



**EDITAL Nº 02/21 PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DA SAÚDE.**

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA – CISAP

1 – PREÂMBULO

1.1 – O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Paulista – CISAP, por meio da Comissão Permanente de Licitações e Credenciamentos, designada pela Portaria nº 02/20, de 09 de Junho de 2.020 e de conformidade com a Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações, Lei Federal nº 8.080/90, Portaria nº 1.286/93 do Ministério da Saúde e demais legislações aplicáveis, torna pública a realização de CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DA SAÚDE, nos termos das condições estabelecidos no presente Edital.

2 – OBJETO

2.1 – Tem por objeto o Credenciamento de Pessoas Jurídicas para a prestação de serviços de EXAMES LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS, com remuneração a preço único constante na Tabela Unificada de Procedimentos SUS do Ministério da Saúde, que deverão ser prestados em instalações da Credenciada, conforme descrição no Edital nº 02/21.

3 – RELAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS

3.1 – Os descritos no Anexo IV deste Edital.

4 – CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO

4.1 – Poderão participar do Credenciamento as Pessoas Jurídicas da área de Saúde que mantenham, em seus quadros, profissionais da área respectiva que gozem de boa reputação profissional, desde que atendidos os requisitos dos itens 6 e 7, tais como exigidos neste instrumento. Além disso, as Pessoas Jurídicas passíveis de Credenciamento devem atender as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento satisfatório.

4.2 – Poderão participar Pessoas Jurídicas, desde que atendidos os requisitos deste instrumento, vedadas as que cumprem sanções previstas nos incisos III e IV do art. 87 da Lei Federal nº 8.666/93.

5 – FORMA DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO/PRAZO

5.1 – As interessadas poderão inscrever-se para o Credenciamento a partir de 24/03/2.021, conforme publicação do presente edital no mural do CISAP e pelo site www.cisapsp.com.br, fazendo-o pelos seguintes meios abaixo referidos.

5.2 – Serão consideradas Credenciadas as Pessoas Jurídicas que apresentarem os Documentos enumerados no item 7.1 deste instrumento.

5.3 – As interessadas poderão solicitar a inscrição no Credenciamento, para o exercício de 2.021/2.022, a qualquer momento, a partir de 24/03/2.021, pelo período de 01 (um) ano.



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA–CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

5.4 – Os documentos entregues para inscrição das interessadas serão analisados pela Comissão Permanente de Licitações e Credenciamentos, de acordo com as necessidades do CISAP e dos Municípios Consorciados, sujeitando-se à efetiva demanda do serviço.

5.5 – Os modelos de formulários para cadastramento estarão disponíveis diretamente na sede administrativa do CISAP, conforme os anexos deste Edital, sito na Rua Ricardo Ponciano, nº 248, Centro, telefone (18) 3528-4738, CEP 17700-000, na Cidade e Comarca de Osvaldo Cruz – SP., das 8:00 horas às 17:00 horas de segunda a sexta feira, ou pelo site www.cisapsp.com.br.

6 – FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

6.1 – Encaminhar na data prevista, a partir de 24/03/2021, os documentos relacionados no item 7 à Comissão Permanente de Licitações e Credenciamentos, de segunda a sexta-feira, das 08:00 horas às 17:00 horas, no endereço do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Paulista – CISAP, Rua Ricardo Ponciano, nº 248, Centro, telefone (18) 3528-4738, CEP 17700-000, na Cidade e Comarca de Osvaldo Cruz–SP, em envelope fechado com as seguintes indicações:

CRENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA ÁREA DA SAÚDE

EDITAL DE CRENCIAMENTO Nº 02/21

INTERESSADA: _____

ESPECIALIDADE: EXAMES LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS

ENDEREÇO (completo) _____

TELEFONE PARA CONTATO: _____

7 – DOCUMENTAÇÃO PARA HABILITAÇÃO

7.1 – Pessoa Jurídica:

- a-) Requerimento de inscrição (Anexo I);
- b-) Cópia da inscrição no CNPJ;
- c-) Ato constitutivo, estatuto ou contrato social consolidado, chancelado pela junta Comercial ou Cartório de Títulos e Documentos, conforme o caso em se tratando de sociedades comerciais e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;
- d-) Declaração da credenciada de que não pesa contra si atos de inidoneidade, expedida por Órgão da Administração Pública de qualquer esfera do Governo (Anexo II);
- e-) Declaração de que cumpre o disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição e na Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1.999 (Anexo III);
- f-) Prova de regularidade fiscal com a Receita Federal (Receita Federal e Dívida Ativa da União).
- g-) Prova de regularidade fiscal para com a Receita Estadual;
- h-) Prova de regularidade fiscal para com a Receita Municipal da cidade sede da Pessoa Jurídica;
- i-) Prova de regularidade para com a Seguridade Social (Certidão Negativa de Débito emitida pelo INSS);
- j-) Prova de regularidade para com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (Certificado de Regularidade do FGTS);
- k-) Alvará de Funcionamento expedido pela Vigilância Sanitária;
- l-) Alvará de Licença e Funcionamento, expedido pela Fazenda Municipal;
- m-) Registro no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde;
- n-) Cópia do comprovante de inscrição no Conselho Profissional correspondente (CRM, CRF ou equivalente), do(s) profissional(is) que executará(ão) os serviços, com a comprovação de vínculo na empresa;
- o-) Declaração de ciência aos termos do Edital (Anexo VI)
- p-) Procuração quando outorgado direito para representação da Empresa (Anexo VII).



OBSERVAÇÕES:- (a) a documentação solicitada poderá ser apresentada em xerox, sendo de inteira responsabilidade da interessada a veracidade dos documentos; (b) os Anexos a serem apresentados deverão ser digitados ou datilografados, não sendo aceitos os manuscritos.

8 – PROCEDIMENTO DO CREDENCIAMENTO

8.1 – Ao requerer a inscrição para Credenciamento, ou atualização deste, a qualquer tempo, a interessada fornecerá os elementos necessários à satisfação das exigências contidas no item 7.1 acima.

8.2 – Em se constatando a falta ou a invalidade de qualquer documento apresentado pela participante no presente credenciamento, a mesma será considerada inabilitada para assinar a Ordem de Execução de Serviços, não ensejando indenização de qualquer natureza. Poderá a mesma, entretanto, regularizar a sua documentação e, em nova oportunidade, a qualquer tempo, recomeçar os procedimentos para novo credenciamento.

8.3 – Não será aceito Credenciamento com documentação incompleta. O Credenciamento será feito pela ordem de chegada dos envelopes contendo os documentos de habilitação e será renovado anualmente.

8.4 – Para início da prestação de serviços será formalizada a Ordem de Execução de Serviços a ser firmada entre o Credenciando e a Credenciada, que poderá a qualquer tempo ser alterado, suspenso ou cancelado, no caso da Credenciada deixar de satisfazer as exigências estabelecidas no Credenciamento.

8.5 – A Ordem de Execução de Serviços será formalizada e assinada em 02 (duas) vias de igual teor, sendo uma para a Credenciada e outra para o CISAP.

8.6 – O Credenciamento será amplamente divulgado e estará permanentemente aberto aos interessados, durante o seu período de vigência, com exposição no quadro de avisos do CISAP e/ou pelo site www.cisapsp.com.br.

8.7 – Para renovação do Credenciamento, o CISAP procederá ao chamamento público das Credenciadas através de publicação no mural do Consórcio e/ou pelo site www.cisapsp.com.br, para a atualização dos registros existentes e para o ingresso de novos interessados.

9 – DO VALOR E PRAZO DA EXECUÇÃO

9.1 – A remuneração pela prestação dos serviços será regida pela Tabela Unificada de Procedimentos SUS do Ministério da Saúde, conforme Anexo IV deste Edital.

9.2 – O prazo de execução dos serviços será de 01 (um) ano, a partir da data de assinatura da Ordem de Execução de Serviços, a menos que haja solicitação de revogação pela Credenciada ou a critério do Presidente do Conselho de Prefeitos. Ressalta-se que, havendo necessidade da continuidade da prestação dos serviços e interesse pelas partes, poderá haver aditamentos nos termos da Lei Federal nº 8.666/93;

9.3 – A vigência do presente Instrumento fica vinculada à existência de recursos orçamentários nos termos fixados pelo inciso II, do art. 57 da Lei de Licitações.

10 – DO LOCAL DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

10.1 – Os serviços a que se referem no presente Edital deverão ser realizados em instalações próprias,



equipamentos, material e pessoal da Credenciada.

10.2 – A utilização do local de execução dos serviços, indicado pela Credenciada, não implicará em qualquer forma de responsabilidade e ônus por parte do CISAP e dos Municípios Consorciados.

10.3 – Não existirá, para o CISAP e os Municípios Consorciados, solidariedade quanto às obrigações trabalhistas e previdenciárias para com os empregados da Credenciada, cabendo a esta assumir, de forma exclusiva, todos os ônus da relação empregatícia.

10.4 – A presente prestação de serviços não caracteriza vínculo trabalhista e empregatício com o CISAP e os Municípios Consorciados, tanto do ponto de vista administrativo quanto monetário.

11 – CRITÉRIO DE REAJUSTE

11.1 – Os valores dos procedimentos, indicados no item 9, somente serão reajustados quando houver alteração dos valores especificados na Tabela SUS, para cada procedimento, passando a vigorar no mês seguinte ao da aprovação pelo Ministério da Saúde.

11.2 – Na ocorrência do citado no sub-ítem 11.1, caberá à Credenciada comunicar ao Credenciando a discriminação dos procedimentos alterados, informando os valores e a fundamentação legal.

12 - DA FORMA DE FORNECIMENTO DOS SERVIÇOS

12.1 – A Credenciada disponibilizará a estrutura física e de recursos humanos utilizados na execução dos serviços credenciados, inclusive pela organização, fiscalização e pelo pagamento de todo o pessoal (técnico e de apoio) necessário ao bom desenvolvimento das ações previstas.

12.2 – A Credenciada deverá fornecer, aos Municípios Consorciados, todos os materiais necessários para as coletas (frascos, tubos, seringas, agulhas etc.) bem como etiquetadora e impressora do código de barras para a devida identificação do material coletado para os exames.

12.3 – A coleta do material para exame será realizada nas Unidades de Saúde dos Municípios Consorciados, a critério do Gestor de Saúde de cada Município, sendo responsável pelo acondicionamento, armazenamento e conservação do material até a colheita da Credenciada para transporte ao Laboratório.

12.4 – O transporte para exame laboratorial do material coletado é de responsabilidade da Credenciada que deverá realizar de acordo com as normas da RDC nº 20/2.014, da ANVISA, que regulamenta o transporte sanitário de material biológico humano ou de legislações pertinentes.

12.5 – Os materiais coletados para exame serão transportados pela Credenciada, diariamente, ou com a periodicidade combinada entre a Credenciada e cada Município Consorciado, obedecendo o horário de expediente da Unidade de Saúde.

12.6 – Caberá ao Município Consorciado o registro dos dados dos pacientes e dos exames solicitados, para acompanhamento e controle dos serviços requisitados.

12.7 – A Credenciada fica obrigada à realização dos exames de acordo com a Tabela SUS e nas quantidades indicadas em cada autorização de fornecimento/requisição encaminhada pelo Órgão de Saúde Municipal.



12.8 – Os Municípios Consorciados não estão obrigados a adquirir qualquer quantidade dos exames credenciados, ficando a seu critério definir a quantidade.

12.9 – A Credenciada deverá garantir a execução dos serviços credenciados durante a vigência da Ordem de Execução de Serviços, de forma a não prejudicar e não retardar os procedimentos médicos necessários aos pacientes do Sistema Municipal de Saúde.

12.10 – A Credenciada fica obrigada a substituir, de imediato e às suas expensas, serviços em que se verificarem irregularidades.

12.11 – A Credenciada deverá disponibilizar os resultados dos exames descritos no Anexo IV no prazo máximo de 03 (três) dias para caso não urgente e no mesmo dia para casos urgentes, ou a critério do médico, exceto exames que exijam maior tempo para serem realizados.

12.12 – A devolução dos resultados dos exames poderá ser realizada pelo sistema on-line através de senha para acesso do endereço eletrônico a ser fornecida pela Credenciada aos Gestores da Saúde dos Municípios Consorciados.

12.13 – No caso de ocorrer Credenciamento de duas ou mais Empresas prestadoras do serviço solicitado neste Edital, caberá ao Município Consorciado optar para qual será encaminhado o material para a realização do exame.

13 – DO FATURAMENTO

13.1 – A competência para faturamento dos exames laboratoriais de análises clínicas será sempre do primeiro ao último dia do mês.

13.2 – No mês subsequente a Credenciada deverá enviar em envelope fechado, ao CISAP, o relatório da produção mensal discriminada por tipo e valor dos exames realizados, individualizado por Município Consorciado a que prestou o serviço.

13.3 – O prazo de entrega dos documentos constantes no item anterior, será o terceiro dia útil após o fechamento da competência.

13.4 – Após a validação dos documentos realizado pelo CISAP, este encaminhará ao Município Consorciado, até o dia 15 (quinze) do mês subsequente ao do serviço prestado, a solicitação do repasse de custeio dos valores para pagamento da Credenciada.

13.5 – Os documentos recebidos após a data determinada no item 13.3, serão faturados na competência seguinte.

14 - DO PREÇO E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO.

14.1 – O preço dos serviços prestados fica condicionado ao valor da Tabela SUS, constante no Anexo IV do presente Edital.

14.2 – A Credenciada enviará Nota Fiscal, com dados bancários, dos serviços prestados, individualmente por mês de competência e por Município Consorciado, com prazo de até 30 (trinta) dias após a sua emissão para pagamento.



14.3 – Os pagamentos serão efetuados mensalmente, no mês seguinte ao da prestação do serviço, ou conforme disponibilidade de repasses financeiros das Prefeituras Consorciadas e/ou transferência de recursos oriundos do Governo Estadual e/ou Federal.

14.4 – Não será efetuada nenhuma antecipação de pagamento do valor ou parte do valor a ser contratado, seja a qualquer título.

14.5 – O pagamento poderá ser realizado através de TED, DOC, TEV, depósito bancário para a conta corrente de titularidade da Credenciada ou por emissão de cheque nominal.

14.6 – No caso de tarifa/taxa de serviços bancários incidente na conta do Consórcio, em virtude de pagamento da prestação de serviços, a mesma poderá ser ressarcida pela Credenciada.

14.7 – Os valores referentes aos pagamentos não efetuados no prazo determinado estão sujeitos a correção com base na variação do Índice de Preços ao Consumidor Amplo-15 (IPCA-15), do dia útil seguinte ao previsto no subitem 14.2, deste item, até o dia do efetivo repasse.

14.8 – É vedada a cobrança de sobretaxas dos exames realizados pela Credenciada, sendo motivo de descredenciamento, permitindo novos credenciamentos a qualquer momento.

15 - DO CRÉDITO ORÇAMENTÁRIO

15.1 – As despesas decorrentes do presente Edital de Credenciamento correrão por conta do CISAP, através de repasses das Prefeituras Municipais Consorciadas e/ou transferência de recursos oriundos do Governo Estadual e/ou Federal.

16 – DA EXTINÇÃO DA ORDEM DE EXECUÇÃO DE SERVIÇOS

16.1 – Considerar-se-á extinta a Ordem de Execução de Serviços nas seguintes hipóteses, sempre garantido à Credenciada o amplo direito de defesa:

- a-) Término do prazo de vigência contratual;
- b-) Rescisão unilateral, por inexecução contratual, nos termos do artigo 78 da Lei nº 8.666/93;
- c-) Rescisão amigável ou judicial, nos termos dos incisos II e III do artigo 79 da Lei 8.666/93;
- d-) Anulação do Credenciamento e da Ordem de Execução de Serviços, a qualquer título.

16.2. A Ordem de Execução de Serviços poderá, ainda, ser rescindida de pleno direito, sem necessidade de aviso ou interpelação judicial, assegurada a ampla defesa, nos casos de:

- a-) Transferência ou subcontratação de seu objeto, no todo ou em parte, sem consentimento por escrito do Credenciante;
- b-) Manifesta impossibilidade de cumprimento das obrigações oriundas do Edital e na Ordem de Execução de Serviços.

16.3. Eventual cessão ou transferência total ou parcial dos direitos e obrigações decorrentes deste Edital, bem como eventual reestruturação societária, tais como fusão, cisão e incorporação envolvendo a Credenciada, não implicará na rescisão da Ordem de Execução de Serviços, desde que:

- a-) O sucessor do objeto contratual seja pessoa jurídica integrante do mesmo conglomerado da Credenciada;
- b-) O sucessor se responsabilize, incondicionalmente, por todas as obrigações da Ordem de Execução de Serviços, originalmente assumidas pela primitiva Credenciada no âmbito deste Edital;
- c-) Tal alteração não implique em deterioração ou decréscimo da qualidade dos serviços prestados pela Credenciada primitiva;



- d-) Tal alteração seja comunicada com antecedência ao Credenciante;
- e-) O cessionário da Ordem de Execução de Serviços apresente à Administração Pública, no ato da cessão, todos os documentos exigidos do cedente por ocasião da participação neste Credenciamento.

17 – SANÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA O CASO DE INADIMPLEMENTO DOS SERVIÇOS

17.1 – Pela inexecução total ou parcial na prestação dos serviços, o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Paulista – CISAP, poderá, garantida a prévia defesa, aplicar à Credenciada as sanções previstas no art. 87 da Lei Federal nº. 8.666/93. Em caso de aplicação de multa, esta será de 2% (dois por cento) sobre o valor total dos serviços contratados.

18 – RECURSOS ADMINISTRATIVOS

18.1 – À Credenciada é assegurado o direito de interposição de Recurso, nos termos do art. 109 da Lei Federal nº 8.666/93.

19 – DISPOSIÇÕES GERAIS

19.1 – Esclarecimentos relativos ao presente e às condições para atendimento das obrigações necessárias ao cumprimento de seu objeto serão prestados pela Comissão Permanente de Licitações e Credenciamentos, de segunda a sexta-feira, em horário de expediente.

19.2 – Fica eleito o foro da Cidade e Comarca de Osvaldo Cruz, Estado de São Paulo, que será o único competente para dirimir questões decorrentes do Credenciamento.

20 – ANEXOS

20.1 – Integram o presente instrumento os seguintes anexos:

- I - Modelo de requerimento para credenciamento de Pessoa Jurídica;
- II - Modelo de Declaração de Idoneidade;
- III - Modelo de Declaração de cumprimento à observância ao disposto no inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal;
- IV – TABELA SUS – EXAMES LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS;
- V – Ordem de Execução de Serviços (Minuta);
- VI – Declaração de ciência aos termos do Edital.
- VII – Procuração.

Osvaldo Cruz-SP, 23 de Março de 2021

VERA LUCIA ALVES
PRESIDENTE DO CONSELHO DE PREFEITOS
CISAP



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

(Em papel timbrado da empresa interessada)

ANEXO I

Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Paulista – CISAP,

_____, representante da Empresa abaixo qualificada, requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DA SAÚDE, conforme Edital de Credenciamento nº 02/21, divulgado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Paulista – CISAP, objetivando a prestação de serviços de Exames Laboratoriais de Análises Clínicas.

NOME DA EMPRESA: _____

CNPJ: _____

Endereço: Rua (Av) _____, Nº _____, Bairro _____

CEP _____ Cidade _____ Estado _____

Telefone para contato:- (____) _____

Endereço eletrônico:- _____

REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA: _____

Endereço: Rua (Av) _____, Nº _____, Bairro _____

CEP _____ Cidade _____ Estado _____

CR _____: _____ RG _____ CPF _____

Telefone para contato:- (____) _____

Endereço eletrônico:- _____

_____, ____ de _____ de 2.02__

Assinatura do(a) Representante Legal pela Empresa



(Em papel timbrado da empresa interessada)

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

Declaro(amos), para os fins de direito, na qualidade de interessada pelo Credenciamento de acordo com o Edital nº 02/21, instaurado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Paulista – CISAP, que não sou (somos) declarado(s) inidôneo(s) para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente.

_____, _____ de _____ de 2.02__

Assinatura do(a) Representante Legal pela Empresa



(Em papel timbrado da empresa interessada)

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE OBSERVÂNCIA AO DISPOSTO NO INCISO XXXIII DO ARTIGO 7º DA
CONSTITUIÇÃO FEDERAL

Declaro(amos), para os fins de direito, na qualidade de interessada pelo Credenciamento de acordo com o Edital nº 02/21, que cumpri(mos) o disposto no inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal, de que a Empresa não mantém em seu quadro de pessoal trabalhadores menores de 18 (dezoito) anos em horário noturno de trabalho, ou em serviços perigosos ou insalubres, não mantendo ainda, em qualquer trabalho, trabalhadores menores de 16 (dezesseis) anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente.

_____, ____ de _____ de 2.02__

Assinatura do(a) Representante Legal pela Empresa



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

ANEXO IV

TABELA SUS – EXAMES LABORATORIAIS DE ANÁLISES CÍNICAS

Exame	Descrição	Valor final
125	CA 125	R\$ 13,35
153	CA 15,3	R\$ 25,00
17ALF	17 ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R\$ 10,20
199	CA 19.9	R\$ 13,35
221	IGE ESPECIFICO PARA CAFE RF221	R\$ 18,55
320	IGE ESP. ACETIL-CISTEINA C320	R\$ 78,85
717	IgE ESP. TARTRAZINA(717)	R\$ 58,77
724	CA 72-4	R\$ 47,69
A1GLI	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA	R\$ 15,06
A1TRI	ALFA 1 ANTI-TRIPSINA	R\$ 92,35
AAT	TIREOGLOBULINA, ANTICORPOS ANTI	R\$ 17,16
AAU	HBSAG	R\$ 18,55
AAUP	HBsAg	R\$ 18,55
ABG	BETA-2-GLICOPROTEINA, IGG E IGM	R\$ 299,47
ABGIG	ANTICORPOS IGA ANTI BETA 2 GLICOPRO	R\$ 120,00
ACCER	COLINESTERASE ERITROCITÁRIA	R\$ 22,59
ACET	ACETILCOLINA, ANTICORPO LIGADOR DO	R\$ 88,90
ACP	CARDIOLIPINA IgM	R\$ 33,40
ACT	ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$ 14,12
ACU	ÁCIDO ÚRICO NA URINA RECENTE	R\$ 7,85
ACV	ACIDO VALPROICO	R\$ 15,65
ADILS	FOSFATIDILSERINA,IGG, IGM E IGA	R\$ 100,00
ADN	DNA NATIVO, AUTO ANTICORPOS	R\$ 8,67
AFO	ACIDO FOLICO	R\$ 15,65
AFP	ALFA FETOPROTEINA	R\$ 15,06
AH	ACIDO HIPURICO	R\$ 2,23
AINS	INSULINA, AUTO ANTICORPOS ANTI	R\$ 42,65



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

ALB	ALBUMINA	R\$ 1,40
ALD	ALDOLASE	R\$ 3,68
ALFAG	IGE ESPECÍFICO PARA ALFA-GALACTOSE	R\$ 299,50
ALL	ALUMINIO (Sangue)	R\$ 27,50
AMH	ACIDO METIL HIPURICO	R\$ 2,04
AMI	AMILASE	R\$ 2,25
AMINO	AMINOACIDOS, CROMATOLOGRAFIA QUANTITA	R\$ 83,54
AMO24	AMÔNIA URINÁRIA	R\$ 18,55
AMOL	ACIDO METIL MALONICO	R\$ 140,00
ANA	ALDOSTERONA	R\$ 11,89
ANC	NEUTROFILOS, ANTI - ANCA	R\$ 50,00
ANDRO	ANDROSTENEDIONA	R\$ 11,53
ANGI	ENZIMA CONVERSORA DE ANGIOTENSINA	R\$ 35,85
ANT	ANTITROMBINA-III	R\$ 6,48
ASCA	SACCHAROMYCES CEREVISIAE, ANTICORPO	R\$ 96,00
ASO	ANTIESTREPTOLISINA O (ASO)	R\$ 2,83
ATGA	ANTICORPOS ANTI-TRANSGLUTAMINA IGA	R\$ 57,60
ATI	TIREOGLOBULINA, ANTICORPOS ANTI	R\$ 17,16
ATT	MITOCONDRIA, ANTICORPO ANTI AMA	R\$ 17,16
AUR	ACIDO URICO	R\$ 1,85
AURU	ACIDO URICO (urina 24H)	R\$ 1,85
B1	VITAMINA B1	R\$ 140,00
B12	VITAMINA B12	R\$ 15,24
B2	VITAMINA B2	R\$ 200,00
B6	VITAMINA B6	R\$ 152,00
BA2	BAAR - ACID. RES. 2ª AMOSTRA	R\$ 4,20
BA3	BAAR - ACID. RES. 3ª AMOSTRA	R\$ 4,20
BAA	BAAR - ACID. RES. 1ª AMOSTRA	R\$ 4,20



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

BAAR	BACILOSCOPIA(HANSENÍASE)	R\$ 5,63
BAC	GRAM - BACTERIOSCOPIA	R\$ 2,80
BAER	BAERMANN	R\$ 1,65
BAER1	BAERMANN	R\$ 1,65
BCE1	BIOPSIA COM COLORAÇÃO ESPECIAL	R\$ 300,00
BCRQT	TRANSLOCAÇÃO BCR-ABL - QUANTITATIVO	R\$ 900,00
BEH	CULTURA SELETIVA PARA STREPTOCOCCUS	R\$ 50,00
BEN	BENCE JONES	R\$ 15,01
BEQ	BETA HCG QUANTITATIVO	R\$ 7,85
BET	BETA HCG - QUALITATIVO	R\$ 7,85
BETA2	BETA 2 MICROGLOBULINA	R\$ 39,55
BIC	BICARBONATO	R\$ 18,55
BID	BILIRRUBINA DIRETA	R\$ 2,01
BIL	BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 2,01
BIO	BIOPSIA SIMPLES	R\$ 180,00
BLAPC	BLASTOMICOSE SUL AMERICANA (PARACOC	R\$ 89,54
BNPET	BNP - PEPTÍDEO NATRIURÉTICO CEREBRA	R\$ 260,00
BORPC	BORDETELLA PERTUSSIS E PARAPERTUSSI	R\$ 450,00
BRU	BRUCELOSE	R\$ 3,70
BRUM	BRUCELOSE IGM	R\$ 44,00
C1	INIBIDOR DE C1 ESTERASE QUANTITATIV	R\$ 9,25
C19GM	COVID-19 IgG/IgM	R\$ 160,00
C232	IGE ESPECÍFICO PARA XYLOCAINA	R\$ 34,25
C286	IGE PARA IBUPROFENO	R\$ 100,00
C3	COMPLEMENTO SERICO C3	R\$ 17,16
C312	IGE ALERGENOS DO LEITE	R\$ 18,55
C4	COMPLEMENTO SERICO C4	R\$ 17,16
C5	IGE ESPECÍFICO PARA AMPICILINA	R\$ 24,25



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA–CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

C6	IGE ESPECÍFICO PARA AMOXICILINA	R\$ 100,00
CADMU	CÁDMIO NA URINA	R\$ 6,55
CAI	CALCIO IONICO	R\$ 3,51
CAIU	CREATININA EM AMOSTRA(URINA	R\$ 1,85
CAL	CÁLCIO	R\$ 1,85
CAM	CAXUMBA IGM	R\$ 23,55
CANIS	TOXOCARA CANIS IgG	R\$ 44,98
CAO	CULTURA DE OROFARINGE	R\$ 5,62
CAR	CARDIOLIPINA IgG	R\$ 33,40
CARG	CARIÓTIPO COM BANDA G	R\$ 700,00
CAT	CALCITONINA	R\$ 39,90
CATEC	CATECOLAMINAS	R\$ 98,47
CAU	CÁLCIO URINARIO	R\$ 7,85
CAU24	CALCIO - URINA 24 HORAS	R\$ 1,85
CAX	CAXUMBA IGG	R\$ 25,40
CBK	BAAR-BACILOSCOPIA	R\$ 5,63
CBL	CORTISOL BASAL	R\$ 9,86
CBZ	CARBAMAZEPINA	R\$ 17,53
CCP	CCP, ANTICORPOS ANTI	R\$ 101,00
CD	COOMBS DIRETO	R\$ 2,73
CD19	LINFÓCITOS - TIPAGEM CD19	R\$ 80,00
CD4	CD4 - SUBPOPULAÇÃO LINFOCITÁRIA	R\$ 65,00
CD8	CD4 E CD8 + CD3 - SUBPOPULAÇÃO LINF	R\$ 98,97
CDL	CARDIOLIPINA IgA	R\$ 37,89
CEA	ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO - CEA	R\$ 13,35
CER	CERULOPLASMINA	R\$ 3,68
CFF	CAPACIDADE TOTAL DE COMBINAÇÃO DO F	R\$ 2,01
CFU	CULTURA P/FUNGOS	R\$ 4,19



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

CG2	CURVA GLICEMICA - 2 horas	R\$ 3,63
CG6	CURVA GLICEMICA	R\$ 13,90
CGC	CURVA GLICEMICA CLASSICA	R\$ 10,00
CH50	COMPLEMENTO DO CH-50	R\$ 22,51
CHA	TRYPANOSOMA CRUZI (HEMOAGLUTINACAO)	R\$ 9,25
CHAA	TRYPANOSOMA CRUZI (HEMOAGLUTINACAO)	R\$ 9,25
CHAGG	CHAGAS - Anticorpos IgG (IF)	R\$ 9,25
CHAGM	CHAGAS - Anticorpos IgM (IF)	R\$ 9,25
CHIKU	ANTICORPOS ANTI CHIKUNGUNYA IGG/IGM	R\$ 240,00
CHIMU	TRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 18,55
CHUU	CHUMBO URINÁRIO	R\$ 8,83
CI	COOMBS INDIRETO	R\$ 2,73
CICLO	CICLOSPORINA	R\$ 58,61
CINS	INSULINA - JEJUM E 2 HORAS APÓS DEX	R\$ 35,89
CIS	CISTINA URINA RECENTE	R\$ 2,04
CIT	COLPOCITOLOGIA ONCOTICA	R\$ 7,30
CIT24	CITRATO - URINA 24 HORAS	R\$ 2,01
CITMA	CITOLOGIA DE MAMA	R\$ 55,00
CLA	CHLAMYDIA TRACHOMATIS IgA	R\$ 10,00
CLC	CLEARENCE DE CREATININA	R\$ 3,51
CLE	CULTURA E ANTIBIOGRAMA	R\$ 10,60
CLF	CAPACIDADE LATENTE FIX. Fe	R\$ 11,00
CLG	CHLAMYDIA TRACHOMATIS IgG	R\$ 10,00
CLM	CHLAMYDIA TRACHOMATIS IgM	R\$ 10,00
CLO	CLORETOS	R\$ 2,01
CLP	CULTURA DE SECREÇÕES	R\$ 5,62
CLU	UREIA, CLEARANCE	R\$ 18,55
CMB	CK-MB CREATINOFOSFOQUINASE	R\$ 4,12



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

CMG	CITOMEGALOVIRUS IgG	R\$ 11,00
CMM	CITOMEGALOVIRUS IgM	R\$ 11,61
COA	COAGULOGRAMA	R\$ 22,27
COB	COBRE SERICO	R\$ 3,51
COBRE	COBRE URINARIO	R\$ 21,56
COF	COPROLOGICO FUNCIONAL DE FEZES	R\$ 5,00
COL	COLESTEROL TOTAL	R\$ 1,85
COP	COPROCULTURA	R\$ 5,62
COR	CORTISOL	R\$ 9,86
COR16	CORTISOL - 16 HORAS (CORT16)	R\$ 9,86
COR16	CORTISOL - 16 HORAS (CORT16)	R\$ 9,86
COR24	CORTISOL 24 HORAS	R\$ 18,55
COVAG	COVID-19 DETECÇÃO ANTÍGENO SARS-CoV-2	R\$ 180,00
CPF	CALPROTECTINA FECAL	R\$ 111,00
CPK	CPK-CREATINO FOSFOQUINASE	R\$ 3,68
CRE	CREATININA	R\$ 1,85
CRE24	CREATININA - URINA 24 HORAS	R\$ 1,85
CRI	CRIOGLOBULINAS - PESQUISA	R\$ 18,55
CRO	CROMO	R\$ 25,75
CSE	COLINESTERASE	R\$ 3,68
CSEC	CULTURA+ANTIBIOGRAMA DE SECREÇÃO	R\$ 16,52
CTF	COLESTEROL TOTAL E FRAÇÕES	R\$ 12,38
CTF	COLESTEROL TOTAL E FRAÇÕES	R\$ 12,38
CTR	ANTI-CENTROMERO	R\$ 18,55
CTX	C-TELOPEPTÍDEO - CTX-I	R\$ 22,52
CUL	CULTURA DE ESCARRO	R\$ 5,63
D 2	IGE ESP.DERMAT.FARINAE	R\$ 35,55
D1	IGE ESP. DERMAT. PTERONYSSINUS	R\$ 30,48



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA–CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

D2	IGE ESP.DERMATOPHAGOIDES FARINAE D2	R\$ 18,55
D201	IGE ESP. BLOMIA TROPICALIS(ACAROS)	R\$ 18,55
DEG	ANTICORPOS, DENGUE IgG	R\$ 30,00
DEM	ANTICORPOS, DENGUE IgM	R\$ 20,00
DEN	ANTICORPOS DENGUE, IGG E IGM	R\$ 50,00
DHE	DEHIDROEPIANDROSTERONA DHEA	R\$ 11,25
DHT	DEHIDROTESTOSTERONA - DHT	R\$ 11,71
DIG	DIGOXINA	R\$ 6,55
DILET	FOSFATIDILETANOLAMINA IGG, IGA E IG	R\$ 750,00
DIM	DÍMERO D	R\$ 95,56
DNA	DNA	R\$ 450,00
DNAS	ANTI-DNA (Helice Simples)	R\$ 27,96
DNASE	ANTIDESOXIRIBONUCLEASE B	R\$ 75,89
E1	IGE ESP. P/ CASPA DE GATO (E1)	R\$ 18,55
E5	IGE ESP. P/ PELO DE CÃO (E5)	R\$ 25,00
EBG	EPSTEIN BAAR IGG, ANTICORPOS	R\$ 17,16
EBM	EPSTEIN BAAR IGM, ANTICORPOS	R\$ 17,16
EHB	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 5,41
ELEL	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$ 25,75
ENDOA	ENDOMISIO IGA, ANTICORPOS ANTI	R\$ 34,28
ENDOG	ENDOMISIO IGG, ANTICORPOS ANTI	R\$ 34,28
ENDOM	ENDOMISIO IGM, ANTICORPOS ANTI	R\$ 75,50
EPR	ELETROFORESE PROTEINAS	R\$ 4,42
EPRU	ELETROFORESE DE PROTEÍNAS-URINA 24H	R\$ 12,35
ERI	ERITROGRAMA	R\$ 2,73
ERITR	ERITROPOIETINA	R\$ 55,82
ESP	ESPERMOGRAMA	R\$ 4,80
EST	ESTRADIOL, 17 BETA - E2	R\$ 10,15

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA–CISAP**

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

ESTRI	ESTRIOL LIVRE	R\$ 11,55
ESTRO	ESTRONA	R\$ 22,35
ETA	ETANOL URINÁRIO	R\$ 30,00
EX1	IGE PELO ANIMAIS GATO,CAO,VACA,CAVA	R\$ 13,00
F09	IgE ESP. ARROZ	R\$ 18,55
F1	IgE ESP. CLARA DE OVO	R\$ 13,00
F13	IGE ESPECIFICO PARA AMENDOIM	R\$ 18,55
F14	IgE ESP. GRAO DE SOJA	R\$ 22,70
F15	IgE ESP. FEIJAO BRANCO	R\$ 18,55
F15	IgE ESP. FEIJAO BRANCO	R\$ 18,55
F18	IGE ESPECÍFICO PARA NOZ DO BRASIL (R\$ 18,55
F2	IgE ESP. LEITE	R\$ 22,00
F232	IGE ESPECÍFICO PARA OVOALBUMINA F23	R\$ 42,00
F233	IGE ESPECÍFICO PARA OVOMUCÓIDE F233	R\$ 42,00
F245	IGE ESPECIFICO PARA OVO (F245)	R\$ 18,00
F25	IGE ESPECIFICO PARA TOMATE	R\$ 18,55
F26	IGE ESPECIFICO PARA CARNE DE PORCO	R\$ 18,55
F263	IGE ESP. PIMENTA VERDE	R\$ 37,85
F27	IGE ESPECIFICO CARNE DE VACA F27	R\$ 28,89
F280	IGE PIMENTA NEGRA (DO REINO)	R\$ 48,99
F3	IGE ESPECIFICO PARA PEIXE-BACALHAU	R\$ 18,55
F300	IGE ESPECÍFICO PARA LEITE DE CABRA	R\$ 27,65
F340	IGE ESP. EXTRATO COCHONILHA(F340)	R\$ 45,00
F4	IgE ESP. TRIGO	R\$ 18,55
F5C	FATOR V - FATOR DA COAGULAÇÃO	R\$ 70,00
F75	IgE ESP. GEMA DE OVO	R\$ 13,00
F76	IGE ESP. ALFA LACTOALBUMINA	R\$ 22,00
F77	IGE ESP. BETA LACTOGLOBULINA	R\$ 22,00



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

F78	IGE ESPECIFICO PARA CASEINA	R\$ 22,70
F79	IgE ESP. GLUTEN	R\$ 30,25
F8	IGE ESPECIFICO PARA MILHO	R\$ 18,55
F83	IGE ESPECÍFICO CARNE DE GALINHA	R\$ 18,55
F84	IGE ESPECÍFICO PARA KIWI F84	R\$ 18,55
F92	IGE ESPECÍFICO PARA BANANA (F92)	R\$ 28,89
F93	IgE ESP. CACAU	R\$ 18,55
F96	IGE ESPECÍFICO PARA ABACATE	R\$ 18,55
FAC	FOSFATASE ACIDA TOTAL	R\$ 2,01
FAL	FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,01
FAN	FATOR ANTI-NUCLEAR(HEP2)	R\$ 17,16
FBF	PERFIL BIOQUÍMICO DO FERRO	R\$ 33,43
FEB	FENOBARBITAL	R\$ 17,53
FEN	FENITOINA-DIFENILHIDANTOINA	R\$ 35,22
FER	FERRO SERICO	R\$ 3,51
FIB	FIBRINOGENIO	R\$ 15,66
FIT	FERRITINA	R\$ 15,59
FNO	FENOL URINARIO	R\$ 2,04
FOS	FÓSFORO	R\$ 1,85
FOSF	FOSFORO (URINA 24H)	R\$ 8,90
FRQ	FATOR REUMATOIDE	R\$ 14,55
FRU	FRUTOSAMINA	R\$ 15,00
FSH	HORMÔNIO FOLICULO ESTIMULANTE - FSH	R\$ 7,89
FTA	FTA-ABS IgG	R\$ 10,00
FTM	FTA-ABS IgM	R\$ 10,00
FUM	CANABINOIDES - TESTE DE TRIAGEM	R\$ 149,87
FVIII	FATOR VIII DA COAGULAÇÃO	R\$ 110,00
FVL	FATOR V LEIDEN	R\$ 150,00

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP**

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

FX1	IGE MULTIPLO: Amendoim, avelã, cast	R\$ 18,55
FX2	IGE FRUTOS DO MAR (FX2)	R\$ 18,00
FX3	IGE MULTIPLO: Trigo, aveia, milho,	R\$ 18,55
FX5	IGE PARA ALIMENTOS INFANTIS	R\$ 18,00
FXII	FATOR XII DA COAGULAÇÃO	R\$ 139,88
G2021	MUTAÇÃO NO GENE DA PROTROMBINA	R\$ 140,00
G6PD	GLICOSE 6-FOSFATO DEHIDROGENASE	R\$ 25,25
GAD	GAD, AUTO ANTICORPOS ANTI	R\$ 200,00
GAS	GASOMETRIA ARTERIAL	R\$ 15,65
GFD	GORDURA FECAL	R\$ 12,40
GGT	GGT-GAMA-GLUTAMILTRANSFERASE	R\$ 3,51
GLI	GLICOSE JEJUM	R\$ 1,85
GLIAA	GLIADINA IgA, ANTICORPOS ANTI	R\$ 17,16
GLIAA	GLIADINA IgA, ANTICORPOS ANTI	R\$ 17,16
GLIAG	GLIADINA IgG, ANTICORPOS ANTI	R\$ 17,16
GLIAM	GLIADINA IgM, ANTICORPOS ANTI	R\$ 35,48
GLP	GLICOSE PÓS-PRANDIAL	R\$ 1,85
GPC	GLICOSE PÓS-CAFÉ-MANHÃ	R\$ 1,85
GPD	GLICOSE-6-FOS.DESIDROGENASE	R\$ 3,68
GSA	GRUPO SANGUÍNEO + FATOR RH/DU	R\$ 2,74
GSAP	GRUPO SANGUINEO + FATOR RH	R\$ 2,74
GX1	IGE ESP GRAMINEAS	R\$ 18,55
GX2	IGE MULTIPLO (GX2)	R\$ 17,20
H17	17 HIDROXICORTICOIDES	R\$ 6,72
H2	IgE ESP. PO CASA-HOLLISTER	R\$ 49,67
HAM	HEPATITE A IgM	R\$ 18,55
HAPTO	HAPTOGLOBINA	R\$ 18,55
HAV	HEPATITE A IgG	R\$ 18,55

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP**

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

HB	HEMOGLOBINA	R\$ 1,53
HBC	HBC IgG, ANTI	R\$ 18,55
HBE	HBE, ANTI	R\$ 18,55
HBEAG	HBEAG	R\$ 18,55
HBM	HBC IgM, ANTI	R\$ 18,55
HBS	HBS, ANTI	R\$ 18,55
HBV	HBV PCR QUANTITATIVO EM TEMPO REAL	R\$ 325,00
HCGT	H.C.G., BETA TOTAL	R\$ 23,49
HCT	HBC TOTAL, ANTI	R\$ 18,55
HCV	HCV, ANTI	R\$ 18,55
HCVP	HCV, ANTI	R\$ 18,55
HDL	COLESTEROL HDL	R\$ 3,51
HDV	ANTIGENO HEPATITE D	R\$ 91,63
HEA	HBE-AG	R\$ 18,55
HEM	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11
HEMOC	HEMOCULTURA	R\$ 11,49
HEMOV	HEMOGRAMA(VETERINARIO)	R\$ 30,00
HGH	HORMÔNIO DE CRESCIMENTO(GH)	R\$ 35,91
HGL	HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 7,86
HID	DIFENILHIDANTOINA-FENITOINA	R\$ 35,22
HIS	HISTOPLASMA CAPSULATUM, ANTI	R\$ 200,00
HIST	ANTICORPOS ANTI HISTONA/CROMATINA	R\$ 38,48
HIV	HIV	R\$ 18,55
HIVP	HIV 1 e 2, ANTÍGENO/ANTICORPOS	R\$ 10,00
HIVQT	CARGA VIRAL DE HIV	R\$ 350,00
HLA	ANTIGENO HLA-B-27, PESQUISA - PCR	R\$ 72,00
HLA-B	GENOTIPO HLA-B	R\$ 489,89
HLADB	HLAB27	R\$ 80,00

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP**

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

HOM	HOMOCISTEINA	R\$ 39,56
HPG	HELICOBACTER PYLORI, ANTICORPO IgG	R\$ 35,00
HPM	HELICOBACTER PYLORI, ANTICORPO IgM	R\$ 40,00
HPV	CAPTURA HIBRIDA PARA HPV	R\$ 280,00
HTL	HTLV I E II, ANTICORPOS ANTI	R\$ 50,00
HTO	HEMATOCRITO	R\$ 1,53
HVBL	HIV - Western-Blot	R\$ 270,00
HVG	HERPES SIMPLES I e II - IGG	R\$ 17,16
HVM	HERPES SIMPLES I e II - IGM	R\$ 17,16
HX2	IGE POEIRA DOMESTICA (HX2)	R\$ 25,40
HZG	HERPES ZOSTER IgG	R\$ 17,16
HZM	HERPES ZOSTER IgM	R\$ 17,16
I6	IGE ESPECIFICO PARA BARATA -I6	R\$ 18,00
I70	IGE ESPECIFICO PARA FORMIGA	R\$ 23,55
I71	IGE ESPECIFICO PARA PERNILONGO	R\$ 23,55
IGA	IMUNOGLOBULINA A - IGA	R\$ 90,00
IGA	IMUNOGLOBULINA A - IGA	R\$ 17,16
IGE	IMUNOGLOBULINA E - IGE	R\$ 9,25
IGFBP	IGFBP-3 PROTEINA LIGADORA-3 DO IGF	R\$ 54,38
IGGU	IMUNOGLOBULINA G - IGG	R\$ 32,30
IGMU	IMUNOGLOBULINA M - IGM	R\$ 18,55
IGS	IMUNOGLOBULINAS	R\$ 18,55
IH	INDICE HOMA	R\$ 22,50
IMU24	IMUNOFIXAÇÃO URINA 24HS	R\$ 150,00
IMUNO	IMUNOFIXAÇÃO	R\$ 48,99
INA	IGE PHADIATOP INALANTES	R\$ 18,55
INI	INIBINA B	R\$ 370,00
INS	INSULINA	R\$ 10,17



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

IODO	IODO SERICO	R\$ 61,38
IST	INDICE DE SATURACAO DA TRANSFERRINA	R\$ 2,01
JAK2	MUTAÇÃO NO GENE JAK2	R\$ 350,00
JO1	JO-1, AUTO ANTICORPOS ANTI	R\$ 18,55
K82	IGE ESPECÍFICO PARA LATÉX	R\$ 18,55
LAC	TESTE DE ABSORÇÃO DA LACTOSE	R\$ 36,78
LACO	PROVA DO LAÇO	R\$ 2,73
LACSW	INTOLERÂNCIA À LACTOSE, TESTE GENÉT	R\$ 160,00
LACT	ACIDO LACTICO - LACTATO	R\$ 18,55
LAKA	LAMBDA (CADEIA LEVE) E KAPPA (CADEI	R\$ 42,83
LAMO	LAMOTRIGINA, DOSAGEM	R\$ 99,97
LAT	FATOR REUMATOIDE	R\$ 2,83
LDH	DESIDROGENASE LÁCTICA	R\$ 3,68
LDL	COLESTEROL LDL	R\$ 3,51
LEI	LEISHMANIOSE VISCERAL	R\$ 18,55
LEIS	ANTI LEISHMANIOSE IGG/IGM	R\$ 15,00
LEP	LEPTOSPIROSE - SORO AGLUTINACAO MI	R\$ 67,00
LEPG	LEPTOSPIROSE, ANTICORPOS IGG	R\$ 55,80
LEPM	LEPTOSPIROSE, ANTICORPOS IgM	R\$ 96,55
LES	PESQUISA DE CÉLULAS LE	R\$ 4,11
LEU	PESQUISA DE LEUCÓCITOS FECAIS	R\$ 1,65
LEV	PESQ. DE LEVEDURAS (FEZES)	R\$ 1,65
LEVT	LEVETIRACETAM	R\$ 500,00
LH	HORMONIO LUTEINIZANTE - LH	R\$ 8,97
LIA	LIPOPROTEINA A - Lp(a)	R\$ 22,50
LIA	LIPOPROTEINA A - Lp(a)	R\$ 22,50
LIPID	LIPIDEOS TOTAIS	R\$ 7,01
LIT	LITIO	R\$ 2,25

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP**

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

LKM	LKM-1, ANTI	R\$ 28,83
LPA	LIPASE	R\$ 2,25
LUP	ANTICOAGULANTE LUPICO	R\$ 40,00
M3	IGE ESP.ASPERGILLUS FUMIGATUS	R\$ 18,55
MACRO	MACRO PROLACTINA	R\$ 18,55
MAG	MAGNÉSIO	R\$ 2,01
MET	METANEFRIAS - FRACOES	R\$ 91,00
MIC	MICROALBUMINURIA - AMOSTRA ISOLADA	R\$ 8,12
MIC24	MICROALBUMINURIA - URINA 24 H	R\$ 8,12
MICDV	MICROALBUMINÚRIA DIVERSOS	R\$ 8,12
MICOL	MICOLÓGICO DIRETO	R\$ 4,19
MICOL	MICOLÓGICO DIRETO	R\$ 4,19
MN	MANGANES SANGUINEO	R\$ 41,32
MON	MONOTESTE	R\$ 2,83
MTHFR	MUTAÇÃO GENE DA METILENOTETRAHIDROF	R\$ 100,00
MUC	MUCOPROTEINAS	R\$ 2,01
MUL	ANTI MUSCULO LISO	R\$ 32,22
MULL	HORMÔNIO ANTI MULLERIAN	R\$ 250,00
MUTAC	MUTAÇÕES A1298C E C677T DA MTHFR	R\$ 260,00
MX1	IGE P FUNGOS (MX1)	R\$ 36,88
MX2	IGE FUNGOS ESPECIFICOS (MX2)	R\$ 18,00
NAU	SODIO (Urina)	R\$ 1,85
NS1	DENGUE Ag NS1	R\$ 30,00
NS1	DENGUE Ag NS1	R\$ 30,00
OP1	PARASITOLÓGICO DE FEZES (MIF)	R\$ 1,65
OP2	PARASITOLÓGICO DE FEZES (MIF)	R\$ 1,65
OXA	ACIDO OXALICO - OXALATO	R\$ 3,68
OXA	ACIDO OXALICO - OXALATO	R\$ 29,43

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP**

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

OXA24	ÁCIDO OXÁLICO - OXALATO 24 HRS	R\$ 29,46
OXC	OXCARBAZEPINA	R\$ 17,53
OXI	OXIUROS - PESQUISA	R\$ 1,65
PAI-1	POLIMORFISMO DO PAI-1	R\$ 165,00
PAR	PARASITOLÓGICO DE FEZES	R\$ 1,65
PAR3	PARASITOLOGICO DE FEZES (MIF)	R\$ 1,65
PCF	PROTEÍNA C - FUNCIONAL	R\$ 69,99
PCR	PROTEINA C REATIVA	R\$ 2,83
PCRC	CHLAMYDIA TRACHOMATIS-NEISSERIA GON	R\$ 150,00
PCU	PCR ULTRA SENSIVEL	R\$ 9,25
PEP	PEPTIDEO C SERICO	R\$ 15,35
PER	PERFIL LIPIDICO	R\$ 12,38
PG2	MICOLOGICO (2 AMOST)	R\$ 5,63
PG3	MICOLOGICO (3 AMOST)	R\$ 5,63
PG4	MICOLOGICO (4 AMOST)	R\$ 5,63
PHF	pH FECAL	R\$ 12,75
PLA	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 2,73
PLAQC	CONTAGEM PLAQUETAS CITRATO DE SODIO	R\$ 16,42
PLT	PSA LIVRE/TOTAL	R\$ 16,42
POT	POTÁSSIO	R\$ 1,85
PRG	PROGESTERONA	R\$ 10,22
PRO	PROLACTINA	R\$ 10,15
PROTE	PROTEÍNAS - DOSAGEM 12 HORAS	R\$ 8,56
PROTU	PROTEINA URINARIA - 24HORAS	R\$ 2,04
PRTUS	PROTEÍNURIA AMOSTRA ISOLADA	R\$ 21,69
PSA	PSA ULTRA SENSIVEL	R\$ 16,42
PSF	PROTEINA S FUNCIONAL	R\$ 157,89
PSF	PROTEINA S FUNCIONAL	R\$ 163,45



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

PSO	PESQUISA SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 1,65
PT	PROTEINAS TOTAIS	R\$ 1,40
PTF	PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 1,85
PTH	PARATORMONIO - PTH INTACTO	R\$ 43,13
PTRHC	ANTI HCV	R\$ 18,55
RAI	ANTICORPOS ANTI RAIVA	R\$ 210,00
RBG	RUBEOLA IgG	R\$ 17,16
RBM	RUBEOLA IgM	R\$ 17,16
RC	RETRAÇÃO DO COAGULO	R\$ 2,73
REN	RENINA	R\$ 13,19
RENI	ATIVIDADE PLASMÁTICA DA RENINA	R\$ 92,28
RET	RETICULOCITOS	R\$ 2,73
RNP	RNP, AUTO ANTICORPOS ANTI	R\$ 22,52
ROT	ROTAVIRUS PESQUISA	R\$ 25,60
RPTCR	RELAÇÃO PROTEÍNA/CREATININA URINÁR	R\$ 14,69
RT3	T3 REVERSO	R\$ 300,00
SAL	CORTISOL SALIVAR	R\$ 10,15
SAMG	SARAMPO IgG	R\$ 9,25
SARAM	SARAMPO IgM	R\$ 9,25
SCL	SCL 70, AUTO ANTICORPOS ANTI	R\$ 28,45
SDHEA	SULFATO DE DEHIDROEPIANDROSTERONA	R\$ 13,11
SEL	SELÊNIO SÉRICO	R\$ 28,31
SER	SEROTONINA	R\$ 50,00
SHBG	GLOBULINA LIGADORA DE HORMONIOS SEX	R\$ 35,25
SIN	LIQUIDO SINOVIAL - ROTINA	R\$ 24,50
SM	SM, AUTO ANTICORPOS ANTI	R\$ 17,16
SOD	SÓDIO	R\$ 1,85
SOD24	SÓDIO 24 HRS	R\$ 1,85



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

SOM	SOMATOMEDINA C (IGF-1)	R\$ 15,35
SP100	SP 100/PML, ANTICORPO IGG, SORO	R\$ 120,00
SPGP	ANTICORPOS ANTI ANTÍGENO HEPÁTICO S	R\$ 250,00
SRF	CORPOS REDUTORES-PESQUISA	R\$ 10,00
SSA	ANTI-SSA (RO)	R\$ 18,55
SSB	ANTI-SSB (LA)	R\$ 18,55
SSM	ANTI-SM	R\$ 17,16
T3	TIROXINA - T3	R\$ 8,71
T3L	T3 LIVRE	R\$ 12,54
T4	TIROXINA - T4	R\$ 8,76
T4L	T4 LIVRE	R\$ 11,60
TACRO	TACROLIMUS	R\$ 250,00
TAP	TEMPO DE PROTROMBINA	R\$ 2,73
TAV	TOXOPLASMOSE - TESTE DE AVIDEZ IGG	R\$ 32,00
TBG	GLOB. LIGADORA TIROXINA	R\$ 15,35
TC	TEMPO DE COAGULACAO	R\$ 2,73
TCH	CANABINOIDES - TESTE DE TRIAGEM	R\$ 28,51
TEL	TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 13,10
TET	TESTOSTERONA TOTAL	R\$ 10,43
TFH	HEMOGLOBINA S - TESTE DE SOLUBILIDA	R\$ 2,73
TG3	CURVA GLICEMICA 3 DOSAGENS	R\$ 9,10
TGO	TGO-TRANSAMINASE OXALACETICA	R\$ 2,01
TGP	TGP-TRANSAMINASE PIRÚVICA	R\$ 2,01
TIR	TIREOGLOBULINA	R\$ 15,35
TOG	TOXOPLASMOSE IGG, ANTICORPOS	R\$ 16,97
TOM	TOXOPLASMOSE IGM, ANTICORPOS	R\$ 18,55
TOPIR	TOPIRAMATO	R\$ 325,00
TPO	TIREOPEROXIDASE,ANTICORPO ANTI TPO	R\$ 17,16

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP**

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

TRAB	TSH, ANTICORPO ANTI RECEPTOR -TRAB	R\$ 13,20
TRF	TRANSFERRINA	R\$ 4,12
TRG	ANTI-TRANSGLUTAMINASE IgG	R\$ 71,59
TRG	ANTI-TRANSGLUTAMINASE IgG	R\$ 73,51
TRG	ANTI-TRANSGLUTAMINASE IgG	R\$ 71,56
TRI	TRIGLICERIDEOS	R\$ 3,51
TRIPF	TRIPSINA FECAL - PESQUISA	R\$ 22,56
TRO	TROPONINA	R\$ 9,00
TS	TEMPO DE SANGRAMENTO	R\$ 2,73
TSA	ANTIBIOGRAMA	R\$ 13,33
TSH	TSH ULTRA SENSÍVEL	R\$ 8,96
TTG	GLICOSE - Teste oral 75 gramas	R\$ 3,63
TTGG	TESTE TOLERÂNCIA GLICOSE GESTANTE	R\$ 3,63
TTGGG	ANTICORPOS ANTI TRANSGLUTAMINA IGG	R\$ 71,59
TTP	TEMPO DE TROMBOPLASTINA P. ATIVADA	R\$ 2,73
TUBA	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS IgA	R\$ 189,70
TUBG	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS IgG	R\$ 132,85
TUBM	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS IgM	R\$ 129,05
TXO	TOXICOLOGICO	R\$ 200,00
URE	UREIA	R\$ 1,85
UREIA	URE24	R\$ 18,56
URI	URINA TIPO I	R\$ 3,70
URO	UROCULTURA+ANTIBIOGRAMA	R\$ 10,60
UROP	UROCULTURA+ANTIBIOGRAMA	R\$ 10,60
VARIG	VARICELLA ZOSTER IgG	R\$ 17,16
VARIM	VARICELLA ZOSTER IgM	R\$ 17,16
VDR	VDRL	R\$ 2,83
VHCRN	HCV, PCR QUALITATIVO	R\$ 310,00



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA-CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 248 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

VHS	HEMOSEDIMENTAÇÃO - VHS	R\$ 2,73
VID	25-HIDROXIVITAMINA D	R\$ 15,24
VIK	VITAMINA K	R\$ 263,62
VITA	VITAMINA A	R\$ 75,00
VITAE	VITAMINA E	R\$ 38,48
VLD	COLESTEROL VLDL	R\$ 3,51
VMA	ACIDO VANIL MANDELICO	R\$ 91,00
VONW	FATOR DE VON WILLEBRAND	R\$ 160,00
VTC	VITAMINA C	R\$ 61,94
WRO	WAALER-ROSE	R\$ 4,10
ZIKAG	ZIKA VÍRUS ANTICORPOS IGG	R\$ 300,00
ZIKAM	ZIKA VÍRUS ANTICORPOS IGM	R\$ 260,00
ZIN	ZINCO (SORO)	R\$ 15,65



ANEXO V

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 02/21

**CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO
DE SERVIÇOS NA ÁREA DA SAÚDE**

ORDEM DE EXECUÇÃO DE SERVIÇOS Nº ____/2.02__ – (MINUTA)

Pela presente Ordem de Execução de Serviços, o CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA–CISAP, constituído sob forma de Consórcio Público, com personalidade jurídica de direito público, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 02.675.363/0001-52, estabelecido à Rua Ricardo Ponciano, nº 248, Centro, na cidade de Osvaldo Cruz, Estado de São Paulo, CEP – 17.700-000, TEL. (18) 3528-4738, neste ato representado por sua Presidente, _____, (nacionalidade), (estado civil), portadora do RG nº _____ e do CPF nº _____, residente e domiciliada à Rua/Avenida _____, nº _____, Bairro _____ na cidade de _____, Estado de _____, AUTORIZA, a Empresa (qualificação) _____ pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº _____, com sede na Rua/Avenida _____, nº _____, Bairro _____ em _____, Estado de _____, neste ato representada por _____ (nacionalidade), (estado civil), (profissão), portador do RG nº _____ e do CPF nº _____, CRM (ou equivalente) _____, residente e domiciliado(a) na cidade de _____, Estado de _____ a iniciar a prestação de serviços de Exames Laboratoriais de Análises Clínicas – objeto do EDITAL Nº 02/21 PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DA SAÚDE, nos termos da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações subsequentes, Lei Federal nº 8.080/90, Lei Federal nº 8.142/90, Portaria nº 358/2.006 e legislação pertinente, nas condições e termos seguintes:

01-) A presente Ordem de Execução de Serviços visa atender ao Edital nº 02/21 que tem por objeto o Credenciamento de Pessoas Jurídicas para a prestação de serviços de EXAMES LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS, com remuneração a preço único constante na Tabela Unificada de Procedimentos SUS do Ministério da Saúde.

02-) A execução dos procedimentos acordados nesta Ordem de Execução de Serviços será regida pelos termos do Edital nº 02/21, sem exclusão das demais legislações pertinentes.

03-) A quantidade da demanda dos serviços objetos dessa Ordem de Execução de Serviços, para o exercício de 2.021/2.022, será fixada de acordo com a necessidade do Órgão de Saúde Municipal de cada Município Consorciado.

04-) A presente Ordem de Execução de Serviços terá prazo de execução a partir de ____/____/____ por período de 01 (um) ano, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos de tempo, até o máximo legal permitido pelo artigo 57, inciso II, da Lei das Licitações, por decisão unilateral do CISAP e firmado através de Termo Aditivo.

05-) As despesas decorrentes deste Credenciamento correrão por conta de recursos da dotação orçamentária dos Municípios Consorciados – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica.



06-) A presente Ordem de Execução de Serviços não caracteriza nenhum vínculo empregatício.

07-) Fica eleito o foro da Cidade e Comarca de Osvaldo Cruz, Estado de São Paulo, que será o único competente para dirimir questões decorrentes do Credenciamento.

08-) Integram e completam a presente Ordem de Execução de Serviços, para todos os fins de direito, obrigando as partes em todos os seus termos, as normas contidas na Lei Federal nº 8.666/93 e alterações subsequentes, Lei Federal nº 8.080/90, Lei Federal nº 8.142/90, Portaria nº 358/2.006 e legislação pertinente, e demais condições expressas no Edital de Credenciamento nº 02/20, juntamente com seus anexos.

09-) Para firmeza e como prova de assim haverem ajustado, foi expedida a presente Ordem de Execução de Serviços, formalizada e assinada em 02 (duas) vias de igual teor, sendo uma para a Credenciada e outra para o CISAP.

Osvaldo Cruz–SP, ____ de _____ de _____

**PRESIDENTE DO CONSELHO DE PREFEITOS
CISAP**

**RAZÃO SOCIAL
NOME DO(A) REPRESENTANTE CREDENCIADO(A)**



(Em papel timbrado da empresa interessada)

ANEXO VI

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA AOS TERMOS DO EDITAL

_____ portador do R.G. nº _____
e do CPF nº _____, representante da Empresa _____,
CNPJ _____, declaro, para os fins de direito, na qualidade de interessado(a)
pelo Credenciamento de acordo com o Edital nº 02/21, instaurado pelo Consórcio Intermunicipal de
Saúde da Alta Paulista – CISAP, que estamos cientes, na íntegra, dos termos constantes no referido
Edital.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente.

_____, _____ de _____ de 2.02__

Assinatura do(a) Representante Legal pela Empresa



(em papel timbrado da empresa prestadora)

ANEXO VII

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE (EMPRESA): _____, com sede na Rua/Avenida _____, nº _____, Bairro _____, na cidade de _____, Estado de _____, registrado no CNPJ sob o nº _____, neste ato representado por seu proprietário Sr. _____, portador do RG nº _____ e do CPF/MF nº _____, residente e domiciliado à Rua/Avenida _____, nº _____, _____, na Cidade de _____, Estado de _____;

OUTORGADO (REPRESENTANTE DA EMPRESA): Sr.(a) _____, nacionalidade _____, estado civil _____, profissão/função _____, RG _____, CPF _____, residente e domiciliado à Rua/Avenida _____, nº _____, Bairro _____, Cidade _____, Estado de _____, CEP _____ - _____, tel. () _____;

PODERES: Com fins específicos de representação no Processo de Credenciamento de Pessoas Jurídicas no Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Paulista – CISAP, conforme Edital de Credenciamento nº 02/21.

_____, _____ de _____ de 2.02__

ASSINATURA DO(A) OUTORGANTE

ASSINATURA DO(A) OUTORGADO