



Estado do Rio Grande do Sul
MUNICÍPIO DE ENTRE-IJUÍ

Rua Francisco Richter, 601
CNPJ: 89 971.782/0001-10
Visite São João Batista – 6ª Redução Jesuítica Guarani
E-mail: luiz@pmei.rs.gov.br – Fone: 3329-2779
<http://www.entreijuis.rs.gov.br>



ANEXO I

**TABELA DE PREÇOS MÁXIMOS ESTIPULADOS
ACRESCER 33,33% ACIMA DA TABELA SUS**

Tabela I - Exames Laboratoriais

Nº	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	R\$ TABELA SUS	R\$ MÁXIMO A PAGAR (33,33%)
01	ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTOS NA URINA	3,70	4,93
02	ANTI HTLV-1+ HTLV-2	18,55	24,73
03	ANTI-HTLV-1	85,00	113,33
04	ANTIBIOGRAMA P/MICOBACTERIAS	13,33	17,77
05	BACILOSCOPIA DIRETA PARA BAAR	4,20	5,60
06	BACILOSCOPIA DIRETA PARA BAAR (TUBERCULOSE)	4,20	5,60
07	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	2,80	3,73
08	CLEARANCE DE CREATININA	3,51	4,68
09	CONTAGEM DE PLAQUETAS	2,73	3,64
10	CONTAGEM DE RETICULÓCITOS	2,73	3,64
11	CULTURA DE BACTÉRIAS PARA IDENTIFICAÇÃO	5,62	7,49
12	CULTURA PARA BAAR	5,63	7,51
13	DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	2,01	2,68
14	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (2 DOSAGENS)	3,63	4,84
15	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA C/INDUÇÃO (4 DOSAGENS)	3,68	4,91
16	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA CLÁSSICA (5 DOSAGENS)	10,00	13,33
17	DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE	2,83	3,77
18	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	2,73	3,64
19	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO - DUKE	2,73	3,64
20	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMÁCIAS	5,79	7,72
21	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	2,73	3,64
22	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTAÇÃO (VHS)	2,73	3,64
23	DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPOS ABO	1,37	1,83
24	DETERMINAÇÃO DO TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TPP ATIVADA) 5,77	5,77	7,69
25	DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA	9,25	12,33
26	DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO	1,85	2,47
27	DOSAGEM DE ÁCIDO VALPROICO	15,65	20,87
28	DOSAGEM DE ALDOLASE	3,68	4,91
29	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEÍNA ÁCIDA	3,68	4,91
30	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEÍNA	15,06	20,08
31	DOSAGEM DE AMILASE	2,25	3,00
32	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	11,53	15,37
33	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS	10,00	13,33



Estado do Rio Grande do Sul
MUNICÍPIO DE ENTRE-IJUÍS

Rua Francisco Richter, 601
CNPJ: 89 971.782/0001-10
Visite São João Batista – 6ª Redução Jesuítica Guarani
E-mail: luiz@pmei.rs.gov.br – Fone: 3329-2779
<http://www.entreijuis.rs.gov.br>



34	DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA)	16,42	21,89
35	DOSAGEM DE BARBITURATOS	13,13	17,51
36	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	13,55	18,07
37	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES	2,01	2,68
38	DOSAGEM DE CÁLCIO IONIZÁVEL	3,51	4,68
39	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	17,53	23,37
40	DOSAGEM DE CITRATO	2,01	2,68
41	DOSAGEM DE CLORETO	1,85	2,47
42	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	3,51	4,68
43	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	3,51	4,68
44	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	1,85	2,47
45	DOSAGEM DE COLINESTERASE	3,68	4,91
46	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	17,16	22,88
47	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	17,16	22,88
48	DOSAGEM DE CORTISOL	9,86	13,15
49	DOSAGEM DE CREATININA	1,85	2,47
50	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	3,68	4,91
51	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRAÇÃO MB	4,12	5,49
52	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA	3,68	4,91
53	DOSAGEM DE ESTRADIOL	10,15	13,53
54	DOSAGEM DE FENITOÍNA	35,22	46,96
55	DOSAGEM DE FERRITINA	15,59	20,79
56	DOSAGEM DE FERRO SÉRICO	3,51	4,68
57	DOSAGEM DE FOLATO	15,65	20,87
58	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	2,01	2,68
59	DOSAGEM DE FOSFORO	1,85	2,47
60	DOSAGEM DE FRUTOSE	2,01	2,68
61	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	3,68	4,91
62	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIÔNICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	7,85	10,47
63	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	3,68	4,91
64	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	7,86	10,48
65	DOSAGEM DE HORMÔNIO FOLÍCULO-ESTIMULANTE (FSH)	7,89	10,52
66	DOSAGEM DE HORMÔNIO LUTEINIZANTE (LH)	8,97	11,96
67	DOSAGEM DE HORMÔNIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	8,96	11,95
68	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	9,25	12,33
69	DOSAGEM DE INSULINA	10,17	13,56
70	DOSAGEM DE LIPASE	2,25	3,00
71	DOSAGEM DE MAGNÉSIO	2,01	2,68
72	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	8,12	10,83
73	DOSAGEM DE MUCO-PROTEÍNAS	2,01	2,68
74	DOSAGEM DE OXALATO	3,68	4,91
75	DOSAGEM DE PARATORMÔNIO	43,13	57,51
76	DOSAGEM DE POTÁSSIO	1,85	2,47
77	DOSAGEM DE PROGESTERONA	10,22	13,63



Estado do Rio Grande do Sul
MUNICÍPIO DE ENTRE-IJUÍS

Rua Francisco Richter, 601
CNPJ: 89 971.782/0001-10
Visite São João Batista – 6ª Redução Jesuítica Guarani
E-mail: luiz@pmei.rs.gov.br – Fone: 3329-2779
<http://www.entreijuis.rs.gov.br>



78	DOSAGEM DE PROLACTINA	10,15	13,53
79	DOSAGEM DE PROTEÍNA C REATIVA	2,83	3,77
80	DOSAGEM DE PROTEÍNAS (URINA DE 24 HORAS)	2,04	2,72
81	DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS	1,40	1,87
82	DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES	1,85	2,47
83	DOSAGEM DE SÓDIO	1,85	2,47
84	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	15,35	20,47
85	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	13,11	17,48
86	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	10,43	13,91
87	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	13,11	17,48
88	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	8,76	11,68
89	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	11,60	15,47
90	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO PIRÚVICA (TGP)	2,01	2,68
91	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO-OXALACÉTICA (TGO)	2,01	2,68
92	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	4,12	5,49
93	DOSAGEM DE TRIGLICERÍDEOS	3,51	4,68
94	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	8,71	11,61
95	DOSAGEM DE UREIA	1,85	2,47
96	DOSAGEM DE VITAMINA B12	15,24	20,32
97	DOSAGEM DE ZINCO	15,65	20,87
98	DOSAGEM GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	3,51	4,68
99	ELETROFORESE DE PROTEÍNAS	4,42	5,89
100	ERITROGRAMA (ERITRÓCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATÓCRITO)	2,73	3,64
101	GASOMETRIA (PH, PCO ² PO ² BICARBONATO AS ²) - EXCETO BASE	15,65	20,87
102	HEMOGRAMA COMPLETO	4,11	5,48
103	LEUCOGRAMA	2,73	3,64
104	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	10,00	13,33
105	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	10,00	13,33
106	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	8,67	11,56
107	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	10,00	13,33
108	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTISTREPTOLISINA O (ASLO)	2,83	3,77
109	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	17,16	22,88
110	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV 1 (WESTERN-BLOT)	85,00	113,33
111	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV1+HIV2 (ELISA)	10,00	13,33
112	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV1+HTLV2	18,55	24,73
113	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-IGM CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	18,55	24,73
114	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	17,16	22,88
115	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	17,16	22,88
116	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEÍNA (RNP)	17,16	22,88
117	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	5,74	7,65
118	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	17,16	22,88
119	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	18,55	24,73
120	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	18,55	24,73
121	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	17,16	22,88



Estado do Rio Grande do Sul
MUNICÍPIO DE ENTRE-IJUIS

Rua Francisco Richter, 601
CNPJ: 89 971.782/0001-10
Visite São João Batista – 6ª Redução Jesuítica Guarani
E-mail: luiz@pmei.rs.gov.br – Fone: 3329-2779
<http://www.entreijuis.rs.gov.br>



122	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	18,55	24,73
123	PESQUISA DE ANTICORPOS HETERÓFILOS CONTRA O VÍRUS EPSTEIN-BARR	2,83	3,77
124	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	11,00	14,67
125	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	16,97	22,63
126	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMAERLA)	30,00	40,00
127	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	18,55	24,73
128	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS DA RUBÉOLA	17,16	22,88
129	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTI-CITOMEGALOVIRUS	11,61	15,48
130	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	10,00	13,33
131	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	18,55	24,73
132	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IG)	18,55	24,73
133	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	18,55	24,73
134	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA RUBÉOLA	17,16	22,88
135	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES 37OC	5,79	7,72
136	PESQUISA DE ANTÍGENO CARCINOEMBRIONÁRIO (CEA)	13,35	17,80
137	PESQUISA DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	18,55	24,73
138	PESQUISA DE ANTÍGENO E DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	18,55	24,73
139	PESQUISA DE ESPERMATOZÓIDES (APÓS VASECTOMIA)	4,80	6,40
140	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	4,10	5,47
141	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	1,37	1,83
142	PESQUISA DE GONADOTROFINA CORIÔNICA (TESTE DE GRAVIDEZ) 02.02.05.025-4 0,00	0,00	0,00
143	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	2,73	3,64
144	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	1,65	2,20
145	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	1,65	2,20
146	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	2,73	3,64
147	PESQUISA DE TROFOZOÍTAS NAS FEZES	1,65	2,20
148	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCÊNCIA)	10,00	13,33
149	PESQUISA PARA DOSAGEM DE AMINOÁCIDOS (POR CROMATOGRFIA)	3,70	4,93
150	PROVA DO LÁTEX PARA PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	1,89	2,52
151	QUANTIFICAÇÃO RNA DO HIV	18,00	24,00
152	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	18,55	24,73
153	TESTE DE VDRL PARA DETECÇÃO DE SÍFILIS	2,83	3,77
154	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA	2,73	3,64
155	TESTE FTA-ABS IGM PARA DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS	10,00	13,33
156	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	2,73	3,64
157	VDRL PARA DETECÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTE	2,83	3,77



Estado do Rio Grande do Sul
MUNICÍPIO DE ENTRE-IJUIS

Rua Francisco Richter, 601
CNPJ: 89 971.782/0001-10
Visite São João Batista – 6ª Redução Jesuítica Guarani
E-mail: luiz@pmei.rs.gov.br – Fone: 3329-2779
<http://www.entreijuis.rs.gov.br>



1 – EXAMES E VALORES

1.1 - A relação de exames contemplados, com seus respectivos valores, são as acima conforme tabela do Governo Federal – SIGTAP, acrescidas do percentual de 33,33%.

2 - COLETA

2.1 - O prestador ficará responsável pela coleta nos pacientes encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde.

2.1 - O resultado deverá ser emitido por procedimento no menor tempo possível após a coleta do material.

3 - PREÇOS A SEREM PRATICADOS

3.1 - Os exames serão realizados ao custo da tabela aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde, conforme relação acima.

3.2 - O prestador será remunerado pela Secretaria Municipal de Saúde por produção devidamente comprovada e auditada pelo Departamento de Controle e Avaliação.

4 - REAJUSTE E PAGAMENTO

4.1 - Os valores da tabela praticada serão reajustados somente após comprovação de aumento do preço de mercado devidamente comprovado e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.

4.2 - O prestador será remunerado por produção, que deverá ser entregue ao Setor competente da Secretaria Municipal de Saúde para fins de Controle e avaliação até o 5º dia útil do mês. O pagamento será realizado em até o décimo (10º) dia do mês subsequente da prestação do serviço, após a apresentação da produção e a aprovação do Setor competente.