



# 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 PJ Nº 113/2020

Processo nº 80/2019

Inexigibilidade nº 17/2019

### ***Ementa:***

***O presente processo de Inexigibilidade tem por objeto o Credenciamento de Pessoas Jurídicas na área de Saúde, para a prestação de serviços de todo e qualquer profissional da área da saúde os quais estejam elencados suas especialidades e atividades descritas nas tabelas de valores do Cis-comcam, referente ao exercício de 2020.***

**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, Carlos Rosa Alves, portador do RG nº 3.454.380-1 SSP/PR e CPF/MF nº 505.919.329-20.

**Contratado:** TCHARLENE LETICIA DEMARI BASSEGIO & CIA LTDA - ME, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº 08.585.109/0001-40 com endereço a Rio Grande do Sul, 229, Centro, CEP 87330000, Nova Cantu - PR, neste ato representado por Tcharlene Leticia Demari, portador (a) do RG sob nº SSP-PR e CPF/MF nº 039.858.989-52.

Pelo presente instrumento, oriundo do Edital de **Chamamento Público nº. 03/2018, publicado no Jornal Tribuna do Interior, em 19/07/2018 edição n. 9.887, em Editais, página 07,** para Credenciamento de Pessoas Jurídicas e Pessoas Físicas da Área de Saúde 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 – O presente instrumento tem como objeto o credenciamento de pessoa jurídica para a prestação de serviços na especialidade de **EXAMES LABORATORIAIS** pelos profissionais a seguir elencados:

- Tcharlene Leticia Demari Bassegio – CRF15.573

### **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 Ubiratã, e demais Municípios que possam a vir associar-se ao Contratante.

**Parágrafo Segundo** - O local de Atendimento será nas dependências do CIS-COMCAM 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.

**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



# CIS-COMCAM

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

---

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 Cis-Comcam visando a aplicação das penalidades previstas neste contrato.

**Parágrafo Sétimo** - Quando houver o cancelamento justificado ou não, o contratado deverá indicar a data mais próxima para a remarcação dos atendimentos, 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 Ciscomcam, 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 Ciscomcam 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.



# CIS-COMCAM

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

## VALOR

**Parágrafo Primeiro** - Os valores praticados pelos prestadores de serviço após o credenciamento será a **TABELA SUS e a TABELA DE VALORES nº : 04, 05, 08, 10, 11, 14 e 15 do CIS-COMCAM 2018**. Esta se encontra publicada no site [www.ciscomcam.com.br](http://www.ciscomcam.com.br)

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

**Parágrafo Terceiro** - 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 Quarto** - 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 entre o primeiro ao último dia de cada mês.

**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 19 (dezenove) 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, mediante confirmação de certidão negativa de débitos tributários (Municipal, INSS E Trabalhista).

**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:

a) 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



### VIGÊNCIA CONTRATUAL

**Parágrafo Primeiro** - O presente instrumento de contrato vigorará da data de sua assinatura até o dia 01 de fevereiro de 2021.

**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 couberem, 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:

I - Advertência.

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

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

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

V - Declaração de inidoneidade.

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



# CIS-COMCAM

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

**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 físico ou eletrônico 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 Cis-Comcam ou quem este indicar, em qualquer tempo, a vistoria do local de atendimento.
- XII - Arcar com todos os custos de materiais que forem usados nos atendimentos;



# CIS-COMCAM

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

---

**XIII** – Responder por escrito as demandas apresentadas junto as Ouvidorias (Ciscomcam, Municípios e Regional de Saúde), prestando os esclarecimentos detalhados nos prazos estipulados;

**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 CIS-COMCAM, 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 CIS-COMCAM 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.



# **CIS-COMCAM**

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

---

**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 Cis-Comcam 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** - O profissional credenciado não poderá se abster de atender pacientes encaminhados pelo contratado ou pelo município de origem que tenha sido atendido de forma particular. Caso o profissional se abstenha de atender poderá incorrer desobediência contratual, podendo seu contrato ser rescindido.

**Parágrafo Décimo Quinto** - 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, 01 de fevereiro de 2020

**Tcharlene Leticia Demari**  
Representante Legal

**Carlos Rosa Alves**  
Presidente do CIS-COMCAM

**Carla Cassia Alves Bento**  
Coordenadora do CIS-COMCAM

**Flavio Augusto de Andrade**  
OAB/PR nº 45.723

**Márcio André Alencar de Almeida**  
Fiscal de Contratos

**Maria Aparecida dos Santos**  
Controle Interno

Testemunhas:

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

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

**ANEXO - CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PJ Nº 113/2020**



# CIS-COMCAM

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

Processo nº 80/2019  
Inexigibilidade nº 17/2019

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

CONTRATADO: TCHARLENE LETICIA DEMARI BASSEGIO & CIA LTDA - ME, CNPJ sob nº 08.585.109/0001-40.

## ITENS CONTRATADOS:

O valor total fica condicionado à demanda e execução do serviço

Item	Código	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit. R\$
1	4169	02.02.01.078 ACIDEZ TITULAVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)	Unidade	500,00	R\$3,04
2	4503	02.02.09.001 ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	Unidade	500,00	R\$1,89
3	4504	02.02.09.002 ADENOGRAMA	Unidade	500,00	R\$5,79
4	4365	02.02.05.001 ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	Unidade	500,00	R\$3,70
5	4479	02.02.08.001 ANTIBIOGRAMA	Unidade	500,00	R\$4,98
6	4480	02.02.08.002 ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	Unidade	500,00	R\$13,33
7	4612	90.04.01.103 ANTIBIOGRAMA III	Unidade	500,00	R\$6,72
8	4481	02.02.08.003 ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	Unidade	500,00	R\$13,33
9	4483	02.02.08.005 BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	Unidade	500,00	R\$4,20
10	4484	02.02.08.006 BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	Unidade	500,00	R\$4,20
11	4482	02.02.08.004 BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNOSTICA)	Unidade	500,00	R\$4,20
12	4485	02.02.08.007 BACTERIOSCOPIA (GRAM)	Unidade	500,00	R\$2,80
13	4610	90.04.01.101 BHCG QUANTITATIVO	Unidade	500,00	R\$10,69
14	4505	02.02.09.003 CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	Unidade	500,00	R\$4,33
15	4506	02.02.09.004 CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	Unidade	500,00	R\$4,33
16	4170	02.02.02.001 CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	Unidade	500,00	R\$6,48
17	4366	02.02.05.002 CLEARANCE DE CREATININA	Unidade	500,00	R\$3,51
18	4367	02.02.05.003 CLEARANCE DE FOSFATO	Unidade	500,00	R\$3,51
19	4368	02.02.05.004 CLEARANCE DE UREIA	Unidade	500,00	R\$3,51
20	4092	02.02.01.001 CLEARANCE OSMOLAR	Unidade	500,00	R\$3,51
21	4369	02.02.05.005 CONTAGEM DE ADDIS	Unidade	500,00	R\$2,04
22	4224	02.02.03.001 CONTAGEM DE LINFOCITOS B	Unidade	500,00	R\$15,00
23	4225	02.02.03.002 CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	Unidade	500,00	R\$15,00
24	4226	02.02.03.003 CONTAGEM DE LINFOCITOS T	Unidade	500,00	R\$15,00

Rua Mamborê, 1542 – Fone (044) 3523-3684 – CEP 87.302-140 – Campo Mourão – Pr.

CNPJ: 95.640.322/0001-01





# CIS-COMCAM

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

		TOTAIS			
25	4171	02.02.02.002 CONTAGEM DE PLAQUETAS	Unidade	500,00	R\$2,73
26	4172	02.02.02.003 CONTAGEM DE RETICULOCITOS	Unidade	500,00	R\$2,73
27	4507	02.02.09.005 CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	Unidade	500,00	R\$1,89
28	4508	02.02.09.006 CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	Unidade	500,00	R\$1,89
29	4486	02.02.08.008 CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	Unidade	500,00	R\$5,62
30	4487	02.02.08.009 CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZACAO)	Unidade	500,00	R\$5,62
31	4488	02.02.08.010 CULTURA P/ HERPESVIRUS	Unidade	500,00	R\$4,33
32	4489	02.02.08.011 CULTURA PARA BAAR	Unidade	500,00	R\$5,63
33	4586	90.02.01.022 CULTURA PARA BACTERIAS	Unidade	500,00	R\$5,61
34	4490	02.02.08.012 CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	Unidade	500,00	R\$10,25
35	4491	02.02.08.013 CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	Unidade	500,00	R\$4,19
36	4227	02.02.03.004 DETECCAO DE ACIDOS NUCLEICOS DO HIV-1 (QUALITATIVO)	Unidade	500,00	R\$65,00
37	4346	02.02.03.125 DETECCÃO DE RNA DO HTLV-1	Unidade	500,00	R\$65,00
38	4228	02.02.03.005 DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	Unidade	500,00	R\$96,00
39	4556	02.02.11.001 DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)	Unidade	500,00	R\$8,80
40	4568	02.02.11.013 DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM DEFICIENCIA DE BIOTINIDASE	Unidade	500,00	R\$66,00
41	4557	02.02.11.002 DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)	Unidade	500,00	R\$66,00
42	4567	02.02.11.012 DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGENITA	Unidade	500,00	R\$66,00
43	4558	02.02.11.003 DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)	Unidade	500,00	R\$66,00
44	4570	02.02.12.001 DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	Unidade	500,00	R\$10,65
45	4093	02.02.01.002 DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	Unidade	500,00	R\$2,01
46	4537	02.02.10.001 DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS)	Unidade	500,00	R\$32,48
47	4538	02.02.10.002 DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)	Unidade	500,00	R\$32,48
48	4539	02.02.10.003 DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	Unidade	500,00	R\$32,48
49	3882	02.02.03.006 DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$9,25
50	4168	02.02.01.077 DETERMINACAO DE CREMATOCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO	Unidade	500,00	R\$1,53
51	4094	02.02.01.003 DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS	Unidade	500,00	R\$15,65
52	4173	02.02.02.004 DETERMINACAO DE CURVA DE	Unidade	500,00	R\$2,73

Rua Mamborê, 1542 – Fone (044) 3523-3684 – CEP 87.302-140 – Campo Mourão – Pr.

CNPJ: 95.640.322/0001-01



# CIS-COMCAM

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

		<b>RESISTENCIA GLOBULAR</b>			
53	4095	02.02.01.004 DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	Unidade	500,00	R\$3,63
54	4096	02.02.01.005 DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA ( 5 DOSAGENS)	Unidade	500,00	R\$6,55
55	4097	02.02.01.006 DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	Unidade	500,00	R\$3,68
56	4098	02.02.01.007 DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	Unidade	500,00	R\$10,00
57	4174	02.02.02.005 DETERMINACAO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	Unidade	500,00	R\$2,73
58	4230	02.02.03.007 DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	Unidade	500,00	R\$2,83
59	4509	02.02.09.007 DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO	Unidade	500,00	R\$6,56
60	4397	02.02.06.001 DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	Unidade	500,00	R\$12,54
61	4370	02.02.05.006 DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	Unidade	500,00	R\$3,70
62	4099	02.02.01.008 DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE	Unidade	500,00	R\$3,51
63	4398	02.02.06.002 DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	Unidade	500,00	R\$12,54
64	4175	02.02.02.006 DETERMINACAO DE SULFO-HEMOGLOBINA	Unidade	500,00	R\$2,73
65	4399	02.02.06.003 DETERMINACAO DE T3 REVERSO	Unidade	500,00	R\$14,69
66	4176	02.02.02.007 DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	Unidade	500,00	R\$2,73
67	4177	02.02.02.008 DETERMINACAO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	Unidade	500,00	R\$2,73
68	4179	02.02.02.010 DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	Unidade	500,00	R\$9,00
69	4178	02.02.02.009 DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	Unidade	500,00	R\$2,73
70	4180	02.02.02.011 DETERMINACAO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	Unidade	500,00	R\$5,79
71	4181	02.02.02.012 DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA	Unidade	500,00	R\$2,85
72	4182	02.02.02.013 DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	Unidade	500,00	R\$5,77
73	4183	02.02.02.014 DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	Unidade	500,00	R\$2,73
74	4184	02.02.02.015 DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSIDENTACAO (VHS)	Unidade	500,00	R\$2,73
75	4571	02.02.12.002 DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	Unidade	500,00	R\$1,37
76	4231	02.02.03.008 DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	Unidade	500,00	R\$9,25
77	4603	90.04.01.085 DOSAGEM ANTICORPOS ANTINEUTRÓFILOS - ANCA	Unidade	500,00	R\$32,43
78	4565	02.02.11.010 DOSAGEM DA ATIVIDADE DA	Unidade	500,00	R\$5,50



# CIS-COMCAM

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

		BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SANGUE EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)			
79	4340	02.02.03.119 DOSAGEM DA FRACAO C1Q DO COMPLEMENTO	Unidade	500,00	R\$17,16
80	4564	02.02.11.009 DOSAGEM DE 17 HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	Unidade	500,00	R\$8,00
81	4400	02.02.06.004 DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	Unidade	500,00	R\$10,20
82	4401	02.02.06.005 DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	Unidade	500,00	R\$6,72
83	4402	02.02.06.006 DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	Unidade	500,00	R\$6,72
84	4167	02.02.01.076 DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	Unidade	500,00	R\$15,24
85	4100	02.02.01.009 DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	Unidade	500,00	R\$3,51
86	4101	02.02.01.010 DOSAGEM DE ACETONA	Unidade	500,00	R\$1,85
87	4403	02.02.06.007 DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	Unidade	500,00	R\$6,72
88	4102	02.02.01.011 DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	Unidade	500,00	R\$2,01
89	4444	02.02.07.001 DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	Unidade	500,00	R\$2,06
90	4445	02.02.07.002 DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	Unidade	500,00	R\$2,23
91	4446	02.02.07.003 DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	Unidade	500,00	R\$3,68
92	4447	02.02.07.004 DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	Unidade	500,00	R\$2,04
93	4103	02.02.01.012 DOSAGEM DE ACIDO URICO	Unidade	500,00	R\$1,85
94	4448	02.02.07.005 DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	Unidade	500,00	R\$15,65
95	4104	02.02.01.013 DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	Unidade	500,00	R\$9,00
96	4404	02.02.06.008 DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	Unidade	500,00	R\$14,12
97	4449	02.02.07.006 DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	Unidade	500,00	R\$3,51
98	4450	02.02.07.007 DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	Unidade	500,00	R\$2,01
99	4105	02.02.01.014 DOSAGEM DE ALDOLASE	Unidade	500,00	R\$3,68
100	4405	02.02.06.009 DOSAGEM DE ALDOSTERONA	Unidade	500,00	R\$11,89
101	4106	02.02.01.015 DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	Unidade	500,00	R\$3,68
102	4107	02.02.01.016 DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	Unidade	500,00	R\$3,68
103	4108	02.02.01.017 DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	Unidade	500,00	R\$3,68
104	4232	02.02.03.009 DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	Unidade	500,00	R\$15,06
105	4451	02.02.07.008 DOSAGEM DE ALUMINIO	Unidade	500,00	R\$27,50
106	4109	02.02.01.018 DOSAGEM DE AMILASE	Unidade	500,00	R\$2,25
107	4452	02.02.07.009 DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	Unidade	500,00	R\$10,00
108	4110	02.02.01.019 DOSAGEM DE AMONIA	Unidade	500,00	R\$3,51
109	4406	02.02.06.010 DOSAGEM DE AMP CICLICO	Unidade	500,00	R\$12,01
110	4407	02.02.06.011 DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	Unidade	500,00	R\$11,53
111	4453	02.02.07.010 DOSAGEM DE ANFETAMINAS	Unidade	500,00	R\$10,00
112	4580	90.02.01.012 DOSAGEM DE ANTI - CITRULINA	Unidade	500,00	R\$58,00
113	4185	02.02.02.016 DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	Unidade	500,00	R\$4,11



# CIS-COMCAM

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

114	4599	90.04.01.081 DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTI CENTROMERO	Unidade	500,00	R\$17,46
115	4339	02.02.03.118 DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA	Unidade	500,00	R\$18,55
116	4588	90.02.01.030 DOSAGEM DE ANTI-GAD	Unidade	500,00	R\$44,91
117	4591	90.02.01.043 DOSAGEM DE ANTIGENO HLA-B27, PESQUISA PCR	Unidade	500,00	R\$62,38
118	4233	02.02.03.010 DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	Unidade	500,00	R\$16,42
119	4594	90.02.01.061 DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO LIVRE	Unidade	500,00	R\$18,95
120	4186	02.02.02.017 DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	Unidade	500,00	R\$6,48
121	4455	02.02.07.012 DOSAGEM DE BARBITURATOS	Unidade	500,00	R\$13,13
122	4456	02.02.07.013 DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	Unidade	500,00	R\$13,48
123	4234	02.02.03.011 DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	Unidade	500,00	R\$13,55
124	4111	02.02.01.020 DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	Unidade	500,00	R\$2,01
125	4581	90.02.01.013 DOSAGEM DE CA 15-3	Unidade	500,00	R\$18,30
126	4582	90.02.01.014 DOSAGEM DE CA 19-9	Unidade	500,00	R\$18,30
127	4457	02.02.07.014 DOSAGEM DE CADMIO	Unidade	500,00	R\$6,55
128	4112	02.02.01.021 DOSAGEM DE CALCIO	Unidade	500,00	R\$1,85
129	4113	02.02.01.022 DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	Unidade	500,00	R\$3,51
130	4408	02.02.06.012 DOSAGEM DE CALCITONINA	Unidade	500,00	R\$14,38
131	4458	02.02.07.015 DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	Unidade	500,00	R\$17,53
132	4459	02.02.07.016 DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	Unidade	500,00	R\$4,11
133	4114	02.02.01.023 DOSAGEM DE CAROTENO	Unidade	500,00	R\$2,01
134	4116	02.02.01.025 DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	Unidade	500,00	R\$3,68
135	4460	02.02.07.017 DOSAGEM DE CHUMBO	Unidade	500,00	R\$8,83
136	4461	02.02.07.018 DOSAGEM DE CICLOSPORINA	Unidade	500,00	R\$58,61
137	4372	02.02.05.008 DOSAGEM DE CITRATO	Unidade	500,00	R\$2,01
138	4117	02.02.01.026 DOSAGEM DE CLORETO	Unidade	500,00	R\$1,85
139	4569	02.02.11.014 DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR	Unidade	500,00	R\$150,00
140	4462	02.02.07.019 DOSAGEM DE COBRE	Unidade	500,00	R\$3,51
141	4118	02.02.01.027 DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	Unidade	500,00	R\$3,51
142	4119	02.02.01.028 DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	Unidade	500,00	R\$3,51
143	4120	02.02.01.029 DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	Unidade	500,00	R\$1,85
144	4121	02.02.01.030 DOSAGEM DE COLINESTERASE	Unidade	500,00	R\$3,68
145	4235	02.02.03.012 DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	Unidade	500,00	R\$17,16
146	4236	02.02.03.013 DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	Unidade	500,00	R\$17,16
147	4409	02.02.06.013 DOSAGEM DE CORTISOL	Unidade	500,00	R\$9,86
148	4592	90.02.01.048 DOSAGEM DE CORTISOL LIVRE URINÁRIO	Unidade	500,00	R\$13,00
149	4122	02.02.01.031 DOSAGEM DE CREATININA	Unidade	500,00	R\$1,85
150	4510	02.02.09.008 DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	Unidade	500,00	R\$1,89
151	4123	02.02.01.032 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	Unidade	500,00	R\$3,68
152	4124	02.02.01.033 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	Unidade	500,00	R\$4,12
153	4237	02.02.03.014 DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	Unidade	500,00	R\$2,83



# CIS-COMCAM

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

154	4606	90.04.01.088 DOSAGEM DE CROMO	Unidade	500,00	R\$15,00
155	4410	02.02.06.014 DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	Unidade	500,00	R\$11,25
156	4125	02.02.01.034 DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	Unidade	500,00	R\$3,51
157	4126	02.02.01.035 DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	Unidade	500,00	R\$3,51
158	4127	02.02.01.036 DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	Unidade	500,00	R\$3,68
159	4128	02.02.01.037 DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	Unidade	500,00	R\$3,68
160	4463	02.02.07.020 DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	Unidade	500,00	R\$8,97
161	4411	02.02.06.015 DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	Unidade	500,00	R\$11,71
162	4590	90.02.01.042 DOSAGEM DE ENDOMÍCIO, ANTICORPOS IgA	Unidade	500,00	R\$29,94
163	4595	90.04.01.062 DOSAGEM DE ENDOMÍCIO, ANTICORPOS IgG	Unidade	500,00	R\$29,94
164	4596	90.04.01.063 DOSAGEM DE ENDOMÍCIO, ANTICORPOS IgM	Unidade	500,00	R\$29,94
165	4348	02.02.04.001 DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	Unidade	500,00	R\$1,65
166	4412	02.02.06.016 DOSAGEM DE ESTRADIOL	Unidade	500,00	R\$10,15
167	4413	02.02.06.017 DOSAGEM DE ESTRIOL	Unidade	500,00	R\$11,55
168	4414	02.02.06.018 DOSAGEM DE ESTRONA	Unidade	500,00	R\$11,12
169	4464	02.02.07.021 DOSAGEM DE ETOSUXIMIDA	Unidade	500,00	R\$15,65
170	4187	02.02.02.018 DOSAGEM DE FATOR II	Unidade	500,00	R\$5,31
171	4188	02.02.02.019 DOSAGEM DE FATOR IX	Unidade	500,00	R\$7,61
172	4189	02.02.02.020 DOSAGEM DE FATOR V	Unidade	500,00	R\$4,73
173	4190	02.02.02.021 DOSAGEM DE FATOR VII	Unidade	500,00	R\$8,09
174	4191	02.02.02.022 DOSAGEM DE FATOR VIII	Unidade	500,00	R\$6,63
175	4192	02.02.02.023 DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	Unidade	500,00	R\$15,00
176	4193	02.02.02.024 DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	Unidade	500,00	R\$18,91
177	4194	02.02.02.025 DOSAGEM DE FATOR X	Unidade	500,00	R\$6,66
178	4195	02.02.02.026 DOSAGEM DE FATOR XI	Unidade	500,00	R\$9,11
179	4196	02.02.02.027 DOSAGEM DE FATOR XII	Unidade	500,00	R\$10,51
180	4197	02.02.02.028 DOSAGEM DE FATOR XIII	Unidade	500,00	R\$6,66
181	4559	02.02.11.004 DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	Unidade	500,00	R\$5,50
182	4560	02.02.11.005 DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	Unidade	500,00	R\$12,10
183	4561	02.02.11.006 DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	Unidade	500,00	R\$20,90
184	4465	02.02.07.022 DOSAGEM DE FENITOINA	Unidade	500,00	R\$35,22
185	4466	02.02.07.023 DOSAGEM DE FENOL	Unidade	500,00	R\$2,05
186	4129	02.02.01.038 DOSAGEM DE FERRITINA	Unidade	500,00	R\$15,59
187	4130	02.02.01.039 DOSAGEM DE FERRO SERICO	Unidade	500,00	R\$3,51
188	4198	02.02.02.029 DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	Unidade	500,00	R\$4,60
189	4131	02.02.01.040 DOSAGEM DE FOLATO	Unidade	500,00	R\$15,65



# CIS-COMCAM

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

190	4467	02.02.07.024 DOSAGEM DE FORMALDEIDO	Unidade	500,00	R\$3,51
191	4523	02.02.09.022 DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA NO ESPERMA	Unidade	500,00	R\$2,01
192	4132	02.02.01.041 DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	Unidade	500,00	R\$2,01
193	4133	02.02.01.042 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	Unidade	500,00	R\$2,01
194	4511	02.02.09.009 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	Unidade	500,00	R\$2,01
195	4134	02.02.01.043 DOSAGEM DE FOSFORO	Unidade	500,00	R\$1,85
196	4135	02.02.01.044 DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	Unidade	500,00	R\$2,01
197	4512	02.02.09.010 DOSAGEM DE FRUTOSE	Unidade	500,00	R\$2,01
198	4513	02.02.09.011 DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	Unidade	500,00	R\$2,01
199	4136	02.02.01.045 DOSAGEM DE GALACTOSE	Unidade	500,00	R\$3,51
200	4137	02.02.01.046 DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	Unidade	500,00	R\$3,51
201	4415	02.02.06.019 DOSAGEM DE GASTRINA	Unidade	500,00	R\$14,15
202	4597	90.04.01.064 DOSAGEM DE GLIADINA, ANTICORPOS IgG	Unidade	500,00	R\$24,95
203	4598	90.04.01.065 DOSAGEM DE GLIADINA, ANTICORPOS IgM	Unidade	500,00	R\$19,96
204	4138	02.02.01.047 DOSAGEM DE GLICOSE	Unidade	500,00	R\$1,85
205	4514	02.02.09.012 DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	Unidade	500,00	R\$1,89
206	4139	02.02.01.048 DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	Unidade	500,00	R\$3,68
207	4416	02.02.06.020 DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	Unidade	500,00	R\$15,35
208	4417	02.02.06.021 DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	Unidade	500,00	R\$7,85
209	4349	02.02.04.002 DOSAGEM DE GORDURA FECAL	Unidade	500,00	R\$3,04
210	4140	02.02.01.049 DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	Unidade	500,00	R\$3,68
211	4199	02.02.02.030 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	Unidade	500,00	R\$1,53
212	4200	02.02.02.031 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	Unidade	500,00	R\$2,73
213	4201	02.02.02.032 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	Unidade	500,00	R\$2,73
214	4141	02.02.01.050 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	Unidade	500,00	R\$7,86
215	4202	02.02.02.033 DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	Unidade	500,00	R\$2,73
216	4142	02.02.01.051 DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	Unidade	500,00	R\$3,68
217	4600	90.04.01.082 DOSAGEM DE HOMOCISTEINA	Unidade	500,00	R\$13,50
218	4418	02.02.06.022 DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	Unidade	500,00	R\$10,21
219	4419	02.02.06.023 DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	Unidade	500,00	R\$7,89
220	4420	02.02.06.024 DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	Unidade	500,00	R\$8,97
221	4421	02.02.06.025 DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	Unidade	500,00	R\$8,96
222	4607	90.04.01.090 DOSAGEM DE IGFB3 - PROTEÍNA LIGADORA DE IGF-1	Unidade	500,00	R\$13,25



# CIS-COMCAM

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

223	4238	02.02.03.015 DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	Unidade	500,00	R\$17,16
224	4239	02.02.03.016 DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	Unidade	500,00	R\$9,25
225	4241	02.02.03.018 DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	Unidade	500,00	R\$17,16
226	4242	02.02.03.019 DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	Unidade	500,00	R\$9,25
227	4422	02.02.06.026 DOSAGEM DE INSULINA	Unidade	500,00	R\$10,17
228	4143	02.02.01.052 DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	Unidade	500,00	R\$3,51
229	4144	02.02.01.053 DOSAGEM DE LACTATO	Unidade	500,00	R\$3,68
230	4145	02.02.01.054 DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	Unidade	500,00	R\$3,51
231	4146	02.02.01.055 DOSAGEM DE LIPASE	Unidade	500,00	R\$2,25
232	4468	02.02.07.025 DOSAGEM DE LITIO	Unidade	500,00	R\$2,25
233	4147	02.02.01.056 DOSAGEM DE MAGNESIO	Unidade	500,00	R\$2,01
234	4469	02.02.07.026 DOSAGEM DE MERCURIO	Unidade	500,00	R\$2,04
235	4471	02.02.07.028 DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	Unidade	500,00	R\$10,00
236	4470	02.02.07.027 DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	Unidade	500,00	R\$4,11
237	4584	90.02.01.018 DOSAGEM DE METANEFRIAS URINARIAS	Unidade	500,00	R\$27,00
238	4472	02.02.07.029 DOSAGEM DE METOTREXATO	Unidade	500,00	R\$10,00
239	4373	02.02.05.009 DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	Unidade	500,00	R\$8,12
240	4148	02.02.01.057 DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	Unidade	500,00	R\$2,01
241	4374	02.02.05.010 DOSAGEM DE OXALATO	Unidade	500,00	R\$3,68
242	4423	02.02.06.027 DOSAGEM DE PARATORMONIO	Unidade	500,00	R\$43,13
243	4424	02.02.06.028 DOSAGEM DE PEPTIDEO C	Unidade	500,00	R\$15,35
244	4149	02.02.01.058 DOSAGEM DE PIRUVATO	Unidade	500,00	R\$3,68
245	4203	02.02.02.034 DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	Unidade	500,00	R\$4,11
246	4150	02.02.01.059 DOSAGEM DE PORFIRINAS	Unidade	500,00	R\$3,51
247	4151	02.02.01.060 DOSAGEM DE POTASSIO	Unidade	500,00	R\$1,85
248	4425	02.02.06.029 DOSAGEM DE PROGESTERONA	Unidade	500,00	R\$10,22
249	4426	02.02.06.030 DOSAGEM DE PROLACTINA	Unidade	500,00	R\$10,15
250	4601	90.04.01.083 DOSAGEM DE PROTEÍNA C FUNCIONAL	Unidade	500,00	R\$39,92
251	4243	02.02.03.020 DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	Unidade	500,00	R\$2,83
252	4602	90.04.01.084 DOSAGEM DE PROTEINA S FUNCIONAL	Unidade	500,00	R\$65,73
253	4375	02.02.05.011 DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	Unidade	500,00	R\$2,04
254	4515	02.02.09.013 DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	Unidade	500,00	R\$1,89
255	4152	02.02.01.061 DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	Unidade	500,00	R\$1,40
256	4153	02.02.01.062 DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	Unidade	500,00	R\$1,85
257	4473	02.02.07.030 DOSAGEM DE QUINIDINA	Unidade	500,00	R\$10,00
258	4427	02.02.06.031 DOSAGEM DE RENINA	Unidade	500,00	R\$13,19
259	4474	02.02.07.031 DOSAGEM DE SALICILATOS	Unidade	500,00	R\$2,01
260	4609	90.04.01.092 DOSAGEM DE SEROTONINA	Unidade	500,00	R\$32,43
261	4589	90.02.01.031 DOSAGEM DE SHBG - GLOBULINA	Unidade	500,00	R\$24,95



# CIS-COMCAM

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

		TRANSP. HORMONIOS SEXUAIS			
262	4154	02.02.01.063 DOSAGEM DE SODIO	Unidade	500,00	R\$1,85
263	4428	02.02.06.032 DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	Unidade	500,00	R\$15,35
264	4429	02.02.06.033 DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	Unidade	500,00	R\$13,11
265	4475	02.02.07.032 DOSAGEM DE SULFATOS	Unidade	500,00	R\$3,51
266	4476	02.02.07.033 DOSAGEM DE TEOFILINA	Unidade	500,00	R\$15,65
267	4430	02.02.06.034 DOSAGEM DE TESTOSTERONA	Unidade	500,00	R\$10,43
268	4431	02.02.06.035 DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	Unidade	500,00	R\$13,11
269	4477	02.02.07.034 DOSAGEM DE TIOCIANATO	Unidade	500,00	R\$3,68
270	4432	02.02.06.036 DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	Unidade	500,00	R\$15,35
271	4433	02.02.06.037 DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	Unidade	500,00	R\$8,76
272	4434	02.02.06.038 DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	Unidade	500,00	R\$11,60
273	4608	90.04.01.091 DOSAGEM DE TOXOPLASMOSE AVIDEZ IgG	Unidade	500,00	R\$20,00
274	4587	90.02.01.027 DOSAGEM DE TRAB ANTI RECEPTORES DE TSH	Unidade	500,00	R\$27,47
275	4155	02.02.01.064 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	Unidade	500,00	R\$2,01
276	4156	02.02.01.065 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	Unidade	500,00	R\$2,01
277	4157	02.02.01.066 DOSAGEM DE TRANSFERRINA	Unidade	500,00	R\$4,12
278	4158	02.02.01.067 DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	Unidade	500,00	R\$3,51
279	4435	02.02.06.039 DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	Unidade	500,00	R\$8,71
280	4611	90.04.01.102 DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA LIVRE ( T3 LIVRE)	Unidade	500,00	R\$8,73
281	4562	02.02.11.007 DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	Unidade	500,00	R\$5,50
282	4159	02.02.01.068 DOSAGEM DE TRIPTOFANO	Unidade	500,00	R\$3,51
283	4341	02.02.03.120 DOSAGEM DE TROPONINA	Unidade	500,00	R\$9,00
284	4563	02.02.11.008 DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	Unidade	500,00	R\$13,20
285	1135	02.02.01.069 DOSAGEM DE UREIA (LAB CISCOMCAM)	Unidade	500,00	R\$1,85
286	4585	90.02.01.020 DOSAGEM DE VITAMINA A	Unidade	500,00	R\$67,37
287	4605	90.04.01.087 DOSAGEM DE VITAMINA B1	Unidade	500,00	R\$105,00
288	4161	02.02.01.070 DOSAGEM DE VITAMINA B12	Unidade	500,00	R\$15,24
289	4604	90.04.01.086 DOSAGEM DE VITAMINA E	Unidade	500,00	R\$49,91
290	4478	02.02.07.035 DOSAGEM DE ZINCO	Unidade	500,00	R\$15,65
291	4342	02.02.03.121 DOSAGEM DO ANTIGENO CA 125	Unidade	500,00	R\$13,35
292	4376	02.02.05.012 DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	Unidade	500,00	R\$3,04
293	4566	02.02.11.011 DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SORO	Unidade	500,00	R\$137,00
294	4204	02.02.02.035 ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	Unidade	500,00	R\$5,41
295	4162	02.02.01.071 ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	Unidade	500,00	R\$3,68
296	4163	02.02.01.072 ELETROFORESE DE PROTEINAS	Unidade	500,00	R\$4,42
297	4517	02.02.09.015 ELETROFORESE DE PROTEINAS C/	Unidade	500,00	R\$5,23





# CIS-COMCAM

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

CONCENTRACAO NO LIQUOR					
298	4205	02.02.02.036 ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	Unidade	500,00	R\$2,73
299	4518	02.02.09.016 ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	Unidade	500,00	R\$6,56
300	4519	02.02.09.017 ESPLENOGRAMA	Unidade	500,00	R\$5,79
301	4350	02.02.04.003 EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	Unidade	500,00	R\$3,04
302	4520	02.02.09.018 EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	Unidade	500,00	R\$1,89
303	4343	02.02.03.122 EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER I	Unidade	500,00	R\$80,00
304	4344	02.02.03.123 EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER II	Unidade	500,00	R\$120,00
305	4492	02.02.08.014 EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	Unidade	500,00	R\$2,80
306	4377	02.02.05.013 EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	Unidade	500,00	R\$3,70
307	4572	02.02.12.003 FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	Unidade	500,00	R\$10,65
308	4164	02.02.01.073 GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE )	Unidade	500,00	R\$15,65
309	4244	02.02.03.021 GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	Unidade	500,00	R\$298,48
310	4206	02.02.02.037 HEMATOCRITO	Unidade	500,00	R\$1,53
311	4493	02.02.08.015 HEMOCULTURA	Unidade	500,00	R\$11,49
312	4207	02.02.02.038 HEMOGRAMA COMPLETO	Unidade	500,00	R\$4,11
313	4494	02.02.08.016 IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	Unidade	500,00	R\$5,63
314	4573	02.02.12.004 IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	Unidade	500,00	R\$10,65
315	4351	02.02.04.004 IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	Unidade	500,00	R\$1,65
316	4371	02.02.05.007 IDENTIFICACAO DE GLICÍDIOS URINARIOS POR CROMATOGRÁFIA (CAMADA DELGADA)	Unidade	500,00	R\$3,70
317	4245	02.02.03.022 IMUNOELETOFORESE DE PROTEINAS	Unidade	500,00	R\$17,16
318	4246	02.02.03.023 IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	Unidade	500,00	R\$80,00
319	4208	02.02.02.039 LEUCOGRAMA	Unidade	500,00	R\$2,73
320	4521	02.02.09.019 MIELOGRAMA	Unidade	500,00	R\$5,79
321	4593	90.02.01.058 MONONUCLEOSE (MONOTESTE)	Unidade	500,00	R\$23,85
322	4495	02.02.08.017 PESQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	Unidade	500,00	R\$4,33
323	4378	02.02.05.014 PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRÁFIA)	Unidade	500,00	R\$3,70
324	4379	02.02.05.015 PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	Unidade	500,00	R\$2,04
325	4380	02.02.05.016 PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	Unidade	500,00	R\$3,70
326	4248	02.02.03.025 PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	Unidade	500,00	R\$10,00
327	4249	02.02.03.026 PESQUISA DE ANTICORPO IGM	Unidade	500,00	R\$10,00



# CIS-COMCAM

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

		ANTICARDIOLIPINA			
328	4260	02.02.03.037 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	Unidade	500,00	R\$9,25
329	4261	02.02.03.038 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	Unidade	500,00	R\$10,00
330	4262	02.02.03.039 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	Unidade	500,00	R\$9,25
331	4263	02.02.03.040 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	Unidade	500,00	R\$3,70
332	4264	02.02.03.041 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	Unidade	500,00	R\$5,83
333	4265	02.02.03.042 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	Unidade	500,00	R\$10,00
334	4347	02.02.03.126 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORPOS ANTI-HTLV-A (WESTERN-BLOT)	Unidade	500,00	R\$85,00
335	4266	02.02.03.043 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL	Unidade	500,00	R\$17,16
336	4250	02.02.03.027 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	Unidade	500,00	R\$8,67
337	4267	02.02.03.044 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	Unidade	500,00	R\$9,25
338	4268	02.02.03.045 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	Unidade	500,00	R\$10,00
339	4269	02.02.03.046 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	Unidade	500,00	R\$9,70
340	4522	02.02.09.021 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES ( ELISA )	Unidade	500,00	R\$9,70
341	4270	02.02.03.047 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	Unidade	500,00	R\$2,83
342	4271	02.02.03.048 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	Unidade	500,00	R\$10,00
343	4272	02.02.03.050 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	Unidade	500,00	R\$10,00
344	4251	02.02.03.028 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	Unidade	500,00	R\$17,16
345	4252	02.02.03.029 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	Unidade	500,00	R\$85,00
346	4253	02.02.03.030 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	Unidade	500,00	R\$10,00
347	4254	02.02.03.031 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	Unidade	500,00	R\$18,55
348	4273	02.02.03.051 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	Unidade	500,00	R\$10,00
349	4274	02.02.03.052 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	Unidade	500,00	R\$17,16
350	4275	02.02.03.053 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	Unidade	500,00	R\$4,10
351	4276	02.02.03.054 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	Unidade	500,00	R\$5,50
352	4277	02.02.03.055 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	Unidade	500,00	R\$17,16
353	4278	02.02.03.056 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	Unidade	500,00	R\$17,16
354	4279	02.02.03.057 PESQUISA DE ANTICORPOS	Unidade	500,00	R\$17,16

Rua Mamborê, 1542 – Fone (044) 3523-3684 – CEP 87.302-140 – Campo Mourão – Pr.

CNPJ: 95.640.322/0001-01



# CIS-COMCAM

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

		<b>ANTIMUSCULO ESTRIADO</b>			
355	4280	02.02.03.058 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	Unidade	500,00	R\$17,16
356	4281	02.02.03.059 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	Unidade	500,00	R\$17,16
357	4282	02.02.03.060 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	Unidade	500,00	R\$17,16
358	4283	02.02.03.061 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	Unidade	500,00	R\$10,00
359	4255	02.02.03.032 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI- RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	Unidade	500,00	R\$17,16
360	4256	02.02.03.033 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI- SCHISTOSOMAS	Unidade	500,00	R\$5,74
361	4257	02.02.03.034 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	Unidade	500,00	R\$17,16
362	4258	02.02.03.035 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI- SS-A (RO)	Unidade	500,00	R\$18,55
363	4259	02.02.03.036 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI- SS-B (LA)	Unidade	500,00	R\$18,55
364	4284	02.02.03.062 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	Unidade	500,00	R\$17,16
365	4285	02.02.03.063 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	Unidade	500,00	R\$18,55
366	4286	02.02.03.064 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	Unidade	500,00	R\$18,55
367	4287	02.02.03.065 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	Unidade	500,00	R\$7,78
368	4288	02.02.03.066 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	Unidade	500,00	R\$9,71
369	4289	02.02.03.067 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	Unidade	500,00	R\$18,55
370	4290	02.02.03.068 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	Unidade	500,00	R\$18,55
371	4291	02.02.03.069 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	Unidade	500,00	R\$9,25
372	4292	02.02.03.070 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	Unidade	500,00	R\$4,10
373	4293	02.02.03.071 PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO	Unidade	500,00	R\$18,55
374	4294	02.02.03.072 PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	Unidade	500,00	R\$17,16
375	4295	02.02.03.073 PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	Unidade	500,00	R\$2,83
376	4296	02.02.03.074 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	Unidade	500,00	R\$11,00
377	4297	02.02.03.075 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	Unidade	500,00	R\$9,25
378	3916	02.02.03.076 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$16,97
379	4299	02.02.03.077 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	Unidade	500,00	R\$9,25
380	4301	02.02.03.079 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS	Unidade	500,00	R\$30,00



## **CIS-COMCAM**

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

381	4302	02.02.03.080 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	Unidade	500,00	R\$18,55
382	4303	02.02.03.081 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	Unidade	500,00	R\$17,16
383	4304	02.02.03.082 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	Unidade	500,00	R\$17,16
384	4305	02.02.03.083 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	Unidade	500,00	R\$17,16
385	4306	02.02.03.084 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	Unidade	500,00	R\$17,16
386	4300	02.02.03.078 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	Unidade	500,00	R\$18,55
387	4307	02.02.03.085 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	Unidade	500,00	R\$11,61
388	4308	02.02.03.086 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	Unidade	500,00	R\$10,00
389	4309	02.02.03.087 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	Unidade	500,00	R\$18,55
390	4310	02.02.03.088 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	Unidade	500,00	R\$9,25
391	4311	02.02.03.089 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	Unidade	500,00	R\$18,55
392	4312	02.02.03.090 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS	Unidade	500,00	R\$20,00
393	4313	02.02.03.091 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	Unidade	500,00	R\$18,55
394	4314	02.02.03.092 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	Unidade	500,00	R\$17,16
395	4315	02.02.03.093 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	Unidade	500,00	R\$17,16
396	4316	02.02.03.094 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	Unidade	500,00	R\$17,16
397	4317	02.02.03.095 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	Unidade	500,00	R\$17,16
398	4574	02.02.12.005 PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO	Unidade	500,00	R\$5,79
399	4575	02.02.12.006 PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC	Unidade	500,00	R\$5,79
400	4576	02.02.12.007 PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO	Unidade	500,00	R\$5,79
401	4319	02.02.03.097 PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	Unidade	500,00	R\$18,55
402	4320	02.02.03.098 PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	Unidade	500,00	R\$18,55
403	4209	02.02.02.040 PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	Unidade	500,00	R\$25,00
404	4496	02.02.08.018 PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	Unidade	500,00	R\$2,80
405	4381	02.02.05.017 PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	Unidade	500,00	R\$2,04
406	4382	02.02.05.018 PESQUISA DE CADEIAS LEVES	Unidade	500,00	R\$2,40



# CIS-COMCAM

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

		KAPPA E LAMBDA			
407	4524	02.02.09.023 PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	Unidade	500,00	R\$1,89
408	4210	02.02.02.041 PESQUISA DE CELULAS LE	Unidade	500,00	R\$4,11
409	4525	02.02.09.024 PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	Unidade	500,00	R\$1,89
410	4383	02.02.05.019 PESQUISA DE CISTINA NA URINA	Unidade	500,00	R\$2,04
411	4321	02.02.03.099 PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)	Unidade	500,00	R\$60,00
412	4384	02.02.05.020 PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	Unidade	500,00	R\$2,04
413	4211	02.02.02.042 PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	Unidade	500,00	R\$2,73
414	4322	02.02.03.100 PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	Unidade	500,00	R\$2,83
415	4526	02.02.09.025 PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	Unidade	500,00	R\$1,89
416	4352	02.02.04.005 PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	Unidade	500,00	R\$1,65
417	4353	02.02.04.006 PESQUISA DE EOSINOFILOS	Unidade	500,00	R\$1,65
418	4385	02.02.05.021 PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	Unidade	500,00	R\$3,70
419	4527	02.02.09.026 PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)	Unidade	500,00	R\$4,80
420	4497	02.02.08.019 PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	Unidade	500,00	R\$4,33
421	4323	02.02.03.101 PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	Unidade	500,00	R\$4,10
422	4577	02.02.12.008 PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	Unidade	500,00	R\$1,37
423	4386	02.02.05.022 PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	Unidade	500,00	R\$2,04
424	4212	02.02.02.043 PESQUISA DE FILARIA	Unidade	500,00	R\$2,73
425	4387	02.02.05.023 PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	Unidade	500,00	R\$2,04
426	4388	02.02.05.024 PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	Unidade	500,00	R\$3,36
427	4354	02.02.04.007 PESQUISA DE GORDURA FECAL	Unidade	500,00	R\$1,65
428	4498	02.02.08.020 PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	Unidade	500,00	R\$2,80
429	4499	02.02.08.021 PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	Unidade	500,00	R\$4,33
430	4213	02.02.02.044 PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	Unidade	500,00	R\$2,73
431	4324	02.02.03.102 PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA	Unidade	500,00	R\$10,00
432	4390	02.02.05.026 PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	Unidade	500,00	R\$2,04
433	4325	02.02.03.103 PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	Unidade	500,00	R\$9,25
434	4391	02.02.05.027 PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	Unidade	500,00	R\$2,04
435	4355	02.02.04.008 PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	Unidade	500,00	R\$1,65
436	4500	02.02.08.022 PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	Unidade	500,00	R\$2,80
437	4356	02.02.04.009 PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	Unidade	500,00	R\$1,65
438	4357	02.02.04.010 PESQUISA DE LEVEDURAS NAS	Unidade	500,00	R\$1,65



# CIS-COMCAM

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

		FEZES			
439	4443	02.02.06.047 PESQUISA DE MACROPROLACTINA	Unidade	500,00	R\$12,15
440	4392	02.02.05.028 PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	Unidade	500,00	R\$3,70
441	4358	02.02.04.011 PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)	Unidade	500,00	R\$1,65
442	4359	02.02.04.012 PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	Unidade	500,00	R\$1,65
443	4393	02.02.05.029 PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	Unidade	500,00	R\$2,04
444	4394	02.02.05.030 PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	Unidade	500,00	R\$4,44
445	4528	02.02.09.027 PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	Unidade	500,00	R\$1,89
446	4360	02.02.04.013 PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	Unidade	500,00	R\$10,25
447	4361	02.02.04.014 PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	Unidade	500,00	R\$1,65
448	4362	02.02.04.015 PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	Unidade	500,00	R\$1,65
449	4395	02.02.05.031 PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	Unidade	500,00	R\$2,04
450	4501	02.02.08.023 PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	Unidade	500,00	R\$5,04
451	4215	02.02.02.046 PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	Unidade	500,00	R\$2,73
452	4363	02.02.04.016 PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	Unidade	500,00	R\$1,65
453	4364	02.02.04.017 PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	Unidade	500,00	R\$1,65
454	4326	02.02.03.104 PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	Unidade	500,00	R\$10,00
455	4165	02.02.01.074 PROVA DA D-XILOSE	Unidade	500,00	R\$3,68
456	4217	02.02.02.048 PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	Unidade	500,00	R\$4,11
457	4396	02.02.05.032 PROVA DE DILUICAO (URINA)	Unidade	500,00	R\$2,04
458	4218	02.02.02.049 PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	Unidade	500,00	R\$2,73
459	4219	02.02.02.050 PROVA DO LACO	Unidade	500,00	R\$2,73
460	4530	02.02.09.029 PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	Unidade	500,00	R\$1,89
461	4531	02.02.09.030 PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	Unidade	500,00	R\$1,89
462	4327	02.02.03.105 PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	Unidade	500,00	R\$1,77
463	4328	02.02.03.106 PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	Unidade	500,00	R\$1,77
464	4329	02.02.03.107 QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	Unidade	500,00	R\$18,00
465	4330	02.02.03.108 QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	Unidade	500,00	R\$168,48
466	4540	02.02.10.004 QUANTIFICACAO/AMPLIFICACAO DO HER-2	Unidade	500,00	R\$120,00
467	4220	02.02.02.051 RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	Unidade	500,00	R\$2,73



# CIS-COMCAM

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

468	4332	02.02.03.110 REACAO DE MONTENEGRO ID	Unidade	500,00	R\$2,83
469	4532	02.02.09.031 REACAO DE PANDY	Unidade	500,00	R\$1,89
470	4533	02.02.09.032 REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	Unidade	500,00	R\$1,89
471	4221	02.02.02.052 TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	Unidade	500,00	R\$12,00
472	4534	02.02.09.033 TESTE DE CLEMENTS	Unidade	500,00	R\$1,89
473	4438	02.02.06.042 TESTE DE ESTIMULO COM GNRH OU COM AGONISTA GNRH	Unidade	500,00	R\$12,01
474	4436	02.02.06.040 TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	Unidade	500,00	R\$12,01
475	4437	02.02.06.041 TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	Unidade	500,00	R\$12,01
476	4439	02.02.06.043 TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	Unidade	500,00	R\$12,01
477	4583	90.02.01.016 TESTE DE FALCIZAÇÃO	Unidade	500,00	R\$3,35
478	4535	02.02.09.034 TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS	Unidade	500,00	R\$4,69
479	4222	02.02.02.053 TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	Unidade	500,00	R\$2,73
480	4536	02.02.09.035 TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	Unidade	500,00	R\$4,69
481	4440	02.02.06.044 TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	Unidade	500,00	R\$12,01
482	4441	02.02.06.045 TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	Unidade	500,00	R\$12,01
483	4166	02.02.01.075 TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	Unidade	500,00	R\$6,55
484	4223	02.02.02.054 TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	Unidade	500,00	R\$2,73
485	4334	02.02.03.112 TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	Unidade	500,00	R\$10,00
486	4335	02.02.03.113 TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	Unidade	500,00	R\$10,00
487	4578	02.02.12.009 TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	Unidade	500,00	R\$2,73
488	4333	02.02.03.111 TESTE NAO TREPONEMICO P/ DETECCAO DE SIFILIS	Unidade	500,00	R\$2,83
489	4338	02.02.03.117 TESTE NAO TREPONEMICO P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTES	Unidade	500,00	R\$2,83
490	4442	02.02.06.046 TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	Unidade	500,00	R\$8,43
491	4331	02.02.03.109 TESTE TREPONEMICO P/ DETECCAO DE SIFILIS	Unidade	500,00	R\$4,10
492	4336	02.02.03.114 TESTES ALERGICOS DE CONTATO	Unidade	500,00	R\$1,77
493	4337	02.02.03.115 TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	Unidade	500,00	R\$1,77
494	4579	02.02.12.010 TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	Unidade	500,00	R\$5,79
495	4365	02.02.05.001 ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	Unidade	500,00	R\$3,70
496	4479	02.02.08.001 ANTIBIOGRAMA	Unidade	500,00	R\$4,98
497	977	02.02.08.005 BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE) (LAB CISCOMCAM)	Unidade	500,00	R\$4,20



# CIS-COMCAM

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

498	978	02.02.08.006 BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE) (LAB CISCOCAM)	Unidade	500,00	R\$4,20
499	979	02.02.08.004 BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNOSTICA) (LAB CISCOCAM)	Unidade	500,00	R\$4,20
500	980	02.02.08.007 BACTEROSCOPIA (GRAM) (LAB CISCOCAM)	Unidade	500,00	R\$2,80
501	1009	02.02.05.002 CLEARANCE DE CREATININA (LAB CISCOCAM)	Unidade	500,00	R\$3,51
502	1010	02.02.05.004 CLEARANCE DE UREIA (LAB CISCOCAM)	Unidade	500,00	R\$3,51
503	1011	90.02.01.004 COAGULOGRAMA TEM SANG PROVA LACO RET COAG CONT PLAQ. - HEMATOLOGIA (LAB CISCOCAM)	Unidade	500,00	R\$6,90
504	1012	90.02.01.001 COLESTEROL VLDL - BIOQUIMICA (LAB CISCOCAM)	Unidade	500,00	R\$4,19
505	1035	02.02.02.002 CONTAGEM DE PLAQUETAS (LAB CISCOCAM)	Unidade	500,00	R\$2,73
506	1036	02.02.02.003 CONTAGEM DE RETICULOCITOS (LAB CISCOCAM)	Unidade	500,00	R\$2,73
507	1041	02.02.08.008 CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO (LAB CISCOCAM)	Unidade	500,00	R\$5,62
508	1049	02.02.01.004 DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS) (LAB CISCOCAM)	Unidade	500,00	R\$3,63
509	1050	02.02.01.007 DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS) (LAB CISCOCAM)	Unidade	500,00	R\$15,24
510	1051	02.02.03.007 DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE (LAB CISCOCAM)	Unidade	500,00	R\$2,83
511	1052	02.02.02.007 DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO (LAB CISCOCAM)	Unidade	500,00	R\$2,73
512	1053	02.02.02.009 DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE (LAB CISCOCAM)	Unidade	500,00	R\$2,73
513	1054	02.02.02.013 DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA) (LAB CISCOCAM)	Unidade	500,00	R\$5,77
514	1055	02.02.02.014 DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP) (LAB CISCOCAM)	Unidade	500,00	R\$2,73
515	1056	02.02.02.015 DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTACAO (VHS) (LAB CISCOCAM)	Unidade	500,00	R\$2,73
516	1057	02.02.12.002 DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO (LAB CISCOCAM)	Unidade	500,00	R\$1,37
517	1058	02.02.03.008 DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA (LAB CISCOCAM)	Unidade	500,00	R\$9,25
518	2570	02.02.01.012 DOSAGEM DE ACIDO ÚRICO (LAB CISCOCAM)	Unidade	500,00	R\$1,85
519	1067	02.02.01.018 DOSAGEM DE AMILASE (LAB CISCOCAM)	Unidade	500,00	R\$2,25
520	1072	02.02.01.020 DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES (LAB CISCOCAM)	Unidade	500,00	R\$2,01
521	1073	02.02.01.021 DOSAGEM DE CALCIO (LAB CISCOCAM)	Unidade	500,00	R\$1,85





# CIS-COMCAM

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

522	3695	02.02.01.022 DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL (LAB CISCOMCAM)	Unidade	500,00	R\$3,51
523	1078	02.02.01.027 DOSAGEM DE COLESTEROL HDL (LAB CISCOMCAM)	Unidade	500,00	R\$3,51
524	1079	02.02.01.028 DOSAGEM DE COLESTEROL LDL (LAB CISCOMCAM)	Unidade	500,00	R\$3,51
525	1080	02.02.01.029 DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL (LAB CISCOMCAM)	Unidade	500,00	R\$1,85
526	1085	02.02.01.031 DOSAGEM DE CREATININA (LAB CISCOMCAM)	Unidade	500,00	R\$1,85
527	1095	02.02.01.042 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA (LAB CISCOMCAM)	Unidade	500,00	R\$2,01
528	1096	02.02.01.043 DOSAGEM DE FOSFORO (LAB CISCOMCAM)	Unidade	500,00	R\$1,85
529	1098	02.02.01.046 DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT) (LAB CISCOMCAM)	Unidade	500,00	R\$3,51
530	1099	02.02.01.047 DOSAGEM DE GLICOSE (LAB CISCOMCAM)	Unidade	500,00	R\$1,85
531	1100	02.02.06.021 DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG) (LAB CISCOMCAM)	Unidade	500,00	R\$7,85
532	1101	02.02.02.030 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA (LAB CISCOMCAM)	Unidade	500,00	R\$1,53
533	1120	02.02.05.011 DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS) (LAB CISCOMCAM)	Unidade	500,00	R\$2,04
534	1121	02.02.01.062 DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES (LAB CISCOMCAM)	Unidade	500,00	R\$1,85
535	1130	02.02.01.064 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO) (LAB CISCOMCAM)	Unidade	500,00	R\$2,01
536	1131	02.02.01.065 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP) (LAB CISCOMCAM)	Unidade	500,00	R\$2,01
537	1133	02.02.01.067 DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS (LAB CISCOMCAM)	Unidade	500,00	R\$3,51
538	1135	02.02.01.069 DOSAGEM DE UREIA (LAB CISCOMCAM)	Unidade	500,00	R\$1,85
539	1151	02.02.02.036 ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO) (LAB CISCOMCAM)	Unidade	500,00	R\$2,73
540	1155	02.02.08.014 EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO) (LAB CISCOMCAM)	Unidade	500,00	R\$2,80
541	1156	02.11.04.003 EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO DO CONTEUDO CERVICO-VAGINAL (LAB CISCOMCAM)	Unidade	500,00	R\$2,80
542	1167	02.02.02.037 HEMATOCRITO (LAB CISCOMCAM)	Unidade	500,00	R\$1,53
543	1168	02.02.02.038 HEMOGRAMA COMPLETO (LAB CISCOMCAM)	Unidade	500,00	R\$4,11
544	3705	90.02.01.002 LIPIDOGRAMA COMPLETO LIPID TOT COLEST TRGL ELTROF PROTEINA - BIOQUIMICA (LAB CISCOMCAM)	Unidade	500,00	R\$18,66
545	3706	90.02.01.007 MANTOUX ID REACAO INTRADERMICA - IMUNOLOGIA (LAB CISCOMCAM)	Unidade	500,00	R\$4,18
546	1181	90.02.01.026 PERFIL LIPIDIO (LAB CISCOMCAM)	Unidade	500,00	R\$18,66



# CIS-COMCAM

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

547	1186	02.02.03.047 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO) (LAB CISCOCAM)	Unidade	500,00	R\$2,83
548	1218	02.02.02.041 PESQUISA DE CELULAS LE (LAB CISCOCAM)	Unidade	500,00	R\$4,11
549	3698	02.02.04.005 PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA) (LAB CISCOCAM)	Unidade	500,00	R\$1,65
550	2766	02.02.04.006 PESQUISA DE EOSINOFILOS (LAB CISCOCAM)	Unidade	500,00	R\$1,65
551	1219	02.02.03.101 PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE) (LAB CISCOCAM)	Unidade	500,00	R\$4,10
552	1220	02.02.12.008 PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO) (LAB CISCOCAM)	Unidade	500,00	R\$1,37
553	1222	02.02.04.009 PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES (LAB CISCOCAM)	Unidade	500,00	R\$1,97
554	3699	02.02.04.010 PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES (LAB CISCOCAM)	Unidade	500,00	R\$1,65
555	1223	02.02.04.012 PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS (LAB CISCOCAM)	Unidade	500,00	R\$1,65
556	3696	02.02.02.045 PESQUISA DE PLASMIDIO (LAB CISCOCAM)	Unidade	500,00	R\$4,89
557	3701	02.02.09.027 PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES (LAB CISCOCAM)	Unidade	500,00	R\$1,89
558	1224	02.02.04.013 PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES (LAB CISCOCAM)	Unidade	500,00	R\$10,25
559	1225	02.02.04.014 PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES (LAB CISCOCAM)	Unidade	500,00	R\$1,65
560	1232	02.02.02.050 PROVA DO LACO (LAB CISCOCAM)	Unidade	500,00	R\$2,73
561	1276	02.02.03.110 REACAO DE MONTENEGRO ID (LAB CISCOCAM)	Unidade	500,00	R\$2,83
562	1295	02.02.02.054 TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD) (LAB CISCOCAM)	Unidade	500,00	R\$2,73
563	1298	02.02.12.009 TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA) (LAB CISCOCAM)	Unidade	500,00	R\$2,73
564	1294	02.02.03.111 TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECCAO DE SIFILIS (LAB CISCOCAM)	Unidade	500,00	R\$2,83
565	3704	02.14.01.005 TESTE RAPIDO DETECCAO DE INFCCAO PELO HIV (LAB CISCOCAM)	Unidade	500,00	R\$1,00
566	4010	90.04.01.103 ANTIBIOGRAMA III (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$6,72
567	4008	90.04.01.101 BHCG QUANTITATIVO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$10,69
568	1042	90.02.01.022 CULTURA PARA BACTERIAS (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$5,61
569	3797	02.02.01.002 DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$2,01
570	3882	02.02.03.006 DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$9,25
571	3937	02.02.05.006 DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$3,70
572	4001	90.04.01.085 DOSAGEM DE ANTICORPOS	Unidade	500,00	R\$32,43



# CIS-COMCAM

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

		<b>ANTINEUTROFILOS - ANCA (LAB TERCEIRIZADO)</b>			
573	3943	02.02.06.004 DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$10,20
574	3880	02.02.01.076 DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$15,24
575	3973	02.02.07.005 DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$15,65
576	3856	02.02.01.013 DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$9,00
577	3945	02.02.06.008 DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$14,12
578	3857	02.02.01.014 DOSAGEM DE ALDOLASE (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$3,68
579	3946	02.02.06.009 DOSAGEM DE ALDOSTERONA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$11,89
580	3858	02.02.01.015 DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$3,68
581	3859	02.02.01.016 DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$3,68
582	3883	02.02.03.009 DOSAGEM DE ALFA-FEROPROTEINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$15,06
583	3947	02.02.06.011 DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$11,53
584	3981	90.02.01.012 DOSAGEM DE ANTI-CITRULINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$58,00
585	3997	90.04.01.081 DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTI CENTROMERO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$17,46
586	3934	02.02.03.118 DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$18,55
587	3987	90.02.01.030 DOSAGEM DE ANTI-GAD (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$44,91
588	3990	90.02.01.043 DOSAGEM DE ANTIGENO HLA-B27, PESQUISA PCR (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$62,38
589	3884	02.02.03.010 DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$16,42
590	2735	90.02.01.061 DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO LIVRE (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$18,95
591	1060	02.02.07.012 DOSAGEM DE BARBITURATOS (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$13,13
592	3982	90.02.01.013 DOSAGEM DE CA 15-3 (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$18,30
593	3983	90.02.01.014 DOSAGEM DE CA 19-9 (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$18,30
594	3948	02.02.06.012 DOSAGEM DE CALCITONINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$14,38
595	3974	02.02.07.015 DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$17,53
596	3860	02.02.01.024 DOSAGEM DE CATECOLAMINAS (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$26,70
597	2871	02.02.01.025 DOSAGEM DE CERULOSPLAMINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$3,68



# CIS-COMCAM

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

598	3975	02.02.07.017 DOSAGEM DE CHUMBO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$8,83
599	3938	02.02.05.008 DOSAGEM DE CITRATO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$2,01
600	3861	02.02.01.026 DOSAGEM DE CLORETO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$1,85
601	3976	02.02.07.019 DOSAGEM DE COBRE (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$3,51
602	3885	02.02.03.012 DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3 (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$17,16
603	3886	02.02.03.013 DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4 (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$17,16
604	3177	02.02.06.013 DOSAGEM DE CORTISOL (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$9,86
605	3991	90.02.01.048 DOSAGEM DE CORTISOL LIVRE URINARIO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$13,00
606	3862	02.02.01.032 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$3,68
607	3863	02.02.01.033 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$4,12
608	4004	90.04.01.088 DOSAGEM DE CROMO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$15,00
609	3949	02.02.06.014 DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$11,25
610	3864	02.02.01.036 DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$3,68
611	3865	02.02.01.037 DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$3,68
612	3950	02.02.06.015 DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$11,71
613	3989	90.02.01.042 DOSAGEM DE ENDOMISO, ANTICORPOS IGA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$29,94
614	3993	90.04.01.062 DOSAGEM DE ENDOMISO, ANTICORPOS IGG (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$29,94
615	3994	90.04.01.063 DOSAGEM DE ENDOMISO, ANTICORPOS IGM (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$29,94
616	3951	02.02.06.016 DOSAGEM DE ESTRADIOL (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$10,15
617	3977	02.02.07.022 DOSAGEM DE FENITOINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$35,22
618	3866	02.02.01.038 DOSAGEM DE FERRITINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$15,59
619	3867	02.02.01.039 DOSAGEM DE FERRO SERICO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$3,51
620	1094	02.02.01.040 DOSAGEM DE FOLATO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$15,65
621	3868	02.02.01.041 DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$2,01
622	3869	02.02.01.044 DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA	Unidade	500,00	R\$2,01



# CIS-COMCAM

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

		DA FOSFATASE ACIDA (LAB TERCEIRIZADO)			
623	3995	90.04.01.064 DOSAGEM DE GLIADINA, ANTICORPOS IGG (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$24,95
624	3996	90.04.01.065 DOSAGEM DE GLIADINA, ANTICORPOS IGM (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$19,96
625	3952	02.02.06.020 DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXIANA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$15,35
626	3870	02.02.01.050 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$7,86
627	3998	90.04.01.082 DOSAGEM DE HOMOCISTEINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$13,50
628	3953	02.02.06.022 DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$10,21
629	3954	02.02.06.023 DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$7,89
630	3955	02.02.06.024 DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$8,97
631	3956	02.02.06.025 DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$8,96
632	4005	90.04.01.090 DOSAGEM DE IGFB3 - PROTEINA LIGADORA DE IGF-1 (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$13,25
633	3887	02.02.03.015 DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$17,16
634	3888	02.02.03.016 DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$9,25
635	3889	02.02.03.017 DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$10,45
636	3890	02.02.03.018 DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$17,16
637	3957	02.02.06.026 DOSAGEM DE INSULINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$10,17
638	4144	02.02.01.053 DOSAGEM DE LACTATO	Unidade	500,00	R\$3,68
639	3872	02.02.01.055 DOSAGEM DE LIPASE (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$2,25
640	3978	02.02.07.025 DOSAGEM DE LITIO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$2,25
641	3873	02.02.01.056 DOSAGEM DE MAGNESIO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$2,01
642	3979	02.02.07.026 DOSAGEM DE MERCURIO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$2,04
643	2661	90.02.01.018 DOSAGEM DE METANEFRIAS URINARIAS (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$27,00
644	3939	02.02.05.009 DOSAGEM DE MICROALBUMINA DA URINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$8,12
645	3874	02.02.01.057 DOSAGEM DE MMUCO-PROTEINAS (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$2,01
646	3940	02.02.05.010 DOSAGEM DE OXALATO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$3,68
647	3958	02.02.06.027 DOSAGEM DE PARATORMONIO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$43,13
648	3959	02.02.06.028 DOSAGEM DE PEPTIDEO C (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$15,35



# CIS-COMCAM

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

649	3875	02.02.01.060 DOSAGEM DE POTASSIO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$1,85
650	3960	02.02.06.029 DOSAGEM DE PROGESTERONA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$10,22
651	3961	02.02.06.030 DOSAGEM DE PROLACTINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$10,15
652	3999	90.04.01.083 DOSAGEM DE PROTEINA C FUNCIONAL (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$39,92
653	4000	90.04.01.084 DOSAGEM DE PROTEINA S FUNCIONAL (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$65,73
654	3962	02.02.06.031 DOSAGEM DE RENINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$13,19
655	4007	90.04.01.092 DOSAGEM DE SEROTONINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$32,43
656	3988	90.02.01.031 DOSAGEM DE SHBG - GLOBULINA TRANSP. HORMONIOS SEXUAIS (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$24,95
657	3876	02.02.01.063 DOSAGEM DE SODIO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$1,85
658	3963	02.02.06.032 DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$15,35
659	3964	02.02.06.033 DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$13,11
660	3965	02.02.06.034 DOSAGEM DE TESTOSTERONA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$10,43
661	3966	02.02.06.035 DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$13,11
662	3967	02.02.06.036 DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$15,35
663	3968	02.02.06.037 DOSAGEM DE TIROXINA (T4) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$8,76
664	3969	02.02.06.038 DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$11,60
665	4006	90.04.01.091 DOSAGEM DE TOXOPLASMOSE AVIDEZ IGG (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$20,00
666	3986	90.02.01.027 DOSAGEM DE TRAB ANTI RECEPTORES DE TSH (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$27,47
667	3877	02.02.01.066 DOSAGEM DE TRASNFERINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$4,12
668	3970	02.02.06.039 DOSAGEM DE TRIODOTIRONINA (T3) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$8,71
669	4009	90.04.01.102 DOSAGEM DE TRIODOTIRONINA LIVRE (T3 LIVRE) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$8,73
670	3935	02.02.03.120 DOSAGEM DE TROPONINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$9,00
671	3985	90.02.01.020 DOSAGEM DE VITAMINA A (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$67,37
672	4003	90.04.01.087 DOSAGEM DE VITAMINA B1 (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$105,00
673	3878	02.02.01.070 DOSAGEM DE VITAMINA B12 (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$15,24
674	4002	90.04.01.086 DOSAGEM DE VITAMINA E (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$49,91



# CIS-COMCAM

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

675	3192	02.02.07.035 DOSAGEM DE ZINCO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$15,65
676	3936	02.02.03.121 DOSAGEM DE ANTIGENO CA 125 (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$13,35
677	3881	02.02.02.035 ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$5,41
678	3879	02.02.01.072 ELETROFORESE DE PROTEINAS (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$4,42
679	4015	02.02.01.073 GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE))	Unidade	500,00	R\$120,00
680	3992	90.02.01.058 DOSAGEM DE MONONUCLEOSE (MONOTESTE) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$23,85
681	3891	02.02.03.025 PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$10,00
682	3892	02.02.03.026 PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$10,00
683	3899	02.02.03.040 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$3,70
684	3900	02.02.03.042 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$10,00
685	3893	02.02.03.027 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$8,67
686	3901	02.02.03.045 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLERODERMA (SCL 70) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$10,00
687	3902	02.02.03.048 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$10,00
688	3894	02.02.03.030 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$10,00
689	3903	02.02.03.051 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$10,00
690	3904	02.02.03.052 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINSULINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$17,16
691	3905	02.02.03.055 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$17,16
692	3906	02.02.03.056 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$17,16
693	3907	02.02.03.058 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$17,16
694	3908	02.02.03.059 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$17,16
695	3895	02.02.03.032 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$17,16
696	3896	02.02.03.034 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$17,16
697	3897	02.02.03.035 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$18,55
698	3898	02.02.03.036 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$18,55
699	1198	02.02.03.062 PESQUISA DE ANTICORPOS	Unidade	500,00	R\$17,16



# CIS-COMCAM

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

		<b>ANTITIREOGLOBULINA (LAB TERCEIRIZADO)</b>			
700	3909	02.02.03.063 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI HS) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$18,55
701	3910	02.02.03.067 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HCV) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$18,55
702	3911	02.02.03.068 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$18,55
703	3912	02.02.03.072 PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLANIDIA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$17,16
704	3913	02.02.03.073 PESQUISA DE ANTICORPOSHETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$2,83
705	3914	02.02.03.074 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$11,00
706	3915	02.02.03.075 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$9,25
707	3916	02.02.03.076 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$16,97
708	3918	02.02.03.081 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$17,16
709	3919	02.02.03.083 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$17,16
710	3920	02.02.03.084 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$17,16
711	3917	02.02.03.078 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$18,55
712	3921	02.02.03.085 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$11,61
713	3922	02.02.03.087 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$18,55
714	3923	02.02.03.089 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$18,55
715	3924	02.02.03.091 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$18,55
716	3925	02.02.03.092 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$17,16
717	3926	02.02.03.093 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$17,16
718	3927	02.02.03.094 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$17,16
719	3928	02.02.03.095 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES (LAB	Unidade	500,00	R\$17,16





## **CIS-COMCAM**

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

		TERCEIRIZADO)			
720	3928	02.02.03.095 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$17,16
721	3929	02.02.03.096 PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIÓNARIO (CEA) (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$13,35
722	2581	02.02.03.097 PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG) (COMSUS)	Unidade	500,00	R\$22,12
723	3941	02.02.05.021 PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$3,70
724	3980	02.02.08.021 PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$4,33
725	3931	02.02.03.103 PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECÍFICA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$9,25
726	3972	02.02.06.047 PESQUISA DE MACROPROLACTINA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$12,15
727	3942	02.02.05.030 PESQUISA DE PROTEÍNAS URINÁRIAS (POR ELETROFORESE) (LAB TERCEIRIZADOS)	Unidade	500,00	R\$4,44
728	3984	90.02.01.016 TESTE DE FALCIZAÇÃO (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$3,35
729	3180	02.02.06.044- TESTE DE SUPRESSÃO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$12,01
730	3971	02.02.06.045 TESTE DE SUPRESSÃO DE HGH APOS GLICOSE (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$12,01
731	3932	02.02.03.112 TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$10,00
732	3933	02.02.03.113 TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS (LAB TERCEIRIZADO)	Unidade	500,00	R\$10,00
733	4318	02.02.03.096 PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIÓNARIO (CEA)	Unidade	500,00	R\$13,35



# **CIS-COMCAM**

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

---

## **EXTRATO DO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PJ 113/2020**

**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, Carlos Rosa Alves, portador do RG nº 3.454.380-1 SSP/PR e CPF/MF nº 505.919.329-20.

**Contratado:** TCHARLENE LETICIA DEMARI BASSEGIO & CIA LTDA - ME, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº 08.585.109/0001-40 com endereço a Rio Grande do Sul, 229, Centro, CEP 87330000, Nova Cantu - PR, neste ato representado por Tcharlene Leticia Demari, portador (a) do RG sob nº SSP-PR e CPF/MF nº 039.858.989-52.

### **Objeto:**

O presente processo de Inexigibilidade tem por objeto o Credenciamento de Pessoas Jurídicas na área de Saúde, para a prestação de serviços de todo e qualquer profissional da área da saúde os quais estejam elencados suas especialidades e atividades descritas nas tabelas de valores do Cis-comcam, referente ao exercício de 2020.

### **Vigência:**

01 de fevereiro de 2020 a 01 de fevereiro de 2021

### **Legislação Pertinente:**

**Processo nº 80/2019**

**Inexigibilidade nº 17/2019**

### **Data:**

Campo Mourão, 01 de fevereiro de 2020

### **Signatários do Contrato:**

<b>CONTRATANTE:</b>	Carlos Rosa Alves
<b>CONTRATADA:</b>	Tcharlene Leticia Demari
<b>JURÍDICO:</b>	Flavio Augusto de Andrade – OAB/PR 45.723
<b>COORDENADOR:</b>	Carla Cassia Alves Bentos
<b>FISCAL DE CONTRATOS :</b>	Márcio André Alencar de Almeida
<b>CONTROLE INTERNO:</b>	Maria Aparecida dos Santos