**2ª RETIFICAÇÃO DO EDITAL**

**C R E D E N C I A M E N T O E X E R C Í C I O - 2 0 1 6**

**Processo de Chamamento Público 02/2016, publicado no Jornal Tribuna do Interior, em 19/05/2016 edição n. 9.360 em Editais página 01**

**PROCESSO LICITATÓRIO Nº 16/2016**

**EDITAL DE INEXIGIBILIDADE Nº 02/2016**

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comunidade dos Municípios da Região de Campo Mourão – Cis-Comcam faz saber, a todos quantos virem o presente edital ou dele tiverem conhecimento, que abrirá inscrições para o credenciamento de profissionais ou clínicas especializadas para prestação de serviços**,** conforme condições constantes deste instrumento.

1. **DO OBJETO E CONDIÇÕES**

O objeto do presente Edital é o **CREDENCIAMENTO** de **CLÍNICAS MÉDICAS**, ao qual atuam profissionais médicos com especialidade, residência ou pós-graduação, nas diversas áreas a seguir elencadas:Angiologia; Cardiologia; Cirurgia Geral; Cirurgia Pediátrica; Cirurgia Vascular; Dermatologia; Endocrinologia e Metabologia; Fisioterapia, Fonoaudiologia; Gastroenterologia; Ginecologia/Obstetrícia; Hematologia; Infectologia; Medicina Nuclear; Nefrologia; Neurocirurgia; Neurologia; Oftalmologia; Ortopedia e Traumatologia; Otorrinolaringologia; Patologia (Anatomopatologia e Citopatologia); Patologia Clínica (os valores desta especialidade seguirão os valores estabelecidos no lote de itens específicos, conforme **Anexo V**) Pediatria; Pneumologia; Psicologia; Psiquiatria; Radiologia e Diagnóstico por Imagem (Radiologia e Ultrassonografia); Reumatologia; Traumatologia Buco Maxilofacial; Urologia.

* 1. Os valores praticados pelas empresas após o credenciamento será a **TABELA GERAL DE VALORES – CIS-COMCAM**, objeto da Resolução nº 9/2012 de 18/09/2012 publicada em 26/10/2012 e Resolução nº 9/2013, devidamente publicada no Jornal Tribuna do Interior em 07/12/2013, edição n. 8.331.
	2. A mesma encontra-se divulgada no site: <http://ciscomcam.com.br>
	3. Os serviços serão prestados na sede da entidade ou no consultório médico do credenciado, a critério do contratado, desde que observado o item **6.1.1**, letra “H” e item **6.1.2**, letra “D”.
1. **DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS**
	1. Poderão credenciar-se pessoas jurídicas, privadas ou públicas, lucrativas ou não, desde que atendidas às disposições deste Edital.
2. **DA REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS**
	1. A renumeração dos serviços referidos no **item 1.1,** se dará unicamente com base nas referências da Tabela Geral de Valores - Cis-Comcam.
	2. Os pagamentos serão efetuados pela CONTRATANTE, no mês subseqüente à prestação dos serviços executados, através de depósito em conta corrente da CONTRATADA preferencialmente no Banco do Brasil.
	3. O Cis-Comcam realizará o seu pagamento até o vigésimo oitavo dia do mês subseqüente ao fechamento da fatura, mediante a apresentação do respectivo documento fiscal.
3. **DOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS**
	1. Os usuários dos serviços são aqueles atendidos nas unidades de saúde ou encaminhados pela mesma, com guias devidamente autorizadas.
4. **DO CREDENCIAMENTO DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS**
	1. As condições de credenciamento de prestadores de serviços do Cis-Comcam são universais e, portanto, sob as mesmas condições para todos os prestadores de serviços, razão pela qual são firmadas num termo de disposições rígidas e inegociáveis, em que obrigam tanto o Consórcio de Municípios como os prestadores de serviços, após o deferimento de seu credenciamento.
	2. De forma excepcional, quando o profissional integrante do corpo clínico da empresa a ser credenciada for clínico geral, residente ou pós-graduado, deverá comprovar:
		1. Experiência mínima de um ano (1) de trabalho de forma ininterrupta ou dois anos de trabalho intercalados nos últimos 5 (cinco) anos, diretamente e/ou indiretamente atendendo ao SUS;
		2. Pós-graduação na área de atuação aprovada pelo MEC, com carga horária especial mínima de 720:00h.
	3. Somente serão contratados os profissionais de acordo com o item e 5.2 quando forem fundamentais e necessários para o atendimento aos municípios membros do CONSÓRCIO. Assim, o CONSÓRCIO atenderá solicitação, com justificativa formal e por escrito, do Conselho Curador.
	4. O credenciamento se dará após a Homologação do respectivo Processo Licitatório nº 16/2016 na modalidade de Inexigibilidade nº 02/2016.
	5. O credenciamento se dará após a Homologação do respectivo Processo Licitatório nº 16/2016 na modalidade de Inexigibilidade nº 02/2016.
	6. As pessoas jurídicas serão cadastradas conforme critérios abaixo elencados:
		* 1. Priorizando os profissionais credenciados nos exercícios anteriores;
			2. Mediante demanda dos serviços;
			3. Ordem de apresentação dos envelopes, junto ao setor indicado no respectivo edital.
			4. Residente ou Pós-Graduado só serão credenciados quando não houverem médicos especialistas na área de interesse ou os especialistas credenciados não suprirem a demanda reprimida de pacientes em virtude da fila de espera.

**Parágrafo Primeiro:** A qualquer tempo o Termo de Credenciamento e/ou Contrato poderá ser alterado, visando adequar os serviços e/ou valores às condições de execução dos serviços ora prestados.

**Parágrafo Segundo:** Ao credenciar-se, o CONTRATADO declara estar ciente que presta serviço de caráter público remunerado, e que para tanto, sujeitar-se-á e respeitará o interesse público primordialmente.

1. **DAS INSCRIÇÕES**

As inscrições para o credenciamento se darão a partir do dia 20/05/2016 com data prevista para o encerramento em 29/06/2016, às 15h00min, através da entrega da Solicitação de Credenciamento (modelo de requerimento) acompanhado dos seguintes documentos, acondicionados em envelope devidamente lacrado.

* 1. **Dos documentos das pessoas Jurídicas**
1. Requerimento para credenciamento, conforme modelo contido no **Anexo I**;
2. Certidão Simplificada da Junta Comercial;
3. Cópia do ato constitutivo e sua ultima alteração, devidamente registrado no órgão competente;
4. Certidão Conjunta da Receita Federal (<http://www.receita.fazenda.gov.br>);

**OBS:** Será observada a data da emissão, verificando se abrangerá ou não as contribuições previdenciárias.

1. Certidão de Regularidade Fiscal do FGTS (CRF) (<http://www.caixa.gov.br>);
2. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (<http://www.tst.jus.br/certidao>);
3. Declaração de idoneidade, conforme modelo constante no **Anexo III**;
4. Declaração do proponente de que não possui nenhum impedimento, tanto referente à Lei 8.666/93 quanto às demais legislações atinentes à espécie, conforme modelo constante no **Anexo IV**.
5. Aos profissionais médicos que executarem os serviços em seus próprios estabelecimentos, deverão apresentar a **Licença Sanitária,** juntamente com o **Alvará de Licença.**
6. Para os serviços de Diagnostico por Imagem (Radiologia e Ultrassonografia), pede-se referencialmente que o profissional executante tenha o título de especialidade. Caso o profissional executante não possua título de especialidade em Radiologia, deverá ele apresentar o Responsável Técnico, este com título de especialidade, que responda pela empresa e/ou profissional a ser credenciado. Neste caso, junto com os outros documentos, deverá ser incluso:
7. Cópia autenticada dos documentos pessoais do Responsável Técnico (RG, CPF, CRM, CARTÃO SUS,comprovante de endereço e título de especialista);
8. Documento comprobatório de vínculo entre a empresa e/ou profissional e o Responsável Técnico (certidão de cadastro do CRM);
9. E-mail, telefone celular.

**Observação 1.** Qualquer das certidões, declarações ou documentos do interessado disponíveis via internet ***NÃO SERÃO IMPRESSOS*** pelo CIS-COMCAM, salvo nos casos de flagrante interesse público.

**Observação 2.** O Ciscomcam ***NÃO SE RESPONSABILIZARÁ*** por documentação faltante. Os interessados deverão, ***OBRIGATORIAMENTE****,* entregar toda a documentação exigida no presente edital sob pena de não serem credenciados.

* 1. A falta de quaisquer documentos é razão para o indeferimento da solicitação.
	2. Uma vez homologada a inscrição, o prestador de serviços será convocado para firmar o Termo de Credenciamento / Contrato.
1. **DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**
	1. Para obter cópia deste Edital e anexo, os interessados poderão acessar o site do Cis-Comcam. <http://www.ciscomcam.com.br>.
	2. O resumo deste Edital será publicado no Órgão Jornal Tribuna do Interior do Município de Campo Mourão, bem como em seu Mural.
	3. As validades dos contratos compreenderão o período de 10/06/2016 a 31/01/2017, sendo que os credenciamentos efetivados a partir desta data inaugural serão efetivados e pagos em proporcionalidade.
	4. O Termo de Credenciamento/Contrato poderá ser rescindido por ambas as partes, de pleno direito, independente de qualquer notificação ou interpelação judicial ou extrajudicial, assim como livre de qualquer ônus nos seguintes casos:
		* 1. Por dolo, culpa simulação ou fraude na sua execução, ou nos serviços contratados;
			2. Quando pela reiteração de impugnações efetuadas pela Contratante, ficar evidenciado a incapacidade da Contratada de executar o contrato ou dar continuidade ao mesmo;
			3. Por razões de interesse público, conforme art. 78 da Lei n. 8.666/93;
			4. Nas demais hipóteses previstas em Lei;
			5. Das sanções, multas e da rescisão prevista nos artigos 86 a 88 da Lei n. 8.666/93;
			6. Falta de dotação orçamentária e/ou recursos disponíveis por parte da contratante;
			7. Inexecução total ou parcial do Termo de Credenciamento / Contrato ensejará a rescisão do instrumento com as consequências nele estabelecidos e as previstas nos artigos 77 a 80 da Lei n. 8.666/93.

Campo Mourão, 19 de maio de 2016

Willian José Marques Costa

Presidente da Comissão de Licitação

**Anexo I – Modelo de requerimento para credenciamento – Pessoa Jurídica**

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS NA ÁREA MÉDICA divulgado pelo ***Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comunidade dos Municípios da Região de Campo Mourão – CIS-COMCAM*** objetivando a prestação de serviços médicos nos termos do chamamento público.

Razão Social:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CNPJ nº:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefone Comercial: (\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefone Cel: (\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Município:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_UF:\_\_\_\_\_\_

Documento de Identidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CPF nº:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CRM nº:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dados Bancários:

Banco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Agência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Conta Corrente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Especialidade** | **Descrição Procedimento / Exame** | **Quantidade/Mês** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Médico que executará os serviços:** | **CPF nº:** | **RG: órgão Emissor** | **CRM nº.** | **Telefone do Médico (fixo e celular)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Campo Mourão – PR, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(assinatura do solicitante)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(nome do solicitante)

**Anexo II – Modelo de requerimento para credenciamento – Pessoa Física**

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS NA ÁREA MÉDICA divulgado pelo ***Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comunidade dos Municípios da Região de Campo Mourão – CIS-COMCAM***, objetivando a prestação de serviços médicos na especialização abaixo citada, nos termos deste chamamento público.

Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefone Comercial: (\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefone Cel: (\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Município:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_UF:\_\_\_\_\_\_

Documento de Identidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CPF nº:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CRM nº:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dados Bancários:

Banco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Agência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Conta Corrente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Especialidade** | **Descrição Procedimento / Exame** | **Quantidade/Mês** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Médico que executará os serviços:** | **CPF nº:** | **RG: órgão Emissor** | **CRM nº.** | **Telefone do Médico****(fixo /celular)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Campo Mourão – Pr, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(assinatura do solicitante)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(nome do solicitante)

**Anexo III – Declaração de idoneidade.**

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

O interessado abaixo qualificado DECLARA para os devidos fins de direito, na qualidade de solicitante de cadastramento na área médica, que não foi declarado inidôneo para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Campo Mourão, em \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(assinatura do solicitante)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(nome do solicitante)

**Anexo IV – Declaração de que não possui impedimento referente à Lei 8.666/93.**

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

O interessado abaixo qualificado DECLARA para os devidos fins de direito, que não possui nenhum impedimento, tanto referente à Lei 8.666/93, quanto às demais legislações atinentes à espécie.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Campo Mourão, em \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(assinatura do solicitante)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(nome do solicitante)

**ANEXO V – Lista de Exames**

|  |
| --- |
| **CISCOMCAM**  |
|
|
|

|  |
| --- |
| **Exames** |

 |
| 02.02.01.002-3 - 124 - DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO (TRANSFERRINA +FERRO) |
| 02.02.01.014-7 - 157 - DOSAGEM DE ALDOLASE |
| 02.02.01.015-5 - 169- DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA |
| 02.02.01.016-3 - 170 - DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA |
| 02.02.01.025-2 - 172 - DOSAGEM DE CERULOPLASMINA |
| 02.02.01.026-0 - 125 - DOSAGEM DE CLORETO |
| 02.02.01.030-9 - 145 - DOSAGEM DE COLINESTERASE |
| 02.02.01.031-7 - 127 - CREATININA |
| 02.02.01.032-5 - 163 - DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK) |
| 02.02.01.033-3 - 164 - DOSANGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRAÇÃO MB |
| 02.02.01.037-6 - 166 - DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS) |
| 02.02.01.038-4 - 191 - DOSAGEM DE FERRITINA |
| 02.02.01.039-2 - 146 - DOSAGEM DE FERRO SERICO |
| 02.02.01.040-6 - 186 - DOSAGEM DE FOLATO |
| 02.02.01.041-4 - 147 - DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA TOTAL |
| 02.02.01.044-9 - 153 - DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA |
| 02.02.01.050-3 - 180 - DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA |
| 02.02.01.053-8 - 154 - DOSAGEM DE LACTATO |
| 02.02.01.055-4 - 131 - DOSAGEM DE LIPASE |
| 02.02.01.056-2 - 132 - DOSAGEM DE MAGNESIO |
| 02.02.01.057-0 - 133 - DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS |
| 02.02.01.060-0 - 134 - DOSAGEM DE POTASSIO |
| 02.02.01.063-5 - 137 - DOSAGEM DE SODIO |
| 02.02.01.066-0 - 183 - DOSAGEM DE TRANSFERRINA |
| 02.02.01.070-8 - 194 - DOSAGEM DE VITAMINA B12 |
| 02.02.01.072-4 - 177 - ELETROFORESE DE PROTEINAS |
| 02.02.01.076-7 - 9300 - DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D |
| 02.02.02.016-9 - DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE LÚPICO |
| 02.02.02.020-7 - FATOR V  |
| 02.02.02.029-0 - DOSAGEM DE FIBRINOGENIO |
| 02.02.02.035-5 - 247 - ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA |
| 02.02.03.006-7 - 332 - DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50) |
| 02.02.03.007-5 - 289 - DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATÓIDE |
| 02.02.03.009-1 - 382 - DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA |
| 02.02.03.010-5 - 388 - DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA) |
| 02.02.03.012-1 - 333 - DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3 |
| 02.02.03.013-0 - 334 - DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4 |
| 02.02.03.015-6 - 335 - DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA) |
| 02.02.03.016-4 - 338 - DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) |
| 02.02.03.017-2 - 402 - DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG) |
| 02.02.03.018-0 - 339 - DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM) |
| 02.02.03.025-3 - 343 - PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA |
| 02.02.03.026-1 - 344 - PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA |
| 02.02.03.027-0 - 317 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA |
| 02.02.03.030-0 - 378 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA) |
| 02.02.03.032-6 - 359 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP) |
| 02.02.03.034-2 - 355 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM |
| 02.02.03.035-0 - 356 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO) |
| 02.02.03.036-9 - 357 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA) |
| 02.02.03.040-7 - 308 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS IgM |
| 02.02.03.042-3 - 399 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA) / SOROLOGIA IGG |
| 02.02.03.045-8 - 315 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70) |
| 02.02.03.048-2 - 319 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO (LKM-1) |
| 02.02.03.051-2 - ANTICORPOS ANTI LHOTA DE LANGERHANS |
| 02.02.03.055-5 - 326 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS (ANTI-TPO) |
| 02.02.03.056-3 - 322 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA |
| 02.02.03.058-0 - 323 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO |
| 02.02.03.059-8 - 324 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO |
| 02.02.03.062-8 - 379 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA |
| 02.02.03.063-6 - 348 - PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS) |
| 02.02.03.067-9 - 349 - PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV) |
| 02.02.03.068-7 - - PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE DELTA (ANTI-DELTA) |
| 02.02.03.072-5 - 400 - PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA / SOROLOGIA IGM |
| 02.02.03.073-3 -299- PESQUISA SE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VÍRUS DO EPSTEINBAAR (MONONUCLEOSE) |
| 02.02.03.074-1 - 397 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS |
| 02.02.03.076-8 - 372 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA |
| 02.02.03.077-6 - 330 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRIPANOSOMA CRUZI |
| 02.02.03.078-4 - 345 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL) |
| 02.02.03.081-4 - 342 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA |
| 02.02.03.083-0 - 358 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR |
| 02.02.03.084-9 - 367 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES |
| 02.02.03.085-7 - 398 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS |   |   |
| 02.02.03.087-3 - 373 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA |
| 02.02.03.088-1 - 277 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRIPANOSOMA CRUZI |
| 02.02.03.089-0 -346 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HEPATITE B (ANTI-HBC IgM) |
| 02.02.03.091-1 363- PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HEPATITE A |
| 02.02.03.092-0 - 6511 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA |
| 02.02.03.093-8 - 369 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER |
| 02.02.03.094-6 - 351 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR |
| 02.02.03.095-4 - 368 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES |
| 02.02.03.096-2 - 384 - PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA) |
| 02.02.03.097-0 - 365 - PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG) |
| 02.02.03.100-4 - DOSAGEM DE CRIOGLOBULINA |
| 02.02.03.103-9 - PESQUISA IMUNOGLOBULINAS E- IGE ESPECÍFICO  |
| 02.02.03.112-8 - 290 - TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS |
| 02.02.03.113-6 - 291 - TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS |
| 02.02.03.118-7 - 9471 - DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE RECOMBINANTE HUMANO IGA |
| 02.02.03.120-9 - DOSAGEM DE TROPONINA CARDIACA |
| 02.02.03.121-7 - 30105 - DOSAGEM DO ANTÍGENO CA125 |
| 02.02.05.008-4 - DOSAGEM DE CITRATO |
| 02.02.05.009-2 - 437 - DOSAGEM DE MICROALBUMINURIA NA URINA |
| 02.02.05.010-6 - 435 - DOSAGEM DO OXALATO |
| 02.02.05.021-1 - 468 - PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA |
| 02.02.06.004-7 - 505 - DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA |
| 02.02.06.009-8 - 495 - DOSAGEM DE ALDOSTERONA |
|

|  |
| --- |
| 02.02.06.011-0 - 506 - DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA |

 |
| 02.02.06.012-8 - DOSAGEM DE CALCITONINA |
| 02.02.06.013-6 - 475 - DOSAGEM DE CORTISOL |
| 02.02.06.013-6 - 475 - DOSAGEM DE CORTISOL LIVRE URINÁRIO |
| 02.02.06.014-4 - 496 - DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA) |
| 02.02.06.015-2 - 498 - DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT) |
| 02.02.06.016-0 - 487 - DOSAGEM DE ESTRADIOL |
| 02.02.06.020-9 -663 - DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA (TBG) |
| 02.02.06.021-7 - 477 - DOSAGEM DE GONADOTROFINA CARIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG) |
| 02.02.06.022-5 - 490 - DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH) |
| 02.02.06.023-3 - 476 - DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH) |
| 02.02.06.024-1 - 479 - DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH) |
| 02.02.06.025-0 - 491 - DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH) |
| 02.02.06.026-8 - 478 - DOSAGEM DE INSULINA |
| 02.02.06.027-6 - 507 - DOSAGEM DE PARATORMONIO |
| 02.02.06.028-4 - 664 - DOSAGEM DE PEPTIDEO C |
| 02.02.06.029-2 - 501 - DOSAGEM DE PROGESTERONA |
| 02.02.06.030-6 - 492 - DOSAGEM DE PROLACTINA |
| 02.02.06.031-4 - DOSAGEM DE RENINA |
| 02.02.06.032-2 - 508 - DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1) |
| 02.02.06.033-0 - 497 - DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS) |
| 02.02.06.034-9 - 503 - DOSAGEM DE TESTOSTERONA |
| 02.02.06.035-7 - 661 - DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE |
| 02.02.06.036-5 - 510 - DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA |
| 02.02.06.037-3 - 482 - DOSAGEM DE TIROXINA (T4) |
| 02.02.06.038-1 - 493 - DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE) |
| 02.02.06.039-0 - 483 - DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3) |
| 02.02.06.044-6 - 509 - TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA |
| 02.02.06.045-4 - 518 - TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE |
| 02.02.06.047-0 - 9568 - PESQUISA DE MACROPROLACTINA |
| 02.02.07.005-0 - 528 - DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO |
| 02.02.07.012-3 - 545 - DOSAGEM DE BARBITURATOS / FENOBARBITAL |
| 02.02.07.015-8 - 531 - DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA |
| 02.02.07.019-0 - 615 - DOSAGEM DE COBRE |
| 02.02.07.022-0 - 537 - DOSAGEM DE FENITOINA |
| 02.02.07.025-5 - 540 - DOSAGEM DE LITIO |
| 02.02.07.026-3 - DOSAGEM DE MERCÚRIO |
| 02.02.07.035-2 - 616 - DOSAGEM DE ZINCO |
| 02.02.08.001-3 - 577 - ANTIBIOGRAMA |
| 02.02.08.008-0 - 564 - CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO |
| 02.02.08.021-8 - 572 - PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI |
| 90.02.01.012-0 - 90017 - DOSAGEM DE ANTI - CITRULINA |
| 90.02.01.013-0 - 90018 - DOSAGEM DE CA 15-3 |
| 90.02.01.014-0 - 90019 - DOSAGEM DE CA 19-9 |
| 90.02.01.016-0 - 90021 -TESTE DE FALCIZAÇÃO |
| 90.02.01.018-0 - 90023 - DOSAGEM DE METANEFRINAS URINÁRIAS |
| 90.02.01.020-0 - 90025 - DOSAGEM DE VITAMINA A |
| 90.02.01.027-0 - 90032 - DOSAGEM DE TRAB ANTI RECEPTORES DE TSH |
| 90.02.01.030-0 - 90039 - DOSAGEM DE ANTI-GAD |
| 90.02.01.031-0 - 90040 - DOSAGEM DE SHBG - GLOBULINA TRANSP. HORMONIOS SEXUAIS |
| 90.02.01.042-0 - 90172 - DOSAGEM ENDOMÍSIO,ANTICORPOS IgA |
| 90.02.01.043-0 - 90173 - DOSAGEM DE ANTIGENO HLA-B27,PESQUISA PCR |
| 90.02.01.061-0 - 90199 - DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO LIVRE |
| 90.04.01.062-0 - 90168 - DOSAGEM DE ENDOMÍSIO,ANTICORPOS IgG |
| 90.04.01.063-0 - 90169 - DOSAGEM DE ENDOMÍSIO,ANTICORPOS IgM |
| 90.04.01.064-0 - 90170 - DOSAGEM DE GLIADINA,ANTICORPOS IgG |
| 90.04.01.065-0 - 90171 - DOSAGEM DE GLIADIINA,ANTICORPOS IgM |
| DOSAGEM DE HOMOCISTEINA |
| DOSAGEM DE PROTEÍNA C FUNCIONAL |
| DOSAGEM DE PROTEINA S FUNCIONAL |
| DOSAGEM DE ACTH - HORMÔNIO ANTIDRENOCORTICOTRÓFICO |
| DOSAGEM ANTICORPOS ANTINEUTRÓFILOS - ANCA |
| DOSAGEM DE VITAMINA E |
| DOSAGEM DE VITAMINA B1 |
| DOSAGEM DE CROMO |
| DOSAGEM DE CATECOLAMINAS |
| DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTICENTROMERO |
| DOSAGEM DE IGFB3 - PROTEÍNA LIGADORA DE IGF-1 |
| DOSAGEM DE TOXOPLASMOSE AVIDEZ IgG |
| DOSAGEM DE SEROTONINA |
|  |