-6	IDENTIFICAÇÃO DE GLICÍDIOS URINÁRIOS POR CROMATOGRÁFIA (CAMADA DELGADA)	4	48	14,80	177,60
02.02.05.008-4	DOSAGEM DE CITRATO	4	48	8,04	96,48
02.02.05.010-6	DOSAGEM DE OXALATO	4	48	14,72	176,64

Cláudio Galvão dos Santos
Secretário Municipal da Saúde



PREFEITURA
BOA VISTA
Secretaria Municipal de Saúde
SUPERINTENDÊNCIA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DEPARTAMENTO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas"

02.02.05.016-5	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	4	48	14,80	177,60
02.02.05.019-0	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	4	48	8,16	97,92
02.02.05.020-3	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	4	48	8,16	97,92
02.02.05.021-1	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	4	48	14,80	177,60
02.02.05.022-0	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	4	48	8,16	97,92
02.02.05.026-2	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	4	48	8,16	97,92
02.02.05.028-9	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	4	48	14,80	177,60
02.02.05.030-0	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	10	120	44,40	532,80
02.02.06.003-9	DETERMINACAO DE T3 REVERSO	10	120	146,90	1.762,80
02.02.06.004-7	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	40	480	408,00	4.896,00
02.02.06.008-0	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	2	24	28,24	338,88
02.02.06.013-6	DOSAGEM DE CORTISOL	19	228	187,34	2.248,08
02.02.06.014-4	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	5	60	56,25	675,00
02.02.06.015-2	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	2	24	23,42	281,04
02.02.06.017-9	DOSAGEM DE ESTRIOL	20	240	231,00	2.772,00
02.02.06.018-7	DOSAGEM DE ESTRONA	37	444	411,44	4.937,28
02.02.06.022-5	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	2	24	20,42	245,04
02.02.06.027-6	DOSAGEM DE PARATORMONIO	95	1.140	4.097,35	49.168,20
02.02.06.033-0	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	2	24	26,22	314,64
02.02.06.034-9	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	38	456	396,34	4.756,08
02.02.07.005-0	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	2	24	31,30	375,60
02.02.07.015-8	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	2	24	35,06	420,72
02.02.07.018-2	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	2	24	117,22	1.406,64
02.02.07.022-0	DOSAGEM DE FENITOINA	2	24	70,44	845,28
02.02.07.025-5	DOSAGEM DE LITIO	2	24	4,50	54,00
02.02.07.026-3	DOSAGEM DE MERCURIO	4	48	8,16	97,92
02.02.12.003-1	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	2	24	21,30	255,60



PREFEITURA BOA VISTA
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 SUPERINTENDÊNCIA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
 DEPARTAMENTO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO
 "Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas"

02.02.12.010-4	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	2	24	11,58	138,96
Total		862	10.344	10.787,56	129.450,72

GRUPO D – ATENÇÃO ESPECIALIZADA					
CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	Estimativa Mensal	Estimativa Anual	Valor SUS Mensal (R\$)	Valor Anual SUS (R\$)
02.02.03.005-9	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	2	24	192,00	2.304,00
02.02.03.021-0	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	2	24	596,96	7.163,52
02.02.03.023-7	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	2	24	160,00	1.920,00
02.02.03.037-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	2	24	18,50	222,00
02.02.03.108-0	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	2	24	336,96	4.043,52
02.02.03.119-5	DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO	4	48	68,64	823,68
02.02.03.121-7	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	10	120	133,50	1.602,00
02.02.03.122-5	EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER I	4	48	320,00	3.840,00
02.02.03.123-3	EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER II	4	48	480,00	5.760,00
02.02.06.009-8	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	2	24	23,78	285,36
02.02.06.011-0	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	2	24	23,06	276,72
02.02.06.012-8	DOSAGEM DE CALCITONINA	2	24	28,76	345,12
02.02.06.028-4	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	2	24	30,70	368,40
02.02.06.032-2	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	5	60	76,75	921,00
02.02.06.035-7	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	10	120	131,10	1.573,20
02.02.06.036-5	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	2	24	30,70	368,40
02.02.07.008-5	DOSAGEM DE ALUMINIO	28	336	770,00	9.240,00
02.02.07.009-3	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	10	120	100,00	1.200,00
02.02.07.035-2	DOSAGEM DE ZINCO	2	24	31,30	3.756,00
02.02.10.003-0	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	10	120	1.600,00	19.200,00
02.02.11.001-0	DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)	20	240	176,00	2.112,00

Cláudio Galvão dos Santos
 Secretário Municipal da Saúde



PREFEITURA BOA VISTA
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 SUPERINTENDÊNCIA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
 DEPARTAMENTO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO
 "Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas"

02.02.11.002-8	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)	20	240	1.320,00	15.840,00
02.02.11.003-6	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)	20	240	1.320,00	15.840,00
02.02.11.004-4	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	20	240	110,00	1.320,00
02.02.11.011-7	DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SORO	10	120	1.370,00	16.440,00
02.02.11.012-5	DETECCÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA	10	120	660,00	7.920,00
02.02.11.013-3	DETECCÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE	10	120	660,00	7.920,00
02.02.11.014-1	DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR	5	60	750,00	9.000,00
02.03.02.004-9	IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	2	24	184,00	2.208,00
TOTAL		260	3.120	11.702,71	143.812,92

PROCEDIMENTOS COM RECURSO PRÓPRIO					
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	ESTIMATIV A MENSAL	ESTIMATIV A ANUAL	VALOR PRÓPRIO MENSAL (R\$)	VALOR PRÓPRIO ANUAL (R\$)
02.02.01.024-4	DOSAGEM DE CATECOLAMINAS	4	48	531,20	6.374,40
02.02.03.017-2	DOSAGEM DE IMUNOGLOBINA G (IGG)	4	48	125,88	1.510,56
02.02.09.014-0	DOSAGEM DE SÓDIO E CLORO NO SUOR (C/COLETA)	4	48	2.316,52	27.798,24
02.02.10.012-0	IDENTIFICAÇÃO DE GLICOSAMINOGLICANOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA EM CAMADA DELGADA, ELETROFORESE E DOSAGEM QUANTITATIVA	4	48	1.101,32	13.215,84
02.02.10.013-8	IDENTIFICAÇÃO DE OLIGOSSACARÍDEOS E SIALOSSACARÍDEOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA)	4	48	787,20	9.446,40
02.02.10.014-6	DOSAGEM QUANTITATIVA DE CARNITINA, PERFIL DE ACILCARNITINAS	1	12	1.746,20	20.954,40
02.02.10.017-0	ENSAIOS ENZIMÁTICOS NO PLASMA E LEUCÓCITOS PARA DIAGNÓSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO	1	12	3.492,50	41.910,00

Cláudio Galvão dos Santos
 Secretário Municipal da Saúde

02.02.10.018-9	ENSAIOS ENZIMÁTICOS EM ERITRÓCITOS PARA DIAGNÓSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO	1	12	3.492,50	41.910,00
TOTAL		44	528	13.593,32	163.119,84

ANEXO III PLANO OPERATIVO

INTRODUÇÃO

O Plano Operativo é parte integrante do contrato de credenciamento celebrado entre o gestor municipal e o prestador de serviço de exames de laboratório de análises clínica, sendo um instrumento no qual são apresentadas ações e indicadores quantitativos e qualitativos pactuados entre as partes.

1- Justificativa

Os exames de análises clínicas são serviços auxiliares no tratamento de doenças, possibilitando diagnosticar patologias, bem como preveni-las, estabelecendo seu estágio e gravidade, assumindo assim um papel preponderante na saúde da população assistida pela rede pública municipal.

São de fundamental relevância para a qualidade da assistência prestada na atenção básica, muitos subsidiam o monitoramento da saúde da população através das Equipes de Estratégia de Saúde da Família; das Equipes de Atenção Básica e dos Programas, entre eles, Rede Cegonha; Programa de Hipertensos e Diabéticos.

Atualmente, a Rede Laboratorial Própria não está em funcionamento, pois conforme levantamento realizado pela gestão em anos anteriores, o custo/benefício para o funcionamento dos laboratórios para realização dos exames necessários para atender a demanda da Atenção Básica, Média e Alta complexidade do Município de Boa Vista era superior ao credenciamento, e, optou-se, portanto por este último.

No primeiro semestre de 2017 foi proposto um Plano de Ação para ampliar a oferta e acesso aos exames laboratoriais, no qual prevê a implantação de um Laboratório Central com proposta de atender a demanda municipal. Até a implantação deste, a Rede Própria não é capaz de atender a demanda existente, sendo necessária a permanência dos serviços laboratoriais terceirizados.

Assim, considerando que a saúde é um direito de todos previsto na Constituição Brasileira, cabendo às três esferas de governo a responsabilidade por essa assistência e visando dar continuidade na execução dos exames de análises clínicas, permitindo a avaliação dos sintomas e colaborando na elucidação da patologia e no acompanhamento do tratamento, torna-se indispensável ao município a contratação de exames através de credenciamento.

A quantidade de exames laboratoriais de análises clínicas estimada para o ano de 2017 foi elaborada pela SMSA/DCAR com base no quantitativo de exames autorizados e

realizados no ano de 2016 através do Processo nº 280/2015, com fator de correção de 30% (perspectiva de aumento da demanda já existente e aumento do fluxo migratório), sendo ainda estipulado um quantitativo mínimo para os exames não solicitados neste período, com objetivo de manter a oferta destes.

Acrescentamos ao total estimado para o edital de credenciamento 02/2017 os exames para usuárias da Rede Cegonha. Para isto, utilizamos o quantitativo apresentado no Planejamento de Exames da Rede Cegonha que foi elaborado pelo Núcleo de Estratégico de Políticas em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista – NEPS/SMSA (Memo nº 16684-2017 de 28/07/2017), que teve como referência os parâmetros da OMS e Portaria GM/MS nº 1631 de 01/10/2015.

2 - Objetivo Geral

Execução de serviço de exames de análises clínica ambulatorial, conforme edital de credenciamento nº 002/2017, no âmbito do município de Boa Vista/RR, para atendimento aos usuários do SUS através da Rede Municipal de Saúde nas 08 (oito) macro áreas, bem como as Unidades Especializadas e o **Programa Família Que Acolhe (FQA)** nesta Cidade de Boa Vista.

3 - Objetivos Específicos

- Possibilitar o acesso à serviços de saúde, de forma a garantir uma maior resolubilidade na assistência prestada;
- Viabilizar a realização de exames laboratoriais em tempo oportuno, a fim de garantir a efetivação do diagnóstico e tratamento;
- Propiciar um prognóstico mais preciso e eficaz, através da disponibilização dos exames aos usuários do SUS – Sistema Único de Saúde
- Subsidiar à equipe de profissionais médicos da rede pública municipal de saúde, no desempenho de suas funções.

4 - Caracterização da Contratada

A contratada deverá possuir o estabelecimento nos perímetros do Município de Boa Vista, em área urbana, cedendo espaço físico próprio e adequado para os procedimentos, com disponibilidade de mobiliários, materiais, equipamentos e recursos humanos necessários à realização dos exames laboratoriais de análises clínica relacionados neste edital de credenciamento.

A contratada deverá ainda, estar devidamente cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde do Ministério da Saúde, o qual deverá estar compatível com os serviços a serem prestados.

São competências e/ou funções da contratada:

- Prestar atendimento aos usuários nos dias e horários acordados;
- Acolher os pacientes e acompanhantes de forma humanizada;
- Possuir equipe multiprofissional compatível com a característica e funções do Serviço;
- Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes;
- Manter registro atualizado no CNES;
- Submeter-se à regulação, controle, avaliação e auditoria instituída pela Gestor do SUS;

- Atender as diretrizes da PNH – Política Nacional de Humanização;

5 – Controle, Avaliação e Regulação

Os dias e horários de atendimentos serão agendados em comum acordo entre contratante e contratado, levando-se em consideração as condições favoráveis de acesso da população residente no município, nos locais citados no item 4 do Edital de credenciamento 002/2017. Ficando a coleta do material dos exames realizada nas unidades previamente definidas, podendo também ser coletado nas empresas credenciadas ou outros locais, conforme necessidade.

A distribuição dos exames será de responsabilidade da SMSA, através do DCAR, que repassará às unidades de saúde municipais e ao Programa Família que Acolhe a relação e o quantitativo de exames, cabendo a estas a responsabilidade de preencher e autorizar as GAA's juntamente com o médico ou enfermeiro.

A SMSA se encarregará de controlar a demanda encaminhada de acordo com o quantitativo físico e financeiro contratado.

Os serviços serão solicitados e autorizados através de formulários de Guia de Autorização Ambulatorial – GAA da Secretaria Municipal de Saúde ou ainda, por outro método de registro que venha a ser implantado pela SMSA.

Os serviços prestados serão mensalmente conferidos pelo Departamento de Controle, Avaliação e Regulação da Secretaria Municipal de Saúde, podendo ocorrer glosa de procedimentos (o que inviabiliza o pagamento dos mesmos) caso a G.A.A (requisição de exames complementares) não esteja devidamente preenchida e com rasuras.

Deverá ser entregue uma via do resultado do exame para o paciente (com identificação do usuário; data de realização do exame, devidamente carimbado e assinado pelo profissional realizador do exame) o qual deverá retirá-lo no local onde foi realizado a coleta. Podendo ainda o prestador disponibilizar aos usuários em endereço eletrônico.

Deverá ainda o prestador inserir os resultados dos exames em Sistema de Informação a ser fornecido pela SMSA

6– Recurso Financeiro

Programa: 10.302.0043.2.111

Elemento de Despesa: 3.3.90.39.00

Fonte de Recurso: (049) SUS

Programa: 10.302.0043.2.111

Elemento de Despesa: 3.3.90.39.00

Fonte de Recurso: (001) Próprio

7- Meta Quantitativa

Descrição	Meta
Exames laboratoriais de análises clínicas.	Atender 100% dos exames Autorizados.

8 - Meta Qualitativa

Atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade na prestação dos serviços, ou seja, realizando atendimento humanizado de acordo com a Política Nacional de Humanização – PNH do Ministério da Saúde.

9 - Avaliação das Metas Quantitativa e Qualitativa

Será formada uma comissão composta por profissionais da Superintendência da Atenção Especializada e do Departamento de Controle, Avaliação e Regulação que irão avaliar semestralmente, o cumprimento das metas e objetivos propostos no plano.

A avaliação quantitativa se dará por meio de Relatórios de Produção – Física e Financeira, emitidos pelo DCAR.

A avaliação qualitativa será subdividida em: Avaliação Técnica dos Serviços e Avaliação da Satisfação dos Usuários, as quais serão realizadas através de impressos próprios constantes nos Formulários I e II, baseados no Manual do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS, do Ministério da Saúde, edição 2004/2005.

9.1 - Critérios de Avaliação Qualitativa

A avaliação técnica dos serviços será feita através da verificação do cumprimento dos requisitos constantes no Formulário I, podendo resultar na seguinte classificação:

Classificação	% Referência
Excelente	90 à 100 %
Ótimo	80 à 90 %
Bom	70 à 80 %
Razoável	60 à 70 %

Ruim	Abaixo de 60 %
------	----------------

Considerando que para obter um serviço de qualidade a contratada deverá atingir no mínimo o conceito “BOM”, uma vez não atingida esta classificação, a mesma será advertida e terá um prazo de 30 (trinta) dias para adequação.

A avaliação da satisfação do usuário será feita através de pesquisa aplicada, conforme Formulário II, por meio de visita domiciliar ou diretamente no Estabelecimento contratado.

Para subsidiar a visita domiciliar da Comissão, o DCAR, através do Setor de Auditoria, emitirá semestralmente Relatório contendo nome e endereço de usuários que foram atendidos no Estabelecimento no período, bem como, o nome dos profissionais médicos que prestaram o atendimento. Os usuários constantes no Relatório deverão ser escolhidos aleatoriamente, em dias e horários diversos e de diferentes profissionais médicos (caso os serviços sejam prestados por mais de um profissional). Os resultados obtidos nesta avaliação servirão de base para nortear a melhoria dos serviços.

Caberá a Comissão a emissão de pareceres sobre a avaliação da meta qualitativa, os prazos de avaliação terão início a contar da data da assinatura do contrato.

FORMULÁRIO I AVALIAÇÃO TÉCNICA DOS SERVIÇOS

CNES Nº:	
ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:	
AVALIADOR:	CARGO:
PROFISSIONAL DO ESTABELECIMENTO:	CARGO

	SIM	NÃO	REQUISITOS
DIREÇÃO/ADMINISTRAÇÃO			O Estabelecimento possui Responsável Técnico habilitado para o exercício da atividade oferecida no serviço.
			Existe pessoa responsável para resolver situações adversas e que esteja acessível durante todo o período de realização dos exames contratados.
			O Estabelecimento dispõe de mecanismo que visem garantir a Ética Profissional
GESTÃO DE PESSOAS			Os profissionais cuja profissão é regulamentada por conselhos de classe, estão devidamente registrados no Estado em que está a sede do Estabelecimento contratado.
GESTÃO DE DOCUMENTAÇÃO			Resultado do Exame à ser fornecido ao usuário do SUS – Sistema Único de Saúde, com identificação completa do mesmo e data de realização do exame, devidamente carimbado e assinado pelo médico executante do exame.
			Atendimento ao Cronograma de entrega dos Resultados dos Exames Realizados, ao DCAR, para fins de Auditoria.



			Apresentação correta da documentação para Auditoria, ou seja, Requisição de Exames Complementares (ou documento similar autorizado pela Secretaria de Saúde), acompanhado do Resultado do Exame (conforme padrões anteriormente explicitados, com exceção da imagem).
			Assegura a guarda dos resultados dos exames no que se refere a confidencialidade e integridade dos mesmos.
GESTÃO DA ÁREA FÍSICA			Realiza manutenção predial corretiva.
			Ambientes identificados e de fácil visualização.
GESTÃO DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS			Equipamento (s) disponível (is) em condições de uso, compatíveis com a finalidade a que se propõem.
			Há programa de manutenção preventiva dos equipamentos.
HIGIENE			Roupa da maca limpa e trocada diariamente ou sempre que necessário, de forma a manter a higiene.
			Avental disponibilizado aos usuários do SUS, limpos e sem cheiro
ÁREA FÍSICA BÁSICA			Forro lavável, limpo e claro.
			Paredes limpas e claras.
			Piso de fácil limpeza e desinfecção.
			Acesso a cadeirantes e deficientes físicos
			Sanitário para usuários do SUS e acompanhantes
			Alvará sanitário em dia.
			Espaços separados: recepção/sala de espera e sala de exames.

Pontuação: _____

Parecer do avaliador:

Boa Vista, _____ de _____ de 201 _____

Assinatura do Avaliador

Assinatura do Profissional da Unidade

Cláudio Galvão dos Santos
Secretário Municipal da Saúde

FORMULÁRIO II

DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS

PERFIL DO USUÁRIO

IDADE:	SEXO:
ESCOLARIDADE:	

AMBIÊNCIA

INDICADORES	EXCELENTE	ÓTIMO	BOM	RAZOÁVEL	RUIM
Limpeza dos ambientes (recepção; sala de espera; banheiro, sala de exames etc...)					
Conforto dos ambientes – ventilação; iluminação; limpeza e integridade do mobiliário, propiciando conforto e bem estar.					
Espaço físico adequado a demanda de usuários que aguardam o atendimento médico					

ATENDIMENTO MÉDICO

INDICADORES	EXCELENTE	ÓTIMO	BOM	RAZOÁVEL	RUIM
Tempo na sala de espera até a realização do exame (considerado o horário de agendamento)					
É atencioso e realiza perguntas sobre a queixa que originou o exame.					
Examina com interesse e cuidado.					
Responde as perguntas feitas.					
INDICADORES	SIM		NÃO		
Sentimento de confiança no profissional que realizou o exame					
Apresentação/Identificação do profissional que realizou o exame					

ATENDIMENTO DE RECEPÇÃO

INDICADORES	EXCELENTE	ÓTIMO	BOM	RAZOÁVEL	RUIM
É atencioso e responde as perguntas feitas.					
Orienta sobre o fluxo de atendimento do Estabelecimento.					
Se comporta com educação e respeito.					

GRATUIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS

INDICADORES	SIM	NÃO
Efetivação de pagamento em espécie, de qualquer quantia, pelo exame realizado.		

Cláudio Galvão dos Santos
Secretário Municipal da Saúde



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DEPARTAMENTO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas"

Em caso positivo, relatar o valor e o argumento da cobrança.

R\$ _____

Pontuação: _____

Parecer do Avaliador:

Boa Vista, _____ de _____ de 201____.

Assinatura do Avaliador

Cláudio Galvão dos Santos
Secretário Municipal da Saúde

ANEXO IV

MODELO DECLARAÇÃO QUE NÃO EMPREGA MENOR

DECLARAÇÃO ART. 7º, XXXIII, DA CF

Entidade/Empresa _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, com sede na _____, por intermédio de seu representante legal, _____, portador da Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº _____, DECLARA, para fins do disposto no inciso V do art. 27 da Lei no 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei no 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz a partir de 14 (quatorze) anos.

Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz?

SIM	NÃO

Boa Vista – RR, ____ de _____ de _____.

Representante Legal

ANEXO V

MODELO DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO SUPERVENIENTE

Empresa/Entidade _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, com sede na _____, por intermédio de seu representante legal, _____, portador da Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº _____, em cumprimento ao exigido no Edital de Chamada Pública nº ____/201____ declara, sob as penas da Lei, que até a presente data inexistem fatos impeditivos para sua Habilitação, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Boa Vista – RR, ____ de _____ de _____.

Representante Legal

ANEXO VI

MODELO

DECLARAÇÃO DE QUE NÃO É SERVIDOR PÚBLICO

Entidade/Empresa _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, com sede na _____, por intermédio de seu representante legal, _____, portador da Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº _____, DECLARA, que seus proprietários, diretores e sócios não pertencem ao quadro de servidores públicos do Município, nem exercem cargo de chefia e/ou função de confiança na Administração Pública nos moldes do item 3.3., II, B.

Boa Vista – RR, ____ de _____ de _____.

Representante Legal