



# CIS-COMCAM

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS  
MUNICIPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

## CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS POR CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA 146/2021

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 1/2021

Inexigibilidade Nº 1/2021

**Ementa:** CONTRATAÇÃO DE PESSOA JURÍDICA ATUANTE NA ÁREA DA SAÚDE PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NAS ESPECIALIDADES OFERECIDAS PELO CISCOMCAM.

**Contratante:** CIS-COMCAM - CONSORCIO INTER. DE SAUDE DE CAMPO MOURAO, sob a sigla CIS-COMCAM, pessoa Jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob nº 95.640.322/0001-01, com endereço à Mamborê, 1.542, Centro, CEP 87.302-140, Campo Mourão - PR, neste ato representado por sua Presidente, Rafael Brito do Prado, portador do RG nº 8386563-6 SSP/PR e CPF/MF nº 049.334.159-51.

**Contratado:** PRONTO ANÁLISE LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS LTDA - EPP, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº 81.418.600/0001-76 com endereço à , , , CEP , - , neste ato representado por Raquel Déris Conrado Gameiro, portador (a) do RG sob nº 1.619.156-6 SSP-PR e CPF/MF nº 486.215.879-04.

Pelo presente instrumento, oriundo do Edital de **Inexigibilidade Nº 1/2021** para **CONTRATAÇÃO DE PESSOA JURÍDICA ATUANTE NA ÁREA DA SAÚDE PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NAS ESPECIALIDADES OFERECIDAS PELO CISCOMCAM.** e em conformidade com o disposto na Lei nº 8.080/90, Portaria nº 1286/93 do Ministério da Saúde e respectivas alterações, o contratante e a contratada, têm entre si justas e avençadas as seguintes condições:

### OBJETO

Parágrafo Primeiro - CONTRATAÇÃO DE PESSOA JURÍDICA ATUANTE NA ÁREA DA SAÚDE PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NAS ESPECIALIDADES OFERECIDAS PELO CISCOMCAM.

Parágrafo Segundo - Os serviços serão prestados pelo profissional:

**RAQUEL DERIS CONRADO GAMEIRO, inscrito no CRF - PR sob o nº 2841;**

**GIOVANNI MARCELO SANTOS IBBA, inscrito no CRF - PR sob o nº 29935;**

**MANUEL CONRADO GAMEIRO, inscrito no CRF - PR sob o nº 29444;**

**MARIA LUIZA PEREIRA ALVES, inscrito no CRF - PR sob o nº 10740.**

### FORMA DE PRESTAÇÃO

**Parágrafo Primeiro** - O contratado irá atender os usuários oriundos dos Municípios Associados ao Contratante, sendo eles: Altamira do Paraná, Araruna, Barbosa Ferraz, Boa Esperança, Campina da Lagoa, Campo Mourão (sede), Corumbataí do Sul, Engenheiro Beltrão, Farol, Fênix, Goioerê, Iretama, Janiópolis, Juranda, Luiziana, Mamborê, Moreira Sales, Nova Cantú, Peabiru, Quarto Centenário, Quinta do Sol, Rancho Alegre D'Oeste, Roncador, Terra Boa e Uiratã, e demais Municípios que possam a vir associar-se ao Contratante.

**Parágrafo Segundo** - O local de Atendimento será nas dependências do CISCOMCAM e/ou consultório do contratado.

**Parágrafo Terceiro** - Os usuários previamente agendados pelo contratante serão atendidos mediante apresentação de guia de referência/contra referência, solicitação de procedimento ou ficha de consulta devidamente autorizada pelo Município de origem.



# CIS-COMCAM

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M**

**Parágrafo Quarto** – O Contratado escolherá a quantidade de consultas e/ou exames que pretende atender diariamente, para consecução do objeto do presente termo, sendo aceito até o limite de sua carga horária disponível no CNES – Cadastro Nacional do Estabelecimento de Saúde, devendo, contudo, comunicar com antecedência mínima de 10 (dez) dias, para efetiva programação e agendamento do Contratante.

**Parágrafo Quinto** - Ficará, também, à escolha do Contratado, a definição do horário em que estará prestando os serviços ora contratados, obrigando-lhe a informar com antecedência mínima de 10 (dez) dias ao Contratante, para as programações e agendamentos.

**Parágrafo Sexto** - Devido à elasticidade dos prazos contidos no Parágrafo Quarto e Quinto, a desmarcação de consultas deverá ser feita em até 72 horas antes do horário agendado para evitar o uso da estrutura de transporte e deslocamentos desnecessários de pacientes. Desmarcações posteriores só serão aceitas em casos extremos e de maneira justificada, as quais serão analisadas pelo CisComcam visando a aplicação das penalidades previstas neste contrato.

**Parágrafo Sétimo** – Quando houver o cancelamento justificado, na própria justificativa o interessado deverá indicar a data mais próxima para a remarcação, de forma a evitar deslocamentos e outros transtornos desnecessários.

**Parágrafo Oitavo** - O Contratado deverá utilizar o sistema de agendamento, recepção e disponibilização de consultas e exames, disponibilizados pelo Contratante, nos moldes rigorosamente indicados por este.

**Parágrafo Nono** – Considerando as características de atuação do Contratante, e para evitar eventuais controvérsias futuras, o Contratado fica por este ajuste impedido de encaminhar pacientes diretamente aos demais estabelecimentos de saúde, para fins de internamentos ou intervenções cirúrgicas, devendo obrigatoriamente devolver o paciente ao Município respectivo, para que se iniciem, pelo Município, novos procedimentos, a critério e nos moldes adotados pelo ente consorciado. Ressalvados casos de emergência que a critério médico possam envolver riscos a vida dos pacientes.

**Parágrafo Décimo** – A falta injustificada do profissional por 03 (três) vezes poderá acarretar, a critério do Ciscamcam, o encerramento do contrato com a aplicação das punibilidades inerentes.

**Parágrafo Décimo Primeiro** – A fim de garantir a gestão participativa, todos os estabelecimentos credenciados devem fixar em local visível, os contatos da OUVIDORIA do Ciscamcam para que sejam atendidas as sugestões, elogios, dúvidas, reclamações ou denúncias, referentes ao atendimento prestado.

**Parágrafo Décimo Segundo** - Para a execução deste contrato, nenhuma das partes poderá oferecer, dar ou se comprometer a dar a quem quer que seja, ou aceitar ou se comprometer a aceitar de quem quer que seja, tanto por conta própria quanto através de outrem, qualquer pagamento, doação, compensação, vantagens financeiras ou não financeiras ou benefícios de qualquer espécie que constituam prática ilegal ou de corrupção sob as leis de qualquer país, seja de forma direta ou indireta quanto ao objeto deste contrato, ou de outra forma que não relacionada a este contrato, devendo garantir, ainda, que seus prepostos e colaboradores ajam da mesma forma.

## LEGIBILIDADE

**Parágrafo Primeiro** - As prescrições médicas, solicitações de exames, contra referência, laudos e encaminhamentos deverão estar redigidas com clareza e serem legíveis, assim como serem prescritos em formulários próprios, os quais ficará a cargo da contratada.

**Parágrafo Segundo** - O não cumprimento desta cláusula poderá acarretar em denuncia ao Ministério da Saúde (MS) e ao Conselho Regional de Medicina (CRM), uma vez que ambos os órgãos reguladores determinam a exigência citada.

## VALOR

**Parágrafo Primeiro** – O valor deste contrato fica condicionado à demanda e execução do serviço no período de vigência do contrato, devendo o CONTRATANTE pagar à CONTRATADA o valor executado mensal em moeda corrente nacional, sendo obrigatório a apresentação da respectiva nota fiscal, mediante crédito em conta corrente.



# CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS  
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

**Parágrafo Segundo** - A contratante pagará ao contratado os valores constantes na Tabela Geral de Valores - Ciscamcam, conforme Resolução nº 9/2012, publicado no Jornal Tribuna do Interior em 26/10/2012, edição n. 8.381 e suas alterações posteriores.

**Parágrafo Terceiro** - O Contratado não poderá cobrar qualquer tipo de despesa do Contratante, senão única e exclusivamente o valor dos serviços ora contratados.

**Parágrafo Quarto** – Este contrato terá o valor estimado, levando em consideração o número de consultas e/ou procedimentos realizados durante o período, podendo este valor sofrer variações em decorrência dos serviços prestados.

**Parágrafo Quinto** – Em caso da ocorrência de variações positivas, no valor descrito no parágrafo anterior, o mesmo será ajustado mediante a lavratura de termos aditivos.

## **FATURAMENTO E PAGAMENTO**

**Parágrafo Primeiro** - Para efeito de faturamento, os serviços serão considerados no período do primeiro dia do mês ao último dia do mês da prestação do serviço, este é o período de faturamento, sendo que os respectivos pagamentos deverão ocorrer até o último dia do mês subsequente, podendo ter uma variação de até 20 (vinte) dias de atraso.

**Parágrafo Segundo** - Não será admitida em nenhuma hipótese, qualquer forma de cobrança até o prazo máximo definido no parágrafo anterior.

**Parágrafo Terceiro** - O prestador deverá entregar a Nota Fiscal até o dia 20 (vinte) do mês posterior à execução dos serviços, no departamento financeiro do Contratante, para processamento da despesa e posterior pagamento.

**Parágrafo Quarto** - A não apresentação dos documentos referidos no parágrafo anterior dentro do prazo, facultará ao Contratante a efetuação do pagamento no prazo de até 10 (dez) dias úteis da entrega desses documentos.

**Parágrafo Quinto** - Os pagamentos serão efetuados na forma de depósito ou transferência bancária, na conta corrente do Contratante, exclusivamente no Banco do Brasil.

**Parágrafo Sexto** - A iniciativa e encargo do cálculo da Nota Fiscal serão do contratado, cabendo ao Contratante apenas a verificação do resultado obtido.

**Parágrafo Sétimo** - Ao emitir as Notas Fiscais, o Contratado deverá indicar os valores correspondentes às retenções de lei (IR, ISS, INSS, COFINS, Contribuição Social, conforme o caso), os quais serão descontados dos valores devidos e recolhidos ao órgão competente.

**Parágrafo Oitavo** – Da Dotação Orçamentária - As dotações orçamentárias para cobertura das despesas deste contrato, são as seguintes:

Dotação Orçamentária:

01.015.10.302.0015.2.020.3.3.90.39.00.00. - 1005 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

01.015.10.302.0015.2.020.3.3.90.39.00.00. - 31496 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

01.015.10.302.0015.2.020.3.3.90.39.00.00. - 31499 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

## **REAJUSTE**

**Parágrafo Primeiro** - Os valores contratuais sofrerão reajustes de acordo com os índices aplicados na tabela de valores anualmente.



### VIGÊNCIA CONTRATUAL

**Parágrafo Primeiro** - O presente instrumento de contrato vigorará da data de sua assinatura até o dia 24 de fevereiro de 2022.

**Parágrafo Segundo** – Este contrato poderá ser rescindido por qualquer das partes e a qualquer tempo, dentro da vigência prevista, desde que comunicado com trinta (30) dias de antecedência e por escrito à outra parte.

**Parágrafo Terceiro** - A prorrogação deste Termo se dará através de renovação do Cadastramento, se for do interesse do Contratante e do Contratado, após publicação do Chamamento Público.

### QUALIDADE

**Parágrafo Primeiro** - O contratado garante qualidade em todo objeto do presente instrumento, valendo esta cláusula como certificada, a qual poderá ser invocada a qualquer tempo, aplicando-se, no que couber, as normas dos Conselhos Nacional e Regional de Medicina, do SUS, do Ministério da Saúde, do Regimento Interno do Contratante, do Código Civil, do Código de Defesa do Consumidor e demais cominações legais pertinentes ao caso.

### DA CONTRATAÇÃO

**Parágrafo Primeiro** - Fica definido pelas partes que o contrato ora firmado é de PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, regido pelo Código Civil pátrio, não se caracterizando o vínculo empregatício, pelo que nenhum direito será devido ao Contratado, a este título.

**Parágrafo Segundo** - O presente contrato é intransferível, não podendo o contratado se valer deste para vincular terceiros à presente contratação, sob pena de imediata rescisão e aplicação das penalidades previstas neste termo.

**Parágrafo Terceiro** - O prestador de serviço deverá ser obrigatoriamente, cadastrado junto ao SUS, através do CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.

### PENALIDADES

**Parágrafo Primeiro** - Quando o contratado não cumprir com as obrigações assumidas ou com os preceitos legais, serão aplicadas as seguintes penalidades, cumulativas entre si e com a rescisão contratual, ou não, conforme o caso a critério do Contratante em cumprimento ao contrato e ao interesse público:

1 – Advertência.

2 - Multa de 0,2% (zero vírgula dois por cento) sobre o valor contratado a cada atendimento não executado.

3 - Multa de 10% (dez por cento) sobre o valor contratado em caso de inexecução total ou parcial das obrigações assumidas.

4 - Suspensão do direito de participar de licitações junto a licitante pelo prazo de até 02 (dois) anos.

5 - Declaração de inidoneidade.

**Parágrafo Segundo** - Verificado qualquer infração do contrato por parte do contratado, independente de notificação judicial, o contratante poderá rescindi-lo.

**Parágrafo Terceiro** – Em caso de reclamação por escrito dos usuários “Pacientes”, contra o médico, comprovada a reclamação, após regular procedimento, haverá: Advertência por escrito podendo culminar até mesmo o seu descredenciamento.

### AÇÕES JUDICIAIS

**Parágrafo Único** - Qualquer ação judicial contra o contratante, oriunda de serviços prestados pelo contratado, ou mesmo que venha o contratante compor a lide, será de exclusiva responsabilidade do contratado, o qual arcará com todas as despesas de qualquer natureza que do ato resultar, ressarcindo ao





contratante todo e qualquer valor que for obrigado a desembolsar em razão dessas ações judiciais, extrajudiciais ou reclamações administrativas.

### **OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO**

**Parágrafo Primeiro** – São obrigações do Contratado:

- I-** Manter sempre atualizado o prontuário dos pacientes e o arquivo médico;
- II-** Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;
- III-** Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade na prestação dos serviços;
- IV-** Afixar aviso, em local visível, de sua condição de prestador de serviços integrante do SUS, e da gratuidade dos serviços prestados nesta condição;
- V-** Justificar ao paciente ou a seu responsável, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto no contrato;
- VI-** Manter seu consultório em perfeito estado de conservação, higiene e funcionamento;
- VII-** Notificar o CONTRATANTE de eventual alteração de sua razão social ou de seu controle acionário e de mudança em sua diretoria, contrato ou estatuto, enviando ao CONTRATANTE, no prazo de quinze (15) dias, contados a partir da data do registro da alteração, cópia autenticada da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas;
- VIII-** Proceder, quando solicitado pelo Ciscomcam, ao cadastro do serviço junto à Secretaria Municipal de Saúde de Campo Mourão, sob pena de suspensão dos pagamentos referentes aos serviços prestados;
- IX-** Seguir as diretrizes do SUS nas prescrições médicas de medicamentos, ou seja, seguir a RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais do SUS, bem como a Relação de Medicamentos Regional elaborada pela 11ª Regional de Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica que constará na lista a ser disponibilizada pelo CISCOMCAM;
- X-** Seguir as diretrizes do SUS nas prescrições médicas tanto de medicamento quanto de exames de acordo com as orientações do CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, as quais disponibilizam todas as orientações sobre os PCDT – Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, auxiliando os médicos no trabalho diário e diminuindo a judicialização no SUS, conforme Lei 12.401/2011, que altera a Lei 8.080/1990;
- XI -** Possibilitar ao Ciscomcam ou quem este indicar, em qualquer tempo, a vistoria do local de atendimento.
- XII -** Arcar com todos os custos de materiais que forem utilizados nos atendimentos realizados fora do Ciscomcam;

**Parágrafo Segundo** – O Contratado não poderá cobrar do paciente, ou seu acompanhante, qualquer complementação, a qualquer título, aos valores pagos pelos serviços prestados nos termos deste contrato;

### **CONDIÇÕES GERAIS**

**Parágrafo Primeiro** - Poderá o contratante, no curso do contrato, admitir novos credenciados nesta determinada especialidade e/ou serviço ora contratado, sempre no interesse do Ciscomcam, na conformidade da elevação da demanda, podendo assim ocorrer revisão e redistribuição das quantidades e/ou procedimentos contratados.

**Parágrafo Segundo** - Fica o Contratado obrigado, em caso de implantação do CARTÃO SUS, prestar as informações necessárias à alimentação do sistema, na forma definida pelo programa.

**Parágrafo Terceiro** - Para execução das consultas e/ou exames/procedimentos, é terminantemente vedado ao Contratado a cobrança de valores e/ou indicação a serviços particulares, a qualquer título, sob pena de rescisão de Contrato, além de outras penalidades legais.



**Parágrafo Quarto** – É vedado o uso de formulários do Ciscomcam em atendimentos particulares e/ou não autorizados pelo Contratante, bem como fornecê-los para profissionais não contratados, sob pena de rescisão de Contrato, além de outras penalidades legais.

**Parágrafo Quinto** – O Contratante deverá fazer o acompanhamento integral dos pacientes por ele atendidos. Encaminhamento a outros profissionais, só será aceito quando feito de maneira justificada.

**Parágrafo Sexto** – O Contratado deverá prescrever preferencialmente os medicamentos constantes na lista a ser disponibilizada pelo Contratante em obediência ao inciso IX da cláusula obrigações do contratado. A indicação de medicamentos alheios à lista deverá ser precedida de prévia justificativa que será objeto de análise posterior pelo Contratante.

**Parágrafo Sétimo** - A insistência em prescrever medicamentos alheios à lista do Contratante de maneira injustificada por 03 (três) vezes poderá, a critério do Contratante, ser causa de encerramento do presente contrato e de aplicação das penalidades previstas.

**Parágrafo Oitavo** – Ao encaminhar o paciente ou fazer qualquer observação escrita ou falada sobre a enfermidade do paciente para terceiros, o profissional Contratado deverá usar preferencialmente o código da CID da respectiva enfermidade.

**Parágrafo Nono** - O Contratado deverá pedir somente exames na rede credenciada do Contratante. Só poderão ser pedidos exames fora da rede credenciada quando feitos de maneira justificada.

**Parágrafo Décimo** – A insistência em pedir exames fora da rede credenciada de maneira injustificada por 03 (três) vezes poderá, a critério do Contratante, ser causa de encerramento do presente contrato e de aplicação das penalidades também previstas.

**Parágrafo Décimo Primeiro** – Independentemente de estarem ou não a serviço do Contratante, os Contratados ou seus prepostos deverão tratar as pessoas no âmbito do CISCOMCAM, bem como as demais que se relacionam diretamente com este Consórcio, com humanidade, urbanidade e respeito, sob pena das responsabilizações cabíveis e até rescisão unilateral do contrato.

**Parágrafo Décimo Segundo** – O profissional ou a empresa contratada receberá pelos laudos e consultas realizadas, porém, sempre que forem realizados exames dentro das dependências do CISCOMCAM, por profissional do CISCOMCAM, o valor pago pelo exame ficará para o Consórcio.

**Parágrafo Décimo Terceiro** – O Contratado deverá ainda dar total apoio ao programa de residência médica que será implantado no Ciscomcam por ocasião do início das atividades do Curso de Medicina em Campo Mourão, submetendo-se integralmente às regras inerentes à residência médica e ao convênio firmado com a Santa Casa para a percepção deste objetivo.

**Parágrafo Décimo Quarto** - Para resolver os conflitos e dirimir dúvidas oriundas do presente instrumento, as partes elegem o foro privilegiado da Comarca de Campo Mourão.

E por assim estarem justos e acordados, assinam o presente instrumento em duas vias de igual teor e forma e na presença de duas testemunhas, para que surtam seus efeitos legais.

Campo Mourão, 23 de fevereiro de 2021.

**Raquel Déris Conrado Gameiro**  
Representante Legal

**Leandro Roque Avila**  
Coordenador do Ciscomcam

**Rafael Brito do Prado**  
Presidente do CIS-COMCAM

**Albert Iomar de Vasconcelos**  
OAB/PR nº 74.160



# **CIS-COMCAM**

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS  
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M**

---

**Maria Aparecida Santos**

Controle Interno – Portaria nº 27/2015

CPF N° 026.495.449-10

**Rogério de Oliveira Soares**

Fiscal de Contrato - Portaria nº 15/2021

CPF n° 041.538.489-30

**Testemunha:**

1 - \_\_\_\_\_

**Henrique Rodrigues Vigilato**

Presidente da C.P.L - Portaria nº 11/2021

CPF N° 070.873.209-71

**Testemunha:**

2 - \_\_\_\_\_

Ivani Fiore Dal Molin

Membro da C.P.L – Portaria nº 11/2021

CPF n° 517.896.809-30



# CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS  
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

## ANEXO – I

### CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS POR CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA Nº 146/2021

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 1/2021

Inexigibilidade Nº 1/2021

CONTRATANTE: CISCOMCAM, inscrito no CNPJ sob nº 95.640.322/0001-01

CONTRATADO: PRONTO ANÁLISE LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS LTDA - EPP, CNPJ sob nº 81.418.600/0001-76.

ITENS CONTRATADOS: O valor deste contrato fica condicionado à demanda e execução do serviço no período de vigência do contrato

Item	Código	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit. R\$
1	4092	02.02.01.001 CLEARANCE OSMOLAR	Unidad	10000	R\$3,51
2	3797	02.02.01.002 DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO (LAB TERCERIZADO)	Unidad	10000	R\$2,01
3	4093	02.02.01.002 DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	Unidad	10000	R\$2,01
4	4094	02.02.01.003 DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS	Unidad	10000	R\$15,65
5	4095	02.02.01.004 DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	Unidad	10000	R\$3,63
6	4096	02.02.01.005 DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA ( 5 DOSAGENS)	Unidad	10000	R\$6,55
7	4097	02.02.01.006 DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	Unidad	10000	R\$3,68
8	4098	02.02.01.007 DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	Unidad	10000	R\$10,00
9	4099	02.02.01.008 DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE	Unidad	10000	R\$3,51
10	4100	02.02.01.009 DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	Unidad	10000	R\$3,51
11	4101	02.02.01.010 DOSAGEM DE ACETONA	Unidad	10000	R\$1,85
12	4102	02.02.01.011 DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	Unidad	10000	R\$2,01
13	4103	02.02.01.012 DOSAGEM DE ACIDO URICO	Unidad	10000	R\$1,85
14	3856	02.02.01.013 DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$9,00
15	4104	02.02.01.013 DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	Unidad	10000	R\$9,00





# CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS  
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

16	3857	02.02.01.014 DOSAGEM DE ALDOLASE (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$3,68
17	4105	02.02.01.014 DOSAGEM DE ALDOLASE	Unidad	10000	R\$3,68
18	3858	02.02.01.015 DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$3,68
19	4106	02.02.01.015 DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	Unidad	10000	R\$3,68
20	3859	02.02.01.016 DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$3,68
21	4107	02.02.01.016 DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	Unidad	10000	R\$3,68
22	4108	02.02.01.017 DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	Unidad	10000	R\$3,68
23	4109	02.02.01.018 DOSAGEM DE AMILASE	Unidad	10000	R\$2,25
24	4110	02.02.01.019 DOSAGEM DE AMONIA	Unidad	10000	R\$3,51
25	4111	02.02.01.020 DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	Unidad	10000	R\$2,01
26	4112	02.02.01.021 DOSAGEM DE CALCIO	Unidad	10000	R\$1,85
27	4113	02.02.01.022 DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	Unidad	10000	R\$3,51
28	4114	02.02.01.023 DOSAGEM DE CAROTENO	Unidad	10000	R\$2,01
29	3860	02.02.01.024 DOSAGEM DE CATECOLAMINAS (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$26,70
30	4115	02.02.01.024 DOSAGEM DE CATECOLAMINAS	Unidad	10000	R\$0,00
31	2871	02.02.01.025 DOSAGEM DE CERULOSPLAMINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$3,68
32	4116	02.02.01.025 DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	Unidad	10000	R\$3,68
33	3861	02.02.01.026 DOSAGEM DE CLORETO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$1,85
34	4117	02.02.01.026 DOSAGEM DE CLORETO	Unidad	10000	R\$1,85
35	4118	02.02.01.027 DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	Unidad	10000	R\$3,51
36	4119	02.02.01.028 DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	Unidad	10000	R\$3,51
37	4120	02.02.01.029 DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	Unidad	10000	R\$1,85
38	4121	02.02.01.030 DOSAGEM DE COLINESTERASE	Unidad	10000	R\$3,68
39	4122	02.02.01.031 DOSAGEM DE CREATININA	Unidad	10000	R\$1,85
40	3862	02.02.01.032 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$3,68
41	4123	02.02.01.032 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	Unidad	10000	R\$3,68
42	3863	02.02.01.033 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$4,12
43	4124	02.02.01.033 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	Unidad	10000	R\$4,12



# CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS  
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

44	4125	02.02.01.034 DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	Unidad	10000	R\$3,51
45	4126	02.02.01.035 DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	Unidad	10000	R\$3,51
46	3864	02.02.01.036 DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$3,68
47	4127	02.02.01.036 DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	Unidad	10000	R\$3,68
48	3865	02.02.01.037 DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$3,68
49	4128	02.02.01.037 DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	Unidad	10000	R\$3,68
50	3866	02.02.01.038 DOSAGEM DE FERRITINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$15,59
51	4129	02.02.01.038 DOSAGEM DE FERRITINA	Unidad	10000	R\$15,59
52	3867	02.02.01.039 DOSAGEM DE FERRO SERICO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$3,51
53	4130	02.02.01.039 DOSAGEM DE FERRO SERICO	Unidad	10000	R\$3,51
54	1094	02.02.01.040 DOSAGEM DE FOLATO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$15,65
55	4131	02.02.01.040 DOSAGEM DE FOLATO	Unidad	10000	R\$15,65
56	3868	02.02.01.041 DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$2,01
57	4132	02.02.01.041 DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	Unidad	10000	R\$2,01
58	4133	02.02.01.042 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	Unidad	10000	R\$2,01
59	4134	02.02.01.043 DOSAGEM DE FOSFORO	Unidad	10000	R\$1,85
60	3869	02.02.01.044 DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$2,01
61	4135	02.02.01.044 DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	Unidad	10000	R\$2,01
62	4136	02.02.01.045 DOSAGEM DE GALACTOSE	Unidad	10000	R\$3,51
63	4137	02.02.01.046 DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	Unidad	10000	R\$3,51
64	4138	02.02.01.047 DOSAGEM DE GLICOSE	Unidad	10000	R\$1,85
65	4139	02.02.01.048 DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	Unidad	10000	R\$3,68
66	4140	02.02.01.049 DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	Unidad	10000	R\$3,68
67	3870	02.02.01.050 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$7,86
68	4141	02.02.01.050 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	Unidad	10000	R\$7,86
69	4142	02.02.01.051 DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	Unidad	10000	R\$3,68



# CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS  
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

70	4143	02.02.01.052 DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	Unidad	10000	R\$3,51
71	4144	02.02.01.053 DOSAGEM DE LACTATO	Unidad	10000	R\$3,68
72	3871	02.02.01.053 DOSAGEM DE LACTATO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$3,68
73	4145	02.02.01.054 DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	Unidad	10000	R\$3,51
74	3872	02.02.01.055 DOSAGEM DE LIPASE (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$2,25
75	4146	02.02.01.055 DOSAGEM DE LIPASE	Unidad	10000	R\$2,25
76	3873	02.02.01.056 DOSAGEM DE MAGNESIO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$2,01
77	4147	02.02.01.056 DOSAGEM DE MAGNESIO	Unidad	10000	R\$2,01
78	3874	02.02.01.057 DOSAGEM DE MMUCO-PROTEINAS (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$2,01
79	4148	02.02.01.057 DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	Unidad	10000	R\$2,01
80	4149	02.02.01.058 DOSAGEM DE PIRUVATO	Unidad	10000	R\$3,68
81	4150	02.02.01.059 DOSAGEM DE PORFIRINAS	Unidad	10000	R\$3,51
82	3875	02.02.01.060 DOSAGEM DE POTASSIO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$1,85
83	4151	02.02.01.060 DOSAGEM DE POTASSIO	Unidad	10000	R\$1,85
84	4152	02.02.01.061 DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	Unidad	10000	R\$1,40
85	4153	02.02.01.062 DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	Unidad	10000	R\$1,85
86	3876	02.02.01.063 DOSAGEM DE SODIO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$1,85
87	4154	02.02.01.063 DOSAGEM DE SODIO	Unidad	10000	R\$1,85
88	4155	02.02.01.064 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	Unidad	10000	R\$2,01
89	4156	02.02.01.065 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	Unidad	10000	R\$2,01
90	3877	02.02.01.066 DOSAGEM DE TRASFERRINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$4,12
91	4157	02.02.01.066 DOSAGEM DE TRANSFERRINA	Unidad	10000	R\$4,12
92	4158	02.02.01.067 DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	Unidad	10000	R\$3,51
93	4159	02.02.01.068 DOSAGEM DE TRIPTOFANO	Unidad	10000	R\$3,51
94	4160	02.02.01.069 DOSAGEM DE UREIA	Unidad	10000	R\$1,85
95	3878	02.02.01.070 DOSAGEM DE VITAMINA B12 (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$15,24
96	4161	02.02.01.070 DOSAGEM DE VITAMINA B12	Unidad	10000	R\$15,24
97	4162	02.02.01.071 ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	Unidad	10000	R\$3,68
98	3879	02.02.01.072 ELETROFORESE DE PROTEINAS (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$4,42
99	4163	02.02.01.072 ELETROFORESE DE PROTEINAS	Unidad	10000	R\$4,42



# CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS  
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

100	4015	02.02.01.073 GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE))	Unidad	10000	R\$120,00
101	4164	02.02.01.073 GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE )	Unidad	10000	R\$15,65
102	4165	02.02.01.074 PROVA DA D-XILOSE	Unidad	10000	R\$3,68
103	4166	02.02.01.075 TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	Unidad	10000	R\$6,55
104	3880	02.02.01.076 DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$15,24
105	4167	02.02.01.076 DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	Unidad	10000	R\$15,24
106	4168	02.02.01.077 DETERMINACAO DE CREMATOCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO	Unidad	10000	R\$1,53
107	4169	02.02.01.078 ACIDEZ TITULAVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)	Unidad	10000	R\$3,04
108	4170	02.02.02.001 CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	Unidad	10000	R\$6,48
109	4171	02.02.02.002 CONTAGEM DE PLAQUETAS	Unidad	10000	R\$2,73
110	4172	02.02.02.003 CONTAGEM DE RETICULOCITOS	Unidad	10000	R\$2,73
111	4173	02.02.02.004 DETERMINACAO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR	Unidad	10000	R\$2,73
112	4174	02.02.02.005 DETERMINACAO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	Unidad	10000	R\$2,73
113	4175	02.02.02.006 DETERMINACAO DE SULFO-HEMOGLOBINA	Unidad	10000	R\$2,73
114	4176	02.02.02.007 DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	Unidad	10000	R\$2,73
115	4177	02.02.02.008 DETERMINACAO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	Unidad	10000	R\$2,73
116	4178	02.02.02.009 DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	Unidad	10000	R\$2,73
117	4179	02.02.02.010 DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	Unidad	10000	R\$9,00
118	4180	02.02.02.011 DETERMINACAO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	Unidad	10000	R\$5,79
119	4181	02.02.02.012 DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA	Unidad	10000	R\$2,85
120	4182	02.02.02.013 DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	Unidad	10000	R\$5,77
121	4183	02.02.02.014 DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	Unidad	10000	R\$2,73
122	4184	02.02.02.015 DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTACAO (VHS)	Unidad	10000	R\$2,73
123	4185	02.02.02.016 DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	Unidad	10000	R\$4,11



# CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS  
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

124	4186	02.02.02.017 DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	Unidad	10000	R\$6,48
125	4187	02.02.02.018 DOSAGEM DE FATOR II	Unidad	10000	R\$5,31
126	4189	02.02.02.020 DOSAGEM DE FATOR V	Unidad	10000	R\$4,73
127	4190	02.02.02.021 DOSAGEM DE FATOR VII	Unidad	10000	R\$8,09
128	4191	02.02.02.022 DOSAGEM DE FATOR VIII	Unidad	10000	R\$6,63
129	4192	02.02.02.023 DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	Unidad	10000	R\$15,00
130	4193	02.02.02.024 DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	Unidad	10000	R\$18,91
131	4194	02.02.02.025 DOSAGEM DE FATOR X	Unidad	10000	R\$6,66
132	4195	02.02.02.026 DOSAGEM DE FATOR XI	Unidad	10000	R\$9,11
133	4196	02.02.02.027 DOSAGEM DE FATOR XII	Unidad	10000	R\$10,51
134	4197	02.02.02.028 DOSAGEM DE FATOR XIII	Unidad	10000	R\$6,66
135	4198	02.02.02.029 DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	Unidad	10000	R\$4,60
136	4199	02.02.02.030 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	Unidad	10000	R\$1,53
137	4200	02.02.02.031 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	Unidad	10000	R\$2,73
138	4201	02.02.02.032 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	Unidad	10000	R\$2,73
139	4202	02.02.02.033 DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	Unidad	10000	R\$2,73
140	4203	02.02.02.034 DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	Unidad	10000	R\$4,11
141	3881	02.02.02.035 ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$5,41
142	4204	02.02.02.035 ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	Unidad	10000	R\$5,41
143	4205	02.02.02.036 ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	Unidad	10000	R\$2,73
144	4206	02.02.02.037 HEMATOCRITO	Unidad	10000	R\$1,53
145	4207	02.02.02.038 HEMOGRAMA COMPLETO	Unidad	10000	R\$4,11
146	4208	02.02.02.039 LEUCOGRAMA	Unidad	10000	R\$2,73
147	4209	02.02.02.040 PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	Unidad	10000	R\$25,00
148	4210	02.02.02.041 PESQUISA DE CELULAS LE	Unidad	10000	R\$4,11
149	4211	02.02.02.042 PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	Unidad	10000	R\$2,73
150	4212	02.02.02.043 PESQUISA DE FILARIA	Unidad	10000	R\$2,73
151	4213	02.02.02.044 PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	Unidad	10000	R\$2,73
152	4214	02.02.02.045 PESQUISA DE PLASMODIO	Unidad	10000	R\$0,00
153	4215	02.02.02.046 PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	Unidad	10000	R\$2,73
154	4216	02.02.02.047 PROVA DE COMPATIBILIDADE PRE-TRANSFUSIONAL (MEIOS SALINOS, ALBUMINOSO E COOMBS)	Unidad	10000	R\$0,00
155	4217	02.02.02.048 PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	Unidad	10000	R\$4,11





# CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS  
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

156	4218	02.02.02.049 PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	Unidad	10000	R\$2,73
157	4219	02.02.02.050 PROVA DO LACO	Unidad	10000	R\$2,73
158	4220	02.02.02.051 RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	Unidad	10000	R\$2,73
159	4221	02.02.02.052 TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	Unidad	10000	R\$12,00
160	4222	02.02.02.053 TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	Unidad	10000	R\$2,73
161	4223	02.02.02.054 TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	Unidad	10000	R\$2,73
162	4224	02.02.03.001 CONTAGEM DE LINFOCITOS B	Unidad	10000	R\$15,00
163	4225	02.02.03.002 CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	Unidad	10000	R\$15,00
164	4226	02.02.03.003 CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	Unidad	10000	R\$15,00
165	4227	02.02.03.004 DETECCAO DE ACIDOS NUCLEICOS DO HIV-1 (QUALITATIVO)	Unidad	10000	R\$65,00
166	4228	02.02.03.005 DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	Unidad	10000	R\$96,00
167	3882	02.02.03.006 DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$9,25
168	4229	02.02.03.006 DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	Unidad	10000	R\$9,25
169	4230	02.02.03.007 DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	Unidad	10000	R\$2,83
170	4231	02.02.03.008 DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	Unidad	10000	R\$9,25
171	3883	02.02.03.009 DOSAGEM DE ALFA-FEROPROTEINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$15,06
172	4232	02.02.03.009 DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	Unidad	10000	R\$15,06
173	3884	02.02.03.010 DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$16,42
174	4233	02.02.03.010 DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	Unidad	10000	R\$16,42
175	4234	02.02.03.011 DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	Unidad	10000	R\$13,55
176	3885	02.02.03.012 DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3 (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$17,16
177	4235	02.02.03.012 DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	Unidad	10000	R\$17,16
178	3886	02.02.03.013 DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4 (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$17,16
179	4236	02.02.03.013 DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	Unidad	10000	R\$17,16
180	4237	02.02.03.014 DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	Unidad	10000	R\$2,83
181	3887	02.02.03.015 DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$17,16



# CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS  
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

182	4238	02.02.03.015 DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	Unidad	10000	R\$17,16
183	3888	02.02.03.016 DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$9,25
184	4239	02.02.03.016 DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	Unidad	10000	R\$9,25
185	3889	02.02.03.017 DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$10,45
186	4240	02.02.03.017 DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG)	Unidad	10000	R\$0,00
187	3890	02.02.03.018 DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$17,16
188	4241	02.02.03.018 DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	Unidad	10000	R\$17,16
189	4242	02.02.03.019 DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	Unidad	10000	R\$9,25
190	4243	02.02.03.020 DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	Unidad	10000	R\$2,83
191	4244	02.02.03.021 GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	Unidad	10000	R\$298,48
192	4245	02.02.03.022 IMUNOELETOFORESE DE PROTEINAS	Unidad	10000	R\$17,16
193	4246	02.02.03.023 IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	Unidad	10000	R\$80,00
194	4247	02.02.03.024 INTRADERMORREACAO COM DERIVADO PROTEICO PURIFICADO (PPD)	Unidad	10000	R\$0,00
195	3891	02.02.03.025 PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$10,00
196	4248	02.02.03.025 PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	Unidad	10000	R\$10,00
197	3892	02.02.03.026 PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$10,00
198	4249	02.02.03.026 PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	Unidad	10000	R\$10,00
199	3893	02.02.03.027 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$8,67
200	4250	02.02.03.027 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	Unidad	10000	R\$8,67
201	4251	02.02.03.028 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	Unidad	10000	R\$17,16
202	4252	02.02.03.029 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	Unidad	10000	R\$85,00
203	4253	02.02.03.030 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	Unidad	10000	R\$10,00
204	3894	02.02.03.030 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$10,00
205	4254	02.02.03.031 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	Unidad	10000	R\$18,55



# CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS  
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

206	3895	02.02.03.032 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$17,16
207	4255	02.02.03.032 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	Unidad	10000	R\$17,16
208	4256	02.02.03.033 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	Unidad	10000	R\$5,74
209	3896	02.02.03.034 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$17,16
210	4257	02.02.03.034 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	Unidad	10000	R\$17,16
211	3897	02.02.03.035 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$18,55
212	4258	02.02.03.035 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	Unidad	10000	R\$18,55
213	3898	02.02.03.036 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$18,55
214	4259	02.02.03.036 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	Unidad	10000	R\$18,55
215	4260	02.02.03.037 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	Unidad	10000	R\$9,25
216	4261	02.02.03.038 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	Unidad	10000	R\$10,00
217	4262	02.02.03.039 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	Unidad	10000	R\$9,25
218	3899	02.02.03.040 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$3,70
219	4263	02.02.03.040 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	Unidad	10000	R\$3,70
220	4264	02.02.03.041 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	Unidad	10000	R\$5,83
221	3900	02.02.03.042 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLOURESCENCIA) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$10,00
222	4265	02.02.03.042 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	Unidad	10000	R\$10,00
223	4266	02.02.03.043 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL	Unidad	10000	R\$17,16
224	4267	02.02.03.044 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	Unidad	10000	R\$9,25
225	3901	02.02.03.045 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLERODERMA (SCL 70) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$10,00
226	4268	02.02.03.045 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	Unidad	10000	R\$10,00
227	4269	02.02.03.046 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	Unidad	10000	R\$9,70



# CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS  
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

228	4270	02.02.03.047 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	Unidad	10000	R\$2,83
229	3902	02.02.03.048 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$10,00
230	4271	02.02.03.048 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	Unidad	10000	R\$10,00
231	4272	02.02.03.050 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	Unidad	10000	R\$10,00
232	3903	02.02.03.051 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$10,00
233	4273	02.02.03.051 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	Unidad	10000	R\$10,00
234	3904	02.02.03.052 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINSULINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$17,16
235	4274	02.02.03.052 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	Unidad	10000	R\$17,16
236	1189	02.02.03.053 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS (LACEN)	Unidad	10000	R\$0,00
237	4275	02.02.03.053 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	Unidad	10000	R\$4,10
238	4276	02.02.03.054 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	Unidad	10000	R\$5,50
239	3905	02.02.03.055 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$17,16
240	4277	02.02.03.055 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	Unidad	10000	R\$17,16
241	3906	02.02.03.056 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$17,16
242	4278	02.02.03.056 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	Unidad	10000	R\$17,16
243	4279	02.02.03.057 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	Unidad	10000	R\$17,16
244	3907	02.02.03.058 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$17,16
245	4280	02.02.03.058 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	Unidad	10000	R\$17,16
246	3908	02.02.03.059 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$17,16
247	4281	02.02.03.059 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	Unidad	10000	R\$17,16
248	4282	02.02.03.060 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	Unidad	10000	R\$17,16
249	4283	02.02.03.061 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	Unidad	10000	R\$10,00
250	1198	02.02.03.062 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$17,16



# CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS  
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

251	4284	02.02.03.062 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	Unidad	10000	R\$17,16
252	3909	02.02.03.063 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI HS) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$18,55
253	4285	02.02.03.063 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	Unidad	10000	R\$18,55
254	4286	02.02.03.064 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	Unidad	10000	R\$18,55
255	4287	02.02.03.065 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	Unidad	10000	R\$7,78
256	4288	02.02.03.066 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	Unidad	10000	R\$9,71
257	3910	02.02.03.067 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HCV) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$18,55
258	4289	02.02.03.067 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	Unidad	10000	R\$18,55
259	3911	02.02.03.068 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$18,55
260	4290	02.02.03.068 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	Unidad	10000	R\$18,55
261	4291	02.02.03.069 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	Unidad	10000	R\$9,25
262	1202	02.02.03.070 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIODES BRASILIENSIS (LACEN)	Unidad	10000	R\$0,00
263	4292	02.02.03.070 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIODES BRASILIENSIS	Unidad	10000	R\$4,10
264	4293	02.02.03.071 PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCIAL RESPIRATORIO	Unidad	10000	R\$18,55
265	3912	02.02.03.072 PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLANIDIA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$17,16
266	4294	02.02.03.072 PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	Unidad	10000	R\$17,16
267	3913	02.02.03.073 PESQUISA DE ANTICORPOSHETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$2,83
268	4295	02.02.03.073 PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	Unidad	10000	R\$2,83
269	3914	02.02.03.074 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$11,00
270	4296	02.02.03.074 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	Unidad	10000	R\$11,00





# CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS  
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

271	3915	02.02.03.075 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$9,25
272	4297	02.02.03.075 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	Unidad	10000	R\$9,25
273	3916	02.02.03.076 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$16,97
274	4298	02.02.03.076 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	Unidad	10000	R\$16,97
275	3162	02.02.03.077 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRIPANOSOMA CRUZI (LACEN)	Unidad	10000	R\$0,00
276	4299	02.02.03.077 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	Unidad	10000	R\$9,25
277	3917	02.02.03.078 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$18,55
278	4300	02.02.03.078 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	Unidad	10000	R\$18,55
279	3697	02.02.03.079 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA) (LACEN)	Unidad	10000	R\$0,00
280	4301	02.02.03.079 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS	Unidad	10000	R\$30,00
281	4302	02.02.03.080 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	Unidad	10000	R\$18,55
282	3918	02.02.03.081 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$17,16
283	4303	02.02.03.081 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	Unidad	10000	R\$17,16
284	4304	02.02.03.082 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	Unidad	10000	R\$17,16
285	3919	02.02.03.083 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$17,16
286	4305	02.02.03.083 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	Unidad	10000	R\$17,16
287	3920	02.02.03.084 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$17,16
288	4306	02.02.03.084 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	Unidad	10000	R\$17,16
289	3921	02.02.03.085 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$11,61
290	4307	02.02.03.085 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	Unidad	10000	R\$11,61



# CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS  
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

291	4308	02.02.03.086 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	Unidad	10000	R\$10,00
292	3922	02.02.03.087 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$18,55
293	4309	02.02.03.087 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	Unidad	10000	R\$18,55
294	3163	02.02.03.088 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRIPANOSOMA CRUZI (LACEN)	Unidad	10000	R\$0,00
295	4310	02.02.03.088 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	Unidad	10000	R\$9,25
296	3923	02.02.03.089 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$18,55
297	4311	02.02.03.089 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	Unidad	10000	R\$18,55
298	1727	02.02.03.090 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA) (LACEN)	Unidad	10000	R\$0,00
299	4312	02.02.03.090 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS	Unidad	10000	R\$20,00
300	3924	02.02.03.091 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$18,55
301	4313	02.02.03.091 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	Unidad	10000	R\$18,55
302	3925	02.02.03.092 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$17,16
303	4314	02.02.03.092 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	Unidad	10000	R\$17,16
304	3926	02.02.03.093 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$17,16
305	4315	02.02.03.093 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	Unidad	10000	R\$17,16
306	3927	02.02.03.094 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$17,16
307	4316	02.02.03.094 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	Unidad	10000	R\$17,16
308	3928	02.02.03.095 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$17,16
309	4317	02.02.03.095 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	Unidad	10000	R\$17,16



# CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS  
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

310	3929	02.02.03.096 PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$13,35
311	4318	02.02.03.096 PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	Unidad	10000	R\$13,35
312	2581	02.02.03.097 PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG) (COMSUS)	Unidad	10000	R\$18,55
313	3930	02.02.03.097 PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$18,55
314	4319	02.02.03.097 PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	Unidad	10000	R\$18,55
315	1728	02.02.03.098 PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG) (LACEN)	Unidad	10000	R\$0,00
316	4320	02.02.03.098 PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	Unidad	10000	R\$18,55
317	4321	02.02.03.099 PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)	Unidad	10000	R\$60,00
318	4322	02.02.03.100 PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	Unidad	10000	R\$2,83
319	1219	02.02.03.101 PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE) (LAB CISCOMCAM)	Unidad	10000	R\$4,10
320	4323	02.02.03.101 PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	Unidad	10000	R\$4,10
321	4324	02.02.03.102 PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA	Unidad	10000	R\$10,00
322	3931	02.02.03.103 PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$9,25
323	4325	02.02.03.103 PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	Unidad	10000	R\$9,25
324	1226	02.02.03.104 PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA) (LACEN)	Unidad	10000	R\$0,00
325	4326	02.02.03.104 PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	Unidad	10000	R\$10,00
326	4327	02.02.03.105 PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	Unidad	10000	R\$1,77
327	4328	02.02.03.106 PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	Unidad	10000	R\$1,77
328	4329	02.02.03.107 QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	Unidad	10000	R\$18,00
329	4330	02.02.03.108 QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	Unidad	10000	R\$168,48
330	4331	02.02.03.109 TESTE TREPONEMICO P/ DETECCAO DE SIFILIS	Unidad	10000	R\$4,10
331	4332	02.02.03.110 REACAO DE MONTENEGRO ID	Unidad	10000	R\$2,83
332	4333	02.02.03.111 TESTE NAO TREPONEMICO P/ DETECCAO DE SIFILIS	Unidad	10000	R\$2,83



# CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS  
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

333	4334	02.02.03.112 TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	Unidad	10000	R\$10,00
334	3933	02.02.03.113 TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$10,00
335	4335	02.02.03.113 TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	Unidad	10000	R\$10,00
336	4336	02.02.03.114 TESTES ALERGICOS DE CONTATO	Unidad	10000	R\$1,77
337	4337	02.02.03.115 TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	Unidad	10000	R\$1,77
338	4338	02.02.03.117 TESTE NAO TREPONEMICO P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTES	Unidad	10000	R\$2,83
339	3934	02.02.03.118 DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$18,55
340	4339	02.02.03.118 DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA	Unidad	10000	R\$18,55
341	4340	02.02.03.119 DOSAGEM DA FRACAO C1Q DO COMPLEMENTO	Unidad	10000	R\$17,16
342	3935	02.02.03.120 DOSAGEM DE TROPONINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$9,00
343	4341	02.02.03.120 DOSAGEM DE TROPONINA	Unidad	10000	R\$9,00
344	3936	02.02.03.121 DOSAGEM DE ANTIGENO CA 125 (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$13,35
345	4342	02.02.03.121 DOSAGEM DO ANTIGENO CA 125	Unidad	10000	R\$13,35
346	4343	02.02.03.122 EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER I	Unidad	10000	R\$80,00
347	4344	02.02.03.123 EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER II	Unidad	10000	R\$120,00
348	4345	02.02.03.124 GENOTIPAGEM DO HIV	Unidad	10000	R\$0,00
349	4346	02.02.03.125 DETECÇÃO DE RNA DO HTLV-1	Unidad	10000	R\$65,00
350	4347	02.02.03.126 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORPOS ANTI-HTLV-A (WESTERN-BLOT)	Unidad	10000	R\$85,00
351	4348	02.02.04.001 DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	Unidad	10000	R\$1,65
352	4349	02.02.04.002 DOSAGEM DE GORDURA FECAL	Unidad	10000	R\$3,04
353	4350	02.02.04.003 EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	Unidad	10000	R\$3,04
354	4351	02.02.04.004 IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	Unidad	10000	R\$1,65
355	4352	02.02.04.005 PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	Unidad	10000	R\$1,65
356	4353	02.02.04.006 PESQUISA DE EOSINOFILOS	Unidad	10000	R\$1,65
357	4354	02.02.04.007 PESQUISA DE GORDURA FECAL	Unidad	10000	R\$1,65
358	4355	02.02.04.008 PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	Unidad	10000	R\$1,65
359	4356	02.02.04.009 PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	Unidad	10000	R\$1,65



# CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS  
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

360	4357	02.02.04.010 PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	Unidad	10000	R\$1,65
361	4358	02.02.04.011 PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)	Unidad	10000	R\$1,65
362	4359	02.02.04.012 PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	Unidad	10000	R\$1,65
363	4360	02.02.04.013 PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	Unidad	10000	R\$10,25
364	4361	02.02.04.014 PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	Unidad	10000	R\$1,65
365	4362	02.02.04.015 PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	Unidad	10000	R\$1,65
366	4363	02.02.04.016 PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	Unidad	10000	R\$1,65
367	4364	02.02.04.017 PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	Unidad	10000	R\$1,65
368	4365	02.02.05.001 ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	Unidad	10000	R\$3,70
369	4366	02.02.05.002 CLEARANCE DE CREATININA	Unidad	10000	R\$3,51
370	4367	02.02.05.003 CLEARANCE DE FOSFATO	Unidad	10000	R\$3,51
371	4368	02.02.05.004 CLEARANCE DE UREIA	Unidad	10000	R\$3,51
372	4369	02.02.05.005 CONTAGEM DE ADDIS	Unidad	10000	R\$2,04
373	3937	02.02.05.006 DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$3,70
374	4370	02.02.05.006 DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	Unidad	10000	R\$3,70
375	4371	02.02.05.007 IDENTIFICACAO DE GLICIDIOS URINARIOS POR CROMATOLOGRAFIA (CAMADA DELGADA)	Unidad	10000	R\$3,70
376	3938	02.02.05.008 DOSAGEM DE CITRATO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$2,01
377	4372	02.02.05.008 DOSAGEM DE CITRATO	Unidad	10000	R\$2,01
378	3939	02.02.05.009 DOSAGEM DE MICROALBUMINA DA URINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$8,12
379	4373	02.02.05.009 DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	Unidad	10000	R\$8,12
380	3940	02.02.05.010 DOSAGEM DE OXALATO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$3,68
381	4374	02.02.05.010 DOSAGEM DE OXALATO	Unidad	10000	R\$3,68
382	4375	02.02.05.011 DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	Unidad	10000	R\$2,04
383	4376	02.02.05.012 DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	Unidad	10000	R\$3,04
384	4377	02.02.05.013 EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	Unidad	10000	R\$3,70
385	4378	02.02.05.014 PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOLOGRAFIA)	Unidad	10000	R\$3,70





# CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS  
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

386	4379	02.02.05.015 PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	Unidad	10000	R\$2,04
387	4380	02.02.05.016 PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	Unidad	10000	R\$3,70
388	4381	02.02.05.017 PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	Unidad	10000	R\$2,04
389	4382	02.02.05.018 PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	Unidad	10000	R\$2,40
390	4383	02.02.05.019 PESQUISA DE CISTINA NA URINA	Unidad	10000	R\$2,04
391	4384	02.02.05.020 PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	Unidad	10000	R\$2,04
392	3941	02.02.05.021 PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$3,70
393	4385	02.02.05.021 PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	Unidad	10000	R\$3,70
394	4386	02.02.05.022 PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	Unidad	10000	R\$2,04
395	4387	02.02.05.023 PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	Unidad	10000	R\$2,04
396	4388	02.02.05.024 PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	Unidad	10000	R\$3,36
397	4389	02.02.05.025 PESQUISA DE GONADOTROFINA CORIONICA	Unidad	10000	R\$0,00
398	4390	02.02.05.026 PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	Unidad	10000	R\$2,04
399	4391	02.02.05.027 PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	Unidad	10000	R\$2,04
400	4392	02.02.05.028 PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	Unidad	10000	R\$3,70
401	4393	02.02.05.029 PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	Unidad	10000	R\$2,04
402	3942	02.02.05.030 PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE) (LAB TERCEIRIZADOS)	Unidad	10000	R\$4,44
403	4394	02.02.05.030 PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	Unidad	10000	R\$4,44
404	4395	02.02.05.031 PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	Unidad	10000	R\$2,04
405	4396	02.02.05.032 PROVA DE DILUICAO (URINA)	Unidad	10000	R\$2,04
406	4397	02.02.06.001 DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	Unidad	10000	R\$12,54
407	4398	02.02.06.002 DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	Unidad	10000	R\$12,54
408	4399	02.02.06.003 DETERMINACAO DE T3 REVERSO	Unidad	10000	R\$14,69
409	3943	02.02.06.004 DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA (LAB TERCERIZADO)	Unidad	10000	R\$10,20
410	4400	02.02.06.004 DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	Unidad	10000	R\$10,20



# CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS  
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

411	4401	02.02.06.005 DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	Unidad	10000	R\$6,72
412	4402	02.02.06.006 DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	Unidad	10000	R\$6,72
413	4403	02.02.06.007 DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	Unidad	10000	R\$6,72
414	3945	02.02.06.008 DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$14,12
415	4404	02.02.06.008 DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	Unidad	10000	R\$14,12
416	3946	02.02.06.009 DOSAGEM DE ALDOSTERONA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$11,89
417	4405	02.02.06.009 DOSAGEM DE ALDOSTERONA	Unidad	10000	R\$11,89
418	4406	02.02.06.010 DOSAGEM DE AMP CICLICO	Unidad	10000	R\$12,01
419	3947	02.02.06.011 DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$11,53
420	4407	02.02.06.011 DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	Unidad	10000	R\$11,53
421	3948	02.02.06.012 DOSAGEM DE CALCITONINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$14,38
422	4408	02.02.06.012 DOSAGEM DE CALCITONINA	Unidad	10000	R\$14,38
423	3177	02.02.06.013 DOSAGEM DE CORTISOL (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$9,86
424	4409	02.02.06.013 DOSAGEM DE CORTISOL	Unidad	10000	R\$9,86
425	3949	02.02.06.014 DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$11,25
426	4410	02.02.06.014 DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	Unidad	10000	R\$11,25
427	3950	02.02.06.015 DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$11,71
428	4411	02.02.06.015 DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	Unidad	10000	R\$11,71
429	3951	02.02.06.016 DOSAGEM DE ESTRADIOL (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$10,15
430	4412	02.02.06.016 DOSAGEM DE ESTRADIOL	Unidad	10000	R\$10,15
431	4413	02.02.06.017 DOSAGEM DE ESTRIOL	Unidad	10000	R\$11,55
432	4414	02.02.06.018 DOSAGEM DE ESTRONA	Unidad	10000	R\$11,12
433	4415	02.02.06.019 DOSAGEM DE GASTRINA	Unidad	10000	R\$14,15
434	3952	02.02.06.020 DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXIANA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$15,35
435	4416	02.02.06.020 DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	Unidad	10000	R\$15,35



# CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS  
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

436	4417	02.02.06.021 DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	Unidad	10000	R\$7,85
437	3953	02.02.06.022 DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$10,21
438	4418	02.02.06.022 DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	Unidad	10000	R\$10,21
439	3954	02.02.06.023 DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$7,89
440	4419	02.02.06.023 DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	Unidad	10000	R\$7,89
441	3955	02.02.06.024 DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$8,97
442	4420	02.02.06.024 DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	Unidad	10000	R\$8,97
443	3956	02.02.06.025 DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$8,96
444	4421	02.02.06.025 DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	Unidad	10000	R\$8,96
445	3957	02.02.06.026 DOSAGEM DE INSULINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$10,17
446	4422	02.02.06.026 DOSAGEM DE INSULINA	Unidad	10000	R\$10,17
447	3958	02.02.06.027 DOSAGEM DE PARATORMONIO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$43,13
448	4423	02.02.06.027 DOSAGEM DE PARATORMONIO	Unidad	10000	R\$43,13
449	3959	02.02.06.028 DOSAGEM DE PEPTIDEO C (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$15,35
450	4424	02.02.06.028 DOSAGEM DE PEPTIDEO C	Unidad	10000	R\$15,35
451	3960	02.02.06.029 DOSAGEM DE PROGESTERONA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$10,22
452	4425	02.02.06.029 DOSAGEM DE PROGESTERONA	Unidad	10000	R\$10,22
453	3961	02.02.06.030 DOSAGEM DE PROLACTINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$10,15
454	4426	02.02.06.030 DOSAGEM DE PROLACTINA	Unidad	10000	R\$10,15
455	3962	02.02.06.031 DOSAGEM DE RENINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$13,19
456	4427	02.02.06.031 DOSAGEM DE RENINA	Unidad	10000	R\$13,19
457	3963	02.02.06.032 DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$15,35
458	4428	02.02.06.032 DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	Unidad	10000	R\$15,35
459	3964	02.02.06.033 DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$13,11
460	4429	02.02.06.033 DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	Unidad	10000	R\$13,11



# CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS  
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

461	3965	02.02.06.034 DOSAGEM DE TESTOSTERONA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$10,43
462	4430	02.02.06.034 DOSAGEM DE TESTOSTERONA	Unidad	10000	R\$10,43
463	3966	02.02.06.035 DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$13,11
464	4431	02.02.06.035 DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	Unidad	10000	R\$13,11
465	3967	02.02.06.036 DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$15,35
466	4432	02.02.06.036 DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	Unidad	10000	R\$15,35
467	3968	02.02.06.037 DOSAGEM DE TIROXINA (T4) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$8,76
468	4433	02.02.06.037 DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	Unidad	10000	R\$8,76
469	3969	02.02.06.038 DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$11,60
470	4434	02.02.06.038 DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	Unidad	10000	R\$11,60
471	3970	02.02.06.039 DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$8,71
472	4435	02.02.06.039 DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	Unidad	10000	R\$8,71
473	4436	02.02.06.040 TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	Unidad	10000	R\$12,01
474	4437	02.02.06.041 TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	Unidad	10000	R\$12,01
475	4438	02.02.06.042 TESTE DE ESTIMULO COM GNRH OU COM AGONISTA GNRH	Unidad	10000	R\$12,01
476	4439	02.02.06.043 TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	Unidad	10000	R\$12,01
477	3180	02.02.06.044- TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$12,01
478	4440	02.02.06.044 TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	Unidad	10000	R\$12,01
479	3971	02.02.06.045 TESTE DE SUPRESSAO DE HGH APOS GLICOSE (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$12,01
480	4441	02.02.06.045 TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	Unidad	10000	R\$12,01
481	4442	02.02.06.046 TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	Unidad	10000	R\$8,43
482	3972	02.02.06.047 PESQUISA DE MACROPROLACTINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$12,15
483	4443	02.02.06.047 PESQUISA DE MACROPROLACTINA	Unidad	10000	R\$12,15
484	4444	02.02.07.001 DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	Unidad	10000	R\$2,06
485	4445	02.02.07.002 DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	Unidad	10000	R\$2,23



# CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS  
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

486	4446	02.02.07.003 DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	Unidad	10000	R\$3,68
487	4447	02.02.07.004 DOSAGEM DE ACIDO METIL- HIPURICO	Unidad	10000	R\$2,04
488	3973	02.02.07.005 DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$15,65
489	4448	02.02.07.005 DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	Unidad	10000	R\$15,65
490	4449	02.02.07.006 DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	Unidad	10000	R\$3,51
491	4450	02.02.07.007 DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	Unidad	10000	R\$2,01
492	4451	02.02.07.008 DOSAGEM DE ALUMINIO	Unidad	10000	R\$27,50
493	4452	02.02.07.009 DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	Unidad	10000	R\$10,00
494	4453	02.02.07.010 DOSAGEM DE ANFETAMINAS	Unidad	10000	R\$10,00
495	4454	02.02.07.011 DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	Unidad	10000	R\$10,00
496	1060	02.02.07.012 DOSAGEM DE BARBITURATOS (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$13,13
497	4455	02.02.07.012 DOSAGEM DE BARBITURATOS	Unidad	10000	R\$13,13
498	4456	02.02.07.013 DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	Unidad	10000	R\$13,48
499	4457	02.02.07.014 DOSAGEM DE CADMIO	Unidad	10000	R\$6,55
500	3974	02.02.07.015 DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$17,53
501	4458	02.02.07.015 DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	Unidad	10000	R\$17,53
502	4459	02.02.07.016 DOSAGEM DE CARBOXI- HEMOGLOBINA	Unidad	10000	R\$4,11
503	3975	02.02.07.017 DOSAGEM DE CHUMBO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$8,83
504	4460	02.02.07.017 DOSAGEM DE CHUMBO	Unidad	10000	R\$8,83
505	4461	02.02.07.018 DOSAGEM DE CICLOSPORINA	Unidad	10000	R\$58,61
506	3976	02.02.07.019 DOSAGEM DE COBRE (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$3,51
507	4462	02.02.07.019 DOSAGEM DE COBRE	Unidad	10000	R\$3,51
508	4463	02.02.07.020 DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	Unidad	10000	R\$8,97
509	4464	02.02.07.021 DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	Unidad	10000	R\$15,65
510	3977	02.02.07.022 DOSAGEM DE FENITOINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$35,22
511	4465	02.02.07.022 DOSAGEM DE FENITOINA	Unidad	10000	R\$35,22
512	4466	02.02.07.023 DOSAGEM DE FENOL	Unidad	10000	R\$2,05
513	4467	02.02.07.024 DOSAGEM DE FORMALDEIDO	Unidad	10000	R\$3,51
514	3978	02.02.07.025 DOSAGEM DE LITIO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$2,25
515	4468	02.02.07.025 DOSAGEM DE LITIO	Unidad	10000	R\$2,25
516	3979	02.02.07.026 DOSAGEM DE MERCURIO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$2,04





# CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS  
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

517	4469	02.02.07.026 DOSAGEM DE MERCURIO	Unidad	10000	R\$2,04
518	4470	02.02.07.027 DOSAGEM DE META- HEMOGLOBINA	Unidad	10000	R\$4,11
519	4471	02.02.07.028 DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	Unidad	10000	R\$10,00
520	4472	02.02.07.029 DOSAGEM DE METOTREXATO	Unidad	10000	R\$10,00
521	4473	02.02.07.030 DOSAGEM DE QUINIDINA	Unidad	10000	R\$10,00
522	4474	02.02.07.031 DOSAGEM DE SALICILATOS	Unidad	10000	R\$2,01
523	4475	02.02.07.032 DOSAGEM DE SULFATOS	Unidad	10000	R\$3,51
524	4476	02.02.07.033 DOSAGEM DE TEOFILINA	Unidad	10000	R\$15,65
525	4477	02.02.07.034 DOSAGEM DE TIOCIANATO	Unidad	10000	R\$3,68
526	3192	02.02.07.035 DOSAGEM DE ZINCO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$15,65
527	4478	02.02.07.035 DOSAGEM DE ZINCO	Unidad	10000	R\$15,65
528	4479	02.02.08.001 ANTIBIOGRAMA	Unidad	10000	R\$4,98
529	4480	02.02.08.002 ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	Unidad	10000	R\$13,33
530	4481	02.02.08.003 ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	Unidad	10000	R\$13,33
531	4482	02.02.08.004 BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNOSTICA)	Unidad	10000	R\$4,20
532	4483	02.02.08.005 BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSEIASE)	Unidad	10000	R\$4,20
533	4484	02.02.08.006 BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	Unidad	10000	R\$4,20
534	4485	02.02.08.007 BACTERIOSCOPIA (GRAM)	Unidad	10000	R\$2,80
535	4486	02.02.08.008 CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	Unidad	10000	R\$5,62
536	4487	02.02.08.009 CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZACAO)	Unidad	10000	R\$5,62
537	4488	02.02.08.010 CULTURA P/ HERPESVIRUS	Unidad	10000	R\$4,33
538	4489	02.02.08.011 CULTURA PARA BAAR	Unidad	10000	R\$5,63
539	4490	02.02.08.012 CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	Unidad	10000	R\$10,25
540	4491	02.02.08.013 CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	Unidad	10000	R\$4,19
541	4492	02.02.08.014 EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	Unidad	10000	R\$2,80
542	4493	02.02.08.015 HEMOCULTURA	Unidad	10000	R\$11,49
543	4494	02.02.08.016 IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	Unidad	10000	R\$5,63
544	4495	02.02.08.017 PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	Unidad	10000	R\$4,33
545	4496	02.02.08.018 PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	Unidad	10000	R\$2,80
546	4497	02.02.08.019 PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	Unidad	10000	R\$4,33



# CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS  
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

547	4498	02.02.08.020 PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	Unidad	10000	R\$2,80
548	4499	02.02.08.021 PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	Unidad	10000	R\$4,33
549	4500	02.02.08.022 PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	Unidad	10000	R\$2,80
550	4501	02.02.08.023 PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	Unidad	10000	R\$5,04
551	4502	02.02.08.024 PROVA CONFIRMATORIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES	Unidad	10000	R\$0,00
552	4503	02.02.09.001 ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVAL E DERRAMES	Unidad	10000	R\$1,89
553	4504	02.02.09.002 ADENOGRAMA	Unidad	10000	R\$5,79
554	4505	02.02.09.003 CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	Unidad	10000	R\$4,33
555	4506	02.02.09.004 CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	Unidad	10000	R\$4,33
556	4507	02.02.09.005 CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	Unidad	10000	R\$1,89
557	4508	02.02.09.006 CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	Unidad	10000	R\$1,89
558	4509	02.02.09.007 DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO	Unidad	10000	R\$6,56
559	4510	02.02.09.008 DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	Unidad	10000	R\$1,89
560	4511	02.02.09.009 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	Unidad	10000	R\$2,01
561	4512	02.02.09.010 DOSAGEM DE FRUTOSE	Unidad	10000	R\$2,01
562	4513	02.02.09.011 DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	Unidad	10000	R\$2,01
563	4514	02.02.09.012 DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVAL E DERRAMES	Unidad	10000	R\$1,89
564	4515	02.02.09.013 DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVAL E DERRAMES	Unidad	10000	R\$1,89
565	4516	02.02.09.014 DOSAGEM DE SODIO E CLORO NO SUOR (C/ COLETA)	Unidad	10000	R\$0,00
566	4517	02.02.09.015 ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	Unidad	10000	R\$5,23
567	4518	02.02.09.016 ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	Unidad	10000	R\$6,56
568	4519	02.02.09.017 ESPLENOGRAMA	Unidad	10000	R\$5,79
569	4520	02.02.09.018 EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	Unidad	10000	R\$1,89
570	4521	02.02.09.019 MIELOGRAMA	Unidad	10000	R\$5,79
571	4522	02.02.09.021 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES ( ELISA )	Unidad	10000	R\$9,70



# CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS  
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

572	4523	02.02.09.022 DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA NO ESPERMA	Unidad	10000	R\$2,01
573	4524	02.02.09.023 PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	Unidad	10000	R\$1,89
574	4525	02.02.09.024 PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	Unidad	10000	R\$1,89
575	4526	02.02.09.025 PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	Unidad	10000	R\$1,89
576	4527	02.02.09.026 PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)	Unidad	10000	R\$4,80
577	4528	02.02.09.027 PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	Unidad	10000	R\$1,89
578	4529	02.02.09.028 PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	Unidad	10000	R\$9,70
579	4530	02.02.09.029 PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	Unidad	10000	R\$1,89
580	4531	02.02.09.030 PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	Unidad	10000	R\$1,89
581	4532	02.02.09.031 REACAO DE PANDY	Unidad	10000	R\$1,89
582	4533	02.02.09.032 REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	Unidad	10000	R\$1,89
583	4534	02.02.09.033 TESTE DE CLEMENTS	Unidad	10000	R\$1,89
584	4535	02.02.09.034 TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS	Unidad	10000	R\$4,69
585	4536	02.02.09.035 TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	Unidad	10000	R\$4,69
586	4537	02.02.10.001 DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS)	Unidad	10000	R\$32,48
587	4538	02.02.10.002 DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)	Unidad	10000	R\$32,48
588	4539	02.02.10.003 DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	Unidad	10000	R\$32,48
589	4540	02.02.10.004 QUANTIFICACAO/AMPLIFICACAO DO HER-2	Unidad	10000	R\$120,00
590	4541	02.02.10.005 FOCALIZACAO ISOELETRICA DA TRANSFERRINA	Unidad	10000	R\$0,00
591	4542	02.02.10.006 ANÁLISE DE DNA PELA TÉCNICA DE SOUTHERN BLOT	Unidad	10000	R\$0,00
592	4543	02.02.10.007 ANÁLISE DE DNA POR MLPA	Unidad	10000	R\$0,00
593	4544	02.02.10.008 IDENTIFICAÇÃO DE MUTAÇÃO/REARRANJOS POR PCR, PCR SENSÍVEL A METILAÇÃO QPCR E QPCR SENSÍVEL A METILAÇÃO	Unidad	10000	R\$0,00



# CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS  
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

594	4545	02.02.10.009 FISH EM METÁFASE OU NÚCLEO INTERFÁSICO, POR DOENÇA	Unidad	10000	R\$0,00
595	4546	02.02.10.010 IDENTIFICAÇÃO DE ALTERAÇÃO CROMOSÔNICA SUBMICROSCOPICA POR ARRAY-CGH	Unidad	10000	R\$0,00
596	4547	02.02.10.011 IDENTIFICAÇÃO DE MUTAÇÃO POS SEQUENCIAMENTO POR AMPLICON ATÉ 500 PARES DE BASES	Unidad	10000	R\$0,00
597	4548	02.02.10.012 IDENTIFICAÇÃO DE GLICOSAMINOGLICANOS URINÁRIOS POR CROMATOGRÁFIA EM CAMADA DELGADA, ELETROFORESE E DOSAGEM QUANTITATIVA	Unidad	10000	R\$0,00
598	4549	02.02.10.013 IDENTIFICAÇÃO DE OLIGOSSACARÍDEOS E SIALOSSACARÍDEOS POR CROMATOGRÁFIA (CAMADA DELGADA)	Unidad	10000	R\$0,00
599	4550	02.02.10.014 DOSAGEM QUANTITATIVA DE CARNITINA, PERFIL DE ACILCARNITINAS	Unidad	10000	R\$0,00
600	4551	02.02.10.015 DOSAGEM QUANTITATIVA DE AMINOÁCIDOS	Unidad	10000	R\$0,00
601	4552	02.02.10.016 DOSAGEM QUANTITATIVA DE ÁCIDOS ORGÂNICOS	Unidad	10000	R\$0,00
602	4553	02.02.10.017 ENSAIOS ENZIMÁTICOS NO PLASMA E LECÓCITOS PARA DIAGNÓSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO	Unidad	10000	R\$0,00
603	4554	02.02.10.018 ENSAIOS ENZIMÁTICOS EM ERITROCITOS PARA DIAGNÓSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO	Unidad	10000	R\$0,00
604	4555	02.02.10.019 ENSAIOS ENZIMÁTICOS EM TECIO CULTIVADO PARA DIAGNÓSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO	Unidad	10000	R\$0,00
605	4556	02.02.11.001 DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNÓSTICO TARDIO)	Unidad	10000	R\$8,80
606	4557	02.02.11.002 DETECCAO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)	Unidad	10000	R\$66,00
607	4558	02.02.11.003 DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CÍSTICA (CONFIRMATORIO)	Unidad	10000	R\$66,00
608	4559	02.02.11.004 DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNÓSTICO TARDIO)	Unidad	10000	R\$5,50
609	4560	02.02.11.005 DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	Unidad	10000	R\$12,10
610	4561	02.02.11.006 DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	Unidad	10000	R\$20,90
611	4562	02.02.11.007 DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	Unidad	10000	R\$5,50



# CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS  
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

612	4563	02.02.11.008 DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	Unidad	10000	R\$13,20
613	4564	02.02.11.009 DOSAGEM DE 17 HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	Unidad	10000	R\$8,00
614	4565	02.02.11.010 DOSAGEM DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SANGUE EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	Unidad	10000	R\$5,50
615	4566	02.02.11.011 DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SORO	Unidad	10000	R\$137,00
616	4567	02.02.11.012 DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGENITA	Unidad	10000	R\$66,00
617	4568	02.02.11.013 DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM DEFICIENCIA DE BIOTINIDASE	Unidad	10000	R\$66,00
618	4569	02.02.11.014 DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR	Unidad	10000	R\$150,00
619	4570	02.02.12.001 DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	Unidad	10000	R\$10,65
620	4571	02.02.12.002 DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	Unidad	10000	R\$1,37
621	4572	02.02.12.003 FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	Unidad	10000	R\$10,65
622	4573	02.02.12.004 IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	Unidad	10000	R\$10,65
623	4574	02.02.12.005 PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO	Unidad	10000	R\$5,79
624	4575	02.02.12.006 PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC	Unidad	10000	R\$5,79
625	4576	02.02.12.007 PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO	Unidad	10000	R\$5,79
626	4577	02.02.12.008 PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	Unidad	10000	R\$1,37
627	4578	02.02.12.009 TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	Unidad	10000	R\$2,73
628	4579	02.02.12.010 TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	Unidad	10000	R\$5,79
629	4580	90.02.01.012 DOSAGEM DE ANTI - CITRULINA	Unidad	10000	R\$58,00
630	3982	90.02.01.013 DOSAGEM DE CA 15-3 (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$18,30
631	4581	90.02.01.013 DOSAGEM DE CA 15-3	Unidad	10000	R\$18,30
632	3983	90.02.01.014 DOSAGEM DE CA 19-9 (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$18,30
633	4582	90.02.01.014 DOSAGEM DE CA 19-9	Unidad	10000	R\$18,30
634	3984	90.02.01.016 TESTE DE FALCIZACAO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$3,35





# CIS-COMCAM

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS  
MUNICIPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

635	4583	90.02.01.016 TESTE DE FALCIZAÇÃO	Unidad	10000	R\$3,35
636	2661	90.02.01.018 DOSAGEM DE METANEFRIAS URINARIAS (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$27,00
637	4584	90.02.01.018 DOSAGEM DE METANEFRIAS URINARIAS	Unidad	10000	R\$27,00
638	3985	90.02.01.020 DOSAGEM DE VITAMINA A (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$67,37
639	4585	90.02.01.020 DOSAGEM DE VITAMINA A	Unidad	10000	R\$67,37
640	1042	90.02.01.022 CULTURA PARA BACTERIAS (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$5,61
641	4586	90.02.01.022 CULTURA PARA BACTERIAS	Unidad	10000	R\$5,61
642	3986	90.02.01.027 DOSAGEM DE TRAB ANTI RECEPTORES DE TSH (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$27,47
643	4587	90.02.01.027 DOSAGEM DE TRAB ANTI RECEPTORES DE TSH	Unidad	10000	R\$27,47
644	3987	90.02.01.030 DOSAGEM DE ANTI-GAD (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$44,91
645	4588	90.02.01.030 DOSAGEM DE ANTI-GAD	Unidad	10000	R\$44,91
646	3988	90.02.01.031 DOSAGEM DE SHBG - GLOBULINA TRANSP. HORMONIOS SEXUAIS (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$24,95
647	4589	90.02.01.031 DOSAGEM DE SHBG - GLOBULINA TRANSP. HORMONIOS SEXUAIS	Unidad	10000	R\$24,95
648	3989	90.02.01.042 DOSAGEM DE ENDOMISO, ANTICORPOS IGA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$29,94
649	4590	90.02.01.042 DOSAGEM DE ENDOMÍCIO, ANTICORPOS IgA	Unidad	10000	R\$29,94
650	3990	90.02.01.043 DOSAGEM DE ANTIGENO HLA-B27, PESQUISA PCR (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$62,38
651	4591	90.02.01.043 DOSAGEM DE ANTIGENO HLA-B27, PESQUISA PCR	Unidad	10000	R\$62,38
652	3991	90.02.01.048 DOSAGEM DE CORTISOL LIVRE URINARIO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$13,00
653	4592	90.02.01.048 DOSAGEM DE CORTISOL LIVRE URINÁRIO	Unidad	10000	R\$13,00
654	3992	90.02.01.058 DOSAGEM DE MONONUCLEOSE (MONOTESTE) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$23,85
655	4593	90.02.01.058 MONONUCLEOSE (MONOTESTE)	Unidad	10000	R\$23,85
656	2735	90.02.01.061 DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO LIVRE (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$18,95
657	4594	90.02.01.061 DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO LIVRE	Unidad	10000	R\$18,95
658	3993	90.04.01.062 DOSAGEM DE ENDOMISO, ANTICORPOS IGG (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$29,94
659	4595	90.04.01.062 DOSAGEM DE ENDOMÍCIO, ANTICORPOS IgG	Unidad	10000	R\$29,94



# CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS  
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

660	3994	90.04.01.063 DOSAGEM DE ENDOMISO, ANTICORPOS IGM (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$29,94
661	4596	90.04.01.063 DOSAGEM DE ENDOMÍSIO, ANTICORPOS IgM	Unidad	10000	R\$29,94
662	3995	90.04.01.064 DOSAGEM DE GLIADINA, ANTICORPOS IGG (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$24,95
663	4597	90.04.01.064 DOSAGEM DE GLIADINA, ANTICORPOS IgG	Unidad	10000	R\$24,95
664	3996	90.04.01.065 DOSAGEM DE GLIADINA, ANTICORPOS IGM (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$19,96
665	4598	90.04.01.065 DOSAGEM DE GLIADINA, ANTICORPOS IgM	Unidad	10000	R\$19,96
666	3997	90.04.01.081 DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTI CENTROMERO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$17,46
667	4599	90.04.01.081 DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTI CENTROMERO	Unidad	10000	R\$17,46
668	3998	90.04.01.082 DOSAGEM DE HOMOCISTEINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$13,50
669	4600	90.04.01.082 DOSAGEM DE HOMOCISTEINA	Unidad	10000	R\$13,50
670	3999	90.04.01.083 DOSAGEM DE PROTEINA C FUNCIONAL (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$39,92
671	4601	90.04.01.083 DOSAGEM DE PROTEÍNA C FUNCIONAL	Unidad	10000	R\$39,92
672	4000	90.04.01.084 DOSAGEM DE PROTEINA S FUNCIONAL (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$65,73
673	4602	90.04.01.084 DOSAGEM DE PROTEINA S FUNCIONAL	Unidad	10000	R\$65,73
674	4001	90.04.01.085 DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTINEUTROFILOS - ANCA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$32,43
675	4603	90.04.01.085 DOSAGEM ANTICORPOS ANTINEUTRÓFILOS - ANCA	Unidad	10000	R\$32,43
676	4002	90.04.01.086 DOSAGEM DE VITAMINA E (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$49,91
677	4604	90.04.01.086 DOSAGEM DE VITAMINA E	Unidad	10000	R\$49,91
678	4003	90.04.01.087 DOSAGEM DE VITAMINA B1 (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$105,00
679	4605	90.04.01.087 DOSAGEM DE VITAMINA B1	Unidad	10000	R\$105,00
680	4004	90.04.01.088 DOSAGEM DE CROMO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$15,00
681	4606	90.04.01.088 DOSAGEM DE CROMO	Unidad	10000	R\$15,00
682	4005	90.04.01.090 DOSAGEM DE IGFB3 - PROTEINA LIGADORA DE IGF-1 (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$13,25
683	4607	90.04.01.090 DOSAGEM DE IGFB3 - PROTEÍNA LIGADORA DE IGF-1	Unidad	10000	R\$13,25
684	4006	90.04.01.091 DOSAGEM DE TOXOPLASMOSE AVIDEZ IGG (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$20,00



# CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS  
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

685	4608	90.04.01.091 DOSAGEM DE TOXOPLASMOSE AVIDEZ IgG	Unidad	10000	R\$20,00
686	4007	90.04.01.092 DOSAGEM DE SEROTONINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$32,43
687	4609	90.04.01.092 DOSAGEM DE SEROTONINA	Unidad	10000	R\$32,43
688	4008	90.04.01.101 BHCG QUANTITATIVO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$10,69
689	4610	90.04.01.101 BHCG QUANTITATIVO	Unidad	10000	R\$10,69
690	4009	90.04.01.102 DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA LIVRE (T3 LIVRE) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$8,73
691	4611	90.04.01.102 DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA LIVRE ( T3 LIVRE)	Unidad	10000	R\$8,73
692	4010	90.04.01.103 ANTIBIOGRAMA III (LAB TERCEIRIZADO)	Unidad	10000	R\$6,72
693	4612	90.04.01.103 ANTIBIOGRAMA III	Unidad	10000	R\$6,72

## EXTRATO CONTRATO DE PRESTAÇÃO POR CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA Nº 146/2021



# CIS-COMCAM

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M**

---

**Contratante:** CIS-COMCAM - CONSORCIO INTER. DE SAUDE DE CAMPO MOURAO, sob a sigla CISCOMCAM, pessoa Jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob nº 95.640.322/0001-01, com endereço à Mamborê, 1.542, Centro, CEP 87.302-140, Campo Mourão - PR, neste ato representado por sua Presidente, Carlos Rosa Alves, portador do RG nº 3.454.380-1 SSP/PR e CPF/MF nº 505.919.329-20.

**Contratado:** PRONTO ANÁLISE LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS LTDA - EPP, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº 81.418.600/0001-76 com endereço à , , , CEP , - , neste ato representado por Raquel Déris Conrado Gameiro, portador (a) do RG sob nº 1.619.156-6 SSP-PR e CPF/MF nº 486.215.879-04.

**Objeto:** CONTRATAÇÃO DE PESSOA JURÍDICA ATUANTE NA ÁREA DA SAÚDE PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NAS ESPECIALIDADES OFERECIDAS PELO CISCOMCAM.

**Vigência:** 23 de fevereiro de 2021 à 24 de fevereiro de 2022.

**Legislação Pertinente:** Processo Licitatório n. 1/2021  
Inexigibilidade n. 1/2021

**Data:** Campo Mourão, 23 de fevereiro de 2021.

**Signatários do Contrato:**

**CONTRATANTE:** Rafael Brito do Prado  
**CONTRATADA:** Raquel Déris Conrado Gameiro  
**JURÍDICO:** Albert Iomar de Vasconcelos – OAB/PR 74.160  
**COORDENADOR:** Leandro Roque Avila