



# Prefeitura Municipal de São João das Missões – MG

CNPJ: 01.612.486/0001-81

## CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS Nº: 01/2025 EXAMES DE ANÁLISES CLÍNICAS LABORATORIAIS PARA FINS DE DIAGNÓSTICOS

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS  
QUE ENTRE SI CELEBRAM A PREFEITURA  
MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DAS MISSÕES-  
/MGE O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL  
MULTIFINALITÁRIO ALTO MÉDIO SÃO  
FRANCISCO – CISAMSF.**

Pelo presente instrumento, de um lado o **MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DAS MISSÕES**, Estado de Minas Gerais, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ.: 01.612.486/0001-81, com sede administrativa na Praça Vicente de Paula, 300, bairro São Vicente- São João das Missões/MG, CEP: 39475-000, neste ato representado pelo(a) Exmo(a) Prefeito(a) Municipal, Sr. Jair Cavalcante Barbosa, brasileiro (a), casado, inscrito no CPF sob o nº 074.323.946-60, residente e domiciliado no Território Indígena Xakriabá no município de São João das Missões/MG, doravante denominado **CONTRATANTE** e do outro lado, **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL MULTIFINALITÁRIO ALTO MÉDIO SÃO FRANCISCO - CISAMSF**, consórcio público de direito público, na forma de Associação Pública, inscrito no CNPJ sob o nº 01.289.973/0001-55, com sede na Rua Professor Aurélio Caciquinho, nº 195, Bairro São Vicente, CEP: 39.480-000, Januária-MG, neste ato representado pelo Secretário Executivo, Sr. **Antônio Luiz Alves de Freitas**, brasileiro, casado, inscrito no CPF sob o nº 693.979.108-68, residente e domiciliado no Município de Januária-MG, em conformidade com seu estatuto, doravante denominado **CONTRATADO**, tendo em vista o que dispõe a Constituição da República Federativa do Brasil, em especial os seus artigos 196 e seguintes, a Lei Orgânica do Município, a Lei 8.080/90, o art. 3º, § 3º da Lei 8.142/90, a Lei 11.107/05 e o Decreto Federal 6.017/07, além das demais disposições gerais e regulamentares aplicáveis à espécie, e considerando que a licitação é **DISPENSADA**, nos termos do art. 2º, § 1º, III da Lei 11.107/05 c/c art. 18 do Decreto Federal 6.017/07, as partes acima identificadas celebram o presente termo de **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**, que se regerá, além da legislação citada, pelas cláusulas seguintes:

### CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1 O presente CONTRATO tem por objeto a execução pelo **Contratado**, a prestação de serviços de exames de análises clínicas laboratoriais para fins de diagnósticos, para atendimento aos municípios consorciados do CISAMSF, em observância as normas da

168



# Prefeitura Municipal de São João das Missões – MG

CNPJ: 01.612.486/0001-81

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e do Sistema Único de Saúde (SUS), instrumentos estes que regulamentam a prestação dos serviços.

1.2 Os serviços serão distribuídos e utilizados obedecendo o quantitativo estimado previamente pelo **Contratante**, dentro dos valores estabelecidos neste contrato (**teto financeiro**), de acordo com a demanda do **Contratante**, que através de relatórios acompanhará a execução dos mesmos, tudo de acordo com as normas do Sistema Único de Saúde - SUS.

1.3 Havendo demanda superior na quantidade de procedimentos contratados, o mesmo será objeto de solicitação prévia de acréscimos por parte do **Contratante** ao **Contratado**.

1.4 Mediante termo aditivo, e de acordo com a capacidade operacional do **Contratado**, o **Contratante** poderá considerando suas necessidades, fazer acréscimos ou supressões nos valores limites desse CONTRATO, durante o período de sua vigência, incluídas as prorrogações, por meio de solicitação justificada do Secretário de Saúde ou outra autoridade competente.

1.5 Faz parte integrante do objeto deste contrato a prestação dos serviços de exames de análises clínicas laboratoriais especificado na Tabela do **Anexo I**.

## CLÁUSULA SEGUNDA – DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS E DO LOCAL

2.1 Os atendimentos realizados diretamente no laboratório credenciado, deverão ser realizados mediante apresentação da Guia de Encaminhamento do CISAMSF, expedida individualmente pelas Secretarias Municipais de Saúde, juntamente com o pedido médico anexado.

2.2 A coleta do material será realizada pelos municípios integrantes do CISAMSF a saber: Itacarambi; Bonito de Minas; Cônego Marinho; Miravânia; Pedras de Maria da Cruz, Montalvânia, São João das Missões e Juvenília.

2.3 Os custos dos serviços de coleta, incluindo Profissional e Material necessários para a coleta, serão de responsabilidade do município.

2.4 O CREDENCIADO deverá atender os pacientes encaminhados pelo CISAMSF, através das Secretarias de Saúde dos municípios dele consorciados, oferecendo-lhes Exames de Análises Clínicas Laboratoriais.

2.5 Quando realizado diretamente no laboratório credenciado, os custos com material de



# Prefeitura Municipal de São João das Missões – MG

CNPJ: 01.612.486/0001-81

coleta será de inteira responsabilidade do credenciado.

## CLÁUSULA TERCEIRA – NORMAS GERAIS

3.1 Os serviços ora contratados serão prestados diretamente por profissionais do estabelecimento **Contratado**.

3.2 Para os efeitos deste CONTRATO, consideram-se profissionais do estabelecimento **Contratado**:

I - o profissional que tenha vínculo de empregado com o **Contratado**;

II - o profissional autônomo e/ou empresa contratados para a prestação de serviços ao **Contratado**;

III - o profissional/empresa credenciado pelo **Contratado** para execução complementar do objeto deste CONTRATO.

3.3 O **Contratado** não poderá cobrar do paciente ou de seu acompanhante qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados nos termos deste CONTRATO.

3.4 O **Contratado** responsabilizar-se-á por qualquer cobrança indevida, feita ao paciente ou seu representante, por profissional empregado, preposto ou credenciado, em razão da execução deste CONTRATO.

3.5 Sem prejuízo do acompanhamento da fiscalização e da normatividade suplementar exercido pelo **Contratante** sobre a execução do objeto deste CONTRATO, o mesmo reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS, decorrente da Legislação da Saúde.

3.6 É de responsabilidade exclusiva e integral do **Contratado** a utilização de pessoal para execução do objeto deste CONTRATO, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes do vínculo empregatício.

3.7 O **Contratado**, na hipótese de atraso superior a 30 (trinta) dias no pagamento devido pelo **Contratante**, fica livre de qualquer responsabilidade pelo não atendimento do paciente amparado pelo SUS; ressalvadas as situações de calamidade pública ou grave ameaça da ordem interna ou as situações de urgência e emergência.



## Prefeitura Municipal de São João das Missões – MG

CNPJ: 01.612.486/0001-81

### CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO

4.1 Para o cumprimento do objeto deste CONTRATO, o **Contratado** se obriga a oferecer ao paciente todo recurso necessário ao seu atendimento e, ainda a:

I – não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;

II – atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços;

III – justificar ao paciente, ou a seu responsável, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato previsto no CONTRATO;

IV – notificar o **Contratante** de quaisquer ocorrências relevantes que envolvam a execução dos objetos deste CONTRATO.

### CLÁUSULA QUINTA – DA RESPONSABILIDADE DO CONTRATADO

5.1 O **Contratado** é responsável pela indenização de dano causado ao paciente, aos demais órgãos do Sistema Único de Saúde e a terceiros a eles vinculados, decorrentes de ato ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência, praticadas por seus empregados, profissionais ou prepostos, ficando assegurado ao **Contratado** o direito de regresso.

**Parágrafo único.** A fiscalização ou acompanhamento da execução deste CONTRATO pelos órgãos competentes do SUS não reduz a responsabilidade do **Contratado**.

### CLÁUSULA SEXTA – DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

6.1 Constituem obrigações do **CONTRATANTE**:

I – efetivar, com exclusividade, o controle e distribuição da utilização dos serviços contratados, encaminhando os pacientes para os locais informados pelo **Contratado**, **dentro dos valores estabelecidos neste CONTRATO**;

II – efetivar, para o atendimento do usuário, a devida marcação no(s) sistema(s) disponibilizado(s) pelo **Contratado** ou pelos Credenciados, com a antecedência estabelecida;



# Prefeitura Municipal de São João das Missões – MG

CNPJ: 01.612.486/0001-81

III – propor aditamento, remanejar ou interromper as marcações em caso de utilização total dos valores estabelecidos neste CONTRATO, sob pena de arcar, incontestemente, com as diferenças apuradas;

IV – comunicar o **Contratado** quanto a qualquer problema ou ocorrência na prestação dos serviços;

V – manter em rigorosa pontualidade os pagamentos;

VI – providenciar as dotações orçamentárias, reservas e empenhos necessários à fiel contraprestação deste CONTRATO.

## CLÁUSULA SÉTIMA – DO VALOR GLOBAL ESTIMADO

7.1 O valor deste CONTRATO corresponde à importância global de **R\$ 696.523,78** (Seiscentos e noventa e seis mil quinhentos e vinte e três reais e setenta e oito centavos) que serão manejados e distribuídos MENSALMENTE sob demanda do **Contratante** e disponibilidade do **Contratado**, mediante agendamentos prévios.

7.2 O valor estabelecido no caput desta Cláusula refere-se ao teto financeiro do CONTRATO, os quantitativos são estimados não se obriga ao “**Contratante**” na contratação de todos os quantitativos dos serviços nem ao pagamento do valor global descrito acima e sim ao pagamento por conta da prestação de serviços efetivamente requisitados pelas respectivas Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios Consorciados, desde que efetivamente prestados.

7.3 Os valores de cada procedimento foram definidos através do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP). O reajuste nessa tabela será automaticamente aplicado no presente contrato.

7.4 O valor estipulado no caput desta Cláusula será pago mensalmente, conforme demanda, cabendo ao **Contratante** acompanhar a execução através de relatórios encaminhados pelo **Contratado**, sendo do **Contratante** a responsabilidade exclusiva pelo controle de gastos mensais e globais deste CONTRATO.

7.5 As quantidades previstas na tabela anexa à este instrumento reflete o quantitativo estimado informado previamente pelo **Contratante**.

## CLÁUSULA OITAVA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Pç. Vicente Paula, 302 – Centro - CEP: 39.475-000  
e-mail: [licitacoes@saojoaodasmissoes.mg.gov.br](mailto:licitacoes@saojoaodasmissoes.mg.gov.br)



## Prefeitura Municipal de São João das Missões – MG

CNPJ: 01.612.486/0001-81

8.1 As despesas decorrentes do presente CONTRATO correrão a conta da Dotação Orçamentária:

**081310.302.0015.2092. 3339039000000. 1500001002 – FICHA 308**

**081310.302.0015.2092. 3339039000000. 1600000000 – FICHA 1126**

### CLÁUSULA NONA – DA APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS DE COBRANÇA E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

9.1 O preço estipulado neste CONTRATO será pago da seguinte forma, sob pena de incidência de multa de 2% (dois por cento) e atualização monetária:

**I – O Contratado** apresentará mensalmente ao **Contratante**, até o 3º (terceiro) dia útil de cada mês, os **documentos de cobrança/notas fiscais** e os **relatórios referentes aos serviços efetivamente prestados** no período de 1º (primeiro) ao dia 30 (trinta) do mês corrente, documentos estes sujeitos à validação do **Contratante**;

**II – O Contratante** pagará ao **Contratado** o valor referente ao documento de cobrança/nota fiscal, até o vigésimo dia útil do mês corrente;

**III –** para fins de prova da data de apresentação dos relatórios de prestação de serviços e do documento de cobrança/nota fiscal e observância dos prazos de pagamento, será entregue ao **Contratado** recibo ou contrafé, assinado ou rubricado pelo servidor do **Contratante**, com aposição do respectivo carimbo funcional ou identificação funcional.

**IV –** Os relatórios rejeitados pelo serviço de processamento de dados, contendo incorreções, serão devolvidos ao **Contratado** para correção, no prazo de 2 (dois) dias, devendo ser reapresentados até o último dia útil do mês em que ocorreu a devolução. O documento reapresentado será acompanhado do correspondente documento original devidamente inutilizado por meio de carimbo.

**V –** Ocorrendo erro, falha ou falta de processamento dos relatórios de prestação de serviços por culpa do **Contratante**, este garantirá ao **Contratado** o pagamento, no prazo avençado neste CONTRATO, pelos valores do mês imediatamente anterior, acertando-se as diferenças que houver no pagamento seguinte, mas ficando o **Contratante** exonerado do pagamento de multas e sanções financeiras, obrigando-se, entretanto, a corrigir monetariamente os créditos de outros acréscimos porventura incidentes nas diferenças apuradas em favor do **Contratado**.



# Prefeitura Municipal de São João das Missões – MG

CNPJ: 01.612.486/0001-81

**VI** – Os relatórios rejeitados por questionamentos concernentes ao mérito serão objetos de análise pelos órgãos de avaliação e controle do **Contratado** (Consórcio) e **Contratante** (Município).

## CLÁUSULA DÉCIMA – DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA E FISCALIZAÇÃO

10.1 A execução do presente CONTRATO será avaliada pelos órgãos competentes, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste instrumento, e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados.

10.2 Sob critérios definidos em normatização complementar, poderá, em casos específicos, ser realizada auditoria especializada.

10.3 Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operacional do **Contratado** poderá ensejar a não prorrogação deste CONTRATO ou a revisão das condições ora estipuladas.

10.4 A fiscalização exercida pelo **Contratante** sobre os serviços ora contratados, não eximirá o **Contratado** da sua plena responsabilidade perante o **Contratante** ou para com os pacientes e terceiros, decorrentes de culpa ou dolo na execução do CONTRATO.

10.5 O **Contratado** facilitará ao **Contratante** o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que forem solicitados pelos servidores do **Contratante**, designados para tal fim.

10.6 Em qualquer hipótese é assegurado ao **Contratado** amplo direito de defesa, utilizando-se, de forma analógica, os termos das normas gerais da Lei Federal de Licitações e Contratos Administrativos.

## CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS PENALIDADES

11.1 Ficam as partes sujeitas a multa de 10% (dez por cento) do valor total do CONTRATO em caso de infração de qualquer cláusula ou condições do presente instrumento, sem prejuízo das demais penalidades, utilizando-se, analogicamente, aquelas previstas na legislação referente a licitações e contratos administrativos, assegurado o direito à ampla defesa.



# Prefeitura Municipal de São João das Missões – MG

CNPJ: 01.612.486/0001-81

**Parágrafo único.** O valor da multa será descontado dos pagamentos devidos pelo **Contratante** ao **Contratado** em caso de infração por parte deste último, ou cobrada do **Contratante** em caso de infração por parte do **mesmo**.

## CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA RESCISÃO

12.1 Constituem motivos para rescisão do presente CONTRATO o não cumprimento de quaisquer de suas cláusulas e condições, bem como, de forma analógica, os motivos previstos na legislação referente a licitações e contratos administrativos, sem prejuízo da multa prevista na Cláusula anterior.

**Parágrafo único.** Em caso de rescisão contratual, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, será observado o prazo de 60 (sessenta) dias antes que cesse definitivamente a prestação dos serviços. Se neste prazo o **Contratado** negligenciar a prestação dos serviços ou o **Contratante** deixar de efetivar os pagamentos ora contratados, a multa cabível poderá ser duplicada.

## CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DOS RECURSOS PROCESSUAIS

13.1 Dos atos de aplicação de penalidade prevista neste CONTRATO, ou de sua rescisão, praticados pelo **Contratante**, cabe recurso no prazo de cinco (5) dias úteis, a contar da intimação do ato.

13.2 Da decisão do Prefeito que rescindir o presente CONTRATO, cabe inicialmente pedido de reconsideração, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a contar da intimação do ato.

13.3 Sobre o pedido de reconsideração formulado nos termos do parágrafo antecedente, o Prefeito deverá manifestar-se no prazo de quinze (15) dias e poderá, ao recebê-lo, atribuir-lhe eficácia suspensiva, fazendo-o motivadamente diante de razões de interesse público.

## CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO

14.1 A duração do presente CONTRATO será de **17/01/2025 até o dia 31/12/2025**, podendo ser prorrogado mediante Termo Aditivo.

14.2 A prestação dos Serviços deverá estar disponibilizado ao **CONTRATANTE** imediatamente após a assinatura do CONTRATO.

## CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS



# Prefeitura Municipal de São João das Missões – MG

CNPJ: 01.612.486/0001-81

15.1 Os ajustes logísticos e operacionais deste CONTRATO são definidos pelo **Contratado** através de participação efetiva do **Contratante** por meio de reuniões periódicas realizadas com os Secretários de Saúde de todos os municípios consorciados ao **Contratado**.

15.2 Nos termos do Código de Processo Civil (art. 784, II), o presente CONTRATO, como documento público, constitui-se em título executivo extrajudicial.

## CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO FORO

16.1 As partes elegem o Foro da Comarca de Januária/MG, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja para dirimir questões oriundas do presente CONTRATO que não puderem ser resolvidas pelas partes e pela Assembleia Geral/Conselho de Prefeitos.

E, por estarem às partes justas e contratadas, firmam o presente CONTRATO em duas (02) vias de igual teor e forma para um único efeito, na presença de duas testemunhas, abaixo assinadas.

São João das Missões - MG, 17 de janeiro de 2025.

**Jair Cavalcante Barbosa**

Prefeito Municipal de São João das Missões-MG

**Antônio Luiz Alves de Freitas**

Secretário Executivo do CISAMSF

### Testemunhas:

1. Nome: Adriana A. Costa  
CPF.: 000 576 516 - 64

2. Nome: Jefferson Costa Neto  
CPF.: 069 636 436 70



# Prefeitura Municipal de São João das Missões – MG

CNPJ: 01.612.486/0001-81

**INDICAMOS NA PLANILHA ABAIXO O(S) SERVIÇO (S) EM QUE TEMOS INTERESSE EM CONTRATAR.**

TABELA DE EXAMES DE ANÁLISES CLÍNICAS LABORATORIAIS.

ITEM	EXAMES LABORATORIAIS	CÓDIGO SIGTAP/SUS	VALOR SUS	QUANT. ESTIMADA	VLR.TOTAL ESTIMADO
1	CLEARANCE OSMOLAR	02.02.01.001-5	R\$ 3,51	30	R\$ 105,30
2	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	02.02.01.002-3	R\$ 2,01	500	R\$ 1.005,00
3	DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS	02.02.01.003-1	R\$ 15,65	30	R\$ 469,50
4	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	02.02.01.004-0	R\$ 3,63	250	R\$ 907,50
5	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUÇÃO POR CORTISONA (5 DOSAGENS)	02.02.01.005-8	R\$ 6,55	60	R\$ 393,00
6	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUÇÃO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	02.02.01.006-6	R\$ 3,68	60	R\$ 220,80
7	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	02.02.01.007-4	R\$ 10,00	50	R\$ 500,00
8	DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE	02.02.01.008-2	R\$ 3,51	25	R\$ 87,75
9	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	02.02.01.009-0	R\$ 3,51	25	R\$ 87,75
10	DOSAGEM DE ACETONA	02.02.01.010-4	R\$ 1,85	100	R\$ 185,00
11	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	02.02.01.011-2	R\$ 2,01	130	R\$ 261,30
12	DOSAGEM DE ACIDO URICO	02.02.01.012-0	R\$ 1,85	2100	R\$ 3.885,00
13	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	02.02.01.013-9	R\$ 9,00	80	R\$ 720,00
14	DOSAGEM DE ALDOLASE	02.02.01.014-7	R\$ 3,68	80	R\$ 294,40
15	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	02.02.01.015-5	R\$ 3,68	40	R\$ 147,20
16	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	02.02.01.016-3	R\$ 3,68	40	R\$ 147,20
17	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	02.02.01.017-1	R\$ 3,68	40	R\$ 147,20
18	DOSAGEM DE AMILASE	02.02.01.018-0	R\$ 2,25	1000	R\$ 2.250,00
19	DOSAGEM DE AMONIA	02.02.01.019-8	R\$ 3,51	40	R\$ 140,40
20	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	02.02.01.020-1	R\$ 2,01	880	R\$ 1.768,80
21	DOSAGEM DE CALCIO	02.02.01.021-0	R\$ 1,85	800	R\$ 1.480,00
22	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	02.02.01.022-8	R\$ 3,51	100	R\$ 351,00
23	DOSAGEM DE CAROTENO	02.02.01.023-6	R\$ 2,01	40	R\$ 80,40
24	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	02.02.01.025-2	R\$ 3,68	40	R\$ 147,20
25	DOSAGEM DE CLORETO	02.02.01.026-0	R\$ 1,85	350	R\$ 647,50
26	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	02.02.01.027-9	R\$ 3,51	4000	R\$ 14.040,00
27	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	02.02.01.028-7	R\$ 3,51	4000	R\$ 14.040,00
28	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	02.02.01.029-5	R\$ 1,85	5000	R\$ 9.250,00
29	DOSAGEM DE COLINESTERASE	02.02.01.030-9	R\$ 3,68	40	R\$ 147,20
30	DOSAGEM DE CREATININA	02.02.01.031-7	R\$ 1,85	2800	R\$ 5.180,00
31	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	02.02.01.032-5	R\$ 3,68	200	R\$ 736,00

Pç. Vicente Paula, 302 – Centro - CEP: 39.475-000

e-mail: [licitacoes@saojoaodasmissoes.mg.gov.br](mailto:licitacoes@saojoaodasmissoes.mg.gov.br)



# Prefeitura Municipal de São João das Missões – MG

CNPJ: 01.612.486/0001-81

32	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	02.02.01.033-3	R\$ 4,12	120	R\$ 494,40
33	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	02.02.01.034-1	R\$ 3,51	120	R\$ 421,20
34	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	02.02.01.035-0	R\$ 3,51	120	R\$ 421,20
35	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	02.02.01.036-8	R\$ 3,68	400	R\$ 1.472,00
36	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	02.02.01.037-6	R\$ 3,68	120	R\$ 441,60
37	DOSAGEM DE FERRITINA	02.02.01.038-4	R\$ 15,59	800	R\$ 12.472,00
38	DOSAGEM DE FERRO SERICO	02.02.01.039-2	R\$ 3,51	800	R\$ 2.808,00
39	DOSAGEM DE FOLATO	02.02.01.040-6	R\$ 15,65	200	R\$ 3.130,00
40	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	02.02.01.041-4	R\$ 2,01	200	R\$ 402,00
41	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	02.02.01.042-2	R\$ 2,01	900	R\$ 1.809,00
42	DOSAGEM DE FOSFORO	02.02.01.043-0	R\$ 1,85	600	R\$ 1.110,00
43	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	02.02.01.044-9	R\$ 2,01	300	R\$ 603,00
44	DOSAGEM DE GALACTOSE	02.02.01.045-7	R\$ 3,51	150	R\$ 526,50
45	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	02.02.01.046-5	R\$ 3,51	1054	R\$ 3.699,54
46	DOSAGEM DE GLICOSE	02.02.01.047-3	R\$ 1,85	7262	R\$ 13.434,70
47	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	02.02.01.048-1	R\$ 3,68	100	R\$ 368,00
48	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	02.02.01.049-0	R\$ 3,68	100	R\$ 368,00
49	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	02.02.01.050-3	R\$ 7,86	2000	R\$ 15.720,00
50	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	02.02.01.051-1	R\$ 3,68	139	R\$ 511,52
51	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	02.02.01.052-0	R\$ 3,51	139	R\$ 487,89
52	DOSAGEM DE LACTATO	02.02.01.053-8	R\$ 3,68	189	R\$ 695,52
53	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	02.02.01.054-6	R\$ 3,51	139	R\$ 487,89
54	DOSAGEM DE LIPASE	02.02.01.055-4	R\$ 2,25	900	R\$ 2.025,00
55	DOSAGEM DE MAGNESIO	02.02.01.056-2	R\$ 2,01	1000	R\$ 2.010,00
56	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	02.02.01.057-0	R\$ 2,01	400	R\$ 804,00
57	DOSAGEM DE PIRUVATO	02.02.01.058-9	R\$ 3,68	139	R\$ 511,52
58	DOSAGEM DE PORFIRINAS	02.02.01.059-7	R\$ 3,51	139	R\$ 487,89
59	DOSAGEM DE POTASSIO	02.02.01.060-0	R\$ 1,85	1000	R\$ 1.850,00
60	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	02.02.01.061-9	R\$ 1,40	855	R\$ 1.197,00
61	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	02.02.01.062-7	R\$ 1,85	855	R\$ 1.581,75
62	DOSAGEM DE SODIO	02.02.01.063-5	R\$ 1,85	1000	R\$ 1.850,00
63	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA	02.02.01.064-3	R\$ 2,01	2000	R\$ 4.020,00
64	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA	02.02.01.065-1	R\$ 2,01	2000	R\$ 4.020,00
65	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	02.02.01.066-0	R\$ 4,12	700	R\$ 2.884,00
66	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	02.02.01.067-8	R\$ 3,51	5000	R\$ 17.550,00
67	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	02.02.01.068-6	R\$ 3,51	100	R\$ 351,00
68	DOSAGEM DE UREIA	02.02.01.069-4	R\$ 1,85	3000	R\$ 5.550,00



# Prefeitura Municipal de São João das Missões – MG

CNPJ: 01.612.486/0001-81

69	DOSAGEM DE VITAMINA B12	02.02.01.070-8	R\$ 15,24	700	R\$ 10.668,00
70	ELETRÓFORESE DE LIPOPROTEÍNAS	02.02.01.071-6	R\$ 3,68	100	R\$ 368,00
71	ELETRÓFORESE DE PROTEÍNAS	02.02.01.072-4	R\$ 4,42	531	R\$ 2.347,02
72	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS 2) (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	02.02.01.073-2	R\$ 15,65	20	R\$ 313,00
73	PROVA DA D-XILOSE	02.02.01.074-0	R\$ 3,68	120	R\$ 441,60
74	TESTE TOLERANCIA A INSULINA /HIPOGLICEMIANTES ORAIS	02.02.01.075-9	R\$ 6,55	120	R\$ 786,00
75	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	02.02.01.076-7	R\$ 15,24	600	R\$ 9.144,00
76	DETERMINAÇÃO DE CREMATÓCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO	02.02.01.077-5	R\$ 1,53	165	R\$ 252,45
77	ACIDEZ TITULÁVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)	02.02.01.078-3	R\$ 3,04	100	R\$ 304,00
78	CITOQUÍMICA HEMATOLOGICA	02.02.02.001-0	R\$ 6,48	100	R\$ 648,00
79	CONTAGEM DE PLAQUETAS	02.02.02.002-9	R\$ 2,73	1000	R\$ 2.730,00
80	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	02.02.02.003-7	R\$ 2,73	500	R\$ 1.365,00
81	DETERMINAÇÃO DE CURVA DE RESISTÊNCIA GLOBULAR	02.02.02.004-5	R\$ 2,73	200	R\$ 546,00
82	DETERMINAÇÃO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	02.02.02.005-3	R\$ 2,73	200	R\$ 546,00
83	DETERMINAÇÃO DE SULFO-HEMOGLOBINA	02.02.02.006-1	R\$ 2,73	150	R\$ 409,50
84	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	02.02.02.007-0	R\$ 2,73	1300	R\$ 3.549,00
85	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	02.02.02.008-8	R\$ 2,73	200	R\$ 546,00
86	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO –DUKE	02.02.02.009-6	R\$ 2,73	500	R\$ 1.365,00
87	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	02.02.02.010-0	R\$ 9,00	60	R\$ 540,00
88	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMÁCIAS	02.02.02.011-8	R\$ 5,79	60	R\$ 347,40
89	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA	02.02.02.012-6	R\$ 2,85	1000	R\$ 2.850,00
90	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	02.02.02.013-4	R\$ 5,77	1000	R\$ 5.770,00
91	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA	02.02.02.014-2	R\$ 2,73	1000	R\$ 2.730,00
92	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSEDIMENTAÇÃO	02.02.02.015-0	R\$ 2,73	1000	R\$ 2.730,00
93	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	02.02.02.016-9	R\$ 4,11	120	R\$ 493,20
94	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	02.02.02.017-7	R\$ 6,48	120	R\$ 777,60
95	DOSAGEM DE FATOR II	02.02.02.018-5	R\$ 5,31	120	R\$ 637,20
96	DOSAGEM DE FATOR IX	02.02.02.019-3	R\$ 7,61	120	R\$ 913,20
97	DOSAGEM DE FATOR V	02.02.02.020-7	R\$ 4,73	120	R\$ 567,60
98	DOSAGEM DE FATOR VII	02.02.02.021-5	R\$ 8,09	120	R\$ 970,80
99	DOSAGEM DE FATOR VIII	02.02.02.022-3	R\$ 6,63	120	R\$ 795,60
100	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	02.02.02.023-1	R\$ 15,00	60	R\$ 900,00
101	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	02.02.02.024-0	R\$ 18,91	60	R\$ 1.134,60
102	DOSAGEM DE FATOR X	02.02.02.025-8	R\$ 6,66	60	R\$ 399,60
103	DOSAGEM DE FATOR XI	02.02.02.026-6	R\$ 9,11	40	R\$ 364,40
104	DOSAGEM DE FATOR XII	02.02.02.027-4	R\$ 10,51	50	R\$ 525,50



# Prefeitura Municipal de São João das Missões – MG

CNPJ: 01.612.486/0001-81

105	DOSAGEM DE FATOR XIII	02.02.02.028-2	R\$ 6,66	50	R\$ 333,00
106	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	02.02.02.029-0	R\$ 4,60	50	R\$ 230,00
107	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	02.02.02.030-4	R\$ 1,53	800	R\$ 1.224,00
108	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37°C	02.02.02.031-2	R\$ 2,73	100	R\$ 273,00
109	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	02.02.02.032-0	R\$ 2,73	100	R\$ 273,00
110	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	02.02.02.033-9	R\$ 2,73	100	R\$ 273,00
111	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	02.02.02.034-7	R\$ 4,11	100	R\$ 411,00
112	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	02.02.02.035-5	R\$ 5,41	500	R\$ 2.705,00
113	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	02.02.02.036-3	R\$ 2,73	1500	R\$ 4.095,00
114	HEMATOCRITO	02.02.02.037-1	R\$ 1,53	1500	R\$ 2.295,00
115	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	R\$ 4,11	10000	R\$ 41.100,00
116	LEUCOGRAMA	02.02.02.039-8	R\$ 2,73	1000	R\$ 2.730,00
117	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	02.02.02.040-1	R\$ 25,00	20	R\$ 500,00
118	PESQUISA DE CELULAS LE	02.02.02.041-0	R\$ 4,11	60	R\$ 246,60
119	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	02.02.02.042-8	R\$ 2,73	60	R\$ 163,80
120	PESQUISA DE FILARIA	02.02.02.043-6	R\$ 2,73	60	R\$ 163,80
121	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	02.02.02.044-4	R\$ 2,73	60	R\$ 163,80
122	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	02.02.02.046-0	R\$ 2,73	150	R\$ 409,50
123	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	02.02.02.048-7	R\$ 4,11	100	R\$ 411,00
124	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	02.02.02.049-5	R\$ 2,73	100	R\$ 273,00
125	PROVA DO LACO	02.02.02.050-9	R\$ 2,73	100	R\$ 273,00
126	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	02.02.02.051-7	R\$ 2,73	40	R\$ 109,20
127	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	02.02.02.052-5	R\$ 12,00	20	R\$ 240,00
128	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	02.02.02.053-3	R\$ 2,73	20	R\$ 54,60
129	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	02.02.02.054-1	R\$ 2,73	80	R\$ 218,40
130	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	02.02.03.001-6	R\$ 15,00	40	R\$ 600,00
131	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	02.02.03.002-4	R\$ 15,00	40	R\$ 600,00
132	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	02.02.03.003-2	R\$ 15,00	40	R\$ 600,00
133	DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)	02.02.03.004-0	R\$ 65,00	20	R\$ 1.300,00
134	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	02.02.03.005-9	R\$ 96,00	10	R\$ 960,00
135	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	02.02.03.006-7	R\$ 9,25	40	R\$ 370,00
136	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	02.02.03.007-5	R\$ 2,83	1300	R\$ 3.679,00
137	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	R\$ 9,25	1300	R\$ 12.025,00
138	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	02.02.03.009-1	R\$ 15,06	50	R\$ 753,00
139	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	02.02.03.010-5	R\$ 16,42	500	R\$ 8.210,00
140	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	02.02.03.011-3	R\$ 13,55	20	R\$ 271,00
141	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	02.02.03.012-1	R\$ 17,16	20	R\$ 343,20



# Prefeitura Municipal de São João das Missões – MG

CNPJ: 01.612.486/0001-81

142	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	02.02.03.013-0	R\$ 17,16	20	R\$ 343,20
143	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	02.02.03.014-8	R\$ 2,83	20	R\$ 56,60
144	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	02.02.03.015-6	R\$ 17,16	20	R\$ 343,20
145	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	02.02.03.016-4	R\$ 9,25	60	R\$ 555,00
146	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	02.02.03.018-0	R\$ 17,16	20	R\$ 343,20
147	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	02.02.03.019-9	R\$ 9,25	20	R\$ 185,00
148	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	02.02.03.020-2	R\$ 2,83	1400	R\$ 3.962,00
149	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	02.02.03.021-0	R\$ 298,48	15	R\$ 4.477,20
150	IMUNOELETOFORESE DE PROTEINAS	02.02.03.022-9	R\$ 17,16	50	R\$ 858,00
151	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	02.02.03.023-7	R\$ 80,00	15	R\$ 1.200,00
152	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	02.02.03.025-3	R\$ 10,00	150	R\$ 1.500,00
153	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	02.02.03.026-1	R\$ 10,00	150	R\$ 1.500,00
154	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	02.02.03.027-0	R\$ 8,67	80	R\$ 693,60
155	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	02.02.03.028-8	R\$ 17,16	40	R\$ 686,40
156	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	02.02.03.029-6	R\$ 85,00	40	R\$ 3.400,00
157	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	02.02.03.030-0	R\$ 10,00	800	R\$ 8.000,00
158	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	02.02.03.031-8	R\$ 18,55	180	R\$ 3.339,00
159	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA RNP	02.02.03.032-6	R\$ 17,16	40	R\$ 686,40
160	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	02.02.03.033-4	R\$ 5,74	40	R\$ 229,60
161	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	02.02.03.034-2	R\$ 17,16	40	R\$ 686,40
162	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	02.02.03.035-0	R\$ 18,55	40	R\$ 742,00
163	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	02.02.03.036-9	R\$ 18,55	40	R\$ 742,00
164	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	02.02.03.037-7	R\$ 9,25	30	R\$ 277,50
165	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	02.02.03.038-5	R\$ 10,00	30	R\$ 300,00
166	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	02.02.03.039-3	R\$ 9,25	30	R\$ 277,50
167	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	02.02.03.040-7	R\$ 3,70	30	R\$ 111,00
168	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	02.02.03.041-5	R\$ 5,83	20	R\$ 116,60
169	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IFI)	02.02.03.042-3	R\$ 10,00	20	R\$ 200,00
170	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL	02.02.03.043-1	R\$ 17,16	20	R\$ 343,20
171	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	02.02.03.044-0	R\$ 9,25	20	R\$ 185,00
172	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	02.02.03.045-8	R\$ 10,00	20	R\$ 200,00
173	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	02.02.03.046-6	R\$ 9,70	20	R\$ 194,00
174	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	02.02.03.047-4	R\$ 2,83	1600	R\$ 4.528,00
175	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	02.02.03.048-2	R\$ 10,00	20	R\$ 200,00
176	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	02.02.12.010-4	R\$ 5,79	20	R\$ 115,80
177	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	02.02.03.050-4	R\$ 10,00	20	R\$ 200,00
178	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	02.02.03.051-2	R\$ 10,00	20	R\$ 200,00

361



# Prefeitura Municipal de São João das Missões – MG

CNPJ: 01.612.486/0001-81

179	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	02.02.03.052-0	R\$ 17,16	20	R\$ 343,20
180	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	02.02.03.053-9	R\$ 4,10	20	R\$ 82,00
181	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	02.02.03.054-7	R\$ 5,50	20	R\$ 110,00
182	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	02.02.03.055-5	R\$ 17,16	20	R\$ 343,20
183	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	02.02.03.056-3	R\$ 17,16	20	R\$ 343,20
184	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	02.02.03.057-1	R\$ 17,16	20	R\$ 343,20
185	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	02.02.03.058-0	R\$ 17,16	20	R\$ 343,20
186	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	02.02.03.059-8	R\$ 17,16	150	R\$ 2.574,00
187	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	02.02.03.060-1	R\$ 17,16	20	R\$ 343,20
188	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	02.02.03.061-0	R\$ 10,00	20	R\$ 200,00
189	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	02.02.03.062-8	R\$ 17,16	80	R\$ 1.372,80
190	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI HBS)	02.02.03.063-6	R\$ 18,55	200	R\$ 3.710,00
191	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	02.02.03.064-4	R\$ 18,55	200	R\$ 3.710,00
192	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	02.02.03.065-2	R\$ 7,78	20	R\$ 155,60
193	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA SPOROTRIX SCHENKII	02.02.03.066-0	R\$ 9,71	20	R\$ 194,20
194	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE (ANTI-HCV)	02.02.03.067-9	R\$ 18,55	300	R\$ 5.565,00
195	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	02.02.03.068-7	R\$ 18,55	90	R\$ 1.669,50
196	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	02.02.03.069-5	R\$ 9,25	20	R\$ 185,00
197	PESQUISA DE ANTICORPOS PARACOCCIDIOIDE BRASILIENSIS	02.02.03.070-9	R\$ 4,10	20	R\$ 82,00
198	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO	02.02.03.071-7	R\$ 18,55	60	R\$ 1.113,00
199	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	02.02.03.072-5	R\$ 17,16	20	R\$ 343,20
200	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS EPSTEIN-BARR	02.02.03.073-3	R\$ 2,83	40	R\$ 113,20
201	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	02.02.03.074-1	R\$ 11,00	600	R\$ 6.600,00
202	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	02.02.03.075-0	R\$ 9,25	60	R\$ 555,00
203	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	02.02.03.076-8	R\$ 16,97	600	R\$ 10.182,00
204	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	02.02.03.077-6	R\$ 9,25	100	R\$ 925,00
205	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENOCENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI HBC TOTAL)	02.02.03.078-4	R\$ 18,55	230	R\$ 4.266,50
206	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS	02.02.03.079-2	R\$ 30,00	40	R\$ 1.200,00
207	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	02.02.03.080-6	R\$ 18,55	100	R\$ 1.855,00
208	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG RUBEOLA (RUBEOLA IGG)	02.02.03.081-4	R\$ 17,16	700	R\$ 12.012,00
209	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG VARICELA-HERPES ZOSTER	02.02.03.082-2	R\$ 17,16	80	R\$ 1.372,80
210	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG EPSTEIN-BARR	02.02.03.083-0	R\$ 17,16	80	R\$ 1.372,80
211	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG HERPES SIMPLIS	02.02.03.084-9	R\$ 17,16	80	R\$ 1.372,80
212	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	02.02.03.085-7	R\$ 11,61	300	R\$ 3.483,00



# Prefeitura Municipal de São João das Missões – MG

CNPJ: 01.612.486/0001-81

213	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	02.02.03.086-5	R\$ 10,00	60	R\$ 600,00
214	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	02.02.03.087-3	R\$ 18,55	600	R\$ 11.130,00
215	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	02.02.03.088-1	R\$ 9,25	100	R\$ 925,00
216	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI HBC IGM)	02.02.03.089-0	R\$ 18,55	60	R\$ 1.113,00
217	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS	02.02.03.090-3	R\$ 20,00	60	R\$ 1.200,00
218	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGM)	02.02.03.091-1	R\$ 18,55	60	R\$ 1.113,00
219	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM RUBEOLA (RUBEOLA IGM)	02.02.03.092-0	R\$ 17,16	300	R\$ 5.148,00
220	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM VARICELA-HERPES ZOSTER	02.02.03.093-8	R\$ 17,16	90	R\$ 1.544,40
221	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM EPSTEIN-BARR	02.02.03.094-6	R\$ 17,16	90	R\$ 1.544,40
222	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM HERPES SIMPLIS	02.02.03.095-4	R\$ 17,16	90	R\$ 1.544,40
223	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	02.02.03.096-2	R\$ 13,35	130	R\$ 1.735,50
224	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE HEPATITE B (HBSAG)	02.02.03.097-0	R\$ 18,55	500	R\$ 9.275,00
225	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	02.02.03.098-9	R\$ 18,55	120	R\$ 2.226,00
226	DETECÇÃO DE CLAMIDIA E GONOCOCO POR BIOLOGIA MOLECULAR	02.02.03.099-7	R\$ 60,00	40	R\$ 2.400,00
227	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	02.02.03.100-4	R\$ 2,83	120	R\$ 339,60
228	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	02.02.03.101-2	R\$ 4,10	800	R\$ 3.280,00
229	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA	02.02.03.102-0	R\$ 10,00	150	R\$ 1.500,00
230	PESQUISA DE IGE ALERGENO-ESPECIFICA	02.02.03.103-9	R\$ 9,25	100	R\$ 925,00
231	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IFI)	02.02.03.104-7	R\$ 10,00	100	R\$ 1.000,00
232	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	02.02.03.105-5	R\$ 1,77	100	R\$ 177,00
233	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	02.02.03.106-3	R\$ 1,77	100	R\$ 177,00
234	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	02.02.03.107-1	R\$ 18,00	80	R\$ 1.440,00
235	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	02.02.03.108-0	R\$ 168,48	20	R\$ 3.369,60
236	TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	02.02.03.109-8	R\$ 4,10	200	R\$ 820,00
237	REACAO DE MONTENEGRO ID	02.02.03.110-1	R\$ 2,83	100	R\$ 283,00
238	TESTE DE VDRL P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	02.02.03.111-0	R\$ 2,83	800	R\$ 2.264,00
239	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	02.02.03.112-8	R\$ 10,00	120	R\$ 1.200,00
240	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	02.02.03.113-6	R\$ 10,00	120	R\$ 1.200,00
241	TESTES ALERGICOS DE CONTATO	02.02.03.114-4	R\$ 1,77	200	R\$ 354,00
242	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	02.02.03.115-2	R\$ 1,77	200	R\$ 354,00
243	TESTES RAPIDOS P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	-----	R\$ 15,00	26	R\$ 390,00
244	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTES	02.02.03.117-9	R\$ 2,83	300	R\$ 849,00
245	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE RECOMBINANTE HUMANA IGA	02.02.03.118-9	R\$ 18,55	40	R\$ 742,00
246	DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO	02.02.03.119-5	R\$ 17,16	40	R\$ 686,40
247	DOSAGEM DE TROPONINA	02.02.03.120-9	R\$ 9,00	50	R\$ 450,00



# Prefeitura Municipal de São João das Missões – MG

CNPJ: 01.612.486/0001-81

248	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	02.02.03.121-7	R\$ 13,35	120	R\$ 1.602,00
249	EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER I	02.02.03.122-5	R\$ 80,00	20	R\$ 1.600,00
250	EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER II	02.02.03.123-3	R\$ 120,00	20	R\$ 2.400,00
251	DETECÇÃO DE RNA DO HTLV-1	02.02.03.125-0	R\$ 65,00	20	R\$ 1.300,00
252	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 (WESTERN-BLOT)	02.02.03.126-8	R\$ 85,00	25	R\$ 2.125,00
253	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	02.02.04.001-1	R\$ 1,65	400	R\$ 660,00
254	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	02.02.04.003-8	R\$ 3,04	60	R\$ 182,40
255	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	02.02.04.002-0	R\$ 3,04	60	R\$ 182,40
256	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	02.02.04.004-6	R\$ 1,65	600	R\$ 990,00
257	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS)	02.02.04.005-4	R\$ 1,65	600	R\$ 990,00
258	PESQUISA DE EOSINOFILOS	02.02.04.006-2	R\$ 1,65	100	R\$ 165,00
259	PESQUISA DE GORDURA FECAL	02.02.04.007-0	R\$ 1,65	100	R\$ 165,00
260	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	02.02.04.008-9	R\$ 1,65	1227	R\$ 2.024,55
261	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	02.02.04.009-7	R\$ 1,65	200	R\$ 330,00
262	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	02.02.04.010-0	R\$ 1,65	200	R\$ 330,00
263	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM MUCOSA)	02.02.04.011-9	R\$ 1,65	250	R\$ 412,50
264	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	02.02.04.012-7	R\$ 1,65	2586	R\$ 4.266,90
265	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	02.02.04.013-5	R\$ 10,25	80	R\$ 820,00
266	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	02.02.04.014-3	R\$ 1,65	600	R\$ 990,00
267	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	02.02.04.015-1	R\$ 1,65	100	R\$ 165,00
268	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	02.02.04.016-0	R\$ 1,65	100	R\$ 165,00
269	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	02.02.04.017-8	R\$ 1,65	1000	R\$ 1.650,00
270	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, SEDIMENTO DA URINA	02.02.05.001-7	R\$ 3,70	3000	R\$ 11.100,00
271	CLEARANCE DE CREATININA	02.02.05.002-5	R\$ 3,51	400	R\$ 1.404,00
272	CLEARANCE DE FOSFATO	02.02.05.003-3	R\$ 3,51	150	R\$ 526,50
273	CLEARANCE DE UREIA	02.02.05.004-1	R\$ 3,51	150	R\$ 526,50
274	CONTAGEM DE ADDIS	02.02.05.005-0	R\$ 2,04	150	R\$ 306,00
275	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	02.02.05.006-8	R\$ 3,70	80	R\$ 296,00
276	IDENTIFICAÇÃO DE GLICÍDIOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA)	02.02.05.007-6	R\$ 3,70	120	R\$ 444,00
277	DOSAGEM DE CITRATO	02.02.05.008-4	R\$ 2,01	200	R\$ 402,00
278	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	02.02.05.009-2	R\$ 8,12	180	R\$ 1.461,60
279	DOSAGEM DE OXALATO	02.02.05.010-6	R\$ 3,68	130	R\$ 478,40
280	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	02.02.05.011-4	R\$ 2,04	500	R\$ 1.020,00
281	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ÁCIDOS ORGÂNICOS	02.02.05.012-2	R\$ 3,04	80	R\$ 243,20
282	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	02.02.05.013-0	R\$ 3,70	80	R\$ 296,00
283	PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	02.02.05.014-9	R\$ 3,70	80	R\$ 296,00
284	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	02.02.05.015-7	R\$ 2,04	80	R\$ 163,20



# Prefeitura Municipal de São João das Missões – MG

CNPJ: 01.612.486/0001-81

285	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	02.02.05.016-5	R\$ 3,70	80	R\$ 296,00
286	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	02.02.05.017-3	R\$ 2,04	60	R\$ 122,40
287	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	02.02.05.018-1	R\$ 2,40	60	R\$ 144,00
288	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	02.02.05.019-0	R\$ 2,04	60	R\$ 122,40
289	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	02.02.05.020-3	R\$ 2,04	60	R\$ 122,40
290	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	02.02.05.021-1	R\$ 3,70	60	R\$ 222,00
291	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	02.02.05.022-0	R\$ 2,04	50	R\$ 102,00
292	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	02.02.05.023-8	R\$ 2,04	50	R\$ 102,00
293	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	02.02.05.024-6	R\$ 3,36	50	R\$ 168,00
294	PESQUISA DE GONODOTROFINA CORIONICA	02.02.05.025-4	R\$ 0,00	0	R\$ 0,00
295	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	02.02.05.026-2	R\$ 2,04	50	R\$ 102,00
296	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	02.02.05.027-0	R\$ 2,04	50	R\$ 102,00
297	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	02.02.05.028-8	R\$ 3,70	50	R\$ 185,00
298	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	02.02.05.029-7	R\$ 2,04	50	R\$ 102,00
299	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	02.02.05.030-0	R\$ 4,44	100	R\$ 444,00
300	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	02.02.05.031-9	R\$ 2,04	70	R\$ 142,80
301	PROVA DE DILUICAO (URINA)	02.02.05.032-7	R\$ 2,04	60	R\$ 122,40
302	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	02.02.06.001-2	R\$ 12,54	900	R\$ 11.286,00
303	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	02.02.06.002-0	R\$ 12,54	120	R\$ 1.504,80
304	DETERMINACAO DE T3 REVERSO	02.02.06.003-9	R\$ 14,69	100	R\$ 1.469,00
305	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	02.02.06.004-7	R\$ 10,20	100	R\$ 1.020,00
306	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	02.02.06.005-5	R\$ 6,72	100	R\$ 672,00
307	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	02.02.06.006-3	R\$ 6,72	100	R\$ 672,00
308	DOSAGEM DE ACIDO 5-H-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	02.02.06.007-1	R\$ 6,72	100	R\$ 672,00
309	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	02.02.06.008-0	R\$ 14,12	100	R\$ 1.412,00
310	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	02.02.06.009-8	R\$ 11,89	120	R\$ 1.426,80
311	DOSAGEM DE AMP CICLICO	02.02.06.010-1	R\$ 12,01	70	R\$ 840,70
312	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	02.02.06.011-0	R\$ 11,53	70	R\$ 807,10
313	DOSAGEM DE CALCITONINA	02.02.06.012-8	R\$ 14,38	60	R\$ 862,80
314	DOSAGEM DE CORTISOL	02.02.06.013-6	R\$ 9,86	120	R\$ 1.183,20
315	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	02.02.06.014-4	R\$ 11,25	120	R\$ 1.350,00
316	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	02.02.06.015-2	R\$ 11,71	100	R\$ 1.171,00
317	DOSAGEM DE ESTRADIOL	02.02.06.016-0	R\$ 10,15	150	R\$ 1.522,50
318	DOSAGEM DE ESTRIOL	02.02.06.017-9	R\$ 11,55	120	R\$ 1.386,00
319	DOSAGEM DE ESTRONA	02.02.06.018-7	R\$ 11,12	120	R\$ 1.334,40
320	DOSAGEM DE GASTRINA	02.02.06.019-5	R\$ 14,15	90	R\$ 1.273,50
321	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	02.02.06.020-9	R\$ 15,35	90	R\$ 1.381,50



# Prefeitura Municipal de São João das Missões – MG

CNPJ: 01.612.486/0001-81

322	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (B HCG)	02.02.06.021-7	R\$ 7,85	800	R\$ 6.280,00
323	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	02.02.06.022-5	R\$ 10,21	90	R\$ 918,90
324	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	02.02.06.023-3	R\$ 7,89	260	R\$ 2.051,40
325	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	02.02.06.024-1	R\$ 8,97	200	R\$ 1.794,00
326	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	02.02.06.025-1	R\$ 8,96	900	R\$ 8.064,00
327	DOSAGEM DE INSULINA	02.02.06.026-8	R\$ 10,17	90	R\$ 915,30
328	DOSAGEM DE PARATORMONIO	02.02.06.027-6	R\$ 43,13	40	R\$ 1.725,20
329	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	02.02.06.028-4	R\$ 15,35	90	R\$ 1.381,50
330	DOSAGEM DE PROGESTERONA	02.02.06.029-2	R\$ 10,22	200	R\$ 2.044,00
331	DOSAGEM DE PROLACTINA	02.02.06.030-6	R\$ 10,15	220	R\$ 2.233,00
332	DOSAGEM DE RENINA	02.02.06.031-4	R\$ 13,19	90	R\$ 1.187,10
333	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	02.02.06.032-2	R\$ 15,35	90	R\$ 1.381,50
334	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA	02.02.06.033-0	R\$ 13,11	80	R\$ 1.048,80
335	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	02.02.06.034-9	R\$ 10,43	200	R\$ 2.086,00
336	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	02.02.06.035-7	R\$ 13,11	150	R\$ 1.966,50
337	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	02.02.06.036-5	R\$ 15,35	190	R\$ 2.916,50
338	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	02.02.06.037-3	R\$ 8,76	730	R\$ 6.394,80
339	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	02.02.06.038-1	R\$ 11,60	1000	R\$ 11.600,00
340	DOSAGEM DE TRIODOTIRONINA (T3)	02.02.06.039-0	R\$ 8,71	240	R\$ 2.090,40
341	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	02.02.06.040-3	R\$ 12,01	60	R\$ 720,60
342	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	02.02.06.041-1	R\$ 12,01	60	R\$ 720,60
343	TESTE DE ESTIMULO COM GNRH OU COM AGONISTA GNRH	02.02.06.042-0	R\$ 12,01	60	R\$ 720,60
344	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	02.02.06.043-8	R\$ 12,01	50	R\$ 600,50
345	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	02.02.06.044-6	R\$ 12,01	50	R\$ 600,50
346	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	02.02.06.045-4	R\$ 12,01	50	R\$ 600,50
347	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	02.02.04.046-2	R\$ 8,43	50	R\$ 421,50
348	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	02.02.04.047-0	R\$ 12,15	50	R\$ 607,50
349	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	02.02.07.001-8	R\$ 2,06	100	R\$ 206,00
350	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	02.02.07.002-6	R\$ 2,23	100	R\$ 223,00
351	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	02.02.07.003-4	R\$ 3,68	100	R\$ 368,00
352	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	02.02.07.005-0	R\$ 15,65	100	R\$ 1.565,00
353	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	02.02.07.004-2	R\$ 2,04	100	R\$ 204,00
354	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	02.02.07.006-9	R\$ 3,51	100	R\$ 351,00
355	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	02.02.07.007-7	R\$ 2,01	100	R\$ 201,00
356	DOSAGEM DE ALUMINIO	02.02.07.008-5	R\$ 27,50	50	R\$ 1.375,00
357	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	02.02.07.009-3	R\$ 10,00	50	R\$ 500,00
358	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	02.02.07.010-7	R\$ 10,00	50	R\$ 500,00



# Prefeitura Municipal de São João das Missões – MG

CNPJ: 01.612.486/0001-81

359	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	02.02.07.011-5	R\$ 10,00	50	R\$ 500,00
360	DOSAGEM DE BARBITURATOS	02.02.07.012-3	R\$ 13,13	50	R\$ 656,50
361	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	02.02.07.013-1	R\$ 13,48	50	R\$ 674,00
362	DOSAGEM DE CADMIO	02.02.07.014-0	R\$ 6,55	50	R\$ 327,50
363	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	02.02.07.015-8	R\$ 17,53	50	R\$ 876,50
364	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	02.02.07.016-6	R\$ 4,11	50	R\$ 205,50
365	DOSAGEM DE CHUMBO	02.02.07.017-4	R\$ 8,83	50	R\$ 441,50
366	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	02.02.07.018-2	R\$ 58,61	20	R\$ 1.172,20
367	DOSAGEM DE COBRE	02.02.07.019-0	R\$ 3,51	120	R\$ 421,20
368	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	02.02.07.020-4	R\$ 8,97	70	R\$ 627,90
369	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	02.02.07.021-2	R\$ 15,65	20	R\$ 313,00
370	DOSAGEM DE FENITOINA	02.02.07.022-0	R\$ 35,22	30	R\$ 1.056,60
371	DOSAGEM DE FENOL	02.02.07.023-9	R\$ 2,05	70	R\$ 143,50
372	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	02.02.07.024-7	R\$ 3,51	50	R\$ 175,50
373	DOSAGEM DE LITIO	02.02.07.025-5	R\$ 2,25	50	R\$ 112,50
374	DOSAGEM DE MERCURIO	02.02.07.026-3	R\$ 2,04	50	R\$ 102,00
375	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	02.02.07.027-1	R\$ 4,11	50	R\$ 205,50
376	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	02.02.07.028-0	R\$ 10,00	50	R\$ 500,00
377	DOSAGEM DE METOTREXATO	02.02.07.029-8	R\$ 10,00	50	R\$ 500,00
378	DOSAGEM DE QUINIDINA	02.02.07.030-1	R\$ 10,00	50	R\$ 500,00
379	DOSAGEM DE SALICILATOS	02.02.07.031-0	R\$ 2,01	50	R\$ 100,50
380	DOSAGEM DE SULFATOS	02.02.07.032-8	R\$ 3,51	50	R\$ 175,50
381	DOSAGEM DE TEOFILINA	02.02.07.033-6	R\$ 15,65	50	R\$ 782,50
382	DOSAGEM DE TIOCIANATO	02.02.07.034-4	R\$ 3,68	50	R\$ 184,00
383	DOSAGEM DE ZINCO	02.02.07.035-2	R\$ 15,65	160	R\$ 2.504,00
384	ANTIBIOGRAMA	02.02.08.001-3	R\$ 4,98	700	R\$ 3.486,00
385	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	02.02.08.002-1	R\$ 13,33	50	R\$ 666,50
386	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	02.02.08.003-0	R\$ 13,33	120	R\$ 1.599,60
387	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	02.02.08.004-8	R\$ 4,20	100	R\$ 420,00
388	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSEIASE)	02.02.08.005-6	R\$ 4,20	90	R\$ 378,00
389	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	02.02.08.006-4	R\$ 4,20	250	R\$ 1.050,00
390	BACTEROSCOPIA (GRAM)	02.02.08.007-2	R\$ 2,80	350	R\$ 980,00
391	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	02.02.08.008-0	R\$ 5,62	500	R\$ 2.810,00
392	CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZACAO)	02.02.08.009-0	R\$ 5,62	70	R\$ 393,40
393	CULTURA P/ HERPESVIRUS	02.02.08.010-2	R\$ 4,33	70	R\$ 303,10
394	CULTURA PARA BAAR	02.02.08.011-0	R\$ 5,63	100	R\$ 563,00
395	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	02.02.08.012-9	R\$ 10,25	60	R\$ 615,00



# Prefeitura Municipal de São João das Missões – MG

CNPJ: 01.612.486/0001-81

396	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	02.02.08.013-7	R\$ 4,19	60	R\$ 251,40
397	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	02.02.08.014-5	R\$ 2,80	60	R\$ 168,00
398	HEMOCULTURA	02.02.08.015-3	R\$ 11,49	80	R\$ 919,20
399	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	02.02.08.016-1	R\$ 5,63	60	R\$ 337,80
400	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	02.02.08.017-0	R\$ 4,33	60	R\$ 259,80
401	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	02.02.08.018-8	R\$ 2,80	60	R\$ 168,00
402	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS B-HEMOLITICOS DO GRUPO A	02.02.08.019-6	R\$ 4,33	60	R\$ 259,80
403	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	02.02.08.020-0	R\$ 2,80	60	R\$ 168,00
404	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	02.02.08.021-8	R\$ 4,33	60	R\$ 259,80
405	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	02.02.08.022-6	R\$ 2,80	60	R\$ 168,00
406	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	02.02.08.023-4	R\$ 5,04	100	R\$ 504,00
407	PROVA CONFIRMATÓRIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES	02.02.08.024-2	R\$ 5,62	80	R\$ 449,60
408	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	02.02.09.001-9	R\$ 1,89	50	R\$ 94,50
409	ADENOGRAMA	02.02.09.002-7	R\$ 5,79	50	R\$ 289,50
410	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	02.02.09.003-5	R\$ 4,33	50	R\$ 216,50
411	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	02.02.09.004-3	R\$ 4,33	50	R\$ 216,50
412	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	02.02.09.005-1	R\$ 1,89	50	R\$ 94,50
413	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	02.02.09.006-0	R\$ 1,89	50	R\$ 94,50
414	DETERMINAÇÃO DE FOSFOLIPÍDIOS RELAÇÃO LECITINA – ESFINGOMIELINA NO LÍQUIDO AMNÍOTICO	02.02.09.007-8	R\$ 6,56	50	R\$ 328,00
415	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	02.02.09.008-8	R\$ 1,89	50	R\$ 94,50
416	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	02.02.09.009-4	R\$ 2,01	50	R\$ 100,50
417	DOSAGEM DE FRUTOSE	02.02.09.010-8	R\$ 2,01	50	R\$ 100,50
418	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	02.02.09.011-6	R\$ 2,01	50	R\$ 100,50
419	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	02.02.09.012-4	R\$ 1,89	50	R\$ 94,50
420	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	02.02.09.013-2	R\$ 1,89	50	R\$ 94,50
421	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRAÇÃO NO NO LIQUOR	02.02.09.015-9	R\$ 5,23	50	R\$ 261,50
422	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	02.02.09.016-7	R\$ 6,56	50	R\$ 328,00
423	ESPLENOGRAMA	02.02.09.017-5	R\$ 5,79	50	R\$ 289,50
424	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	02.02.09.018-3	R\$ 1,89	50	R\$ 94,50
425	MIELOGRAMA	02.02.09.019-1	R\$ 5,79	50	R\$ 289,50
426	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	02.02.09.021-3	R\$ 9,70	30	R\$ 291,00
427	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA	02.02.09.022-1	R\$ 2,01	30	R\$ 60,30
428	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	02.02.09.023-0	R\$ 1,89	30	R\$ 56,70
429	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	02.02.09.024-8	R\$ 1,89	30	R\$ 56,70
430	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	02.02.09.025-6	R\$ 1,89	30	R\$ 56,70
431	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)	02.02.09.026-4	R\$ 4,80	50	R\$ 240,00



# Prefeitura Municipal de São João das Missões – MG

CNPJ: 01.612.486/0001-81

432	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	02.02.09.027-2	R\$ 1,89	50	R\$ 94,50
433	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	02.02.09.028-0	R\$ 1,89	50	R\$ 94,50
434	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENIGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	02.02.09.029-9	R\$ 1,89	50	R\$ 94,50
435	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	02.02.09.030-2	R\$ 1,89	300	R\$ 567,00
436	REACAO DE PANDY	02.02.09.031-0	R\$ 1,89	50	R\$ 94,50
437	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	02.02.09.032-9	R\$ 1,89	50	R\$ 94,50
438	TESTE DE CLEMENTS	02.02.09.033-7	R\$ 1,89	50	R\$ 94,50
439	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA – SECREÇÃO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS	02.02.09.034-5	R\$ 4,69	50	R\$ 234,50
440	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	02.02.09.035-3	R\$ 4,69	50	R\$ 234,50
441	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURAÇÃO (C/ TÉCNICA DE BANDAS)	02.02.10.001-4	R\$ 180,00	6	R\$ 1.080,00
442	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VISCOSIDADE CORIONICAS (C/ TÉCNICA DE BANDAS)	02.02.10.002-2	R\$ 160,00	6	R\$ 960,00
443	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TÉCNICA DE BANDAS)	02.02.10.003-0	R\$ 160,00	6	R\$ 960,00
444	QUANTIFICAÇÃO/AMPLIFICAÇÃO DO HER-2	02.02.10.004-9	R\$ 120,00	6	R\$ 720,00
445	DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)	02.02.11.001-0	R\$ 8,80	20	R\$ 176,00
446	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATÓRIO)	02.02.11.002-8	R\$ 66,00	20	R\$ 1.320,00
447	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA	02.02.11.003-6	R\$ 66,00	50	R\$ 3.300,00
448	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLOE/DIAGNOSTICO TARDIO)	02.02.11.004-4	R\$ 5,50	50	R\$ 275,00
449	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	02.02.11.005-2	R\$ 12,10	50	R\$ 605,00
450	DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E VARIANTE HEMOGLOBINA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	02.02.11.006-0	R\$ 20,90	30	R\$ 627,00
451	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	02.02.11.007-9	R\$ 5,50	50	R\$ 275,00
452	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLOE/DIAGNOSTICO TARDIO)	02.02.11.008-7	R\$ 13,20	50	R\$ 660,00
453	DOSAGEM DE 17HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	02.02.11.009-5	R\$ 8,00	50	R\$ 400,00
454	DOSAGEM DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SANGUE EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	02.02.11.010-9	R\$ 5,50	50	R\$ 275,00
455	DOSAGEM QUANTITATIVADA ATIVIDADE DA BIOTINIDADE EM AMOSTRA DE SORO	02.02.11.011-7	R\$ 137,00	5	R\$ 685,00
456	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA	02.02.11.012-5	R\$ 66,00	5	R\$ 330,00
457	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDADE	02.02.11.013-3	R\$ 66,00	5	R\$ 330,00
458	DOSAGEMDE CLORETO NO SUOR	02.02.11.014-1	R\$ 150,00	5	R\$ 750,00
459	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	02.02.12.001-5	R\$ 10,65	5	R\$ 53,25
460	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	02.02.12.002-3	R\$ 1,37	700	R\$ 959,00
461	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH – HR	02.02.12.003-1	R\$ 10,65	20	R\$ 213,00
462	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37°C	02.02.12.006-6	R\$ 5,79	20	R\$ 115,80



# Prefeitura Municipal de São João das Missões – MG

CNPJ: 01.612.486/0001-81

463	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO	02.02.12.007-4	R\$ 5,79	20	R\$ 115,80
464	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	02.02.12.008-2	R\$ 1,37	700	R\$ 959,00
465	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	02.02.12.009-0	R\$ 2,73	583	R\$ 1.591,59
466	ANTI TPO	-----	R\$ 17,16	300	R\$ 5.148,00
<b>TOTAL ESTIMADO</b>					<b>R\$ 696.523,78</b>

São João das Missões - MG, 17 de janeiro de 2025.

**Jair Cavalcante Barbosa**

Prefeito Municipal de São João das Missões-MG