



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

### 0 TERMO DE RESCISÃO UNILATERAL DE CONTRATO ADMINISTRATIVO

Aos 2 (dois) dias de março do ano de 2015 (dois mil e quinze), nesta cidade e comarca de Ivaiporã – Estado do Paraná, o **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE 22ª REGIONAL DE SAÚDE DE IVAIPORÃ**, Estado do Paraná, Pessoa Jurídica de Direito Público, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 02.586.019/0001-97 com sede na Rua Diva Proença, 500, centro, Município de Ivaiporã/PR, neste ato representado por seu Presidente Fábio Hidek Miura, brasileiro, solteiro, portador a cédula de identidade R.G. nº 3.503.746-2 e inscrito no CPF sob o n.º 035.147.859-02, residente e domiciliado na Av. Curitiba, 172, São João do Ivaí/PR, no uso das atribuições que lhe são conferidas:

**CONSIDERANDO**, todas as normas aplicáveis aos contratos administrativos, inclusive a possibilidade de rescisão nos termos do art. 78 e 79 parágrafo único da Lei Federal n.º 8.666/93, neste caso com respaldo ao contraditório exigido pela própria lei e que se configura pelo protocolo de novo credenciamento dos profissionais,

DECIDE, rescindir unilateralmente o Contrato Administrativo n.º 40/2014 assinado em 25 de junho de 2014 referente ao Processo Licitatório na modalidade Inexigibilidade de Licitação sob n.º 22/2014, firmado com a empresa a **EMPRESA ADROALDO GASPAROTI DE BARROS & CIA LTDA** que tinha por objeto contratação de empresa médica especializada em consultas e exames diversos a prestação do serviço de:

#### LOTE: 1

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	CLEARANCE OSMOLAR	UNID	10,00	3,860	38,60
2	DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	UNID	40,00	2,100	84,00
3	DETERMINAÇÃO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOÁCIDOS	UNID	2,00	2,000	4,00
4	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICA(2 DOSAGENS)	UNID	120,00	7,600	912,00
5	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICA C/INDUÇÃO POR CORTISONA(5 DOSAGENS)	UNID	50,00	10,000	500,00
6	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUÇÃO POR CORTISONA(4 DOSAGENS)	UNID	50,00	10,000	500,00
7	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA ( 5 DOSAGEM)	UNID	50,00	10,000	500,00
8	DETERMINAÇÃO DE OSMOLARIDADE	UNID	10,00	3,860	38,60
9	DOSAGEM DE 5 NUCLEOTIDASE	UNID	2,00	3,860	7,72
10	DOSAGEM DE ACETONA	UNID	2,00	2,100	4,20
11	DOSAGEM DE ÁCIDO ASCORBICO	UNID	2,00	4,040	8,08



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

12	DOSAGEM DE ACIDO URICO	UNID	1.000,00	2,220	2.220,00
13	DOSAGEM DE ÁCIDO VANILMANDELICO	UNID	2,00	4,040	8,08
14	DOSAGEM DE ALDOLASE	UNID	30,00	2,100	63,00
15	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPISINA	UNID	30,00	4,040	121,20
16	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ÁCIDA	UNID	100,00	4,530	453,00
17	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	UNID	2,00	4,040	8,08
18	DOSAGEM DE AMILASE	UNID	500,00	4,040	2.020,00
19	DOSAGEM DE AMONIA	UNID	10,00	17,140	171,40
20	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	UNID	500,00	3,860	1.930,00
21	DOSAGEM DE CALCIO	UNID	700,00	4,000	2.800,00
22	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	UNID	200,00	4,000	800,00
23	DOSAGEM DE CAROTENO	UNID	2,00	2,210	4,42
24	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	UNID	2,00	2,100	4,20
25	DOSAGEM DE CLORETO	UNID	30,00	2,210	66,30
26	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	UNID	1.500,00	3,860	5.790,00
27	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	UNID	1.500,00	3,860	5.790,00
28	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	UNID	1.500,00	2,900	4.350,00
29	DOSAGEM DE COLINESTERASE	UNID	200,00	4,040	808,00
30	DOSAGEM DE CREATININA	UNID	1.500,00	4,040	6.060,00
31	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE(CPK)	UNID	500,00	8,640	4.320,00
32	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	UNID	400,00	4,040	1.616,00
33	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	UNID	2,00	3,860	7,72
34	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTÂMICA	UNID	2,00	4,040	8,08
35	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA	UNID	200,00	3,860	772,00
36	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	UNID	2,00	2,470	4,94
37	DOSAGEM DE FERRITINA	UNID	500,00	18,710	9.355,00
38	DOSAGEM DE FERRO SERICO	UNID	700,00	4,210	2.947,00
39	DOSAGEM DE FOLATO	UNID	5,00	4,040	20,20
40	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	UNID	20,00	3,860	77,20
41	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	UNID	700,00	3,500	2.450,00
42	DOSAGEM DE FOSFORO	UNID	100,00	2,500	250,00
43	DOSAGEM DE FRAÇÃO PROSTÁTICA DA FOSFATASE ÁCIDA	UNID	10,00	2,100	21,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

44	DOSAGEM DE GALACTOSE	UNID	10,00	2,100	21,00
45	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE(GAMA GT)	UNID	700,00	3,210	2.247,00
46	DOSAGEM DE GLICOSE	UNID	2.000,00	2,210	4.420,00
47	DOSAGEM DE GLICOSE 6 FOSFATO DESIDROGENASE	UNID	20,00	4,530	90,60
48	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	UNID	2,00	3,860	7,72
49	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOLISADA	UNID	1.000,00	10,440	10.440,00
50	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	UNID	2,00	2,100	4,20
51	DOSAGEM DE ISOMERASE FOSFOHEXOSE	UNID	2,00	16,760	33,52
52	DOSAGEM DE LACTATO	UNID	2,00	4,040	8,08
53	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	UNID	2,00	4,860	9,72
54	DOSAGEM DE LIPASE	UNID	120,00	8,210	985,20
55	DOSAGEM DE MAGNESIO	UNID	120,00	4,040	484,80
56	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	UNID	120,00	7,200	864,00
57	DOSAGEM DE PIRUVATO	UNID	2,00	16,760	33,52
58	DOSAGEM DE PORFIRINAS	UNID	10,00	7,120	71,20
59	DOSAGEM DE POTASSIO	UNID	700,00	3,000	2.100,00
60	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	UNID	500,00	3,000	1.500,00
61	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	UNID	500,00	3,000	1.500,00
62	DOSAGEM DE SODIO	UNID	700,00	3,000	2.100,00
63	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO OXALACETICA(TGO)	UNID	1.000,00	3,000	3.000,00
64	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	UNID	1.000,00	3,000	3.000,00
65	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	UNID	100,00	4,940	494,00
66	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	UNID	1.500,00	4,210	6.315,00
67	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	UNID	2,00	9,900	19,80
68	DOSAGEM DE UREIA	UNID	1.500,00	6,350	9.525,00
69	DOSAGEM DE VITAMINA B12	UNID	400,00	3,130	1.252,00
70	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	UNID	40,00	6,340	253,60
71	ELETROFORESE DE PROTEINAS	UNID	50,00	10,960	548,00
72	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2, EXCETO BASE)	UNID	1,00	3,000	3,00
73	PROVA DA D-XILOSE	UNID	1,00	4,520	4,52
74	TESTE DE TOLERÂNCIA A INSULINA/HIPOGLICEMIANTES ORAIS	UNID	1,00	8,800	8,80
75	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	UNID	400,00	35,840	14.336,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

76	CITOQUIMICA HEMATOLÓGICA	UNID	1,00	8,370	8,37
77	CONTAGEM DE PLAQUETAS	UNID	1.000,00	5,200	5.200,00
78	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	UNID	50,00	8,890	444,50
79	DETERMINAÇÃO DE CURVA DE RESISTÊNCIA GLOBULAR	UNID	1,00	7,290	7,29
80	DETERMINAÇÃO DE ENZIMAS ERITROCITÁRIAS (CADA)	UNID	1,00	16,500	16,50
81	DETERMINAÇÃO DE SULFO-HEMOGLOBINA	UNID	1,00	20,800	20,80
82	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	UNID	200,00	7,320	1.464,00
83	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DA LISE DA EUGLOBULINA	UNID	1,00	10,020	10,02
84	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO-DUKE	UNID	200,00	11,560	2.312,00
85	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	UNID	200,00	7,320	1.464,00
86	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMÁCIAS	UNID	2,00	5,060	10,12
87	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA	UNID	10,00	1,680	16,80
88	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA(TTP ATIVADA)	UNID	200,00	3,000	600,00
89	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA(TAP)	UNID	200,00	3,000	600,00
90	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTAÇÃO(VHS)	UNID	400,00	3,000	1.200,00
91	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	UNID	10,00	4,520	45,20
92	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	UNID	1,00	5,950	5,95
93	DOSAGEM DE FATOR II	UNID	1,00	3,000	3,00
94	DOSAGEM DE FATOR IX	UNID	1,00	1,680	1,68
95	DOSAGEM DE FATOR V	UNID	1,00	4,520	4,52
96	DOSAGEM DE FATOR VII	UNID	1,00	3,000	3,00
97	DOSAGEM DE FATOR VIII	UNID	1,00	27,500	27,50
98	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	UNID	1,00	4,520	4,52
99	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	UNID	1,00	3,000	3,00
100	DOSAGEM DE FATOR X	UNID	1,00	3,000	3,00
101	DOSAGEM DE FATOR XI	UNID	1,00	3,000	3,00
102	DOSAGEM DE FATOR XII	UNID	1,00	3,000	3,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

103	DOSAGEM DE FATOR XIII	UNID	1,00	4,520	4,52
104	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	UNID	40,00	3,000	120,00
105	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	UNID	10,00	3,000	30,00
106	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 370C	UNID	1,00	3,000	3,00
107	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	UNID	1,00	13,200	13,20
108	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	UNID	1,00	3,000	3,00
109	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	UNID	1,00	3,000	3,00
110	ELETOFORESE DE HEMOGLOBINA	UNID	100,00	19,500	1.950,00
111	ERITOGRAMA(ERITROCITOS, HEMOGLOBINA,HEMATOCRITO)	UNID	100,00	5,500	550,00
112	HEMATOCRITO	UNID	100,00	5,500	550,00
113	HEMOGRAMA COMPLETO	UNID	2.000,00	6,940	13.880,00
114	LEUCOGRAMA	UNID	100,00	4,400	440,00
115	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	UNID	1,00	10,170	10,17
116	PESQUISA DE CELULAS LE	UNID	30,00	3,110	93,30
117	PESQUISA DE CORPÚSCULOS DE HEINZ	UNID	2,00	10,170	20,34
118	PESQUISA DE FILARIA	UNID	1,00	16,560	16,56
119	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	UNID	10,00	18,060	180,60
120	PESQUISA DETRIPANOSSAMA	UNID	1,00	14,900	14,90
121	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	UNID	2,00	18,870	37,74
122	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	UNID	10,00	3,870	38,70
123	PROVA DO LACO	UNID	2,00	3,110	6,22
124	RASTREIO PARA DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITÁRIAS	UNID	1,00	18,870	18,87
125	TESTE DE AGREGAÇÃO DE PLAQUETAS	UNID	10,00	10,170	101,70
126	TESTE DE HAM (HEMOLISE ÁCIDA)	UNID	1,00	18,870	18,87
127	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	UNID	1,00	10,170	10,17
128	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	UNID	1,00	3,110	3,11
129	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8 (CADA)	UNID	1,00	36,300	36,30
130	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	UNID	1,00	18,870	18,87
131	DETECCAO DE RNA DO HIV - 1 (QUALITATIVO)	UNID	1,00	80,000	80,00
132	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C(QUALITATIVO)	UNID	300,00	11,000	3.300,00
133	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO(CH50)	UNID	30,00	11,000	330,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

134	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	UNID	500,00	9,530	4.765,00
135	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	UNID	500,00	18,870	9.435,00
136	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	UNID	100,00	11,000	1.100,00
137	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO(PSA)	UNID	700,00	19,700	13.790,00
138	DOSAGEM DE BETA-2 MICROGLOBULINA	UNID	1,00	20,400	20,40
139	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	UNID	30,00	18,870	566,10
140	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	UNID	30,00	6,310	189,30
141	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	UNID	1,00	18,870	18,87
142	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A(IGA)	UNID	10,00	20,400	204,00
143	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	UNID	200,00	20,400	4.080,00
144	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M(IGM)	UNID	10,00	10,170	101,70
145	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERÁSE	UNID	1,00	11,000	11,00
146	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	UNID	500,00	10,170	5.085,00
147	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	UNID	1,00	358,170	358,17
148	IMUNOELETOFORESE DE PROTEÍNAS	UNID	1,00	6,310	6,31
149	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALÍGNAS (POR MARCADOR)	UNID	1,00	11,000	11,00
150	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	UNID	10,00	18,870	188,70
151	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	UNID	10,00	10,170	101,70
152	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	UNID	10,00	11,000	110,00
153	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	UNID	10,00	10,670	106,70
155	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1+HIV2(ELISA)	UNID	300,00	11,000	3.300,00
156	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1+HTLV-2	UNID	2,00	11,000	22,00
157	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	UNID	20,00	11,000	220,00
158	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	UNID	1,00	18,870	18,87
159	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	UNID	20,00	20,590	411,80
160	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A	UNID	20,00	20,590	411,80



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

	(RO)				
161	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B(LA)	UNID	20,00	20,590	411,80
162	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	UNID	1,00	18,870	18,87
163	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	UNID	1,00	18,870	18,87
164	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPEGILLOS	UNID	1,00	18,870	18,87
165	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	UNID	1,00	18,870	18,87
166	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	UNID	1,00	18,870	18,87
167	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	UNID	1,00	11,000	11,00
168	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL	UNID	1,00	18,870	18,87
169	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	UNID	1,00	20,400	20,40
170	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA(SCL70)	UNID	20,00	20,400	408,00
172	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O(ASLO)	UNID	500,00	10,680	5.340,00
183	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	UNID	300,00	10,170	3.051,00
184	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	UNID	1,00	20,400	20,40
186	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	UNID	100,00	20,400	2.040,00
187	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B(ANTI-HBS)	UNID	200,00	18,870	3.774,00
188	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B(ANTI-HBE)	UNID	50,00	18,870	943,50
191	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C(ANTI-HCV)	UNID	100,00	12,770	1.277,00
192	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	UNID	10,00	11,000	110,00
193	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	UNID	10,00	20,400	204,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

194	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS CONTRA PARACOCCIDIODES BRASILIENSIS	UNID	1,00	10,170	10,17
195	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCIAL RESPIRATÓRIO	UNID	1,00	20,400	20,40
197	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS ESPSTEIN-BARR	UNID	2,00	20,400	40,80
198	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	UNID	30,00	18,870	566,10
199	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILECHEMANIAS	UNID	2,00	18,870	37,74
200	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	UNID	200,00	18,870	3.774,00
201	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	UNID	1,00	18,870	18,87
202	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGRNO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B(ANTI-HBC-IGG)	UNID	50,00	14,680	734,00
203	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	UNID	50,00	20,400	1.020,00
204	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	UNID	50,00	20,400	1.020,00
205	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	UNID	200,00	20,400	4.080,00
206	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	UNID	20,00	3,110	62,20
207	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS 496EPSTENIN/BARR	UNID	10,00	4,510	45,10
208	PESQUISA 497UISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	UNID	10,00	11,000	110,00
209	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	UNID	30,00	10,170	305,10
210	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHAMANIAS	UNID	2,00	11,000	22,00
211	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	UNID	200,00	21,940	4.388,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

212	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	UNID	1,00	21,940	21,94
213	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	UNID	50,00	19,800	990,00
214	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS ( DENGUE E FEBRE AMARELA)	UNID	50,00	20,400	1.020,00
215	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	UNID	50,00	24,510	1.225,50
216	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	UNID	200,00	18,110	3.622,00
217	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	UNID	20,00	18,110	362,20
219	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUSEPSTENIN/BARR	UNID	10,00	16,000	160,00
220	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	UNID	10,00	16,000	160,00
221	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO(CEA)	UNID	100,00	19,940	1.994,00
222	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B ( HBSAG)	UNID	400,00	11,000	4.400,00
224	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	UNID	50,00	22,110	1.105,50
227	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE(WAALER-ROSE)	UNID	200,00	7,810	1.562,00
228	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA	UNID	100,00	33,340	3.334,00
229	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	UNID	50,00	23,340	1.167,00
230	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	UNID	20,00	18,810	376,20
236	REAÇÃO DE MONTENEGRO ID	UNID	10,00	9,810	98,10
237	TESTE DE VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS	UNID	400,00	5,810	2.324,00
238	TESTE FTA-ABS IGG P/DIAGNOSTICO DA SIFILIS	UNID	50,00	7,810	390,50
239	TESTE FTA-ABS IGM P/DIAGNOSTICO DA SIFILIS	UNID	50,00	7,810	390,50



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

240	TESTES ALERGICOS DE CONTATO	UNID	10,00	11,270	112,70
242	TESTES RAPIDOS P/DIAGNOSTICO DA SIFILIS	UNID	400,00	7,810	3.124,00
243	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTES	UNID	100,00	4,810	481,00
244	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAIS E RECOMBINANTE HUMANO IGA	UNID	2,00	38,810	77,62
246	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	UNID	5,00	3,860	19,30
247	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	UNID	5,00	3,860	19,30
248	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	UNID	10,00	3,860	38,60
250	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES ( OXIURUS OXIURA)	UNID	10,00	4,070	40,70
251	PESQUISA DE EOSINÓFILOS	UNID	10,00	4,070	40,70
252	PESQUISA DE GORDURA FECAL	UNID	10,00	2,210	22,10
253	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	UNID	1.000,00	8,930	8.930,00
254	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	UNID	50,00	4,040	202,00
255	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	UNID	50,00	2,240	112,00
257	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	UNID	1.000,00	4,070	4.070,00
258	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	UNID	100,00	14,070	1.407,00
259	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	UNID	100,00	9,240	924,00
260	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	UNID	20,00	6,240	124,80
261	PESQUISA DE TRIPCINA NAS FEZES	UNID	2,00	9,240	18,48
262	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	UNID	1.000,00	4,070	4.070,00
263	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	UNID	2.000,00	5,860	11.720,00
264	CLEARANCE DE CREATININA	UNID	1.500,00	3,860	5.790,00
265	CLEARANCE DE FOSFATO	UNID	50,00	3,860	193,00
266	CLEARANCE DE URÉIA	UNID	1.500,00	3,860	5.790,00
270	DOSAGEM DE CITRATO	UNID	20,00	8,930	178,60
271	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	UNID	150,00	14,040	2.106,00
272	DOSAGEM DE OXALATO	UNID	10,00	2,240	22,40
273	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	UNID	400,00	3,340	1.336,00
295	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	UNID	2,00	16,150	32,30
296	ETERMINACAO DE T3 REVERSO	UNID	10,00	11,220	112,20



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

297	DOSAGEM DE 17-ALFA - HIDROXIPROGESTERONA	UNID	30,00	7,390	221,70
298	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	UNID	30,00	7,390	221,70
299	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	UNID	30,00	7,390	221,70
300	DOSAGEM DE ÁCIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACÉTICO (SEROTONINA)	UNID	2,00	15,530	31,06
301	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	UNID	60,00	13,070	784,20
302	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	UNID	50,00	13,210	660,50
304	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	UNID	10,00	15,810	158,10
305	DOSAGEM DE CALCITONINA	UNID	5,00	10,840	54,20
307	DOSAGEM DE CORTISOL	UNID	100,00	12,370	1.237,00
308	DOSAGEM DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	UNID	60,00	12,280	736,80
309	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	UNID	30,00	11,160	334,80
310	DOSAGEM DE ESTRADIOL	UNID	200,00	12,700	2.540,00
311	DOSAGEM DE ESTRIOL	UNID	20,00	12,230	244,60
312	DOSAGEM DE ESTRONA	UNID	20,00	15,560	311,20
313	DOSAGEM DE GASTRINA	UNID	2,00	16,680	33,36
314	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	UNID	20,00	8,630	172,60
315	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG,BETA HCG)	UNID	500,00	11,230	5.615,00
316	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMNTO (HGH)	UNID	30,00	8,670	260,10
317	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMILANTE (FSH)	UNID	200,00	9,860	1.972,00
318	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	UNID	200,00	9,850	1.970,00
319	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	UNID	1.200,00	11,180	13.416,00
320	DOSAGEM DE INSULINA	UNID	180,00	21,440	3.859,20
321	DOSAGEM DE PARATORMONIO	UNID	100,00	16,880	1.688,00
322	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	UNID	150,00	31,240	4.686,00
323	DOSAGEM DE PROGESTERONA	UNID	200,00	11,160	2.232,00
324	DOSAGEM DE PROLACTINA	UNID	120,00	14,500	1.740,00
325	DOSAGEM DE RENINA	UNID	10,00	16,880	168,80
326	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	UNID	30,00	54,420	1.632,60
327	DOSAGEM DE SULFATO DE	UNID	30,00	11,470	344,10



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

	DIDROEPIAANDROSTERONA (DHEAS)				
328	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	UNID	200,00	14,420	2.884,00
329	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	UNID	200,00	16,880	3.376,00
330	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	UNID	200,00	9,630	1.926,00
331	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	UNID	600,00	12,760	7.656,00
332	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE ( T4 LIVRE)	UNID	600,00	13,200	7.920,00
333	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	UNID	600,00	13,320	7.992,00
334	TESTE DE ESTÍMULO DA PROLACTINA/TSH APÓS TRH	UNID	10,00	13,320	133,20
335	TESTE DE ESTÍMULO DA PROLACTINA APÓS CLORPROMAZINA	UNID	10,00	13,320	133,20
336	TESTE ESTÍMULO DE LH E FSH APÓS GONADORRELINA	UNID	10,00	13,320	133,20
337	TESTE DE ESTÍMULO DO HGH APÓS GLUCAGON	UNID	10,00	13,320	133,20
338	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	UNID	10,00	13,320	133,20
339	TESTE DE SUPRESSÃO DO HGH APÓS GLICOSE	UNID	10,00	9,270	92,70
340	TESTE P/ INVESTIGAÇÃO DO DIABETES INSIPIDUS	UNID	1,00	16,360	16,36
341	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	UNID	10,00	2,260	22,60
342	DOSAGEM DE ÁCIDO DELTA-AMINOLEVUNICO	UNID	1,00	2,450	2,45
343	DOSAGEM DE HIPURICO	UNID	10,00	4,040	40,40
344	DOSAGEM DE ÁCIDO MANDELICO	UNID	2,00	2,260	4,52
345	DOSAGEM DE ÁCIDO-HIPURICO	UNID	1,00	17,210	17,21
346	DOSAGEM DE ÁCIDO VALPROICIO	UNID	20,00	3,860	77,20
347	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATÁSE	UNID	1,00	2,210	2,21
348	DOSAGEM DE ÁLCOOL ETÍLICO	UNID	1,00	30,290	30,29
349	DOSAGEM DE ALUMINIO	UNID	1,00	11,000	11,00
350	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	UNID	1,00	11,000	11,00
351	DOSAGEM DE ANFETAMINA	UNID	4,00	11,000	44,00
352	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	UNID	1,00	14,440	14,44
353	DOSAGEM DE BARBITURATOS	UNID	10,00	14,820	148,20
354	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	UNID	10,00	7,200	72,00
355	DOSAGEM DE CÁDMIO	UNID	1,00	19,280	19,28
356	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	UNID	10,00	34,520	345,20
357	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	UNID	2,00	9,710	19,42
358	DOSAGEM DE CHUMBO	UNID	5,00	64,470	322,35



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

359	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	UNID	5,00	3,860	19,30
360	DOSAGEM DE COBRE	UNID	2,00	9,860	19,72
361	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	UNID	1,00	17,210	17,21
362	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	UNID	1,00	38,740	38,74
363	DOSAGEM DE FENITOINA	UNID	60,00	32,250	1.935,00
364	DOSAGEM DE FENOL	UNID	1,00	3,860	3,86
365	DOSAGEM DE FORMALDEICO	UNID	1,00	2,470	2,47
366	DOSAGEM DE LITIO	UNID	100,00	5,240	524,00
367	DOSAGEM DE MERCÚRIO	UNID	1,00	4,520	4,52
368	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	UNID	2,00	11,000	22,00
369	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAÍNA	UNID	2,00	11,000	22,00
370	DOSAGEM DE METOTREXATO	UNID	1,00	11,000	11,00
371	DOSAGEM DE QUINIDINA	UNID	1,00	2,210	2,21
372	DOSAGEM DE SALICILATOS	UNID	1,00	3,860	3,86
373	DOSAGEM DE SULFATOS	UNID	1,00	17,210	17,21
375	DOSAGEM DE TEOFILINA	UNID	1,00	4,040	4,04
376	DOSAGEM DE TIOCIANATO	UNID	1,00	17,210	17,21
377	DOSAGEM DE ZINCO	UNID	100,00	21,470	2.147,00
378	ANTIBIOGRAMA	UNID	800,00	14,660	11.728,00
379	ANTIBIOGRAMA C/ CONCETRAÇÃO INIBITORIA MINIMA	UNID	800,00	14,660	11.728,00
380	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTÉRIAS	UNID	100,00	4,620	462,00
381	BACILOSCOPIA DIRETA P/BAAR TUBERCULOSE (DIAGNOSTICA)	UNID	150,00	4,620	693,00
382	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR(HANSENIASE)	UNID	150,00	4,620	693,00
383	BACILOSCOPIA DIRETA P/BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	UNID	150,00	3,080	462,00
384	BACTOTOSCOPIA (GRAM)	UNID	150,00	6,180	927,00
385	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	UNID	1.200,00	4,760	5.712,00
386	CULTURA DO LEITE MATERNO (PÓS-PASTEURIZAÇÃO)	UNID	1,00	4,760	4,76
387	CULTURA / HERPESVIRUS	UNID	1,00	6,190	6,19
388	CULTURA PARA BAAR	UNID	10,00	11,270	112,70
389	CULTURA PARA BACTERIAS ANAERÓBICAS	UNID	10,00	4,600	46,00
390	CULTURA PARA IDENTIFICAÇÃO DE FUNGOS	UNID	10,00	3,080	30,80
391	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO	UNID	100,00	12,630	1.263,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

	(DIREITO)				
392	HEMOCULTURA	UNID	10,00	6,190	61,90
393	IDENTIFICAÇÃO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	UNID	1,00	4,760	4,76
394	PESQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	UNID	1,00	3,080	3,08
395	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	UNID	1,00	4,760	4,76
396	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	UNID	1,00	3,080	3,08
397	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	UNID	1,00	4,760	4,76
398	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	UNID	1,00	3,080	3,08
399	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	UNID	1,00	5,540	5,54
400	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	UNID	1,00	2,070	2,07
401	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	UNID	1,00	6,360	6,36
402	ADENOGRAMA	UNID	10,00	4,760	47,60
403	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	UNID	1,00	4,760	4,76
404	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	UNID	1,00	1,960	1,96
405	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	UNID	1,00	1,960	1,96
406	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	UNID	1,00	7,210	7,21
407	DETERMINAÇÃO DE FOSFOLÍPIDIOS RELAÇÃO LECITINA ESFINGOMIELINA NO LÍQUIDO AMNIOTICO	UNID	1,00	2,210	2,21
408	DOSAGEM DE CREATININA NO LÍQUIDO AMNIOTICO	UNID	1,00	2,210	2,21
409	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	UNID	1,00	2,210	2,21
410	DOSAGEM DE FRUTOSE	UNID	30,00	2,210	66,30
411	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	UNID	1,00	1,960	1,96
412	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	UNID	1,00	1,960	1,96
413	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	UNID	1,00	7,210	7,21
414	ELETOFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRAÇÃO NO LIQUOR	UNID	1,00	7,210	7,21
415	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	UNID	1,00	6,360	6,36
417	EXAMES DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECÍFICA DE CELULAS	UNID	2,00	6,360	12,72
424	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES	UNID	10,00	2,070	20,70



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

	(APOS VASECTOMIA)				
428	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATÓIDE	UNID	100,00	2,070	207,00
446	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	UNID	500,00	11,710	5.855,00
447	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	UNID	700,00	11,710	8.197,00
453	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	UNID	300,00	3,000	900,00
454	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	UNID	100,00	6,360	636,00
455	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	UNID	10,00	7,300	73,00
456	EXAME CITOPATOLOGICO CÉRVICO - VAGINAL / MICROFLORA	UNID	50,00	11,710	585,50
457	EXAME CITOPATOLOGICO HORMONAL SERIADO (MINÍMO 3 COLETAS)	UNID	10,00	11,710	117,10
458	EXAME DE CITOLOGIA ONCOTICA (EXCETO CÉRVICO/VAGINAL)	UNID	10,00	17,560	175,60
464	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA-BIOPSIA	UNID	20,00	47,530	950,60
465	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - PEÇA CIRURGICA	UNID	20,00	26,400	528,00
				TOTAL:	451.868,35

Perfaz-se a presente rescisão contratual, com os fundamentos administrativos expostos e com fulcro nos art. 78 inc. I c/c art. 79 inc. I da Lei Federal n.º 8.666/93, ficando o contrato **RESCINDIDO**, a partir da data de assinatura e publicação, não operando qualquer questionamento ou sanção por inadimplemento ou outras causas de não cumprimento de contrato.

Para a firmeza e validade do que ficou acima estabelecido, lavrou-se o presente termo que vai assinado pelo Presidente.

**FÁBIO HIDEK MIURA**  
Presidente



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

### TERMO DE RESCISÃO UNILATERAL DE CONTRATO ADMINISTRATIVO

Aos 2 (dois) dias de março do ano de 2015 (dois mil e quinze), nesta cidade e comarca de Ivaiporã – Estado do Paraná, o **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE 22ª REGIONAL DE SAÚDE DE IVAIPORÃ**, Estado do Paraná, Pessoa Jurídica de Direito Público, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 02.586.019/0001-97 com sede na Rua Diva Proença, 500, centro, Município de Ivaiporã/PR, neste ato representado por seu Presidente Fábio Hidek Miura, brasileiro, solteiro, portador a cédula de identidade R.G. nº 3.503.746-2 e inscrito no CPF sob o n.º 035.147.859-02, residente e domiciliado na Av. Curitiba, 172, São João do Ivaí/PR, no uso das atribuições que lhe são conferidas:

**CONSIDERANDO**, todas as normas aplicáveis aos contratos administrativos, inclusive a possibilidade de rescisão nos termos do art. 78 e 79 parágrafo único da Lei Federal n.º 8.666/93, nes te caso com respaldo ao contraditório exigido pela própria lei e que se configura pelo protocolo de novo credenciamento dos profissionais,

DECIDE, rescindir unilateralmente o Contrato Administrativo n.º 23/2014 assinado em 10 JUNHO 2014 referente ao Processo Licitatório na modalidade Inexigibilidade de Licitação sob n.º 11/2014, firmado com a empresa **CENTRO DE TRIAGEM E OBRAS SOCIAIS DO VALE DO IVAÍ** que tinha por objeto contratação de empresa médica especializada em consultas e exames diversos a prestação do serviço de:

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	CONSULTAS EM PSIQUIATRIA	UNID	600,00	50,000	30.000,00
				TOTAL:	30.000,00

Perfaz-se a presente rescisão contratual, com os fundamentos administrativos expostos e com fulcro nos art. 78 inc. I c/c art. 79 inc. I da Lei Federal n.º 8.666/93, ficando o contrato **RESCINDIDO**, a partir da data de assinatura e publicação, não operando qualquer questionamento ou sanção por inadimplemento ou outras causas de não cumprimento de contrato.

Para a firmeza e validade do que ficou acima estabelecido, lavrou-se o presente termo que vai assinado pelo Presidente.

**FÁBIO HIDEK MIURA**  
Presidente



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

### TERMO DE RESCISÃO UNILATERAL DE CONTRATO ADMINISTRATIVO

Aos 2 (dois) dias de março do ano de 2015 (dois mil e quinze), nesta cidade e comarca de Ivaiporã – Estado do Paraná, o **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE 22ª REGIONAL DE SAÚDE DE IVAIPORÃ**, Estado do Paraná, Pessoa Jurídica de Direito Público, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 02.586.019/0001-97 com sede na Rua Diva Proença, 500, centro, Município de Ivaiporã/PR, neste ato representado por seu Presidente Fábio Hidek Miura, brasileiro, solteiro, portador a cédula de identidade R.G. nº 3.503.746-2 e inscrito no CPF sob o n.º 035.147.859-02, residente e domiciliado na Av. Curitiba, 172, São João do Ivaí/PR, no uso das atribuições que lhe são conferidas:

**CONSIDERANDO**, todas as normas aplicáveis aos contratos administrativos, inclusive a possibilidade de rescisão nos termos do art. 78 e 79 parágrafo único da Lei Federal n.º 8.666/93, neste caso com respaldo ao contraditório exigido pela própria lei e que se configura pelo protocolo de novo credenciamento dos profissionais,

DECIDE, rescindir unilateralmente o Contrato Administrativo n.º 18/2014 assinado em 10 de junho de 2014 referente ao Processo Licitatório na modalidade Inexigibilidade de Licitação sob n.º 7/2014, firmado com a empresa a **CLINICA DE O. R. L. DE IVAIPORÃ LTDA-ME** que tinha por objeto contratação de empresa médica especializada em consultas e exames diversos a prestação do serviço de:

#### LOTE: 1

Item	Descrição	Quant. ANO	Valor Unit.	Valor Total
1	CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGISTA	1.800	50,000	90.000,00
2	VIDEONASOFIBROSCOPIO	1.500	50,000	75.000,00
3	VECTOELETRONISTAMOGRAFIA	840	200,000	168.000,00
4	CAUTERIZAÇÃO NASAL	600	50,000	30.000,00
5	TAMPONAMENTO NASAL ANTERO/POSTERIOR	600	150,000	90.000,00
6	TESTE VESTIBULARES E OTONEUROLOGICOS	840	41,250	34.650,00
7	MANOBRAS DE REABILITAÇÃO VESTIBULARES	1.800	60,000	108.000,00
8	REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO EM OUVIDOS, FARINGE, LARINGE, NARIZ.	600	60,000	36.000,00
9	TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR	600	150,000	90.000,00
10	VIDEOLARINGOSCOPIA	1.500	80,000	120.000,00
11	DRENAGEM DE ABCESSO EM ORELHA /OTOHEMATONIA	600	150,000	90.000,00
12	FRENOTOMIA	600	80,000	48.000,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

13	ASPIRAÇÃO DE OUVIDO	600	50,000	30.000,00
14	REMOÇÃO-CURETAGEM DE CERUME	1.200	50,000	60.000,00
15	TESTE ALERGICO CUTANEO	1.200	150,000	180.000,00
16	MÉDICO CIRURGIA AMIGDALECTOMIA	180	500,000	90.000,00
17	MÉDICO CIRURGIA AMIGDALECTOMIA + ADENOIDECTOMIA	180	700,000	126.000,00
18	MÉDICO CIRURGIA ADENOIDECTOMIA	180	500,000	90.000,00
19	MÉDICO CIRURGIA SEPTOPLASTIA	180	500,000	90.000,00
20	MÉDICO CIRURGIA SEPTOPLASTIA + TURBINECTOMIA	180	700,000	126.000,00
21	MÉDICO CIRURGIA TURBINECTOMIA	180	500,000	90.000,00
			<b>TOTAL:</b>	<b>1.861.650,00</b>

Perfaz-se a presente rescisão contratual, com os fundamentos administrativos expostos e com fulcro nos art. 78 inc. I c/c art. 79 inc. I da Lei Federal n.º 8.666/93, ficando o contrato **RESCINDIDO**, a partir da data de assinatura e publicação, não operando qualquer questionamento ou sanção por inadimplemento ou outras causas de não cumprimento de contrato.

Para a firmeza e validade do que ficou acima estabelecido, lavrou-se o presente termo que vai assinado pelo Presidente.

**FÁBIO HIDEK MIURA**  
Presidente



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

### TERMO DE RESCISÃO UNILATERAL DE CONTRATO ADMINISTRATIVO

Aos 2 (dois) dias de março do ano de 2015 (dois mil e quinze), nesta cidade e comarca de Ivaiporã – Estado do Paraná, o **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE 22ª REGIONAL DE SAÚDE DE IVAIPORÃ**, Estado do Paraná, Pessoa Jurídica de Direito Público, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 02.586.019/0001-97 com sede na Rua Diva Proença, 500, centro, Município de Ivaiporã/PR, neste ato representado por seu Presidente Fábio Hidek Miura, brasileiro, solteiro, portador a cédula de identidade R.G. nº 3.503.746-2 e inscrito no CPF sob o n.º 035.147.859-02, residente e domiciliado na Av. Curitiba, 172, São João do Ivaí/PR, no uso das atribuições que lhe são conferidas:

**CONSIDERANDO**, todas as normas aplicáveis aos contratos administrativos, inclusive a possibilidade de rescisão nos termos do art. 78 e 79 parágrafo único da Lei Federal n.º 8.666/93, nes te caso com respaldo ao contraditório exigido pela própria lei e que se configura pelo protocolo de novo credenciamento dos profissionais,

DECIDE, rescindir unilateralmente o Contrato Administrativo n.º 47/2014 assinado em 14 JULHO 2014 referente ao Processo Licitatório na modalidade Inexigibilidade de Licitação sob n.º 27/2014, firmado com a empresa **E.F. FERREIRA LABORATORIO CLINICO** que tinha por objeto contratação de empresa médica especializada em consultas e exames diversos a prestação do serviço de:

#### LOTE: 1

Item	Descrição	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	CLEARANCE OSMOLAR	1.200,00	3,860	4.632,00
2	DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	1.200,00	2,100	2.520,00
3	DETERMINAÇÃO DE CROMATOGRÁFIA DE AMINOÁCIDOS	100,00	2,000	200,00
4	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICA(2 DOSAGENS)	1.200,00	7,600	9.120,00
5	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICA C/INDUÇÃO POR CORTISONA(5 DOSAGENS)	1.200,00	10,000	12.000,00
6	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUÇÃO POR CORTISONA(4 DOSAGENS)	1.200,00	10,000	12.000,00
7	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA(5 DOSAGENS)	1.200,00	10,000	12.000,00
8	DETERMINAÇÃO DE	100,00	3,860	386,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

9	OSMOLARIDADE DOSAGEM DE 5 NUCLEOTIDASE	300,00	3,860	1.158,00
10	DOSAGEM DE ACETONA	300,00	2,100	630,00
11	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	300,00	4,040	1.212,00
12	DOSAGEM DE ACIDO URICO	5.000,00	2,220	11.100,00
13	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	300,00	4,040	1.212,00
14	DOSAGEM DE ALDOLASE	300,00	2,100	630,00
15	DOSAGEM DE ALFA-1- ANTITRIPISINA	300,00	4,040	1.212,00
16	DOSAGEM DE ALFA-1- GLICOPROTEINA ÁCIDA	300,00	4,530	1.359,00
17	DOSAGEM DE ALFA-2- MACROGLOBULINA	300,00	4,040	1.212,00
18	DOSAGEM DE AMILASE	5.000,00	4,040	20.200,00
19	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	5.000,00	3,860	19.300,00
20	DOSAGEM DE CALCIO	2.500,00	4,000	10.000,00
21	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	2.500,00	4,000	10.000,00
22	DOSAGEM DE CAROTENO	300,00	2,210	663,00
23	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	300,00	2,100	630,00
24	DOSAGEM DE CLORETO	300,00	2,210	663,00
25	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	5.000,00	3,860	19.300,00
26	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	5.000,00	3,860	19.300,00
27	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	5.000,00	2,900	14.500,00
28	DOSAGEM DE COLINESTERASE	2.500,00	4,040	10.100,00
29	DOSAGEM DE CREATININA	5.000,00	4,040	20.200,00
30	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUIN ASE(CPK)	1.200,00	8,640	10.368,00
31	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUIN ASE FRACAO MB	1.200,00	4,040	4.848,00
32	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA- HIDROXIBUTIRICA	300,00	3,860	1.158,00
33	DOSAGEM DE DESIDROGENASE	2.500,00	3,860	9.650,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

	LÁTICA			
34	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	1.250,00	2,470	3.087,50
35	DOSAGEM DE FERRITINA	2.500,00	18,710	46.775,00
36	DOSAGEM DE FERRO SERICO	2.500,00	4,210	10.525,00
38	DOSAGEM DE FOLATO	300,00	4,040	1.212,00
39	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	2.500,00	3,860	9.650,00
41	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	2.500,00	3,500	8.750,00
42	DOSAGEM DE FOSFORO	2.500,00	2,500	6.250,00
43	DOSAGEM DE FRAÇÃO PROSTÁTICA DA FOSFATASE ÁCIDA	2.500,00	2,100	5.250,00
44	DOSAGEM DE GALACTOSE	300,00	2,100	630,00
45	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE(GAMA GT)	2.500,00	3,210	8.025,00
46	DOSAGEM DE GLICOSE	5.000,00	2,210	11.050,00
47	DOSAGEM DE GLICOSE 6 FOSFATO DESIDROGENASE	1.200,00	4,530	5.436,00
48	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	300,00	3,860	1.158,00
49	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOLISADA	5.000,00	10,440	52.200,00
50	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	300,00	2,100	630,00
51	DOSAGEM DE ISOMERASE FOSFOHEXOSE	300,00	16,760	5.028,00
52	DOSAGEM DE LACTATO	300,00	4,040	1.212,00
53	DOSAGEM DE LIPASE	5.000,00	8,210	41.050,00
54	DOSAGEM DE MAGNESIO	2.500,00	4,040	10.100,00
55	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	2.500,00	7,200	18.000,00
56	DOSAGEM DE PIRUVATO	100,00	16,760	1.676,00
57	DOSAGEM DE PORFIRINAS	100,00	7,120	712,00
58	DOSAGEM DE POTASSIO	5.000,00	3,000	15.000,00
59	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	2.500,00	3,000	7.500,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

60	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	2.500,00	3,000	7.500,00
61	DOSAGEM DE SODIO	5.000,00	3,000	15.000,00
62	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO OXALACETICA(TGO)	5.000,00	3,000	15.000,00
63	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	5.000,00	3,000	15.000,00
64	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	2.500,00	4,940	12.350,00
65	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	5.000,00	4,210	21.050,00
66	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	300,00	9,900	2.970,00
67	DOSAGEM DE UREIA	5.000,00	6,350	31.750,00
68	DOSAGEM DE VITAMINA B12	1.250,00	3,130	3.912,50
69	ELETROFORESE DE PROTEINAS	1.250,00	10,960	13.700,00
70	TESTE DE TOLERÂNCIA A INSULINA/HIPOGLICEM IANTES ORAIS	1.250,00	8,800	11.000,00
71	CONTAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	1.250,00	35,840	44.800,00
72	CITOQUIMICA HEMATOLÓGICA	300,00	8,370	2.511,00
73	CONTAGEM DE PLAQUETAS	1.250,00	5,200	6.500,00
74	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	1.250,00	8,890	11.112,50
75	DETERMINAÇÃO DE ENZIMAS ERITROCITÁRIAS (CADA)	300,00	16,500	4.950,00
76	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	2.500,00	7,320	18.300,00
77	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO-DUKE	2.500,00	11,560	28.900,00
78	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	2.500,00	7,320	18.300,00
79	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA	1.250,00	1,680	2.100,00
80	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA(TTP ATIVADA)	2.500,00	3,000	7.500,00
81	DETERMINAÇÃO DE	2.500,00	3,000	7.500,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

	TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA(TAP)			
82	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSIDIMENTAÇÃO(VHS)	2.500,00	3,000	7.500,00
83	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	1.250,00	5,950	7.437,50
84	DOSAGEM DE FATOR II	1.250,00	3,000	3.750,00
85	DOSAGEM DE FATOR IX	1.250,00	1,680	2.100,00
86	DOSAGEM DE FATOR V	1.250,00	4,520	5.650,00
87	DOSAGEM DE FATOR VII	1.250,00	3,000	3.750,00
88	DOSAGEM DE FATOR VIII	1.250,00	27,500	34.375,00
89	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	1.250,00	4,520	5.650,00
90	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	1.250,00	3,000	3.750,00
91	DOSAGEM DE FATOR X	1.250,00	3,000	3.750,00
92	DOSAGEM DE FATOR XI	1.250,00	3,000	3.750,00
93	DOSAGEM DE FATOR XII	1.250,00	3,000	3.750,00
94	DOSAGEM DE FATOR XIII	1.250,00	4,520	5.650,00
95	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	1.250,00	3,000	3.750,00
96	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	1.250,00	3,000	3.750,00
97	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	300,00	13,200	3.960,00
98	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	300,00	3,000	900,00
99	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	300,00	3,000	900,00
100	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	600,00	19,500	11.700,00
101	ERITOGRAMA(ERITROCITOS, HEMOGLOBINA,HEMATOCRITO)	600,00	5,500	3.300,00
102	HEMATOCRITO	600,00	5,500	3.300,00
103	HEMOGRAMA COMPLETO	5.000,00	6,940	34.700,00
104	LEUCOGRAMA	1.250,00	4,400	5.500,00
105	PESQUISA DE CELULAS LE	600,00	3,110	1.866,00
106	PESQUISA DE CORPÚSCULOS DE HEINZ	600,00	10,170	6.102,00
107	PESQUISA DE FILARIA	300,00	16,560	4.968,00
108	PESQUISA DE	300,00	18,060	5.418,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

	HEMOGLOBINA S			
109	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	300,00	14,900	4.470,00
110	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	2.500,00	3,870	9.675,00
111	PROVA DE LACO	2.500,00	3,110	7.775,00
112	TESTE DE AGREGAÇÃO DE PLAQUETAS	300,00	10,170	3.051,00
113	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	300,00	3,110	933,00
114	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8 (CADA)	300,00	36,300	10.890,00
115	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	300,00	18,870	5.661,00
116	DETECCAO DE RNA DO HIV - 1 (QUALITATIVO)	300,00	80,000	24.000,00
117	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C(QUALITATIVO)	300,00	11,000	3.300,00
118	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO(CH50)	600,00	11,000	6.600,00
119	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	2.500,00	9,530	23.825,00
120	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	2.500,00	18,870	47.175,00
121	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	300,00	11,000	3.300,00
122	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO(PSA)	5.000,00	19,700	98.500,00
123	DOSAGEM DE BETA-2 MICROGLOBULINA	300,00	20,400	6.120,00
124	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	1.250,00	18,870	23.587,50
125	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	1.250,00	6,310	7.887,50
126	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	300,00	18,870	5.661,00
127	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A(IGA)	1.250,00	20,400	25.500,00
128	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E ( IGE)	1.250,00	20,400	25.500,00
129	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M(IGM)	1.250,00	10,170	12.712,50
130	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERÁSE	300,00	11,000	3.300,00
131	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	1.250,00	10,170	12.712,50



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

132	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	2.500,00	358,170	895.425,00
133	IMUNOELETROFORESE DE PROTEÍNAS	1.250,00	6,310	7.887,50
134	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	300,00	18,870	5.661,00
135	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	300,00	10,170	3.051,00
136	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	300,00	11,000	3.300,00
137	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	300,00	10,670	3.201,00
138	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	150,00	3,110	466,50
139	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1+HIV2(ELISA)	2.500,00	11,000	27.500,00
140	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1+HTLV-2	1.250,00	11,000	13.750,00
141	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEIN A (RNP)	1.250,00	11,000	13.750,00
142	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	1.250,00	18,870	23.587,50
143	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	1.250,00	20,590	25.737,50
144	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	1.250,00	20,590	25.737,50
145	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B(LA)	1.250,00	20,590	25.737,50
146	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	150,00	18,870	2.830,50
147	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	1.250,00	18,870	23.587,50
148	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPEGILLOS	150,00	18,870	2.830,50
149	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	150,00	18,870	2.830,50
150	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	150,00	18,870	2.830,50



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

151	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLOURESCENCI A)	1.250,00	11,000	13.750,00
152	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL	300,00	18,870	5.661,00
153	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA( SCL70)	300,00	20,400	6.120,00
154	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O(ASLO)	1.250,00	10,680	13.350,00
155	PESQUISA ANTICORPOS ANTIFIGADO	300,00	20,400	6.120,00
156	PESQUISA ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	300,00	20,400	6.120,00
157	PESQUISA ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	300,00	10,170	3.051,00
158	PESQUISA ANTICORPOS ANTIINSULINA	300,00	4,510	1.353,00
159	PESQUISA ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	300,00	20,400	6.120,00
160	PESQUISA ANTICORPOS ANTILISTERIA	300,00	18,870	5.661,00
161	PESQUISA ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	300,00	3,110	933,00
162	PESQUISA ANTICORPOS ANTIMITOCÔNDRIA	300,00	12,100	3.630,00
163	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	300,00	10,170	3.051,00
164	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	300,00	18,660	5.598,00
165	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	300,00	10,170	3.051,00
166	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	300,00	20,400	6.120,00
167	PESQUISA DE ANTICORPOS	300,00	33,000	9.900,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

	ANTIPLASMODIOS			
168	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	300,00	20,400	6.120,00
169	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B(ANTI-HBS)	1.250,00	18,870	23.587,50
170	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B( ANTI-HBE)	1.250,00	18,870	23.587,50
171	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	150,00	18,870	2.830,50
172	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C(ANTI-HCV)	1.250,00	12,770	15.962,50
173	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	300,00	11,000	3.300,00
174	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	300,00	20,400	6.120,00
175	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	150,00	10,170	1.525,50
176	PESQUISA DE ANTICORPOS DE EIE ANTICLAMIDIA	150,00	22,000	3.300,00
177	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS ESPSTEIN-BARR	150,00	20,400	3.060,00
178	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	1.250,00	18,870	23.587,50
179	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILECHEMANIAS	300,00	18,870	5.661,00
180	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	1.250,00	18,870	23.587,50
181	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	150,00	18,870	2.830,50
182	PESQUISA DE	300,00	14,680	4.404,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

	ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGRNO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B(ANTI- HBC-IGG)			
183	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	300,00	20,400	6.120,00
184	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	1.250,00	20,400	25.500,00
185	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	1.250,00	20,400	25.500,00
186	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	1.250,00	20,400	25.500,00
187	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUA DA VARICELA-HERPES ZOSTER	300,00	3,110	933,00
188	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS 496EPSTEIN-BARR	300,00	4,510	1.353,00
189	PESQUISA 497UISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	300,00	11,000	3.300,00
190	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRU S	1.250,00	10,170	12.712,50
191	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHAMANIAS	300,00	11,000	3.300,00
192	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	1.250,00	21,940	27.425,00
193	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	1.250,00	21,940	27.425,00
194	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI- HBC-IGM)	1.250,00	19,800	24.750,00
195	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM	1.250,00	20,400	25.500,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

	CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)			
196	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	1.250,00	24,510	30.637,50
197	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	2.500,00	18,110	45.275,00
198	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	1.250,00	18,110	22.637,50
199	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	300,00	16,000	4.800,00
200	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	300,00	16,000	4.800,00
201	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO(CEA)	600,00	19,940	11.964,00
202	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	2.500,00	11,000	27.500,00
203	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	2.500,00	21,110	52.775,00
204	PESQUISA DE ANTICORPOS CLAMIDIA (POR CAPTURA HÍBRIDA)	1.250,00	20,400	25.500,00
205	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	300,00	18,870	5.661,00
206	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE(WAALER-ROSE)	1.250,00	7,810	9.762,50
207	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLORESCÊNCIA	5.000,00	33,340	166.700,00
208	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECÍFICA	2.500,00	23,340	58.350,00
209	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR	1.250,00	18,810	23.512,50



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

	IMUNOFLUORESCENCIA)			
210	QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	300,00	298,810	89.643,00
211	REAÇÃO DE HEMAGLUTINAÇÃO (TPHA) P/ DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS	300,00	7,810	2.343,00
212	TESTE DE VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS	5.000,00	5,810	29.050,00
213	TESTE FTA-ABS IGG P/DIAGNOSTICO DA SIFILIS	600,00	7,810	4.686,00
214	TESTE FTA-ABS IGM P/DIAGNOSTICO DA SIFILIS	600,00	7,810	4.686,00
215	TESTES ALERGICOS DE CONTATO	300,00	11,270	3.381,00
216	TESTES RAPIDOS P/DIAGNOSTICO DA SIFILIS	300,00	7,810	2.343,00
217	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTES	5.000,00	4,810	24.050,00
218	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMIN AIS E RECOMBINANTE HUMANO IGA	300,00	38,810	11.643,00
219	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	100,00	3,860	386,00
220	PESQUISA DE GORDURA FECAL	600,00	2,210	1.326,00
221	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	600,00	3,860	2.316,00
222	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES ( OXIURUS OXIURA)	600,00	4,070	2.442,00
223	PESQUISA DE EOSINÓFILOS	300,00	4,070	1.221,00
224	PESQUISA DE GORDURA FECAL	600,00	2,210	1.326,00
225	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	600,00	3,860	2.316,00
226	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	300,00	8,930	2.679,00
227	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	300,00	4,040	1.212,00
228	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	300,00	2,240	672,00
229	PESQUISA DE OVOS	300,00	3,340	1.002,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

	DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)			
230	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	5.000,00	4,070	20.350,00
231	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	600,00	14,070	8.442,00
232	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	1.250,00	9,240	11.550,00
233	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	600,00	6,240	3.744,00
234	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	600,00	9,240	5.544,00
235	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	600,00	4,070	2.442,00
236	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	5.000,00	5,860	29.300,00
237	CLEARANCE DE CREATININA	1.250,00	3,860	4.825,00
238	CLEARANCE DE FOSFATO	600,00	3,860	2.316,00
239	CLEARANCE DE URÉIA	600,00	3,860	2.316,00
240	DOSAGEM DE CITRATO	600,00	8,930	5.358,00
241	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	2.500,00	14,040	35.100,00
242	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	2.500,00	3,340	8.350,00
243	EXAME QUALITATIVO DE CÁLCULOS URINÁRIOS	300,00	4,070	1.221,00
244	PESQUISA/DOSAGEM AMINOÁCIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	300,00	2,240	672,00
245	PESQUISA DE AMINOÁCIDOS NA URINA	300,00	2,240	672,00
246	PESQUISA DE BETA- MERCAPTO-LACTATO- DISSULFIDURIA	300,00	2,240	672,00
247	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	300,00	2,240	672,00
248	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	300,00	2,240	672,00
249	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	300,00	4,070	1.221,00
250	PESQUISA DE FENIL-	300,00	2,240	672,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

	CETONA NA URINA			
251	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	300,00	3,690	1.107,00
252	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	300,00	2,240	672,00
253	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	300,00	2,240	672,00
254	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	300,00	4,070	1.221,00
255	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	300,00	2,240	672,00
256	PESQUISA DE PORFOBILINOGÊNIO NA URINA	300,00	4,880	1.464,00
257	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	300,00	2,240	672,00
258	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	300,00	2,240	672,00
259	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	600,00	13,790	8.274,00
260	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	1.250,00	16,150	20.187,50
261	ETERMINACAO DE T3 REVERSO	1.250,00	11,220	14.025,00
262	DOSAGEM DE 17-ALFA - HIDROXIPROGESTERONA	1.250,00	7,390	9.237,50
263	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	600,00	7,390	4.434,00
264	DISAGEM DE 17-HIDROXICORTCOSTEROIDES	600,00	7,390	4.434,00
265	DOSAGEM DE ÁCIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACÉTICO (SEROTONINA)	600,00	15,530	9.318,00
266	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTRÓFICO (ACTH)	1.250,00	13,070	16.337,50
267	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	1.250,00	13,210	16.512,50
268	DOSAGEM DE AMP CÍCLICO	1.250,00	12,680	15.850,00
269	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	1.250,00	15,810	19.762,50
270	DOSAGEM DE CALCITONINA	1.250,00	10,840	13.550,00
271	DOSAGEM DE CORTISOL	600,00	12,370	7.422,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

272	DISAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	1.250,00	12,280	15.350,00
273	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOSTERONA (DHT)	600,00	11,160	6.696,00
274	DOSAGEM DE ESTRADIOL	1.250,00	12,700	15.875,00
275	DOSAGEM DE ESTRIOL	1.250,00	12,230	15.287,50
276	DOSAGEM DE ESTRONA	1.250,00	15,560	19.450,00
277	DOSAGEM DE GASTRINA	600,00	16,680	10.008,00
278	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	600,00	8,630	5.178,00
279	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	5.000,00	11,230	56.150,00
280	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	1.250,00	8,670	10.837,50
281	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULOESTIMILANTE (FSH)	1.250,00	9,860	12.325,00
282	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	1.250,00	9,850	12.312,50
283	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	5.000,00	11,180	55.900,00
284	DOSAGEM DE INSULINA	1.250,00	21,440	26.800,00
285	DOSAGEM DE PARATORMONIO	600,00	16,880	10.128,00
286	DOSAGEM DE PEPTIDO C	600,00	31,240	18.744,00
287	DOSAGEM DE PROGESTERONA	1.250,00	11,160	13.950,00
288	DOSAGEM DE PROLACTINA	1.250,00	14,500	18.125,00
289	DOSAGEM DE RENINA	1.250,00	16,880	21.100,00
290	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	600,00	54,420	32.652,00
291	DOSAGEM DE SULFATO DE DIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	1.250,00	11,470	14.337,50
292	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	1.250,00	14,420	18.025,00
293	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	1.250,00	16,880	21.100,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

294	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	1.250,00	9,630	12.037,50
295	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	5.000,00	12,760	63.800,00
296	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE ( T4 LIVRE)	5.000,00	13,200	66.000,00
297	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	5.000,00	13,320	66.600,00
298	TESTE DE ESTÍMULO DA PROLACTINA/TSH APÓS TRH	600,00	13,320	7.992,00
299	TESTE DE ESTÍMULO DO HGH APÓS GLUCAGON	600,00	13,320	7.992,00
300	TESTE DE SUPRESSÃO DO HGH APÓS GLICOSE	600,00	9,270	5.562,00
301	TESTE P/ INVESTIGAÇÃO DO DIABETES INSIPIDUS	300,00	16,360	4.908,00
302	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	600,00	2,260	1.356,00
303	DOSAGEM DE ÁCIDO DELTA-AMINOLEVUNICO	600,00	2,450	1.470,00
304	DOSAGEM DE ÁCIDO-HIPURICO	600,00	4,040	2.424,00
305	DOSAGEM DE ÁCIDO MANDELICO	300,00	2,260	678,00
306	DOSAGEM DE ACIDO METIL- HIPURICO	300,00	17,210	5.163,00
307	DOSAGEM DE ÁCIDO VALPROICIO	300,00	3,860	1.158,00
308	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATÁSE	300,00	2,210	663,00
309	DOSAGEM DE ÁLCOOL ETÍLICO	300,00	30,250	9.075,00
310	DOSAGEM DE ALUMINIO	300,00	11,000	3.300,00
311	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	300,00	11,000	3.300,00
312	DOSAGEM DE ANFETAMINA	300,00	11,000	3.300,00
313	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	300,00	14,440	4.332,00
314	DOSAGEM DE BARBITURATOS	300,00	14,820	4.446,00
315	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	300,00	7,200	2.160,00
316	DOSAGEM DE CÁDMIO	300,00	19,280	5.784,00
317	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	600,00	34,520	20.712,00
318	DOSAGEM DE CARBOXI-	300,00	9,710	2.913,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

	HEMOGLOBINA				
319	DOSAGEM DE CHUMBO		300,00	64,470	19.341,00
320	DOSAGEM DE CICLOSPORINA		300,00	3,860	1.158,00
321	DOSAGEM DE COBRE		300,00	9,860	2.958,00
322	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)		300,00	17,210	5.163,00
323	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA		300,00	38,740	11.622,00
324	DOSAGEM DE FENITOINA		300,00	32,250	9.675,00
325	DOSAGEM DE FENOL		300,00	3,860	1.158,00
326	DOSAGEM DE FORMALDEICO		300,00	2,470	741,00
327	DOSAGEM DE LITIO		1.250,00	5,240	6.550,00
328	DOSAGEM DE MERCÚRIO		300,00	4,520	1.356,00
329	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA		300,00	11,000	3.300,00
330	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAÍNA		300,00	11,000	3.300,00
331	DOSAGEM DE METOTREXATO		300,00	11,000	3.300,00
332	DOSAGEM DE QUINIDINA		300,00	2,210	663,00
333	DOSAGEM DE SALICILATOS		300,00	3,830	1.149,00
334	DOSAGEM DE SULFATOS		300,00	17,210	5.163,00
335	DOSAGEM DE TEOFILINA		300,00	4,040	1.212,00
336	DOSAGEM DE TIOCIANATO		300,00	17,210	5.163,00
337	DOSAGEM DE ZINCO		300,00	21,470	6.441,00
338	ANTIBIOGRAMA		5.000,00	14,660	73.300,00
339	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA		300,00	14,660	4.398,00
340	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTÉRIAS		1.250,00	4,620	5.775,00
341	BACILOSCOPIA DIRETA P/BAAR TUBERCULOSE (DIAGNOSTICA)		2.500,00	4,620	11.550,00
342	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR(HANSENIASE)		1.250,00	4,620	5.775,00
343	BACILOSCOPIA DIRETA P/BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)		300,00	3,080	924,00
344	BACTOTOSCOPIA		1.250,00	6,180	7.725,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

	(GRAM)			
345	CULTURA DE BACTERIAS IDENTIFICACAO P/	5.000,00	4,760	23.800,00
346	CULTURA DO LEITE MATERNO (PÓS-PASTEURIZAÇÃO)	300,00	4,760	1.428,00
347	CULTURA HERPESVIRUS /	300,00	6,190	1.857,00
348	CULTURA PARA BAAR	1.250,00	11,270	14.087,50
349	CULTURA PARA BACTERIAS ANAERÓBICAS	1.250,00	4,600	5.750,00
350	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	1.250,00	3,080	3.850,00
351	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIREITO)	1.250,00	12,630	15.787,50
352	HEMOCULTURA	300,00	6,190	1.857,00
353	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	300,00	7,760	2.328,00
354	PESQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	300,00	3,080	924,00
355	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	300,00	4,760	1.428,00
356	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	300,00	3,080	924,00
357	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	300,00	4,760	1.428,00
358	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	300,00	3,080	924,00
359	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	300,00	5,540	1.662,00
360	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	300,00	2,070	621,00
361	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	300,00	6,630	1.989,00
362	ADENOGRAMA	300,00	4,760	1.428,00
363	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	300,00	4,760	1.428,00
364	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	300,00	1,960	588,00
365	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	300,00	1,960	588,00
366	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	150,00	2,210	331,50



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

367	DOSAGEM DE FRUTOSE	300,00	2,210	663,00
368	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRAÇÃO NO LIQUOR	150,00	7,210	1.081,50
369	EXAMES DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECÍFICA DE CELULAS	300,00	6,360	1.908,00
370	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	150,00	2,210	331,50
371	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA	150,00	1,960	294,00
372	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)	300,00	2,070	621,00
373	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	300,00	2,070	621,00
374	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATÓIDE	5.000,00	2,070	10.350,00
375	DETECÇÃO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNÓSTICO TARDIO)	300,00	72,600	21.780,00
376	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HEMOGLOBINOPÁTIAS (CONFIRMATÓRIA)	300,00	72,600	21.780,00
377	DETECÇÃO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATÓRIA)	300,00	6,050	1.815,00
378	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTRONE/DIAGNÓSTICO TARDIO)	300,00	13,310	3.993,00
379	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	300,00	22,990	6.897,00
380	DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECÇÃO DA VARIANTE DE	300,00	6,050	1.815,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

	HEMOGLOBINA			
381	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA	300,00	14,720	4.416,00
382	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE/DIAGNÓSTICO TARDIO)	300,00	11,710	3.513,00
383	DETERMINAÇÃO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETÁRIOS	300,00	1,500	450,00
384	DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	2.500,00	11,710	29.275,00
385	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	2.500,00	11,710	29.275,00
386	IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS SÉRICOS E IRREGULARES COM PAINEL DE HEMÁCIAS	300,00	6,360	1.908,00
387	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO MÉTODO DA ELUICAO	300,00	6,360	1.908,00
388	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES 370C	300,00	6,360	1.908,00
389	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES A FRIO	300,00	1,500	450,00
390	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	600,00	3,000	1.800,00
391	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	300,00	6,360	1.908,00
392	TITULAÇÃO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	300,00	7,300	2.190,00
393	EXAME CITOPATOLOGICO CÉRVICO - VAGINAL / MICROFLORA	300,00	11,710	3.513,00
394	EXAME CITOPATOLOGICO HORMONAL SERIADO (MÍNIMO 3 COLETAS)	300,00	11,710	3.513,00
395	EXAME DE CITOLOGIA ONCOTICA (EXCETO CÉRVICO/VAGINAL)	600,00	17,560	10.536,00
396	EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA	2.500,00	55,000	137.500,00
397	DETERMINAÇÃO DE RECEPTORES TUMORIAIS HORMONAIIS	300,00	47,530	14.259,00
398	EXAME ANATOMO-	2.500,00	26,400	66.000,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

	PATOLOGICO DO COLO UTERINO - PEÇA CIRÚRGICA			
399	EXAME ANATOMOPATOLOGICO P/CONGELAMENTO/PARAFINA (EXCETO COLO UTERINO) PEÇA CIRURGICA	1.250,00	92,000	115.000,00
400	IMUNOHISTOQUÍMICA DE NEOPLASIAS MÁLIGNAS (POR MARCADOR)	300,00	26,400	7.920,00
401	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA-BIOPSIA	1.250,00	47,530	59.412,50
402	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - PEÇA CIRURGICA	1.250,00	26,400	33.000,00
403	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DO COLO UTERINO - BIOPSIA	1.250,00	26,400	33.000,00
404	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA	2.500,00	3,860	9.650,00
			<b>TOTAL:</b>	<b>5.596.046,00</b>

Perfaz-se a presente rescisão contratual, com os fundamentos administrativos expostos e com fulcro nos art. 78 inc. I c/c art. 79 inc. I da Lei Federal n.º 8.666/93, ficando o contrato **RESCINDIDO**, a partir da data de assinatura e publicação, não operando qualquer questionamento ou sanção por inadimplemento ou outras causas de não cumprimento de contrato.

Para a firmeza e validade do que ficou acima estabelecido, lavrou-se o presente termo que vai assinado pelo Presidente.

**FÁBIO HIDEK MIURA**  
Presidente

### TERMO DE RESCISÃO UNILATERAL DE CONTRATO ADMINISTRATIVO

Aos 2 (dois) dias de março do ano de 2015 (dois mil e quinze), nesta cidade e comarca de Ivaiporã – Estado do Paraná, o **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE 22ª REGIONAL DE SAÚDE DE IVAIPORÃ**, Estado do Paraná, Pessoa Jurídica de Direito Público, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 02.586.019/0001-97 com sede na Rua Diva Proença, 500, centro, Município de Ivaiporã/PR, neste ato representado por seu Presidente Fábio Hidek Miura, brasileiro, solteiro, portador a cédula de identidade R.G. nº 3.503.746-2 e



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

inscrito no CPF sob o n.º 035.147.859-02, residente e domiciliado na Av. Curitiba, 172, São João do Ivaí/PR, no uso das atribuições que lhe são conferidas:

**CONSIDERANDO**, todas as normas aplicáveis aos contratos administrativos, inclusive a possibilidade de rescisão nos termos do art. 78 e 79 parágrafo único da Lei Federal n.º 8.666/93, nes te caso com respaldo ao contraditório exigido pela própria lei e que se configura pelo protocolo de novo credenciamento dos profissionais,

DECIDE, rescindir unilateralmente o Contrato Administrativo n.º 31/2014 assinado em 10 JUNHO 2014 referente ao Processo Licitatório na modalidade Inexigibilidade de Licitação sob n.º 19/2014, firmado com a empresa **EMPRESA INSTITUTO DO RIM DE IVAIPORA S/C LTDA.** que tinha por objeto contratação de empresa médica especializada em consultas e exames diversos a prestação do serviço de:

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	CONSULTA EM NEFROLOGIA	UNID	600,00	50,000	30.000,00
				<b>TOTAL:</b>	30.000,00

Perfaz-se a presente rescisão contratual, com os fundamentos administrativos expostos e com fulcro nos art. 78 inc. I c/c art. 79 inc. I da Lei Federal n.º 8.666/93, ficando o contrato **RESCINDIDO**, a partir da data de assinatura e publicação, não operando qualquer questionamento ou sanção por inadimplemento ou outras causas de não cumprimento de contrato.

Para a firmeza e validade do que ficou acima estabelecido, lavrou-se o presente termo que vai assinado pelo Presidente.

**FÁBIO HIDEK MIURA**  
Presidente

### TERMO DE RESCISÃO UNILATERAL DE CONTRATO ADMINISTRATIVO

Aos 2 (dois) dias de março do ano de 2015 (dois mil e quinze), nesta cidade e comarca de Ivaiporã – Estado do Paraná, o **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE 22ª REGIONAL DE SAÚDE DE IVAIPORÃ**, Estado do Paraná, Pessoa Jurídica de Direito Publico, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o n.º. 02.586.019/0001-97 com sede na Rua Diva Proença, 500, centro, Município de Ivaiporã/PR, neste ato representado por seu Presidente Fábio Hidek Miura, brasileiro, solteiro, portador a cédula de identidade R.G. n.º 3.503.746-2 e inscrito no CPF sob o n.º 035.147.859-02, residente e domiciliado na Av. Curitiba, 172, São João do Ivaí/PR, no uso das atribuições que lhe são conferidas:



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

**CONSIDERANDO**, todas as normas aplicáveis aos contratos administrativos, inclusive a possibilidade de rescisão nos termos do art. 78 e 79 parágrafo único da Lei Federal n.º 8.666/93, nes te caso com respaldo ao contraditório exigido pela própria lei e que se configura pelo protocolo de novo credenciamento dos profissionais,

DECIDE, rescindir unilateralmente o Contrato Administrativo n.º 46/2014 assinado em 14 JULHO 2014 referente ao Processo Licitatório na modalidade Inexigibilidade de Licitação sob n.º 26/2014, firmado com a empresa **LABORATORIO DE SÃO LUIZ DE CANDIDO DE ABREU LTDA-ME** que tinha por objeto contratação de empresa médica especializada em consultas e exames diversos a prestação do serviço de:

Item	Descrição	UM.	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICA(2 DOSAGENS)	UNID	2.500,00	7,600	19.000,00
2	DOSAGEM DE ACIDO URICO	UNID	5.000,00	2,220	11.100,00
3	DOSAGEM DE AMONIA	UNID	2.500,00	17,140	42.850,00
4	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	UNID	2.500,00	3,860	9.650,00
5	DOSAGEM DE CALCIO	UNID	2.500,00	4,000	10.000,00
6	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	UNID	2.500,00	3,860	9.650,00
7	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	UNID	5.000,00	3,860	19.300,00
8	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	UNID	5.000,00	2,900	14.500,00
9	DOSAGEM DE CREATININA	UNID	5.000,00	4,040	20.200,00
10	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE(CPK)	UNID	2.500,00	8,640	21.600,00
11	DOSAGEM DE FERRITINA	UNID	2.500,00	18,710	46.775,00
12	DOSAGEM DE FERRO SERICO	UNID	2.500,00	4,210	10.525,00
13	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE(GAMA GT)	UNID	2.500,00	3,210	8.025,00
14	DOSAGEM DE GLICOSE	UNID	5.000,00	2,210	11.050,00
15	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOLISADA	UNID	2.500,00	10,440	26.100,00
16	DOSAGEM DE LIPASE	UNID	2.500,00	8,210	20.525,00
17	DOSAGEM DE MAGNESIO	UNID	2.500,00	4,040	10.100,00
18	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	UNID	2.500,00	7,200	18.000,00
19	DOSAGEM DE POTASSIO	UNID	2.500,00	3,000	7.500,00
20	DOSAGEM DE SODIO	UNID	2.500,00	3,000	7.500,00
21	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO OXALACETICA(TGO)	UNID	5.000,00	3,000	15.000,00
22	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	UNID	5.000,00	3,000	15.000,00
23	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	UNID	5.000,00	4,210	21.050,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

24	DOSAGEM DE UREIA	UNID	5.000,00	6,350	31.750,00
25	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	UNID	2.500,00	35,840	89.600,00
26	CONTAGEM DE PLAQUETAS	UNID	2.500,00	5,200	13.000,00
27	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	UNID	2.500,00	8,890	22.225,00
28	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	UNID	2.500,00	7,320	18.300,00
29	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO-DUKE	UNID	2.500,00	11,560	28.900,00
30	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO(VHS)	UNID	2.500,00	3,000	7.500,00
31	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	UNID	5.000,00	3,000	15.000,00
32	ELETOFORESE DE HEMOGLOBINA	UNID	5.000,00	19,500	97.500,00
33	ERITOGRAMA(ERITROCITOS, HEMOGLOBINA,HEMATOCRITO)	UNID	5.000,00	5,500	27.500,00
34	HEMATOCRITO	UNID	5.000,00	5,500	27.500,00
35	HEMOGRAMA COMPLETO	UNID	5.000,00	6,940	34.700,00
36	LEUCOGRAMA	UNID	5.000,00	4,400	22.000,00
37	PESQUISA DE CORPÚSCULOS DE HEINZ	UNID	2.500,00	10,170	25.425,00
38	PESQUISA DE FILARIA	UNID	2.500,00	16,560	41.400,00
39	PESQUISA DETRIPANOSSAMA	UNID	2.500,00	14,900	37.250,00
40	PROVA DE RETRAÇÃO DO COAGULO	UNID	2.500,00	3,870	9.675,00
41	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	UNID	5.000,00	10,170	50.850,00
42	DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE	UNID	5.000,00	9,530	47.650,00
43	DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA	UNID	5.000,00	18,870	94.350,00
44	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO(PSA)	UNID	5.000,00	19,700	98.500,00
45	DOSAGEM DE BETA-2 MICROGLOBULINA	UNID	2.500,00	20,400	51.000,00
46	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	UNID	2.500,00	18,870	47.175,00
47	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	UNID	2.500,00	18,870	47.175,00
48	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A(IGA)	UNID	2.500,00	20,400	51.000,00
49	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E ( IGE)	UNID	2.500,00	20,400	51.000,00
50	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	UNID	2.500,00	18,870	47.175,00
51	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	UNID	2.500,00	20,590	51.475,00
52	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	UNID	2.500,00	20,590	51.475,00
53	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	UNID	2.500,00	20,590	51.475,00
54	PESQUISA DE ANTICORPOS	UNID	2.500,00	18,870	47.175,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

	ANTIBRUCELAS				
55	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	UNID	2.500,00	18,870	47.175,00
56	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O(ASLO)	UNID	5.000,00	10,680	53.400,00
57	PESQUISA ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	UNID	2.500,00	20,400	51.000,00
58	PESQUISA ANTICORPOS ANTILISTERIA	UNID	2.500,00	18,870	47.175,00
59	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	UNID	2.500,00	10,170	25.425,00
60	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	UNID	2.500,00	20,400	51.000,00
61	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B(ANTI-HBS)	UNID	5.000,00	18,870	94.350,00
62	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B(ANTI-HBE)	UNID	5.000,00	18,870	94.350,00
63	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C(ANTI-HCV)	UNID	5.000,00	12,770	63.850,00
64	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	UNID	2.500,00	22,000	55.000,00
65	PESQUISA DE ANTICORPOS HETERÓFILOS CONTRA O VÍRUS EPSTEIN BARR	UNID	2.500,00	20,400	51.000,00
66	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	UNID	2.500,00	18,870	47.175,00
67	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	UNID	5.000,00	18,870	94.350,00
68	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	UNID	5.000,00	14,680	73.400,00
69	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	UNID	5.000,00	20,400	102.000,00
70	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	UNID	5.000,00	20,400	102.000,00
71	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	UNID	5.000,00	21,940	109.700,00
72	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	UNID	2.500,00	21,940	54.850,00
73	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM	UNID	5.000,00	19,800	99.000,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

	CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)				
74	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	UNID	5.000,00	24,510	122.550,00
75	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	UNID	5.000,00	18,110	90.550,00
76	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	UNID	2.500,00	16,000	40.000,00
77	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO(CEA)	UNID	2.500,00	19,940	49.850,00
78	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	UNID	5.000,00	11,000	55.000,00
79	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	UNID	5.000,00	22,110	110.550,00
80	PESQUISA DE CLAMÍDIA (POR CAPTURA HÍBRIDA)	UNID	2.500,00	20,400	51.000,00
81	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE(WAALER-ROSE)	UNID	2.500,00	7,810	19.525,00
82	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA	UNID	5.000,00	33,340	166.700,00
83	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	UNID	2.500,00	18,810	47.025,00
84	TESTES RAPIDOS P/DIAGNOSTICO DA SIFILIS	UNID	5.000,00	7,810	39.050,00
85	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAIS E RECOMBINANTE HUMANO IGA	UNID	2.500,00	38,810	97.025,00
86	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	UNID	2.500,00	8,930	22.325,00
87	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	UNID	2.500,00	14,070	35.175,00
88	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTOS DA URINA	UNID	5.000,00	5,860	29.300,00
89	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	UNID	5.000,00	14,040	70.200,00
90	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	UNID	5.000,00	16,150	80.750,00
91	DOSAGEM DE CORTISOL	UNID	2.500,00	12,370	30.925,00
92	DISAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	UNID	2.500,00	12,280	30.700,00
93	DOSAGEM DE ESTRADIOL	UNID	2.500,00	12,700	31.750,00
94	DOSAGEM DE ESTRIOL	UNID	2.500,00	12,230	30.575,00
95	DOSAGEM DE ESTRONA	UNID	2.500,00	15,560	38.900,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

96	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG,BETA HCG)	UNID	5.000,00	11,230	56.150,00
97	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMILANTE (FSH)	UNID	5.000,00	9,860	49.300,00
98	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	UNID	2.500,00	9,850	24.625,00
99	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	UNID	5.000,00	11,180	55.900,00
100	DOSAGEM DE INSULINA	UNID	2.500,00	21,440	53.600,00
101	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	UNID	2.500,00	31,240	78.100,00
102	DOSAGEM DE PROGESTERONA	UNID	2.500,00	11,160	27.900,00
103	DOSAGEM DE PROLACTINA	UNID	2.500,00	14,500	36.250,00
104	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	UNID	2.500,00	54,420	136.050,00
105	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	UNID	2.500,00	14,420	36.050,00
106	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	UNID	2.500,00	16,880	42.200,00
107	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	UNID	5.000,00	12,760	63.800,00
108	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE ( T4 LIVRE)	UNID	5.000,00	13,200	66.000,00
109	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	UNID	5.000,00	13,320	66.600,00
110	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	UNID	2.500,00	34,520	86.300,00
111	DOSAGEM DE CHUMBO	UNID	2.500,00	64,470	161.175,00
112	DOSAGEM DE FENITOINA	UNID	2.500,00	32,250	80.625,00
113	DOSAGEM DE ZINCO	UNID	2.500,00	21,470	53.675,00
114	ANTIBIOGRAMA	UNID	5.000,00	14,660	73.300,00
115	BACTEROSCOPIA (GRAM)	UNID	5.000,00	6,180	30.900,00
116	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	UNID	5.000,00	4,760	23.800,00
117	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIREITO)	UNID	5.000,00	12,630	63.150,00
118	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	UNID	5.000,00	11,710	58.550,00
119	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	UNID	5.000,00	3,000	15.000,00
120	TESTE INDIRETO ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	UNID	5.000,00	6,360	31.800,00
				TOTAL:	5.808.125,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

Perfaz-se a presente rescisão contratual, com os fundamentos administrativos expostos e com fulcro nos art. 78 inc. I c/c art. 79 inc. I da Lei Federal n.º 8.666/93, ficando o contrato **RESCINDIDO**, a partir da data de assinatura e publicação, não operando qualquer questionamento ou sanção por inadimplemento ou outras causas de não cumprimento de contrato.

Para a firmeza e validade do que ficou acima estabelecido, lavrou-se o presente termo que vai assinado pelo Presidente.

**FÁBIO HIDEK MIURA**  
Presidente

### TERMO DE RESCISÃO UNILATERAL DE CONTRATO ADMINISTRATIVO

Aos 2 (dois) dias de março do ano de 2015 (dois mil e quinze), nesta cidade e comarca de Ivaiporã – Estado do Paraná, o **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE 22ª REGIONAL DE SAÚDE DE IVAIPORÃ**, Estado do Paraná, Pessoa Jurídica de Direito Público, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 02.586.019/0001-97 com sede na Rua Diva Proença, 500, centro, Município de Ivaiporã/PR, neste ato representado por seu Presidente Fábio Hidek Miura, brasileiro, solteiro, portador a cédula de identidade R.G. nº 3.503.746-2 e inscrito no CPF sob o n.º 035.147.859-02, residente e domiciliado na Av. Curitiba, 172, São João do Ivaí/PR, no uso das atribuições que lhe são conferidas:

**CONSIDERANDO**, todas as normas aplicáveis aos contratos administrativos, inclusive a possibilidade de rescisão nos termos do art. 78 e 79 parágrafo único da Lei Federal n.º 8.666/93, neste caso com respaldo ao contraditório exigido pela própria lei e que se configura pelo protocolo de novo credenciamento dos profissionais,

DECIDE, rescindir unilateralmente o Contrato Administrativo n.º 24/2014 assinado em 10 JUNHO 2014 referente ao Processo Licitatório na modalidade Inexigibilidade de Licitação sob n.º 12/2014, firmado com a empresa **EVIDENCIA CLINICA LTDA** que tinha por objeto contratação de empresa médica especializada em consultas e exames diversos a prestação do serviço de:

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	CONSULTA CIRURGIA GERAL	UNID	384,00	50,000	19.200,00
				TOTAL:	19.200,00

Perfaz-se a presente rescisão contratual, com os fundamentos administrativos expostos e com fulcro nos art. 78 inc. I c/c art. 79 inc. I da Lei Federal n.º 8.666/93, ficando o contrato **RESCINDIDO**, a partir da



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

data de assinatura e publicação, não operando qualquer questionamento ou sanção por inadimplemento ou outras causas de não cumprimento de contrato.

Para a firmeza e validade do que ficou acima estabelecido, lavrou-se o presente termo que vai assinado pelo Presidente.

**FÁBIO HIDEK MIURA**  
Presidente

**EXTRATO DO CONTRATO Nº 23/2015**

**MODALIDADE: Inexigibilidade Nº 19/2015**

**CONTRATANTE:** CIS - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE

**CONTRATADA:** C M MAXILO- FACIAL LTDA

**OBJETO:** CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA EM EM PROTESES DENTARIAS

**VALOR TOTAL:** R\$ 520.000,00 (quinhentos e vinte mil reais)

**DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:**

01.001.10.122.0001.2.001.3.3.90.39.00.00. - 1001 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

**VIGÊNCIA DO CONTRATO:** 31 de dezembro de 2015.

**DATA DA ASSINATURA:** 10 de março de 2015.



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

Ivaiporã, 10 de março de 2015.

\_\_\_\_\_  
FÁBIO HIDEK MIURA  
PRESIDENTE DO CIS

\_\_\_\_\_  
CRISTIANO MARTIOLI  
REPRESENTANTE LEGAL

**EXTRATO DO CONTRATO Nº 20/2015**

**MODALIDADE: Dispensa Nº 3/2015**

**CONTRATANTE:** CIS - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE

**CONTRATADA:** COMERCIAL IVAIPORA LTDA.

**OBJETO:** AQUISIÇÃO DE MATERIAL DESTINADOS AO USO DA CAPS PARA MANUTENÇÃO DO PREDIO

**VALOR TOTAL:** R\$ 1.394,40 (um mil, trezentos e noventa e quatro reais e quarenta centavos)

**DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:**

02.001.10.301.0001.2.100.3.3.90.30.00.00. - 1496 - MATERIAL DE CONSUMO

**VIGÊNCIA DO CONTRATO:** 31 de dezembro de 2015.



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

**DATA DA ASSINATURA:** 09 de março de 2015.

Ivaiporã, 09 de março de 2015.

\_\_\_\_\_  
FÁBIO HIDEK MIURA  
PRESIDENTE DO CIS

\_\_\_\_\_  
LUIZ CARLOS GIL  
REPRESENTANTE LEGAL

**EXTRATO DO CONTRATO Nº 22/2015**

**MODALIDADE: Dispensa Nº 4/2015**

**CONTRATANTE:** CIS - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE

**CONTRATADA:** ROSIMEIRE SOARES PEREIRA

**OBJETO:** CONTRATAÇÃO DE EMPRESA DE EMPRESA ESPECIALIZADA EM CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS GERAIS

**VALOR TOTAL:** R\$ 10.200,00 (dez mil e duzentos reais)



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

### DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

02.001.10.301.0001.2.100.3.3.90.39.00.00. - 1496 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

**VIGÊNCIA DO CONTRATO:** 10 de março de 2016.

**DATA DA ASSINATURA:** 10 de março de 2015.

Ivaiporã, 10 de março de 2015.

\_\_\_\_\_  
FÁBIO HIDEK MIURA  
PRESIDENTE DO CIS

\_\_\_\_\_  
ROSIMEIRE SOARES PEREIRA  
REPRESENTANTE LEGAL

**EXTRATO DO CONTRATO Nº 24/2015**

**MODALIDADE: Inexigibilidade Nº 20/2015**

**CONTRATANTE:** CIS - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE

**CONTRATADA:** ALVARES & JACOME LTDA



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

**OBJETO:** CONTRATAÇÃO DE EMPRESA MÉDICA ESPECIALIZADA EM EXAMES DIVERSOS

**VALOR TOTAL:** R\$ 4.583.600,00 (quatro milhões, quinhentos e oitenta e três mil e seiscentos reais)

### DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

01.001.10.122.0001.2.001.3.3.90.39.00.00. - 1001 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

02.001.10.122.0001.2.005.3.3.90.36.00.00. - 1496 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA

02.001.10.301.0001.1.017.3.3.90.39.00.00. - 31316 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

02.003.10.301.0001.2.010.3.3.90.39.00.00. - 1000 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

**VIGÊNCIA DO CONTRATO:** 31 de dezembro de 2015.

**DATA DA ASSINATURA:** 13 de março de 2015.

Ivaiporã, 13 de março de 2015.

\_\_\_\_\_  
FÁBIO HIDEK MIURA  
PRESIDENTE DO CIS

\_\_\_\_\_  
ANDREIA ALVARES JACOME  
REPRESENTANTE LEGAL



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

**EXTRATO DO CONTRATO Nº 21/2015**

**MODALIDADE: Inexigibilidade Nº 18/2015**

**CONTRATANTE:** CIS - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE

**CONTRATADA:** INSTITUTO DE SAÚDE BOM JESUS

**OBJETO:** CONTRATAÇÃO DE EMPRESA MÉDICA ESPECIALIZADA EM CONSULTAS EXAMES DIVERSOS

**VALOR TOTAL:** R\$ 25.656.000,00 (vinte e cinco milhões, seiscentos e cinquenta e seis mil reais)

**DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:**

01.001.10.122.0001.2.001.3.3.90.39.00.00. - 1001 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

02.001.10.122.0001.2.005.3.3.90.39.00.00. - 1496 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

02.001.10.301.0001.1.017.3.3.90.39.00.00. - 31316 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

02.003.10.301.0001.2.010.3.3.90.39.00.00. - 1000 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

**VIGÊNCIA DO CONTRATO:** 31 de dezembro de 2015.

**DATA DA ASSINATURA:** 10 de março de 2015.

Ivaiporã, 10 de março de 2015.



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

FÁBIO HIDEK MIURA  
PRESIDENTE DO CIS

SEIZI KAWANO  
REPRESENTANTE LEGAL

### DIVISÃO DE LICITAÇÃO

#### TERMO DE HOMOLOGAÇÃO PREGÃO PRESENCIAL Nº 1/2015

O Senhor FÁBIO HIDEK MIURA, Presidente do CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde de Ivaiporã, Estado do Paraná, no uso de suas atribuições legais que lhe são conferidas pela Legislação em vigor, especialmente a Lei nº 8666/93 e Lei nº 10.520/2002, com as respectivas alterações e considerando a Adjudicação exarada pelo Pregoeiro, bem como recomendação para Homologação expedida pela Assessoria Jurídica.

#### RESOLVE:

Cumpridas as formalidades legais, HOMOLOGAR o presente Processo de Licitação, Modalidade **PREGÃO PRESENCIAL Nº 1/2015**, tendo como objeto a **AQUISIÇÃO DE ÓRTESES E PRÓTESES A SEREM DESTINADOS A PACIENTES ORIUNDOS DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS..** Empreitada por **MENOR PREÇO/POR ITEM**, conforme quadro abaixo:

**FORNECEDOR: ANDRÉ LUIZ BERTOLASCE & CIA LTDA-ME**  
**CNPJ/CPF: 04.611.754/0001-39**

#### LOTE 1

Valor Total do Lote: 338.541,90 (trezentos e trinta e oito mil, quinhentos e quarenta e um reais e noventa centavos)

Item	Descrição	Marca	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	ANDADOR FIXO ARTICULADO EM ALUMINIO COM QUATRO PONTEIRAS		UNID	90,00	84,0000	7.560,00
2	Bengala articulada (deficiência visual)		UNID	3,00	66,0000	198,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

3	BENGALA CANADENSE REGULAVEL EM ALTURA(PAR)		UNID	30,00	67,0000	2.010,00
4	CADEIRA DE RODAS ADULTO INFANTIL(TIPO PADRAO)		UNID	250,00	330,0000	82.500,00
5	CADEIRA DE RODAS PARA BANHO COM ASSENTO SANITARIO		UNID	150,00	135,0000	20.250,00
6	CADEIRA DE RODAS PARA TETRAPLEGICO TIPO PADRAO		UNID	80,00	950,0000	76.000,00
7	CALÇADOS ANATOMICOS COM PALMLHAS PARA PÉ NEUROPATICOS		UNID	15,00	270,0000	4.050,00
8	CALÇADOS SOB MEDIDA PARA COMPENSAÇÃO DE ENCURTAMENTO ATE Nº33(PAR)		UNID	15,00	170,0000	2.550,00
9	CALÇADOS ORTOPEDICOS CONFECCIONADOS SOB MEDIDA ATÉ O Nº45 (PAR)		UNID	15,00	187,0000	2.805,00
10	CALÇADOS SOB MEDIDA PARA COMPENSAÇÃO DE DISCREPANCIA DE MEMBROS INFERIORES A PARTIE DO Nº34		UNID	15,00	188,0000	2.820,00
11	CARRINHO DOBRAVEL PARA TRANSPORTE DE CRIANÇA COM DEFICIENCIA		UNID	5,00	660,0000	3.300,00
12	MULETA AXILAR TUBULAR EM ALUMINIO REGULAVEL NA ALTURA (PAR)		UNID	30,00	66,0000	1.980,00
13	ORTESE CINTA LSO TIPO PUTTI (BAIXA)		UNID	80,00	80,0000	6.400,00
14	ORTESE CINTA TLSSO TIPO PUTTI (ALTO)		UNID	15,00	80,0000	1.200,00
15	ORTESE COLETE CTLSSO TIPO MILWAUKEE		UNID	15,00	620,0000	9.300,00
16	ORTESE GENUPODALICO EM POLIPROPILENO TIPO SARMIENTO		UNID	3,00	198,0000	594,00
17	ORTESE HCO TIPO PHILADELPHIA PARA IMOBILIZAÇÃO DA REGIÃO CERVICAL		UNID	5,00	75,0000	375,00
20	Órtese TLSSO tipo colete em metal tipo Jewett		UNID	3,00	250,0000	750,00
21	Palmilha para sustentação dos arcos plantares acima do número 34 (par)		UNID	15,00	60,0000	900,00
22	PALMILHAS CONFECCIONADAS SOB MEDIDA (PAR)		UNID	30,00	60,0000	1.800,00
23	PALMILHAS PARA PÉS NEUROPATICOS, CONFECCIONADAS SOB MEDIDA PARA ADULTOS OU CRIANÇAS (PAR)		UNID	10,00	70,0000	700,00
24	Palmilhas para sustentação dos arcos plantares até o número 33 (par)		UNID	10,00	59,9900	599,90
25	Prótese canadense endoesquelética em alumínio ou aço (desarticulação do quadril)		UNID	1,00	2.500,0000	2.500,00
26	PROTESE ENDOESQUELETICA		UNID	10,00	1.340,0000	13.400,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

	TRANSTIBIAL TIPO PTB-PTS-KBM EM ALUMINIO OU AÇO					
27	PROTESE EXOESQUELETICA TRANSFEMURAL		UNID	25,00	2.300,0000	57.500,00
28	PROTESE EXOESQUELETICA TRANSTIBIAL COM COXAL OU MANGUITO DE COXA		UNID	3,00	1.400,0000	4.200,00
29	PROTESE EXOESQUELETICA TRANSTIBIAL TIPO PTB-PTS-KBM		UNID	20,00	1.280,0000	25.600,00
30	PROTESE EXOESQUELETICA TRANSUMERAL		UNID	1,00	3.200,0000	3.200,00
31	PROTESE MAMARIA		UNID	20,00	130,0000	2.600,00
32	Faixa Elástica Compressiva		UNID	20,00	45,0000	900,00

**Valor Total Homologado - R\$ 338.541,90**

Estando o referido processo licitatório em conformidade com a Lei Federal nº 10.520, de 17/07/2002, publicada no DOU. de 18/07/2002, Lei nº 8.666/93, de 21 de junho e 1993, com alterações introduzidas pela Lei nº 8.883, de 08 de junho de 1994,

Dê-se a publicidade ao ato, na forma da Lei.

Ivaiporã, 12 de março de 2015.

\_\_\_\_\_  
FÁBIO HIDEK MIURA  
Presidente do CIS

**DIVISÃO DE LICITAÇÃO**

**TERMO DE HOMOLOGAÇÃO  
PREGÃO PRESENCIAL Nº 1/2015**

O Senhor FÁBIO HIDEK MIURA, Presidente do CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde de Ivaiporã, Estado do Paraná, no uso de suas atribuições legais que lhe são conferidas pela Legislação em vigor, especialmente a Lei nº 8666/93 e Lei nº 10.520/2002, com as respectivas alterações e considerando a



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

Adjudicação exarada pelo Pregoeiro, bem como recomendação para Homologação expedida pela Assessoria Jurídica.

### RESOLVE:

Cumpridas as formalidades legais, HOMOLOGAR o presente Processo de Licitação, Modalidade **PREGÃO PRESENCIAL Nº 1/2015**, tendo como objeto a **AQUISIÇÃO DE ÓRTESES E PRÓTESES A SEREM DESTINADOS A PACIENTES ORIUNDOS DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS..** Empreitada por **MENOR PREÇO/POR ITEM**, conforme quadro abaixo:

**FORNECEDOR: Ortopedica Central Ind. e Com. Produtos Ortopedicos e Hospitalares LTDA**  
**CNPJ/CPF: 13.007.849/0001-39**

### LOTE 1

Valor Total do Lote: 12.540,00 (doze mil, quinhentos e quarenta reais)

Item	Descrição	Marca	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
18	ORTESE SUROPODALICA ARTICULADA EM POLIPROPILENO (INFANTIL)		UNID	30,00	154,0000	4.620,00
19	ORTESE SUROPODALICA SEM ARTICULAÇÃO EM POLIPROPILENO (INFANTIL)		UNID	60,00	132,0000	7.920,00

**Valor Total Homologado - R\$ 12.540,00**

Estando o referido processo licitatório em conformidade com a Lei Federal nº 10.520, de 17/07/2002, publicada no DOU. de 18/07/2002, Lei nº 8.666/93, de 21 de junho e 1993, com alterações introduzidas pela Lei nº 8.883, de 08 de junho de 1994,

Dê-se a publicidade ao ato, na forma da Lei.

Ivaiporã, 12 de março de 2015

\_\_\_\_\_  
FÁBIO HIDEK MIURA  
Presidente do CIS

**DIVISÃO DE LICITAÇÃO**



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

### TERMO DE HOMOLOGAÇÃO PREGÃO PRESENCIAL Nº 1/2015

O Senhor FÁBIO HIDEK MIURA, Presidente do CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde de Ivaiporã, Estado do Paraná, no uso de suas atribuições legais que lhe são conferidas pela Legislação em vigor, especialmente a Lei nº 8666/93 e Lei nº 10.520/2002, com as respectivas alterações e considerando a Adjudicação exarada pelo Pregoeiro, bem como recomendação para Homologação expedida pela Assessoria Jurídica.

#### RESOLVE:

Cumpridas as formalidades legais, HOMOLOGAR o presente Processo de Licitação, Modalidade **PREGÃO PRESENCIAL Nº 1/2015**, tendo como objeto a **AQUISIÇÃO DE ÓRTESES E PRÓTESES A SEREM DESTINADOS A PACIENTES ORIUNDOS DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS..** Empreitada por **MENOR PREÇO/POR ITEM**, conforme quadro abaixo:

**FORNECEDOR: INDUSTRIA E COMERCIO DE APARELHOS ORTOPEDICOS LTDA**  
**CNPJ/CPF: 75.617.498/0001-35**

#### LOTE 1

Valor Total do Lote: 15.300,00 (quinze mil e trezentos reais)

Item	Descrição	Marca	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
33	Cadeira de Rodas Motorizada		UNID	3,00	5.100,0000	15.300,00

**Valor Total Homologado - R\$ 15.300,00**

Estando o referido processo licitatório em conformidade com a Lei Federal nº 10.520, de 17/07/2002, publicada no DOU. de 18/07/2002, Lei nº 8.666/93, de 21 de junho e 1993, com alterações introduzidas pela Lei nº 8.883, de 08 de junho de 1994,

Dê-se a publicidade ao ato, na forma da Lei.

Ivaiporã, 12 de março de 2015.

\_\_\_\_\_  
FÁBIO HIDEK MIURA  
Presidente do CIS



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

### TERMO DE RESCISÃO UNILATERAL DE CONTRATO ADMINISTRATIVO

Aos 2 (dois) dias de março do ano de 2015 (dois mil e quinze), nesta cidade e comarca de Ivaiporã – Estado do Paraná, o **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE 22ª REGIONAL DE SAÚDE DE IVAIPORÃ**, Estado do Paraná, Pessoa Jurídica de Direito Público, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 02.586.019/0001-97 com sede na Rua Diva Proença, 500, centro, Município de Ivaiporã/PR, neste ato representado por seu Presidente Fábio Hidek Miura, brasileiro, solteiro, portador a cédula de identidade R.G. nº 3.503.746-2 e inscrito no CPF sob o n.º 035.147.859-02, residente e domiciliado na Av. Curitiba, 172, São João do Ivaí/PR, no uso das atribuições que lhe são conferidas:

**CONSIDERANDO**, todas as normas aplicáveis aos contratos administrativos, inclusive a possibilidade de rescisão nos termos do art. 78 e 79 parágrafo único da Lei Federal n.º 8.666/93, nes te caso com respaldo ao contraditório exigido pela própria lei e que se configura pelo protocolo de novo credenciamento dos profissionais,

DECIDE, rescindir unilateralmente o Contrato Administrativo n.º 44/2014 assinado em 24 JUNHO 2014 referente ao Processo Licitatório na modalidade Inexigibilidade de Licitação sob n.º 25/2014, firmado com a empresa **IDATI- INSTITUTO DE DIAG.AVAN.E TERAP.IVAIPORÃ LTDA-ME** que tinha por objeto contratação de empresa médica especializada em consultas e exames diversos a prestação do serviço de:

Item	Descrição	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	CONSULTA EM CARDIOLOGIA	2.160,00	50,000	108.000,00
2	ECOCARDIOGRAFIA BI-DIMENSIONAL COM OU SEM DOPPLER	1.344,00	160,000	215.040,00
3	ELETROCARDIOGRAMA C/ LAUDO REALZIADO PELO MÉDICO	2.304,00	50,000	115.200,00
4	RISCO CIRURGICO ( ELETROCARDIOGRAMA COM LAUDO + RISCO CIRURGICO)	2.304,00	100,000	230.400,00
5	TESTE DE ESFORÇO/ ERGOMETRICO ( INCLUI ELETROCARDIOGRAMA )	1.920,00	180,000	345.600,00
6	HOLTER	240,00	100,000	24.000,00
7	MAPA ( PRESSÃO ARTERIAL 24 H)	240,00	180,000	43.200,00
			<b>TOTAL:</b>	<b>1.081.440,00</b>



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

Perfaz-se a presente rescisão contratual, com os fundamentos administrativos expostos e com fulcro nos art. 78 inc. I c/c art. 79 inc. I da Lei Federal n.º 8.666/93, ficando o contrato **RESCINDIDO**, a partir da data de assinatura e publicação, não operando qualquer questionamento ou sanção por inadimplemento ou outras causas de não cumprimento de contrato.

Para a firmeza e validade do que ficou acima estabelecido, lavrou-se o presente termo que vai assinado pelo Presidente.

**FÁBIO HIDEK MIURA**  
Presidente

### TERMO DE RESCISÃO UNILATERAL DE CONTRATO ADMINISTRATIVO

Aos 2 (dois) dias de março do ano de 2015 (dois mil e quinze), nesta cidade e comarca de Ivaiporã – Estado do Paraná, o **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE 22ª REGIONAL DE SAÚDE DE IVAIPORÃ**, Estado do Paraná, Pessoa Jurídica de Direito Público, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 02.586.019/0001-97 com sede na Rua Diva Proença, 500, centro, Município de Ivaiporã/PR, neste ato representado por seu Presidente Fábio Hidek Miura, brasileiro, solteiro, portador a cédula de identidade R.G. nº 3.503.746-2 e inscrito no CPF sob o n.º 035.147.859-02, residente e domiciliado na Av. Curitiba, 172, São João do Ivaí/PR, no uso das atribuições que lhe são conferidas:

**CONSIDERANDO**, todas as normas aplicáveis aos contratos administrativos, inclusive a possibilidade de rescisão nos termos do art. 78 e 79 parágrafo único da Lei Federal n.º 8.666/93, nes te caso com respaldo ao contraditório exigido pela própria lei e que se configura pelo protocolo de novo credenciamento dos profissionais,

DECIDE, rescindir unilateralmente o Contrato Administrativo n.º 44/2014 assinado em 24 JUNHO 2014 referente ao Processo Licitatório na modalidade Inexigibilidade de Licitação sob n.º 25/2014, firmado com a empresa **IDATI- INSTITUTO DE DIAG.AVAN.E TERAP.IVAIPORÃ LTDA-ME** que tinha por objeto contratação de empresa médica especializada em consultas e exames diversos a prestação do serviço de:

Item	Descrição	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	CONSULTA EM CARDIOLOGIA	2.160,00	50,000	108.000,00
2	ECOCARDIOGRAFIA BI-DIMENSIONAL COM OU SEM DOPPLER	1.344,00	160,000	215.040,00
3	ELETROCARDIOGRAMA C/ LAUDO REALZIADO PELO MÉDICO	2.304,00	50,000	115.200,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

4	RISCO CIRURGICO ( ELETROCARDIOGRAMA COM LAUDO + RISCO CIRURGICO)	2.304,00	100,000	230.400,00
5	TESTE DE ESFORÇO/ ERGOMETRICO ( INCLUI ELETROCARDIOGRAMA )	1.920,00	180,000	345.600,00
6	HOLTER	240,00	100,000	24.000,00
7	MAPA ( PRESSÃO ARTERIAL 24 H)	240,00	180,000	43.200,00
			TOTAL:	1.081.440,00

Perfaz-se a presente rescisão contratual, com os fundamentos administrativos expostos e com fulcro nos art. 78 inc. I c/c art. 79 inc. I da Lei Federal n.º 8.666/93, ficando o contrato **RESCINDIDO**, a partir da data de assinatura e publicação, não operando qualquer questionamento ou sanção por inadimplemento ou outras causas de não cumprimento de contrato.

Para a firmeza e validade do que ficou acima estabelecido, lavrou-se o presente termo que vai assinado pelo Presidente.

**FÁBIO HIDEK MIURA**  
Presidente

### TERMO DE RESCISÃO UNILATERAL DE CONTRATO ADMINISTRATIVO

Aos 2 (dois) dias de março do ano de 2015 (dois mil e quinze), nesta cidade e comarca de Ivaiporã – Estado do Paraná, o **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE 22ª REGIONAL DE SAÚDE DE IVAIPORÃ**, Estado do Paraná, Pessoa Jurídica de Direito Público, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 02.586.019/0001-97 com sede na Rua Diva Proença, 500, centro, Município de Ivaiporã/PR, neste ato representado por seu Presidente Fábio Hidek Miura, brasileiro, solteiro, portador a cédula de identidade R.G. nº 3.503.746-2 e inscrito no CPF sob o n.º 035.147.859-02, residente e domiciliado na Av. Curitiba, 172, São João do Ivaí/PR, no uso das atribuições que lhe são conferidas:

**CONSIDERANDO**, todas as normas aplicáveis aos contratos administrativos, inclusive a possibilidade de rescisão nos termos do art. 78 e 79 parágrafo único da Lei Federal n.º 8.666/93, neste caso com respaldo ao contraditório exigido pela própria lei e que se configura pelo protocolo de novo credenciamento dos profissionais,



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

DECIDE, rescindir unilateralmente o Contrato Administrativo n.º 27/2014 assinado em 13 de junho de 2014 referente ao Processo Licitatório na modalidade Inexigibilidade de Licitação sob n.º 15/2014, firmado com a empresa a **EMPRESA ASSOC. NORTE PARAN. DE COMBATE AO CANCER** que tinha por objeto contratação de empresa médica especializada em consultas e exames diversos a prestação do serviço de:

Item	Descrição	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGISTIA	1.008,00	50,000	50.400,00
2	CONSULTAS REUMATOLOGIA	288,00	50,000	14.400,00
3	CONSULTAS EM PNEUMOLOGIA	120,00	50,000	6.000,00
4	CONSULTA EM CIRURGIA TORAX	120,00	50,000	6.000,00
6	PUNÇÃO DE MANA COM AGULHA GROSSA/CORE BIOPSY ORIENTADA POR ULTRASSONOGRRAFIA + ANATOMOPATOLOGICO( UTERO E MAMA)	72,00	400,000	28.800,00
7	BIOPSIA DE PROPOSTA GUIADA POR ULTRASSOM( ANATOMOPATOLOGICO)	72,00	500,000	36.000,00
8	EXCERESE DE NODULO DE MAMA COM ANATOMO	72,00	500,000	36.000,00
9	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE AGULHA GROSSA EM TIREOIDE( COM CITOLOGIA)	72,00	500,000	36.000,00
10	PUNÇÃO DE AGULHA FINA (PAAF) TIREOIDE (COM CITOLOGIA )	72,00	500,000	36.000,00
11	PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA( MAMA E OUTROS)	72,00	500,000	36.000,00
12	UROGRAFIA VENOSA	120,00	120,000	14.400,00
13	ECOCARDIOGRAFIA BI-DIMENSIONAL COM OU SEM DOPPLER	240,00	160,000	38.400,00
14	ELETROCARDIOGRAMA C/ LAUDO REALIZADO PELO MÉDICO	1.200,00	50,000	60.000,00
15	TESTE DE ESFORÇO/ ERGOMETRICO ( INCLUI ELETROCARDIOGRAMA)	1.200,00	180,000	216.000,00
16	HOLTER	96,00	100,000	9.600,00
17	MAPA ( PRESSÃO ARTERIAL 24 H)	96,00	180,000	17.280,00
18	RETOSIGMOIDOSCOPIA	240,00	120,000	28.800,00
19	COLONOSCOPIA	240,00	300,000	72.000,00
20	AMIGDALECTOMIA	96,00	1.200,000	115.200,00
21	MEDICO CIRURGIA	96,00	500,000	48.000,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015

Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015

22	HOSPITAL	96,00	500,000	48.000,00
23	ANESTESISTA	96,00	200,000	19.200,00
24	AMIGDALECTOMIA + ADENOIDECTOMIA	96,00	1.400,000	134.400,00
25	MEDICO CIRURGIA	96,00	700,000	67.200,00
26	HOSPITAL	96,00	500,000	48.000,00
27	ANESTESISTA	96,00	200,000	19.200,00
28	ADENOIDECTOMIA	96,00	1.200,000	115.200,00
29	MEDICO CIRURGIA	96,00	500,000	48.000,00
30	HOSPITAL	96,00	500,000	48.000,00
31	ANESTESISTA	96,00	500,000	48.000,00
32	SEPTOPLASTIA	72,00	1.200,000	86.400,00
33	MEDICO CIRURGIA	72,00	500,000	36.000,00
34	HOSPITAL	72,00	500,000	36.000,00
35	ANESTESISTA	72,00	200,000	14.400,00
36	SEPTOPLASTIA + TURBINECTOMIA	72,00	1.400,000	100.800,00
37	MEDICO CIRURGIA	72,00	700,000	50.400,00
38	HOSPITAL	72,00	500,000	36.000,00
39	ANESTESISTA	72,00	200,000	14.400,00
40	RINOSEPTOPLASTIA FECHADA	72,00	1.500,000	108.000,00
41	MEDICO CIRURGIA	72,00	800,000	57.600,00
42	HOSPITAL	72,00	500,000	36.000,00
43	ANESTESISTA	72,00	200,000	14.400,00
44	RINOSEPTOPLASTIA ABERTA	72,00	1.700,000	122.400,00
45	MEDICO CIRURGIA	72,00	1.000,000	72.000,00
46	HOSPITAL	72,00	500,000	36.000,00
47	ANESTESISTA	72,00	200,000	14.400,00
48	TIMPANOPLASTIA	48,00	1.500,000	72.000,00
49	MEDICO CIRURGIA	48,00	500,000	24.000,00
50	HOSPITAL	48,00	500,000	24.000,00
51	ANESTESISTA	48,00	200,000	9.600,00
52	TURBINECTOMIA	72,00	1.200,000	86.400,00
53	MEDICO CIRURGIA	72,00	500,000	36.000,00
54	HOSPITAL	72,00	500,000	36.000,00
55	ANESTESISTA	72,00	500,000	36.000,00
56	OTOPLASTIA	72,00	1.500,000	108.000,00
57	MEDICO CIRURGIA	72,00	800,000	57.600,00
58	HOSPITAL	72,00	500,000	36.000,00
59	ANESTESISTA	72,00	200,000	14.400,00
60	VIDEONASOFIBROSCOPIO	240,00	50,000	12.000,00
61	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS ( PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	1.200,00	40,000	48.000,00
62	RADIOGRAFIA DE ARCADAS ZIGOMATICO- MALAR ( AP+ OBLIQUAS)	1.200,00	40,000	48.000,00
63	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO- MANDIBULAR BILATERAL	1.200,00	40,000	48.000,00
64	RADIOGRAFIA DE CAVUM ( LATERAL + HIRTZ)	1.200,00	40,000	48.000,00
65	RADIOGRAFIA DE CRANIO	1.200,00	40,000	48.000,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

	( PA+ LATERAL+ OBLIQUA/BRETTON +HIRTZ)			
66	RADIOGRAFIA DE CRANIO ( PA+ LATERAL)	1.200,00	40,000	48.000,00
67	RADIOGRAFIA DE LARINGE	1.200,00	40,000	48.000,00
68	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE/ ROCHEDOS ( BILATERAL)	1.200,00	40,000	48.000,00
69	RADIOGRAFIA DE MAXILAR ( PA + OBLIQUA)	1.200,00	40,000	48.000,00
70	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE ( MN + LATERAL + HIRTZ)	1.200,00	30,000	36.000,00
71	RADIOGRAFIA DA REGIAO ORBITARIA (LOCALIZAÇÃO DE CORPO ESTRANHO)	1.200,00	40,000	48.000,00
72	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE ( FN+MN+LATERAL)	1.200,00	30,000	36.000,00
73	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE ( FN+MN+LATERAL+HIRTZ)	1.200,00	30,000	36.000,00
74	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA ( PA+ LATERAL+ BRETTON)	1.200,00	40,000	48.000,00
75	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP+Lateral+Obliquas)	1.200,00	30,000	36.000,00
76	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL ( AP + LATERAL +TO/ FLEXAO)	1.200,00	30,000	36.000,00
77	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL/ DINAMICA	1.200,00	30,000	36.000,00
78	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	1.200,00	30,000	36.000,00
79	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/OBLIQUAS E SEL)	1.200,00	40,000	48.000,00
80	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL/DINAMICA	1.200,00	40,000	48.000,00
81	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA ( AP + LATERAL)	1.200,00	30,000	36.000,00
82	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	1.200,00	30,000	36.000,00
83	RADIOGRAFIA DE CORAÇÃO E VASOS DA BASE (PA+LATERAL)	1.200,00	40,000	48.000,00
84	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	1.200,00	40,000	48.000,00
85	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	1.200,00	40,000	48.000,00
86	RADIOGRAFIA DE	1.200,00	40,000	48.000,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

	MEDIASTINO (PA E PERFIL)			
87	RADIOGRAFIA DE TORAX ( APICO-LORDOTICA)	1.200,00	40,000	48.000,00
88	RADIOGRAFIA DE TORAX ( PA+ INSPIRAÇÃO+ EXPIRAÇÃO +LATERAL)	1.200,00	40,000	48.000,00
89	RADIOGRAFIA DE TORAX ( PA+ LATERAL+OBLIQUA)	1.200,00	40,000	48.000,00
90	RADIOGRAFIA DE TORAX ( PA E PERFIL)	1.200,00	40,000	48.000,00
91	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	1.200,00	30,000	36.000,00
92	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO	1.200,00	40,000	48.000,00
93	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR	1.200,00	30,000	36.000,00
94	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL	1.200,00	30,000	36.000,00
95	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO - CLAVICULAR	1.200,00	30,000	36.000,00
96	RADIOGRAFIA DE BRAÇO	1.200,00	30,000	36.000,00
97	RADIOGRAFIA DE CLAVICULAR	1.200,00	30,000	36.000,00
99	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	1.200,00	30,000	36.000,00
100	RADIOGRAFIA DE MÃO	1.200,00	30,000	36.000,00
101	RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO ( P/ DETERMINAÇÃO DE IDADE OSSEA)	1.200,00	30,000	36.000,00
102	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO ( TRES POSIÇÃO)	1.200,00	30,000	36.000,00
103	RADIOGRAFIA DE PUNHO ( AP+ LATERAL+ OBLIQUA)	1.200,00	30,000	36.000,00
104	COLANGIOGRAFIA PER-OPERATORIA	1.200,00	40,000	48.000,00
105	COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIO	1.200,00	40,000	48.000,00
106	FISTULOGRAFIA	1.200,00	40,000	48.000,00
107	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN ( AP+ LATERAL/LOCALIZADA)	1.200,00	30,000	36.000,00
108	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO ( MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	1.200,00	70,000	84.000,00
109	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	1.200,00	30,000	36.000,00
110	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO	1.200,00	40,000	48.000,00
111	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL	1.200,00	30,000	36.000,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

112	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO SACRO-LIACA	1.200,00	30,000	36.000,00
113	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TIBIO-TARSICA	1.200,00	30,000	36.000,00
114	RADIOGRAFIA DE BACIA	1.200,00	30,000	36.000,00
115	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	1.200,00	30,000	36.000,00
116	RADIOGRAFIA DE COXA	1.200,00	30,000	36.000,00
117	RADIOGRAFIA DE JOELHO ( AP + LATERAL)	1.200,00	30,000	36.000,00
118	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA ( AP+LATERAL+ AXIAL)	1.200,00	40,000	48.000,00
119	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA ( AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	1.200,00	40,000	48.000,00
120	RADIOGRAFIA DE PÉ / DEDOS DO PÉ	1.200,00	30,000	36.000,00
121	RADIOGRAFIA DE PERNA	1.200,00	30,000	36.000,00
122	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	1.200,00	40,000	48.000,00
123	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	600,00	180,000	108.000,00
124	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	600,00	180,000	108.000,00
125	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	600,00	180,000	108.000,00
126	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE/ SEIOS DA FACE/ ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES	600,00	180,000	108.000,00
127	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO ( PARTES MOLES, LARINGE, TIROIDE OU PARA TIROIDE) C/ CONTRASTE	600,00	250,000	150.000,00
128	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCICA OU ORBITAS	600,00	180,000	108.000,00
129	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO C/ CONTRASTE	600,00	180,000	108.000,00
130	TOMOGRAFIA	600,00	200,000	120.000,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

	COMPUTADORIZADA, MASTÓDE OU ORELHAS			
131	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	600,00	200,000	120.000,00
132	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES	600,00	200,000	120.000,00
133	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX COM OU S/ CONTRASTE	600,00	250,000	150.000,00
134	TOMOGRAFIA DE HEMITORAX/ MEDIASTINO ( POR PLANO)	600,00	200,000	120.000,00
135	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN C/ CONTRASTE ( SUPERIOR OU INFERIOR)	600,00	315,000	189.000,00
136	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO DE MEMBRO INFERIOR	600,00	240,000	144.000,00
137	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE/BACIA	600,00	250,000	150.000,00
138	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	600,00	500,000	300.000,00
139	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO- MANDIBULAR (BILATERAL)	600,00	500,000	300.000,00
140	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL	600,00	500,000	300.000,00
141	TOMOGRÁFICA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO -SACRA C/ OUS/ CONTRASTE	600,00	500,000	300.000,00
142	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	600,00	500,000	300.000,00
143	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	600,00	500,000	300.000,00
144	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	600,00	500,000	300.000,00
145	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORÇÃO/AORTA C/ CINE	600,00	500,000	300.000,00
146	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	600,00	500,000	300.000,00
147	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	600,00	500,000	300.000,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

148	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	600,00	500,000	300.000,00
149	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA/ PELVE	600,00	500,000	300.000,00
150	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBROS INFERIOR ( UNILATERAL)	600,00	500,000	300.000,00
151	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES	600,00	500,000	300.000,00
152	ESPIROMETRIA	600,00	90,000	54.000,00
153	COLONOSCOPIA	600,00	300,000	180.000,00
154	BIOPSIA ( ANATOMO PATOLOGICO)	600,00	30,000	18.000,00
155	TESTE DE UREASE	600,00	10,000	6.000,00
156	RETOSIGMOIDOSCOPIA	600,00	120,000	72.000,00
			<b>TOTAL:</b>	<b>11.920.680,00</b>

Perfaz-se a presente rescisão contratual, com os fundamentos administrativos expostos e com fulcro nos art. 78 inc. I c/c art. 79 inc. I da Lei Federal n.º 8.666/93, ficando o contrato **RESCINDIDO**, a partir da data de assinatura e publicação, não operando qualquer questionamento ou sanção por inadimplemento ou outras causas de não cumprimento de contrato.

Para a firmeza e validade do que ficou acima estabelecido, lavrou-se o presente termo que vai assinado pelo Presidente.

**FÁBIO HIDEK MIURA**  
Presidente

### TERMO DE RESCISÃO UNILATERAL DE CONTRATO ADMINISTRATIVO

Aos 2 (dois) dias de março do ano de 2015 (dois mil e quinze), nesta cidade e comarca de Ivaiporã – Estado do Paraná, o **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE 22ª REGIONAL DE SAÚDE DE IVAIPORÃ**, Estado do Paraná, Pessoa Jurídica de Direito Público, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 02.586.019/0001-97 com sede na Rua Diva Proença, 500, centro, Município de Ivaiporã/PR, neste ato representado por seu Presidente Fábio Hidek Miura, brasileiro, solteiro, portador a cédula de identidade R.G. nº 3.503.746-2 e inscrito no CPF sob o n.º 035.147.859-02, residente e domiciliado na Av. Curitiba, 172, São João do Ivaí/PR, no uso das atribuições que lhe são conferidas:

**CONSIDERANDO**, todas as normas aplicáveis aos contratos administrativos, inclusive a possibilidade de rescisão nos termos do art. 78 e 79 parágrafo único da Lei Federal n.º 8.666/93, nes te caso com



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

respaldo ao contraditório exigido pela própria lei e que se configura pelo protocolo de novo credenciamento dos profissionais,

DECIDE, rescindir unilateralmente o Contrato Administrativo n.º 16/2014 assinado em 02 JUNHO 2014 referente ao Processo Licitatório na modalidade Inexigibilidade de Licitação sob n.º 6/2014, firmado com a empresa **LAB. MODELO DE ANALISES CLIN. S/C LTDA** que tinha por objeto contratação de empresa médica especializada em consultas e exames diversos a prestação do serviço de:

### LOTE: 1

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
2	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICA C/INDUÇÃO POR CORTISONA(5 DOSAGENS)	UNID	200,00	10,000	2.000,00
3	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA(4 DOSAGENS)	UNID	200,00	10,000	2.000,00
4	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA ( 5 DOSAGEM)	UNID	200,00	10,000	2.000,00
5	DOSAGEM DE ACIDO URICO	UNID	200,00	2,220	444,00
6	DOSAGEM DE AMILASE	UNID	200,00	4,040	808,00
7	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	UNID	200,00	3,860	772,00
8	DOSAGEM DE CALCIO	UNID	200,00	4,000	800,00
9	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	UNID	200,00	4,000	800,00
10	DOSAGEM DE CLORETO	UNID	200,00	2,210	442,00
11	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	UNID	200,00	3,860	772,00
12	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	UNID	200,00	3,860	772,00
13	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	UNID	200,00	2,900	580,00
14	DOSAGEM DE COLINESTERASE	UNID	200,00	4,040	808,00
15	DOSAGEM DE CREATININA	UNID	200,00	4,040	808,00
16	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE(CPK)	UNID	200,00	8,640	1.728,00
17	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	UNID	200,00	4,040	808,00
18	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	UNID	200,00	3,860	772,00
19	DOSAGEM DE FERRITINA	UNID	200,00	18,710	3.742,00
20	DOSAGEM DE FERRO SERICO	UNID	200,00	4,210	842,00
21	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	UNID	200,00	3,860	772,00
22	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	UNID	200,00	3,500	700,00
24	DOSAGEM DE FOSFORO	UNID	200,00	2,500	500,00
25	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE(GAMA GT)	UNID	200,00	3,210	642,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

26	DOSAGEM DE GLICOSE	UNID	200,00	2,210	442,00
27	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOLISADA	UNID	200,00	10,440	2.088,00
28	DOSAGEM DE LIPASE	UNID	200,00	8,210	1.642,00
29	DOSAGEM DE MAGNESIO	UNID	200,00	4,040	808,00
30	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	UNID	200,00	7,200	1.440,00
31	DOSAGEM DE POTASSIO	UNID	200,00	3,000	600,00
32	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	UNID	200,00	3,000	600,00
33	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	UNID	200,00	3,000	600,00
34	DOSAGEM DE SODIO	UNID	200,00	3,000	600,00
35	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO OXALACETICA(TGO)	UNID	200,00	3,000	600,00
36	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	UNID	200,00	3,000	600,00
37	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	UNID	200,00	4,210	842,00
38	DOSAGEM DE UREIA	UNID	200,00	6,350	1.270,00
39	ELETROFORESE DE PROTEINAS	UNID	200,00	10,960	2.192,00
40	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	UNID	200,00	35,840	7.168,00
41	CONTAGEM DE PLAQUETAS	UNID	200,00	5,200	1.040,00
42	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	UNID	200,00	8,890	1.778,00
43	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO-DUKE	UNID	200,00	11,560	2.312,00
44	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	UNID	200,00	7,320	1.464,00
45	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA(TTP ATIVADA)	UNID	200,00	3,000	600,00
46	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA(TAP)	UNID	200,00	3,000	600,00
47	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTAÇÃO(VHS)	UNID	200,00	3,000	600,00
48	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	UNID	200,00	3,000	600,00
49	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	UNID	200,00	19,500	3.900,00
50	ERITOGRAMA(ERITROCITOS, HEMOGLOBINA,HEMATOCRITO)	UNID	200,00	5,500	1.100,00
51	HEMATOCRITO	UNID	200,00	5,500	1.100,00
52	HEMOGRAMA COMPLETO	UNID	200,00	6,940	1.388,00
53	LEUCOGRAMA	UNID	200,00	4,400	880,00
54	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	UNID	200,00	18,870	3.774,00
55	PROVA DE RETRAÇÃO DO COAGULO	UNID	200,00	3,870	774,00
56	PROVA DE LACO	UNID	200,00	3,110	622,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

57	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	UNID	200,00	9,530	1.906,00
58	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	UNID	200,00	18,870	3.774,00
59	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	UNID	200,00	11,000	2.200,00
60	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO(PSA)	UNID	200,00	19,700	3.940,00
61	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A(IGA)	UNID	200,00	20,400	4.080,00
62	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E ( IGE)	UNID	200,00	20,400	4.080,00
63	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M(IGM)	UNID	200,00	10,170	2.034,00
64	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	UNID	200,00	10,170	2.034,00
65	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	UNID	200,00	18,870	3.774,00
66	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	UNID	200,00	10,170	2.034,00
67	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	UNID	200,00	11,000	2.200,00
68	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1+HIV2(ELISA)	UNID	200,00	11,000	2.200,00
69	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	UNID	200,00	20,590	4.118,00
70	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	UNID	200,00	20,590	4.118,00
71	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B(LA)	UNID	200,00	20,590	4.118,00
72	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA(SCL70)	UNID	200,00	20,400	4.080,00
73	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O(ASLO)	UNID	200,00	10,680	2.136,00
74	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	UNID	200,00	10,170	2.034,00
75	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	UNID	200,00	20,400	4.080,00
76	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B(ANTI-HBS)	UNID	200,00	18,870	3.774,00
77	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B(ANTI-HBE)	UNID	200,00	18,870	3.774,00
78	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C(ANTI-HCV)	UNID	200,00	12,770	2.554,00
79	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	UNID	200,00	18,870	3.774,00
80	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	UNID	200,00	18,870	3.774,00
81	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG	UNID	200,00	18,870	3.774,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

	ANTITRYPANOSOMA CRUZI				
82	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGRNO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B(ANTI-HBC-IGG)	UNID	200,00	14,680	2.936,00
83	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	UNID	200,00	20,400	4.080,00
84	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	UNID	200,00	20,400	4.080,00
85	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	UNID	200,00	21,940	4.388,00
86	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	UNID	200,00	21,940	4.388,00
87	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	UNID	200,00	19,800	3.960,00
88	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	UNID	200,00	24,510	4.902,00
89	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	UNID	200,00	18,110	3.622,00
90	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO(CEA)	UNID	200,00	19,940	3.988,00
91	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HSBAG)	UNID	200,00	11,000	2.200,00
92	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	UNID	200,00	22,110	4.422,00
93	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE(WAALER-ROSE)	UNID	200,00	7,810	1.562,00
94	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA	UNID	200,00	33,340	6.668,00
95	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	UNID	200,00	23,340	4.668,00
96	TESTE DE VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS	UNID	200,00	5,810	1.162,00
97	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTES	UNID	200,00	4,810	962,00
98	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES ( OXIURUS OXIURA)	UNID	200,00	4,070	814,00
99	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	UNID	200,00	4,040	808,00
100	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	UNID	200,00	4,070	814,00
101	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	UNID	200,00	14,070	2.814,00
102	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	UNID	200,00	9,240	1.848,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

103	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	UNID	200,00	5,860	1.172,00
104	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	UNID	200,00	14,040	2.808,00
105	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	UNID	200,00	13,070	2.614,00
106	DOSAGEM DE CORTISOL	UNID	200,00	12,370	2.474,00
107	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	UNID	200,00	12,280	2.456,00
108	DOSAGEM DE ESTRADIOL	UNID	200,00	12,700	2.540,00
109	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG,BETA HCG)	UNID	200,00	11,230	2.246,00
110	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMILANTE (FSH)	UNID	200,00	9,860	1.972,00
111	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	UNID	200,00	9,850	1.970,00
112	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	UNID	200,00	11,180	2.236,00
113	DOSAGEM DE INSULINA	UNID	200,00	21,440	4.288,00
114	DOSAGEM DE PARATORMONIO	UNID	200,00	16,880	3.376,00
115	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	UNID	200,00	31,240	6.248,00
116	DOSAGEM DE PROGESTERONA	UNID	200,00	11,160	2.232,00
117	DOSAGEM DE PROLACTINA	UNID	200,00	14,500	2.900,00
118	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	UNID	200,00	54,420	10.884,00
119	DOSAGEM DE SULFATO DE DIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	UNID	200,00	11,470	2.294,00
120	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	UNID	200,00	14,420	2.884,00
121	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	UNID	200,00	16,880	3.376,00
122	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	UNID	200,00	12,760	2.552,00
123	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE ( T4 LIVRE)	UNID	200,00	13,200	2.640,00
124	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	UNID	200,00	13,320	2.664,00
125	DOSAGEM DE ALUMINIO	UNID	200,00	11,000	2.200,00
126	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	UNID	200,00	34,520	6.904,00
127	DOSAGEM DE CHUMBO	UNID	200,00	64,470	12.894,00
128	DOSAGEM DE FENITOINA	UNID	200,00	32,250	6.450,00
129	DOSAGEM DE ZINCO	UNID	200,00	21,470	4.294,00
130	ANTIBIOGRAMA	UNID	200,00	14,660	2.932,00
131	BACTEROSCOPIA (GRAM)	UNID	200,00	6,180	1.236,00
132	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIREITO)	UNID	200,00	12,630	2.526,00
				TOTAL:	322.048,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

Perfaz-se a presente rescisão contratual, com os fundamentos administrativos expostos e com fulcro nos art. 78 inc. I c/c art. 79 inc. I da Lei Federal n.º 8.666/93, ficando o contrato **RESCINDIDO**, a partir da data de assinatura e publicação, não operando qualquer questionamento ou sanção por inadimplemento ou outras causas de não cumprimento de contrato.

Para a firmeza e validade do que ficou acima estabelecido, lavrou-se o presente termo que vai assinado pelo Presidente.

**FÁBIO HIDEK MIURA**  
Presidente

### TERMO DE RESCISÃO UNILATERAL DE CONTRATO ADMINISTRATIVO

Aos 2 (dois) dias de março do ano de 2015 (dois mil e quinze), nesta cidade e comarca de Ivaiporã – Estado do Paraná, o **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE 22ª REGIONAL DE SAÚDE DE IVAIPORÃ**, Estado do Paraná, Pessoa Jurídica de Direito Público, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 02.586.019/0001-97 com sede na Rua Diva Proença, 500, centro, Município de Ivaiporã/PR, neste ato representado por seu Presidente Fábio Hidek Miura, brasileiro, solteiro, portador a cédula de identidade R.G. nº 3.503.746-2 e inscrito no CPF sob o n.º 035.147.859-02, residente e domiciliado na Av. Curitiba, 172, São João do Ivaí/PR, no uso das atribuições que lhe são conferidas:

**CONSIDERANDO**, todas as normas aplicáveis aos contratos administrativos, inclusive a possibilidade de rescisão nos termos do art. 78 e 79 parágrafo único da Lei Federal n.º 8.666/93, neste caso com respaldo ao contraditório exigido pela própria lei e que se configura pelo protocolo de novo credenciamento dos profissionais,

DECIDE, rescindir unilateralmente o Contrato Administrativo n.º 15/2014 assinado em 02 de junho de 2014 referente ao Processo Licitatório na modalidade Inexigibilidade de Licitação sob n.º 4/2014, firmado com a empresa a **HMI - CLÍNICA MÉDICA LTDA** que tinha por objeto contratação de empresa médica especializada em consultas e exames diversos a prestação do serviço de:

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA	UNID	280,00	50,000	14.000,00
2	CONSULTA CIRURGIA GERAL	UNID	280,00	50,000	14.000,00
3	CISTOSCOPIA	UNID	140,00	180,000	25.200,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

4	UROGRAFIA VENOSA	UNID	140,00	120,000	16.800,00
5	ELETROCARDIOGRAMA C/ LAUDO REALIZADO PELO MÉDICO	UNID	560,00	50,000	28.000,00
6	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO	UNID	280,00	40,000	11.200,00
7	RADIOGRAFIA DE BRAÇO	UNID	280,00	30,000	8.400,00
8	RADIOGRAFIA DE CLAVICULAR	UNID	280,00	30,000	8.400,00
9	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	UNID	280,00	30,000	8.400,00
10	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO	UNID	280,00	30,000	8.400,00
11	RADIOGRAFIA DE MÃO	UNID	280,00	30,000	8.400,00
12	RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO ( P/ DETERMINAÇÃO DE IDADE OSSEA)	UNID	280,00	30,000	8.400,00
13	RADIOGRAFIA DE PUNHO ( AP+ LATERAL+ OBLIQUA)	UNID	280,00	30,000	8.400,00
14	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	UNID	280,00	30,000	8.400,00
15	RADIOGRAFIA DE JOELHO ( AP + LATERAL)	UNID	280,00	30,000	8.400,00
17	ULTRASSONOGRAMA MAMARIA BILATERAL FEMININA	UNID	280,00	85,000	23.800,00
18	ULTRASSONOGRAMA MAMARIA BILATERAL MASCULINA	UNID	280,00	85,000	23.800,00
20	USG DE ARTICULAÇÕES (ANTE-BRAÇO, COXA, BRAÇO, JOELHO, TORNOZELO, OMBRO, PUNHO E PANTURRILHA).	UNID	280,00	85,000	23.800,00
21	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	UNID	280,00	80,000	22.400,00
22	ULTRASSONOGRAMA DA TIREÓIDE COM DOPPLER COLORISO	UNID	280,00	85,000	23.800,00
23	USG DE OMBRO	UNID	280,00	85,000	23.800,00
24	USG DE MÃO	UNID	280,00	85,000	23.800,00
25	USG DE MAMAS	UNID	280,00	85,000	23.800,00
26	USG DE PESCOÇO	UNID	280,00	85,000	23.800,00
27	USG PARATIREÓIDE	UNID	280,00	85,000	23.800,00
28	TOMOGRAMA COMPUTADORIZADA DE FACE/ SEIOS DA FACE/ ARTICULAÇÕES TEMPORO- MANDIBULARES	UNID	140,00	180,000	25.200,00
29	TOMOGRAMA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO ( PARTES MOLES, LARINGE, TIROIDE OU PARA TIROIDE) C/ CONTRASTE	UNID	140,00	250,000	35.000,00
30	TOMOGRAMA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCICA OU ORBITAS	UNID	140,00	180,000	25.200,00
31	TOMOGRAMA COMPUTADORIZADA DO	UNID	140,00	180,000	25.200,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

	CRANIO C/ CONTRASTE				
32	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA, MASTÓDE OU ORELHAS	UNID	140,00	200,000	28.000,00
33	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	UNID	140,00	200,000	28.000,00
34	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBROS INFERIORES	UNID	140,00	240,000	33.600,00
36	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	UNID	140,00	120,000	16.800,00
				<b>TOTAL:</b>	<b>638.400,00</b>

Perfaz-se a presente rescisão contratual, com os fundamentos administrativos expostos e com fulcro nos art. 78 inc. I c/c art. 79 inc. I da Lei Federal n.º 8.666/93, ficando o contrato **RESCINDIDO**, a partir da data de assinatura e publicação, não operando qualquer questionamento ou sanção por inadimplemento ou outras causas de não cumprimento de contrato.

Para a firmeza e validade do que ficou acima estabelecido, lavrou-se o presente termo que vai assinado pelo Presidente.

**FÁBIO HIDEK MIURA**  
Presidente

### TERMO DE RESCISÃO UNILATERAL DE CONTRATO ADMINISTRATIVO

Aos 2 (dois) dias de março do ano de 2015 (dois mil e quinze), nesta cidade e comarca de Ivaiporã – Estado do Paraná, o **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE 22ª REGIONAL DE SAÚDE DE IVAIPORÃ**, Estado do Paraná, Pessoa Jurídica de Direito Público, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 02.586.019/0001-97 com sede na Rua Diva Proença, 500, centro, Município de Ivaiporã/PR, neste ato representado por seu Presidente Fábio Hidek Miura, brasileiro, solteiro, portador a cédula de identidade R.G. nº 3.503.746-2 e inscrito no CPF sob o n.º 035.147.859-02, residente e domiciliado na Av. Curitiba, 172, São João do Ivaí/PR, no uso das atribuições que lhe são conferidas:

**CONSIDERANDO**, todas as normas aplicáveis aos contratos administrativos, inclusive a possibilidade de rescisão nos termos do art. 78 e 79 parágrafo único da Lei Federal n.º 8.666/93, neste caso com respaldo ao contraditório exigido pela própria lei e que se configura pelo protocolo de novo credenciamento dos profissionais,



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

DECIDE, rescindir unilateralmente o Contrato Administrativo n.º 64/2014 assinado em 18 de setembro de 2014 referente ao Processo Licitatório na modalidade Inexigibilidade de Licitação sob n.º 31/2014, firmado com a empresa **PAULO ROBERTO TASSINARI & CIA LTDA** que tinha por objeto contratação de empresa médica especializada em consultas e exames diversos a prestação do serviço de:

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	CONSULTAS EM PSIQUIATRIA	UNID	100,00	50,000	5.000,00
2	ELETROENCEFALOGRAMA DE ROTINA	UNID	80,00	39,600	3.168,00
3	ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO OU INDUZIDO	UNID	160,00	79,200	12.672,00
4	ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO ( MAPEAMENTO CEREBRAL)	UNID	400,00	95,000	38.000,00
				TOTAL:	58.840,00

Perfaz-se a presente rescisão contratual, com os fundamentos administrativos expostos e com fulcro nos art. 78 inc. I c/c art. 79 inc. I da Lei Federal n.º 8.666/93, ficando o contrato **RESCINDIDO**, a partir da data de assinatura e publicação, não operando qualquer questionamento ou sanção por inadimplemento ou outras causas de não cumprimento de contrato.

Para a firmeza e validade do que ficou acima estabelecido, lavrou-se o presente termo que vai assinado pelo Presidente.

**FÁBIO HIDEK MIURA**  
Presidente

### TERMO DE RESCISÃO UNILATERAL DE CONTRATO ADMINISTRATIVO

Aos 2 (dois) dias de março do ano de 2015 (dois mil e quinze), nesta cidade e comarca de Ivaiporã – Estado do Paraná, o **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE 22ª REGIONAL DE SAÚDE DE IVAIPORÃ**, Estado do Paraná, Pessoa Jurídica de Direito Público, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 02.586.019/0001-97 com sede na Rua Diva Proença, 500, centro, Município de Ivaiporã/PR, neste ato representado por seu Presidente Fábio Hidek Miura, brasileiro, solteiro, portador a cédula de identidade R.G. nº 3.503.746-2 e inscrito no CPF sob o n.º 035.147.859-02, residente e domiciliado na Av. Curitiba, 172, São João do Ivaí/PR, no uso das atribuições que lhe são conferidas:



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

**CONSIDERANDO**, todas as normas aplicáveis aos contratos administrativos, inclusive a possibilidade de rescisão nos termos do art. 78 e 79 parágrafo único da Lei Federal n.º 8.666/93, nes te caso com respaldo ao contraditório exigido pela própria lei e que se configura pelo protocolo de novo credenciamento dos profissionais,

DECIDE, rescindir unilateralmente o Contrato Administrativo n.º 15/2014 assinado em 02 JUNHO 2014 referente ao Processo Licitatório na modalidade Inexigibilidade de Licitação sob n.º 5/2014, firmado com a empresa **PAULO ROBERTO TASSINARI & CIA LTDA** que tinha por objeto contratação de empresa médica especializada em consultas e exames diversos a prestação do serviço de:

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	CONSULTAS EM PSIQUIATRIA	UNID	720,00	50,000	36.000,00
2	ELETROENCEFALOGRAMA DE ROTINA	UNID	276,00	39,600	10.929,60
3	ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO OU INDUZIDO	UNID	540,00	79,200	42.768,00
4	ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO ( MAPEAMENTO CEREBRAL)	UNID	1.356,00	95,000	128.820,00
				<b>TOTAL:</b>	<b>218.517,60</b>

Perfaz-se a presente rescisão contratual, com os fundamentos administrativos expostos e com fulcro nos art. 78 inc. I c/c art. 79 inc. I da Lei Federal n.º 8.666/93, ficando o contrato **RESCINDIDO**, a partir da data de assinatura e publicação, não operando qualquer questionamento ou sanção por inadimplemento ou outras causas de não cumprimento de contrato.

Para a firmeza e validade do que ficou acima estabelecido, lavrou-se o presente termo que vai assinado pelo Presidente.

**FÁBIO HIDEK MIURA**  
Presidente

*GABINETE DO PRESIDENTE*

*RATIFICAÇÃO DE INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO*



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

**PROCESSO DE LICITAÇÃO Nº 23/2015**

*MODALIDADE: INEXIGIBILIDADE Nº 19/2015*

ASSUNTO: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA EM EM PROTESES DENTARIAS.

**CONTRATANTE:** CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde

**CONTRATADA:** C M MAXILIO – FACIAL LTDA

**CNPJ:** 21.008.225/0001-64

**VALOR:** R\$ 520.000,00(quinientos e vinte mil reais).

Despacho: **O PRESIDENTE DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE 22ª R.S**, no uso de suas atribuições legais, e ressaltando a necessidade, conveniência e interesse da Administração Pública, com fundamento no artigo 25 III da Lei 8.666/93, bem como o Parecer da Assessoria Jurídica, **RATIFICA** a situação de **INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO**.

Ivaiporã, 10 de março de 2015.

---

**FÁBIO HIDEK MIURA**  
Presidente do CIS



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

### *GABINETE DO PRESIDENTE*

### *RATIFICAÇÃO DE DISPENSA DE LICITAÇÃO*

**PROCESSO DE LICITAÇÃO Nº 22/2015**

**MODALIDADE: DISPENSA DE LICITAÇÃO 4/2015.**

**ASSUNTO: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA DE EMPRESA ESPECIALIZADA EM CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS GERAIS.**

**CONTRATANTE: CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde**

**CONTRATADA: ROSIMEIRE SOARES PEREIRA**

**CNPJ: 21.852.559/0001-10**

**VALOR: R\$ 10.200,00(dez mil e duzentos reais).**

Despacho: **O PRESIDENTE DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE 22ª R.S**, no uso de suas atribuições legais, e ressaltando a necessidade, conveniência e interesse da Administração Pública com fundamento no **Inciso II do artigo 24 da Lei Federal nº 8.666/93**, bem como o Parecer da Assessoria Jurídica, **RATIFICA** a situação de **DISPENSA DE LICITAÇÃO**.

Edifício do Cis de Ivaiporã/Pr, 10 de março de 2015.

---

**FÁBIO HIDEK MIURA**

Presidente do CIS



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

*GABINETE DO PRESIDENTE*

*RATIFICAÇÃO DE INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO*

**PROCESSO DE LICITAÇÃO Nº 24/2015**

*MODALIDADE: INEXIGIBILIDADE Nº 20/2015*

**ASSUNTO: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA MÉDICA ESPECIALIZADA EM EXAMES DIVERSOS.**

**CONTRATANTE:** CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde

**CONTRATADA:** ALVARES E JACOME LTDA

**CNPJ:** 07.871.885/0001-49

**VALOR:** R\$ 4.583.600,00(quatro milhões, quinhentos e oitenta e três mil e seiscentos reais).

Despacho: **O PRESIDENTE DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE 22ª R.S**, no uso de suas atribuições legais, e ressaltando a necessidade, conveniência e interesse da Administração Pública, com fundamento no artigo 25 III da Lei 8.666/93, bem como o Parecer da Assessoria Jurídica, **RATIFICA** a situação de **INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO**.

Ivaiporã, 13 de março de 2015.



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

---

**FÁBIO HIDEK MIURA**

Presidente do CIS

### *GABINETE DO PRESIDENTE*

### *RATIFICAÇÃO DE DISPENSA DE LICITAÇÃO*

**PROCESSO DE LICITAÇÃO Nº 20/2015**

**MODALIDADE: DISPENSA DE LICITAÇÃO 3/2015.**

**ASSUNTO: AQUISIÇÃO DE MATERIAL DESTINADOS AO USO DA CAPS PARA MANUTENÇÃO DO PREDIO.**

**CONTRATANTE: CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde**

**CONTRATADA: COMERCIAL IVAIPORÃ LTDA**

**CNPJ: 75.274.423/0001-07**

**VALOR: R\$ 1.394,40 (um mil, trezentos e noventa e quatro reais e quarenta centavos).**

Despacho: **O PRESIDENTE DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE 22ª R.S**, no uso de suas atribuições legais, e ressaltando a necessidade, conveniência e interesse da Administração Pública com fundamento no **Inciso II do artigo 24 da Lei Federal nº 8.666/93**, bem como o Parecer da Assessoria Jurídica, **RATIFICA** a situação de **DISPENSA DE LICITAÇÃO**.



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

Edifício do Cis de Ivaiporã/Pr, 09 de março de 2015.

---

**FÁBIO HIDEK MIURA**

Presidente do CIS

*GABINETE DO PRESIDENTE*

*RATIFICAÇÃO DE INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO*

**PROCESSO DE LICITAÇÃO Nº 21/2015**

*MODALIDADE: INEXIGIBILIDADE Nº 18/2015*

ASSUNTO: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA MÉDICA ESPECIALIZADA EM CONSULTAS EXAMES DIVERSOS.

**CONTRATANTE:** CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde

**CONTRATADA:** INSTITUTO DE SAÚDE BOM JESUS

**CNPJ:** 07.597.753/0001-75



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

**VALOR: R\$ 25.656.000,00(vinte e cinco milhões, seiscentos e cinquenta e seis mil reais).**

Despacho: **O PRESIDENTE DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE 22ª R.S**, no uso de suas atribuições legais, e ressaltando a necessidade, conveniência e interesse da Administração Pública, com fundamento no artigo 25 III da Lei 8.666/93, bem como o Parecer da Assessoria Jurídica, **RATIFICA** a situação de **INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO**.

Ivaiporã, 10 de março de 2015.

---

**FÁBIO HIDEK MIURA**  
Presidente do CIS

[Resolução nº 10/2015 de 09/03/2015](#)

**Ementa:** Abre Crédito Especial e da outras providências.

O Presidente do Consórcio Intermunicipal de Saúde da 22ª RS de IVAIPORA, Estado do Paraná, no uso de suas

atribuições legais e das que lhe foram conferidas pela Lei Orçamentária nº 60/2013 de 14/11/2013, e dita a seguinte

resolução.



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

Resolução:

**Artigo 1º** - Fica aberto no corrente Exercício o Créd

no Orçamento Geral do consorcio intermunicipal de saúde da 22ª RS de Ivaiporã, no valor de R\$ 12.000,00 (twelve thousand and xx / 100), destinado ao reforço das seguintes Dotações Orçamentárias.

### Suplementação

01.000.00.000.0000.0.000.	DIVISÃO DE ADMINISTRAÇÃO		
01.001.00.000.0000.0.000.	SETOR ADMINISTRATIVO		
01.001.10.122.0001.2.001.	Manutenção do Setor Administrativo		
67 - 3.2.90.21.00.00	01001 JUROS SOBRE A DÍVIDA POR CONTRATO	6.000,00	
01.000.00.000.0000.0.000.	DIVISÃO DE ADMINISTRAÇÃO		
01.001.00.000.0000.0.000.	SETOR ADMINISTRATIVO		
01.001.10.122.0001.2.001.	Manutenção do Setor Administrativo		
66 - 4.6.90.71.00.00	01001 PRINCIPAL DA DÍVIDA CONTRATUAL	6.000,00 RESGATADO	
		<b>Total Suplementação:</b>	<b>12.000,00</b>

**Artigo 2º** - Para atender o disposto no Artigo 1º des

servirá como recurso o Cancelamento de Dotações Orçamentárias, conforme discriminação abaixo,

de acordo com o Artigo 43, § 1º, Inciso III da Lei Federal nº 4.320/64.

### Redução

01.000.00.000.0000.0.000.	DIVISÃO DE ADMINISTRAÇÃO
01.001.00.000.0000.0.000.	SETOR ADMINISTRATIVO



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

01.001.10.122.0001.2.001. Manutenção do Setor Administrativo

7 3.3.90.36.00.00 01001 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA 12.000,00

FÍSICA

**Total Redução: 12.000,00**

**Artigo 3º** - Este Decreto entrará em vigor na data publicação, revogadas as disposições em contrário.

Edifício do Consórcio Intermunicipal de Saúde da 22ª RS de IVAIPORA

Estado do Paraná, em 09 de março de 2015.

**Fabio Hidek Miura**



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

### **RESOLUÇÃO Nº 11/2015**

**“SÚMULA: DESCARTA O NÚMERO DE PROCESSO ADMINISTRATIVO, DISPENSA DE LICITAÇÃO E CONTRATO, E DA OUTRAS PROVIDÊNCIAS.**

O Presidente do Consórcio Intermunicipal de Saúde da 22ª Regional de Saúde, no uso de suas atribuições legais e estatutárias e considerando a necessidade de correção de equívoco técnico, EDITA A SEGUINTE

### **RESOLUÇÃO**

Art. 1º - fica descartado o número do processo Administrativo nº 21/2015, dispensa de licitação nº 03/2015 e o contrato nº 20/2015 em razão de equívoco técnico.

Art. 2º- Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas todas as disposições em contrário.

Edifício do Consórcio Intermunicipal de Saúde da 22ª Regional de Saúde de Ivaiporã, Estado do Paraná, no dia 13 de março de 2015.

**Fabio Hidek Miura**  
**Presidente do CIS**



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

### TERMO DE RESCISÃO UNILATERAL DE CONTRATO ADMINISTRATIVO

Aos 2 (dois) dias de março do ano de 2015 (dois mil e quinze), nesta cidade e comarca de Ivaiporã – Estado do Paraná, o **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE 22ª REGIONAL DE SAÚDE DE IVAIPORÃ**, Estado do Paraná, Pessoa Jurídica de Direito Público, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 02.586.019/0001-97 com sede na Rua Diva Proença, 500, centro, Município de Ivaiporã/PR, neste ato representado por seu Presidente Fábio Hidek Miura, brasileiro, solteiro, portador a cédula de identidade R.G. nº 3.503.746-2 e inscrito no CPF sob o n.º 035.147.859-02, residente e domiciliado na Av. Curitiba, 172, São João do Ivaí/PR, no uso das atribuições que lhe são conferidas:

**CONSIDERANDO**, todas as normas aplicáveis aos contratos administrativos, inclusive a possibilidade de rescisão nos termos do art. 78 e 79 parágrafo único da Lei Federal n.º 8.666/93, neste caso com respaldo ao contraditório exigido pela própria lei e que se configura pelo protocolo de novo credenciamento dos profissionais,

DECIDE, rescindir unilateralmente o Contrato Administrativo n.º 28/2014 assinado em 12 de junho de 2014 referente ao Processo Licitatório na modalidade Inexigibilidade de Licitação sob n.º 16/2014, firmado com a empresa a **SERVIÇO DE RADIOLOGIA E MAMOGRAFIA DE APUCARANA LTDA** que tinha por objeto contratação de empresa médica especializada em consultas e exames diversos a prestação do serviço de:

#### LOTE: 1

Item	Descrição	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	DENSIOMETRIA OSSEA ATE 2 SEGMENTOS	1.000,00	150,000	150.000,00
2	densiometria ossea coluna lombar	1.000,00	150,000	150.000,00
3	DENSIOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES)	1.000,00	150,000	150.000,00
4	DENSIOMETRIA OSSEA CORPO TODO	1.000,00	150,000	150.000,00
			<b>TOTAL:</b>	<b>600.000,00</b>

Perfaz-se a presente rescisão contratual, com os fundamentos administrativos expostos e com fulcro nos art. 78 inc. I c/c art. 79 inc. I da Lei Federal n.º 8.666/93, ficando o contrato **RESCINDIDO**, a partir da data de assinatura e publicação, não operando qualquer questionamento ou sanção por inadimplemento ou outras causas de não cumprimento de contrato.

Para a firmeza e validade do que ficou acima estabelecido, lavrou-se o presente termo que vai assinado pelo Presidente.



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015

Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015

**FÁBIO HIDEK MIURA**  
Presidente

### TERMO DE RESCISÃO UNILATERAL DE CONTRATO ADMINISTRATIVO

Aos 02 (dois) dias de março do ano de 2015 (dois mil e quinze), nesta cidade e comarca de Ivaiporã – Estado do Paraná, o **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE 22ª REGIONAL DE SAÚDE DE IVAIPORÃ**, Estado do Paraná, Pessoa Jurídica de Direito Público, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 02.586.019/0001-97 com sede na Rua Diva Proença, 500, centro, Município de Ivaiporã/PR, neste ato representado por seu Presidente Fábio Hidek Miura, brasileiro, solteiro, portador a cédula de identidade R.G. nº 3.503.746-2 e inscrito no CPF sob o n.º 035.147.859-02, residente e domiciliado na Av. Curitiba, 172, São João do Ivaí/PR, no uso das atribuições que lhe são conferidas:

**CONSIDERANDO**, todas as normas aplicáveis aos contratos administrativos, inclusive a possibilidade de rescisão nos termos do art. 78 e 79 parágrafo único da Lei Federal n.º 8.666/93, neste caso com respaldo ao contraditório exigido pela própria lei e que se configura pelo protocolo de novo credenciamento dos profissionais,

DECIDE, rescindir unilateralmente o Contrato Administrativo n.º 25/2014 assinado em 10 de junho de 2014 referente ao Processo Licitatório na modalidade Inexigibilidade de Licitação sob n.º 13/2014, firmado com a empresa **FABRIS&SIMÃO LTDA** que tinha por objeto contratação de empresa médica especializada em consultas e exames diversos a prestação do serviço de:

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	UNID	320,00	80,000	25.600,00
2	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN INFERIOR	UNID	275,00	80,000	22.000,00
3	ULTRA-SONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO ( RINS E BEXIGA)	UNID	385,00	80,000	30.800,00
4	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	UNID	300,00	60,000	18.000,00
5	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA	UNID	60,00	60,000	3.600,00
6	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICIA	UNID	450,00	70,000	31.500,00
7	ULTRA-SONOGRAFIA PELVICA	UNID	300,00	60,000	18.000,00
8	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL	UNID	450,00	70,000	31.500,00
				TOTAL:	181.000,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

Perfaz-se a presente rescisão contratual, com os fundamentos administrativos expostos e com fulcro nos art. 78 inc. I c/c art. 79 inc. I da Lei Federal n.º 8.666/93, ficando o contrato **RESCINDIDO**, a partir da data de assinatura e publicação, não operando qualquer questionamento ou sanção por inadimplemento ou outras causas de não cumprimento de contrato.

Para a firmeza e validade do que ficou acima estabelecido, lavrou-se o presente termo que vai assinado pelo Presidente.

**FÁBIO HIDEK MIURA**  
Presidente

### TERMO DE RESCISÃO UNILATERAL DE CONTRATO ADMINISTRATIVO

Aos 23 (vinte e três) dias de fevereiro do ano de 2015 (dois mil e quinze), nesta cidade e comarca de Ivaiporã – Estado do Paraná, o **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE 22ª REGIONAL DE SAÚDE DE IVAIPORÃ**, Estado do Paraná, Pessoa Jurídica de Direito Público, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 02.586.019/0001-97 com sede na Rua Diva Proença, 500, centro, Município de Ivaiporã/PR, neste ato representado por seu Presidente Fábio Hidek Miura, brasileiro, solteiro, portador a cédula de identidade R.G. nº 3.503.746-2 e inscrito no CPF sob o n.º 035.147.859-02, residente e domiciliado na Av. Curitiba, 172, São João do Ivaí/PR, no uso das atribuições que lhe são conferidas:

**CONSIDERANDO**, todas as normas aplicáveis aos contratos administrativos, inclusive a possibilidade de rescisão nos termos do art. 78 e 79 parágrafo único da Lei Federal n.º 8.666/93, neste caso com respaldo ao contraditório exigido pela própria lei e que se configura pelo protocolo de novo credenciamento dos profissionais,

DECIDE, rescindir unilateralmente o Contrato Administrativo n.º 16/2014 assinado em 02 de junho de 2014 referente ao Processo Licitatório na modalidade Inexigibilidade de Licitação sob n.º 06/2014, firmado com a empresa **LABORATORIO DE ANALISE CLINICA LTDA** que tinha por objeto contratação de empresa médica especializada em consultas e exames diversos a prestação do serviço de:

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
2	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICA C/INDUÇÃO POR CORTISONA(5 DOSAGENS)	UNID	200,00	10,000	2.000,00
3	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUÇÃO POR CORTISONA(4 DOSAGENS)	UNID	200,00	10,000	2.000,00
4	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA ( 5 DOSAGEM)	UNID	200,00	10,000	2.000,00
5	DOSAGEM DE ACIDO URICO	UNID	200,00	2,220	444,00
6	DOSAGEM DE AMILASE	UNID	200,00	4,040	808,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

7	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	UNID	200,00	3,860	772,00
8	DOSAGEM DE CALCIO	UNID	200,00	4,000	800,00
9	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	UNID	200,00	4,000	800,00
10	DOSAGEM DE CLORETO	UNID	200,00	2,210	442,00
11	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	UNID	200,00	3,860	772,00
12	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	UNID	200,00	3,860	772,00
13	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	UNID	200,00	2,900	580,00
14	DOSAGEM DE COLINESTERASE	UNID	200,00	4,040	808,00
15	DOSAGEM DE CREATININA	UNID	200,00	4,040	808,00
16	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE(CPK)	UNID	200,00	8,640	1.728,00
17	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	UNID	200,00	4,040	808,00
18	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	UNID	200,00	3,860	772,00
19	DOSAGEM DE FERRITINA	UNID	200,00	18,710	3.742,00
20	DOSAGEM DE FERRO SERICO	UNID	200,00	4,210	842,00
21	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	UNID	200,00	3,860	772,00
22	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	UNID	200,00	3,500	700,00
24	DOSAGEM DE FOSFORO	UNID	200,00	2,500	500,00
25	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE(GAMA GT)	UNID	200,00	3,210	642,00
26	DOSAGEM DE GLICOSE	UNID	200,00	2,210	442,00
27	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOLISADA	UNID	200,00	10,440	2.088,00
28	DOSAGEM DE LIPASE	UNID	200,00	8,210	1.642,00
29	DOSAGEM DE MAGNESIO	UNID	200,00	4,040	808,00
30	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	UNID	200,00	7,200	1.440,00
31	DOSAGEM DE POTASSIO	UNID	200,00	3,000	600,00
32	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	UNID	200,00	3,000	600,00
33	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	UNID	200,00	3,000	600,00
34	DOSAGEM DE SODIO	UNID	200,00	3,000	600,00
35	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO OXALACETICA(TGO)	UNID	200,00	3,000	600,00
36	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	UNID	200,00	3,000	600,00
37	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	UNID	200,00	4,210	842,00
38	DOSAGEM DE UREIA	UNID	200,00	6,350	1.270,00
39	ELETROFORESE DE PROTEINAS	UNID	200,00	10,960	2.192,00
40	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	UNID	200,00	35,840	7.168,00
41	CONTAGEM DE PLAQUETAS	UNID	200,00	5,200	1.040,00
42	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	UNID	200,00	8,890	1.778,00
43	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO-DUKE	UNID	200,00	11,560	2.312,00
44	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	UNID	200,00	7,320	1.464,00
45	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA(TTP ATIVADA)	UNID	200,00	3,000	600,00
46	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA(TAP)	UNID	200,00	3,000	600,00
47	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO(VHS)	UNID	200,00	3,000	600,00
48	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	UNID	200,00	3,000	600,00
49	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	UNID	200,00	19,500	3.900,00
50	ERITOGRAMA(ERITROCITOS, HEMOGLOBINA,HEMATOCRITO)	UNID	200,00	5,500	1.100,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

51	HEMATOCRITO	UNID	200,00	5,500	1.100,00
52	HEMOGRAMA COMPLETO	UNID	200,00	6,940	1.388,00
53	LEUCOGRAMA	UNID	200,00	4,400	880,00
54	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	UNID	200,00	18,870	3.774,00
55	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	UNID	200,00	3,870	774,00
56	PROVA DE LACO	UNID	200,00	3,110	622,00
57	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	UNID	200,00	9,530	1.906,00
58	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	UNID	200,00	18,870	3.774,00
59	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	UNID	200,00	11,000	2.200,00
60	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO(PSA)	UNID	200,00	19,700	3.940,00
61	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A(IGA)	UNID	200,00	20,400	4.080,00
62	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E ( IGE)	UNID	200,00	20,400	4.080,00
63	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M(IGM)	UNID	200,00	10,170	2.034,00
64	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	UNID	200,00	10,170	2.034,00
65	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	UNID	200,00	18,870	3.774,00
66	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	UNID	200,00	10,170	2.034,00
67	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	UNID	200,00	11,000	2.200,00
68	PESQUISA DE ANTICOIRPOS ANTI-HIV-1+HIV2(ELISA)	UNID	200,00	11,000	2.200,00
69	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	UNID	200,00	20,590	4.118,00
70	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	UNID	200,00	20,590	4.118,00
71	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B(LA)	UNID	200,00	20,590	4.118,00
72	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA(SCL70)	UNID	200,00	20,400	4.080,00
73	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O(ASLO)	UNID	200,00	10,680	2.136,00
74	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	UNID	200,00	10,170	2.034,00
75	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	UNID	200,00	20,400	4.080,00
76	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B(ANTI-HBS)	UNID	200,00	18,870	3.774,00
77	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B(ANTI-HBE)	UNID	200,00	18,870	3.774,00
78	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C(ANTI-HCV)	UNID	200,00	12,770	2.554,00
79	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	UNID	200,00	18,870	3.774,00
80	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	UNID	200,00	18,870	3.774,00
81	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	UNID	200,00	18,870	3.774,00
82	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGRNO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B(ANTI-HBC-IGG)	UNID	200,00	14,680	2.936,00
83	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	UNID	200,00	20,400	4.080,00
84	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	UNID	200,00	20,400	4.080,00
85	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	UNID	200,00	21,940	4.388,00
86	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	UNID	200,00	21,940	4.388,00
87	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO	UNID	200,00	19,800	3.960,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

	CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)				
88	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	UNID	200,00	24,510	4.902,00
89	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	UNID	200,00	18,110	3.622,00
90	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO(CEA)	UNID	200,00	19,940	3.988,00
91	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HSBAG)	UNID	200,00	11,000	2.200,00
92	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	UNID	200,00	22,110	4.422,00
93	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE(WAALER-ROSE)	UNID	200,00	7,810	1.562,00
94	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA	UNID	200,00	33,340	6.668,00
95	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	UNID	200,00	23,340	4.668,00
96	TESTE DE VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS	UNID	200,00	5,810	1.162,00
97	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTES	UNID	200,00	4,810	962,00
98	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES ( OXIURUS OXIURA)	UNID	200,00	4,070	814,00
99	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	UNID	200,00	4,040	808,00
100	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	UNID	200,00	4,070	814,00
101	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	UNID	200,00	14,070	2.814,00
102	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	UNID	200,00	9,240	1.848,00
103	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	UNID	200,00	5,860	1.172,00
104	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	UNID	200,00	14,040	2.808,00
105	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	UNID	200,00	13,070	2.614,00
106	DOSAGEM DE CORTISOL	UNID	200,00	12,370	2.474,00
107	DISAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	UNID	200,00	12,280	2.456,00
108	DOSAGEM DE ESTRADIOL	UNID	200,00	12,700	2.540,00
109	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG,BETA HCG)	UNID	200,00	11,230	2.246,00
110	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMILANTE (FSH)	UNID	200,00	9,860	1.972,00
111	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	UNID	200,00	9,850	1.970,00
112	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	UNID	200,00	11,180	2.236,00
113	DOSAGEM DE INSULINA	UNID	200,00	21,440	4.288,00
114	DOSAGEM DE PARATORMONIO	UNID	200,00	16,880	3.376,00
115	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	UNID	200,00	31,240	6.248,00
116	DOSAGEM DE PROGESTERONA	UNID	200,00	11,160	2.232,00
117	DOSAGEM DE PROLACTINA	UNID	200,00	14,500	2.900,00
118	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	UNID	200,00	54,420	10.884,00
119	DOSAGEM DE SULFATO DE DIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	UNID	200,00	11,470	2.294,00
120	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	UNID	200,00	14,420	2.884,00
121	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	UNID	200,00	16,880	3.376,00
122	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	UNID	200,00	12,760	2.552,00
123	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE ( T4 LIVRE)	UNID	200,00	13,200	2.640,00
124	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	UNID	200,00	13,320	2.664,00
125	DOSAGEM DE ALUMINIO	UNID	200,00	11,000	2.200,00
126	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	UNID	200,00	34,520	6.904,00
127	DOSAGEM DE CHUMBO	UNID	200,00	64,470	12.894,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

128	DOSAGEM DE FENITOINA	UNID	200,00	32,250	6.450,00
129	DOSAGEM DE ZINCO	UNID	200,00	21,470	4.294,00
130	ANTIBIOGRAMA	UNID	200,00	14,660	2.932,00
131	BACTEROSCOPIA (GRAM)	UNID	200,00	6,180	1.236,00
132	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIREITO)	UNID	200,00	12,630	2.526,00
				TOTAL:	322.048,00

Perfaz-se a presente rescisão contratual, com os fundamentos administrativos expostos e com fulcro nos art. 78 inc. I c/c art. 79 inc. I da Lei Federal n.º 8.666/93, ficando o contrato **RESCINDIDO**, a partir da data de assinatura e publicação, não operando qualquer questionamento ou sanção por inadimplemento ou outras causas de não cumprimento de contrato.

Para a firmeza e validade do que ficou acima estabelecido, lavrou-se o presente termo que vai assinado pelo Presidente.

**FÁBIO HIDEK MIURA**  
Presidente

### TERMO DE RESCISÃO UNILATERAL DE CONTRATO ADMINISTRATIVO

Aos 2 (dois) dias de março do ano de 2015 (dois mil e quinze), nesta cidade e comarca de Ivaiporã – Estado do Paraná, o **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE 22ª REGIONAL DE SAÚDE DE IVAIPORÃ**, Estado do Paraná, Pessoa Jurídica de Direito Público, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 02.586.019/0001-97 com sede na Rua Diva Proença, 500, centro, Município de Ivaiporã/PR, neste ato representado por seu Presidente Fábio Hidek Miura, brasileiro, solteiro, portador a cédula de identidade R.G. nº 3.503.746-2 e inscrito no CPF sob o n.º 035.147.859-02, residente e domiciliado na Av. Curitiba, 172, São João do Ivaí/PR, no uso das atribuições que lhe são conferidas:

**CONSIDERANDO**, todas as normas aplicáveis aos contratos administrativos, inclusive a possibilidade de rescisão nos termos do art. 78 e 79 parágrafo único da Lei Federal n.º 8.666/93, neste caso com respaldo ao contraditório exigido pela própria lei e que se configura pelo protocolo de novo credenciamento dos profissionais,

DECIDE, rescindir unilateralmente o Contrato Administrativo n.º 62/2014 assinado em 09 setembro 2014 referente ao Processo Licitatório na modalidade Inexigibilidade de Licitação sob n.º 30/2014, firmado com a empresa **P R RODRIGUES & CIA LTDA-ME** que tinha por objeto contratação de empresa médica especializada em consultas e exames diversos a prestação do serviço de:

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
------	-----------	---------	--------	-------------	-------------



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

1	CONSULTAS EM ORTOPEDIA	UNID	240,00	50,000	12.000,00
				TOTAL:	12.000,00

Perfaz-se a presente rescisão contratual, com os fundamentos administrativos expostos e com fulcro nos art. 78 inc. I c/c art. 79 inc. I da Lei Federal n.º 8.666/93, ficando o contrato **RESCINDIDO**, a partir da data de assinatura e publicação, não operando qualquer questionamento ou sanção por inadimplemento ou outras causas de não cumprimento de contrato.

Para a firmeza e validade do que ficou acima estabelecido, lavrou-se o presente termo que vai assinado pelo Presidente.

**FÁBIO HIDEK MIURA**  
Presidente

### TERMO DE RESCISÃO UNILATERAL DE CONTRATO ADMINISTRATIVO

Aos 06 (seis) dias de fevereiro do ano de 2015 (dois mil e quinze), nesta cidade e comarca de Ivaiporã – Estado do Paraná, o **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE 22ª REGIONAL DE SAÚDE DE IVAIPORÃ**, Estado do Paraná, Pessoa Jurídica de Direito Público, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 02.586.019/0001-97 com sede na Rua Diva Proença, 500, centro, Município de Ivaiporã/PR, neste ato representado por seu Presidente Fábio Hidek Miura, brasileiro, solteiro, portador a cédula de identidade R.G. nº 3.503.746-2 e inscrito no CPF sob o n.º 035.147.859-02, residente e domiciliado na Av. Curitiba, 172, São João do Ivaí/PR, no uso das atribuições que lhe são conferidas:

**CONSIDERANDO**, todas as normas aplicáveis aos contratos administrativos, inclusive a possibilidade de rescisão nos termos do art. 78 e 79 parágrafo único da Lei Federal n.º 8.666/93, neste caso com respaldo ao contraditório exigido pela própria lei e que se configura pelo protocolo de novo credenciamento dos profissionais,

DECIDE, rescindir unilateralmente o Contrato Administrativo n.º 30/2013 assinado em 12 abril 2013 referente ao Processo Licitatório na modalidade Inexigibilidade de Licitação sob n.º 16/20 13, firmado com a empresa **CEDIPE- CENTRO DE DIAGNOSTICO ESPECIALIZADO LTDA** que tinha por objeto contratação de empresa médica especializada em consultas e exames diversos a prestação do serviço de:

Código	Procedimento	quantidade	Custo total
17.2	Consultas médicas ambulatório de gestação de alto risco, na especialidade de obstetrícia.	720 ano	57.600,00
3.03	CAF- Cirurgia de Alta Frequência (conização)	240 ano	100.800,0



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

	<b>com anátomo.</b>		<b>0</b>
--	---------------------	--	----------

Perfaz-se a presente rescisão contratual, com os fundamentos administrativos expostos e com fulcro nos art. 78 inc. I c/c art. 79 inc. I da Lei Federal n.º 8.666/93, ficando o contrato **RESCINDIDO**, a partir da data de assinatura e publicação, não operando qualquer questionamento ou sanção por inadimplemento ou outras causas de não cumprimento de contrato.

Para a firmeza e validade do que ficou acima estabelecido, lavrou-se o presente termo que vai assinado pelo Presidente.

**FÁBIO HIDEK MIURA**  
Presidente

### TERMO DE RESCISÃO UNILATERAL DE CONTRATO ADMINISTRATIVO

Aos 02 (dois) dias de março do ano de 2015 (dois mil e quinze), nesta cidade e comarca de Ivaiporã – Estado do Paraná, o **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE 22ª REGIONAL DE SAÚDE DE IVAIPORÃ**, Estado do Paraná, Pessoa Jurídica de Direito Público, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 02.586.019/0001-97 com sede na Rua Diva Proença, 500, centro, Município de Ivaiporã/PR, neste ato representado por seu Presidente Fábio Hidek Miura, brasileiro, solteiro, portador a cédula de identidade R.G. nº 3.503.746-2 e inscrito no CPF sob o n.º 035.147.859-02, residente e domiciliado na Av. Curitiba, 172, São João do Ivaí/PR, no uso das atribuições que lhe são conferidas:

**CONSIDERANDO**, todas as normas aplicáveis aos contratos administrativos, inclusive a possibilidade de rescisão nos termos do art. 78 e 79 parágrafo único da Lei Federal n.º 8.666/93, neste caso com respaldo ao contraditório exigido pela própria lei e que se configura pelo protocolo de novo credenciamento dos profissionais,

DECIDE, rescindir unilateralmente o Contrato Administrativo n.º 39/2014 assinado em 23 de junho de 2014 referente ao Processo Licitatório na modalidade Inexigibilidade de Licitação sob n.º 21/2014, firmado com a empresa **ALVARE&JACOME LTDA** que tinha por objeto contratação de empresa médica especializada em consultas e exames diversos a prestação do serviço de:

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL/RASTREAMENTO DE TESTÍCULOS	UNID	20,00	85,000	1.700,00
2	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA	UNID	20,00	130,00	2.600,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

	ESCROTAL COM DOPPLER COLORIDO			0	
3	ULTRASSONOGRRAFIA DO ABDÔMEN TOTAL COM DOPPLER - COLORIDO	UNID	40,00	130,00 0	5.200,00
4	ULTRASSONOGRRAFIA DA TIREÓIDE COM DOPPLER COLORIDO	UNID	150,0 0	130,00 0	19.500,00
5	ULTRASSONOGRRAFIA DAS GLANDULAS SALIVARES E SUBMANDIBULARES	UNID	40,00	85,000	3.400,00
6	ULTRASSONOGRRAFIA DA REGIAO INGUINAL	UNID	40,00	85,000	3.400,00
7	ULTRASSONOGRRAFIA DO RETROPERITONIO	UNID	20,00	85,000	1.700,00
8	ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS	UNID	50,00	85,000	4.250,00
9	ULTRASSONOGRRAFIA SUPRA-RENAIS	UNID	40,00	85,000	3.400,00
10	ULTRASSONOGRRAFIA DAS LOJAS RENAI	UNID	100,0 0	85,000	8.500,00
11	ULTRASSONOGRRAFIA DO HIPOCONDRIO DIREITO	UNID	40,00	85,000	3.400,00
12	ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL MASCULINA	UNID	40,00	85,000	3.400,00
13	ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL FEMININA	UNID	150,0 0	85,000	12.750,00
14	USG DE MAMAS	UNID	150,0 0	85,000	12.750,00
15	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE(PESCOÇO,CERVICAL,PAROTIDA )	UNID	150,0 0	85,000	12.750,00
16	USG PARATIREÓIDE	UNID	20,00	85,000	1.700,00
17	ULTRASSONOGRRAFIA DE TORAX(EXTRACARDICA)	UNID	20,00	85,000	1.700,00
18	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA C DOPPLER COLORIDO E PULSADO(MORFOLOGICO)	UNID	40,00	130,00 0	5.200,00
19	ULTRA-SONOGRRAFIA DERMATOLÓGICO (PELE E SUBCUTÂNEO)	UNID	50,00	85,000	4.250,00
20	USG DE MÃO	UNID	20,00	85,000	1.700,00
21	ULTRASSONOGRRAFIA DA ARTICULAÇÃO COXOFEMURAL (QUADRIL)	UNID	30,00	85,000	2.550,00
22	ULTRA-SONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÕES (ANTEBRAÇO, COXA, BRAÇO, JOELHO, TORNOZELO, OMBRO, PUNHO, PANTURRILHA).	UNID	120,0 0	85,000	10.200,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

23	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL	UNID	100,0 0	70,000	7.000,00
				TOTAL:	133.000,0 0

Perfaz-se a presente rescisão contratual, com os fundamentos administrativos expostos e com fulcro nos art. 78 inc. I c/c art. 79 inc. I da Lei Federal n.º 8.666/93, ficando o contrato **RESCINDIDO**, a partir da data de assinatura e publicação, não operando qualquer questionamento ou sanção por inadimplemento ou outras causas de não cumprimento de contrato.

Para a firmeza e validade do que ficou acima estabelecido, lavrou-se o presente termo que vai assinado pelo Presidente.

**FÁBIO HIDEK MIURA**  
Presidente

### TERMO DE RESCISÃO UNILATERAL DE CONTRATO ADMINISTRATIVO

Aos 02 (dois) dias de março do ano de 2015 (dois mil e quinze), nesta cidade e comarca de Ivaiporã – Estado do Paraná, o **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE 22ª REGIONAL DE SAÚDE DE IVAIPORÃ**, Estado do Paraná, Pessoa Jurídica de Direito Público, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 02.586.019/0001-97 com sede na Rua Diva Proença, 500, centro, Município de Ivaiporã/PR, neste ato representado por seu Presidente Fábio Hidek Miura, brasileiro, solteiro, portador a cédula de identidade R.G. nº 3.503.746-2 e inscrito no CPF sob o n.º 035.147.859-02, residente e domiciliado na Av. Curitiba, 172, São João do Ivaí/PR, no uso das atribuições que lhe são conferidas:

**CONSIDERANDO**, todas as normas aplicáveis aos contratos administrativos, inclusive a possibilidade de rescisão nos termos do art. 78 e 79 parágrafo único da Lei Federal n.º 8.666/93, neste caso com respaldo ao contraditório exigido pela própria lei e que se configura pelo protocolo de novo credenciamento dos profissionais,

DECIDE, rescindir unilateralmente o Contrato Administrativo n.º 41/2014 assinado em 24 de junho de 2014 referente ao Processo Licitatório na modalidade Inexigibilidade de Licitação sob n.º 23/2014, firmado com a empresa **HUMANAMED PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA** que tinha por objeto contratação de empresa médica especializada em consultas e exames diversos a prestação do serviço de:

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
------	-----------	---------	--------	-------------	-------------



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

1	ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO ( MAPEAMENTO CEREBRAL)	UNID	2.000,00	95,000	190.000,00
2	ELETROCARDIOGRAMA C/ LAUDO REALIZADO PELO MÉDICO	UNID	1.500,00	50,000	75.000,00
3	RISCO CIRURGICO ( ELETROCARDIOGRAMA COM LAUDO + RISCO CIRURGICO)	UNID	1.500,00	100,000	150.000,00
4	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EDA)	UNID	2.000,00	80,000	160.000,00
5	LAUDO ELETROENCEFALOGRAMA COM MAPEAMENTO	UNID	5.000,00	22,000	110.000,00
6	ESPIROMETRIA	UNID	1.000,00	90,000	90.000,00
7	TESTE DE UREASE	UNID	1.000,00	10,000	10.000,00
				<b>TOTAL:</b>	<b>785.000,00</b>

Perfaz-se a presente rescisão contratual, com os fundamentos administrativos expostos e com fulcro nos art. 78 inc. I c/c art. 79 inc. I da Lei Federal n.º 8.666/93, ficando o contrato **RESCINDIDO**, a partir da data de assinatura e publicação, não operando qualquer questionamento ou sanção por inadimplemento ou outras causas de não cumprimento de contrato.

Para a firmeza e validade do que ficou acima estabelecido, lavrou-se o presente termo que vai assinado pelo Presidente.

**FÁBIO HIDEK MIURA**  
Presidente

### TERMO DE RESCISÃO UNILATERAL DE CONTRATO ADMINISTRATIVO

Aos 02 (dois) dias de março do ano de 2015 (dois mil e quinze), nesta cidade e comarca de Ivaiporã – Estado do Paraná, o **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE 22ª REGIONAL DE SAÚDE DE IVAIPORÃ**, Estado do Paraná, Pessoa Jurídica de Direito Público, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 02.586.019/0001-97 com sede na Rua Diva Proença, 500, centro, Município de Ivaiporã/PR, neste ato representado por seu Presidente Fábio Hidek Miura, brasileiro, solteiro, portador a cédula de identidade R.G. nº 3.503.746-2 e inscrito no CPF sob o n.º 035.147.859-02, residente e domiciliado na Av. Curitiba, 172, São João do Ivaí/PR, no uso das atribuições que lhe são conferidas:

**CONSIDERANDO**, todas as normas aplicáveis aos contratos administrativos, inclusive a possibilidade de rescisão nos termos do art. 78 e 79 parágrafo único da Lei Federal n.º 8.666/93, nes te caso com



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

respaldo ao contraditório exigido pela própria lei e que se configura pelo protocolo de novo credenciamento dos profissionais,

DECIDE, rescindir unilateralmente o Contrato Administrativo n.º 43/2014 assinado em 27 de junho de 2014 referente ao Processo Licitatório na modalidade Inexigibilidade de Licitação sob n.º 24/2014, firmado com a empresa **INSITUTO DE SAÚDE BOM JESUS** que tinha por objeto contratação de empresa médica especializada em consultas e exames diversos a prestação do serviço de:

Item	Descrição	Unidade	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	CONSULTA PROCTOLOGISTA	UNID	500,00	50,000	25.000,00
2	CONSULTA PEDIATRA	UNID	3.000,00	50,000	150.000,00
3	CONSUTA EM ANESTESIOLOGISTA	UNID	500,00	50,000	25.000,00
4	CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA	UNID	3.000,00	50,000	150.000,00
5	CONSULTA EM CIRURGIA GERAL	UNID	1.000,00	50,000	50.000,00
6	CONSULTA MÉDICA EM HORÁRIOS DIFERENCIADOS	UNID	2.000,00	100,00	200.000,00
7	UROGRAFIA VENOSA	UNID	800,00	120,00	96.000,00
8	ELETROCARDIOGRAMA COM LAUDO (REALIZADO PELO MÉDICO)	UNID	1.500,00	50,000	75.000,00
9	RISCO CIRURGICO ( ELETROCARDIOGRAMA COM LAUDO + RISCO CIRURGICO)	UNID	1.500,00	100,00	150.000,00
10	TESTE DE ESFORÇO/ ERGOMETRICO ( INCLUI ELETROCARDIOGRAMA)	UNID	1.200,00	180,00	216.000,00
11	HOLTER	UNID	1.300,00	100,00	130.000,00
12	MAPA ( PRESSÃO ARTERIAL 24 H)	UNID	500,00	180,00	90.000,00
13	COLONOSCOPIA	UNID	1.000,00	300,00	300.000,00
14	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	UNID	2.000,00	80,000	160.000,00
15	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS ( PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	UNID	1.000,00	40,000	40.000,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

16	RADIOGRAFIA DE ARCADAS ZIGOMATICO-MALAR ( AP+ OBLIQUAS)	UNID	1.000,0 0	40,000	40.000,00
17	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	UNID	2.000,0 0	40,000	80.000,00
18	RADIOGRAFIA DE CAVUM ( LATERAL + HIRTZ)	UNID	2.000,0 0	40,000	80.000,00
19	RADIOGRAFIA DE CRANIO ( PA+ LATERAL+ OBLIQUA/BRETTON +HIRTZ)	UNID	200,00	40,000	8.000,00
20	RADIOGRAFIA DE CRANIO ( PA+ LATERAL)	UNID	2.000,0 0	40,000	80.000,00
21	RADIOGRAFIA DA REGIAO ORBITARIA (LOCALIZAÇÃO DE CORPO ESTRANHO)	UNID	2.000,0 0	40,000	80.000,00
22	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE ( FN+MN+LATERAL)	UNID	2.000,0 0	30,000	60.000,00
23	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE ( FN+MN+LATERAL+HIRTZ)	UNID	2.000,0 0	30,000	60.000,00
24	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA ( PA+ LATERAL+ BRETTON)	UNID	2.000,0 0	40,000	80.000,00
25	RADIOGRAFIA DE COSTELAS ( POR HEMITORAX)	UNID	2.000,0 0	40,000	80.000,00
26	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	UNID	2.000,0 0	40,000	80.000,00
27	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	UNID	2.000,0 0	30,000	60.000,00
28	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO	UNID	2.000,0 0	40,000	80.000,00
29	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR	UNID	2.000,0 0	30,000	60.000,00
30	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL	UNID	2.000,0 0	30,000	60.000,00
31	REDIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO-CLAVICULAR	UNID	2.000,0 0	30,000	60.000,00
32	RADIOGRAFIA DE BRAÇO	UNID	2.000,0	30,000	60.000,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

			0		
33	RADIOGRAFIA DE CLAVICULAR	UNID	2.000,00	30,000	60.000,00
34	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	UNID	2.000,00	30,000	60.000,00
35	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO	UNID	2.000,00	30,000	60.000,00
36	RADIOGRAFIA DE MÃO	UNID	2.000,00	30,000	60.000,00
37	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO ( MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	UNID	2.000,00	70,000	140.000,00
38	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL	UNID	2.000,00	30,000	60.000,00
39	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TIBIO-TARSICA	UNID	2.000,00	30,000	60.000,00
40	RADIOGRAFIA DE BACIA	UNID	2.000,00	30,000	60.000,00
41	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	UNID	2.000,00	30,000	60.000,00
42	RADIOGRAFIA DE COXA	UNID	2.000,00	30,000	60.000,00
43	RADIOGRAFIA DE JOELHO ( AP + LATERAL)	UNID	2.000,00	30,000	60.000,00
44	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA ( AP+LATERAL+ AXIAL)	UNID	2.000,00	40,000	80.000,00
45	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA ( AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	UNID	2.000,00	40,000	80.000,00
46	RADIOGRAFIA DE PÉ / DEDOS DO PÉ	UNID	2.000,00	30,000	60.000,00
47	RADIOGRAFIA DE PERNA	UNID	2.000,00	30,000	60.000,00
48	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO ( PARTES MOLES, LARINGE, TIROIDE OU PARA TIROIDE) C/ CONTRASTE	UNID	3.000,00	250,00	750.000,00
49	TOMOGRÁFIA	UNID	3.000,00	200,00	600.000,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

	COMPUTADORIZADA MASTOIDES OU ORELHAS		0	0	
50	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	UNID	3.000,0 0	200,00 0	600.000,00
51	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES	UNID	3.000,0 0	200,00 0	600.000,00
52	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX COM OU S/ CONTRASTE	UNID	3.000,0 0	250,00 0	750.000,00
53	TOMOGRAFIA DE HEMITORAX/ MEDIASTINO ( POR PLANO)	UNID	3.000,0 0	200,00 0	600.000,00
54	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN C/ CONTRASTE	UNID	3.000,0 0	315,00 0	945.000,00
55	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBROS INFERIORES	UNID	3.000,0 0	240,00 0	720.000,00
56	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE/BACIA	UNID	3.000,0 0	250,00 0	750.000,00
57	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO- MANDIBULAR (BILATERAL)	UNID	1.000,0 0	500,00 0	500.000,00
58	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL	UNID	1.000,0 0	500,00 0	500.000,00
59	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	UNID	1.000,0 0	500,00 0	500.000,00
60	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	UNID	1.000,0 0	500,00 0	500.000,00
61	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	UNID	1.000,0 0	500,00 0	500.000,00
62	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	UNID	1.000,0 0	500,00 0	500.000,00
63	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORAÇÃO/AORTA C/ CINE	UNID	1.000,0 0	500,00 0	500.000,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

64	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	UNID	1.000,00	500,00	500.000,00
65	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	UNID	1.000,00	500,00	500.000,00
66	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	UNID	1.000,00	500,00	500.000,00
67	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA/ PELVE	UNID	1.000,00	500,00	500.000,00
68	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBROS INFERIOR ( UNILATERAL)	UNID	1.000,00	500,00	500.000,00
69	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES	UNID	1.000,00	500,00	500.000,00
70	ESPIROMETRIA	UNID	1.000,00	90,000	90.000,00
71	COLONOSCOPIA	UNID	1.000,00	300,00	300.000,00
72	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	UNID	1.000,00	500,00	500.000,00
73	RADIOGRAFIA DE MAXILAR ( PA + OBLIQUA)	UNID	2.000,00	40,000	80.000,00
				TOTAL	17.770.000,00
				:	0

Perfaz-se a presente rescisão contratual, com os fundamentos administrativos expostos e com fulcro nos art. 78 inc. I c/c art. 79 inc. I da Lei Federal n.º 8.666/93, ficando o contrato **RESCINDIDO**, a partir da data de assinatura e publicação, não operando qualquer questionamento ou sanção por inadimplemento ou outras causas de não cumprimento de contrato.

Para a firmeza e validade do que ficou acima estabelecido, lavrou-se o presente termo que vai assinado pelo Presidente.

**FÁBIO HIDEK MIURA**  
Presidente



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

### TERMO DE RESCISÃO UNILATERAL DE CONTRATO ADMINISTRATIVO

Aos 02 (dois) dias de março do ano de 2015 (dois mil e quinze), nesta cidade e comarca de Ivaiporã – Estado do Paraná, o **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE 22ª REGIONAL DE SAÚDE DE IVAIPORÃ**, Estado do Paraná, Pessoa Jurídica de Direito Público, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 02.586.019/0001-97 com sede na Rua Diva Proença, 500, centro, Município de Ivaiporã/PR, neste ato representado por seu Presidente Fábio Hidek Miura, brasileiro, solteiro, portador a cédula de identidade R.G. nº 3.503.746-2 e inscrito no CPF sob o n.º 035.147.859-02, residente e domiciliado na Av. Curitiba, 172, São João do Ivaí/PR, no uso das atribuições que lhe são conferidas:

**CONSIDERANDO**, todas as normas aplicáveis aos contratos administrativos, inclusive a possibilidade de rescisão nos termos do art. 78 e 79 parágrafo único da Lei Federal n.º 8.666/93, neste caso com respaldo ao contraditório exigido pela própria lei e que se configura pelo protocolo de novo credenciamento dos profissionais,

DECIDE, rescindir unilateralmente o Contrato Administrativo n.º 29/2014 assinado em 12 de junho de 2014 referente ao Processo Licitatório na modalidade Inexigibilidade de Licitação sob n.º 7/2014, firmado com a empresa **JOÃO PAULO R DOURADO \$ CIA LTDA-ME** que tinha por objeto contratação de empresa médica especializada em consultas e exames diversos a prestação do serviço de:

Ite m	Descrição	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGISTA	480,00	50,000	24.000,00
2	VIDEONASOFIBROSCOPIO	120,00	50,000	6.000,00
3	VECTOELETRONISTAMOGRAFIA	120,00	200,000	24.000,00
4	CAUTERIZAÇÃO NASAL	120,00	50,000	6.000,00
5	TAMPONAMENTO NASAL ANTERO/POSTERIOR	120,00	150,000	18.000,00
6	TESTE ACUMETRICOS	120,00	41,250	4.950,00
7	TESTE VESTIBULARES E OTONEUROLÓGICOS	120,00	41,250	4.950,00
8	MANOBRAS DE REABILITAÇÃO VESTIBULARES	120,00	60,000	7.200,00
9	REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO EM OUVIDOS, FARINGE, LARINGE, NARIZ.	120,00	60,000	7.200,00
10	TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR	120,00	150,000	18.000,00
11	VIDEOLARINGOSCOPIA	120,00	80,000	9.600,00
12	DRENAGEM DE ABCESSO EM ORELHA /OTOHEMATONIA	120,00	150,000	18.000,00
13	CORREÇÃO CIRURGICA DE LESAO EM LOBULO DE ORELHA	120,00	150,000	18.000,00
14	FRENOTOMIA	120,00	80,000	9.600,00
15	ESTUDO TOPODIAGNOSTICO DE PARALISA FACIAL	120,00	90,000	10.800,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

16	PROVA DE FUNÇÃO TUBARIA	120,00	14,170	1.700,40
17	MIRINGOTOMIA UNILATERAL	120,00	28,800	3.456,00
18	ASPIRAÇÃO DE OUVIDO	120,00	50,000	6.000,00
19	POLIPECTOMIA	120,00	90,000	10.800,00
20	REMOÇÃO-CURETAGEM DE CERUME	120,00	50,000	6.000,00
21	TESTE ALERGICO CUTANEO	120,00	150,000	18.000,00
			<b>TOTAL:</b>	<b>232.256,40</b>

Perfaz-se a presente rescisão contratual, com os fundamentos administrativos expostos e com fulcro nos art. 78 inc. I c/c art. 79 inc. I da Lei Federal n.º 8.666/93, ficando o contrato **RESCINDIDO**, a partir da data de assinatura e publicação, não operando qualquer questionamento ou sanção por inadimplemento ou outras causas de não cumprimento de contrato.

Para a firmeza e validade do que ficou acima estabelecido, lavrou-se o presente termo que vai assinado pelo Presidente.

**FÁBIO HIDEK MIURA**  
Presidente

### TERMO DE RESCISÃO UNILATERAL DE CONTRATO ADMINISTRATIVO

Aos 02 (dois) dias de março do ano de 2015 (dois mil e quinze), nesta cidade e comarca de Ivaiporã – Estado do Paraná, o **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE 22ª REGIONAL DE SAÚDE DE IVAIPORÃ**, Estado do Paraná, Pessoa Jurídica de Direito Público, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 02.586.019/0001-97 com sede na Rua Diva Proença, 500, centro, Município de Ivaiporã/PR, neste ato representado por seu Presidente Fábio Hidek Miura, brasileiro, solteiro, portador a cédula de identidade R.G. nº 3.503.746-2 e inscrito no CPF sob o n.º 035.147.859-02, residente e domiciliado na Av. Curitiba, 172, São João do Ivaí/PR, no uso das atribuições que lhe são conferidas:

**CONSIDERANDO**, todas as normas aplicáveis aos contratos administrativos, inclusive a possibilidade de rescisão nos termos do art. 78 e 79 parágrafo único da Lei Federal n.º 8.666/93, neste caso com respaldo ao contraditório exigido pela própria lei e que se configura pelo protocolo de novo credenciamento dos profissionais,

DECIDE, rescindir unilateralmente o Contrato Administrativo n.º 30/2014 assinado em 13 de junho de 2014 referente ao Processo Licitatório na modalidade Inexigibilidade de Licitação sob n.º 8/2014, firmado com a empresa **SIM-SISTEMA INTEGRADO DE IMAGEM EM MEDICINA** que tinha por objeto contratação de empresa médica especializada em consultas e exames diversos a prestação do serviço de:



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

Item	Descrição	UM.	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	PUNÇÃO DE MAMA COM AGULHA GROSSA/CORE BIOPSY ORIENTADA POR ULTRASSONOGRFIA + ANATOMOPATOLOGICO( UTERO E MAMA)	UNID	800,00	400,000	320.000,00
2	BIOPSIA DE PROPOSTA GUIADA POR ULTRASSOM( ANATOMOPATOLOGICO)	UNID	800,00	500,000	400.000,00
3	EXCERESE DE NODULO DE MAMA COM ANATOMO	UNID	800,00	500,000	400.000,00
4	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE AGULHA GROSSA EM TIREOIDE( COM CITOLOGIA)	UNID	800,00	500,000	400.000,00
5	PUNÇÃO DE AGULHA FINA (PAAF) TIREOIDE (COM CITOLOGIA )	UNID	1.500,00	500,000	750.000,00
6	PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA( MAMA E OUTROS)	UNID	500,00	500,000	250.000,00
7	PLANIGRAFIA DE LARINGE	UNID	500,00	40,000	20.000,00
8	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS ( PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	UNID	1.000,00	40,000	40.000,00
9	RADIOGRAFIA DE ARCADAS ZIGOMATICO-MALAR ( AP+ OBLIQUAS)	UNID	1.000,00	40,000	40.000,00
10	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO- MANDIBULAR BILATERAL	UNID	2.000,00	40,000	80.000,00
11	RADIOGRAFIA DE CAVUM ( LATERAL + HIRTZ)	UNID	2.000,00	40,000	80.000,00
12	RADIOGRAFIA DE CRANIO ( PA+ LATERAL+ OBLIQUA/BRETTON +HIRTZ)	UNID	2.000,00	40,000	80.000,00
13	RADIOGRAFIA DE CRANIO ( PA+ LATERAL)	UNID	2.000,00	40,000	80.000,00
14	RADIOGRAFIA DE LARINGE	UNID	2.000,00	40,000	80.000,00
15	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE/ ROCHEDOS ( BILATERAL)	UNID	2.000,00	40,000	80.000,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

16	RADIOGRAFIA DE MAXILAR ( PA + OBLIQUA)	UNID	2.000,00	40,000	80.000,00
17	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE ( MN + LATERAL + HIRTZ)	UNID	2.000,00	30,000	60.000,00
18	RADIOGRAFIA DE REGIÃO ORBITÁRIA (LOCALIZAÇÃO DE CORPO ESTRANHO).	UNID	2.000,00	40,000	80.000,00
19	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE ( FN+MN+LATERAL)	UNID	2.000,00	30,000	60.000,00
20	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE ( FN+MN+LATERAL+HIRTZ)	UNID	2.000,00	30,000	60.000,00
21	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA ( PA+ LATERAL+ BRETTON)	UNID	2.000,00	40,000	80.000,00
22	MIELOGRAFIA	UNID	1.000,00	40,000	40.000,00
23	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP+Lateral+Obliquas)	UNID	2.000,00	30,000	60.000,00
24	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL ( AP + LATERAL +TO/ FLEXAO)	UNID	2.000,00	30,000	60.000,00
25	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL/ DINAMICA	UNID	2.000,00	30,000	60.000,00
26	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	UNID	2.000,00	30,000	60.000,00
27	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/OBLIQUAS E SEL)	UNID	2.000,00	40,000	80.000,00
28	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL/DINAMICA	UNID	2.000,00	40,000	80.000,00
29	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA ( AP + LATERAL)	UNID	2.000,00	30,000	60.000,00
30	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	UNID	2.000,00	30,000	60.000,00
31	RADIOGRAFIA DE COSTELAS ( POR HEMITORAX)	UNID	2.000,00	40,000	80.000,00
32	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	UNID	2.000,00	40,000	80.000,00
33	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	UNID	2.000,00	40,000	80.000,00
34	RADIOGRAFIA DE TORAX (	UNID	2.000,00	40,000	80.000,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

	APICO-LORDORTICA)		00		
35	RADIOGRAFIA DE TORAX ( PA+ INSPIRAÇÃO+ EXPIRAÇÃO +LATERAL)	UNID	2.000,00	40,000	80.000,00
36	RADIOGRAFIA DE TORAX ( PA+ LATERAL+OBLIQUA)	UNID	2.000,00	40,000	80.000,00
37	RADIOGRAFIA DE TORAX ( PA E PERFIL)	UNID	2.000,00	40,000	80.000,00
38	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	UNID	2.000,00	30,000	60.000,00
39	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO	UNID	2.000,00	40,000	80.000,00
40	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR	UNID	2.000,00	30,000	60.000,00
41	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL	UNID	2.000,00	30,000	60.000,00
42	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO –CLAVICULAR	UNID	2.000,00	30,000	60.000,00
43	RADIOGRAFIA DE BRAÇO	UNID	2.000,00	30,000	60.000,00
44	RADIOGRAFIA DE CLAVICULAR	UNID	2.000,00	30,000	60.000,00
45	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	UNID	2.000,00	30,000	60.000,00
46	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO	UNID	2.000,00	30,000	60.000,00
47	RADIOGRAFIA DE MÃO	UNID	2.000,00	30,000	60.000,00
48	RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO ( P/ DETERMINAÇÃO DE IDADE OSSEA)	UNID	2.000,00	30,000	60.000,00
49	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO ( TRES POSIÇÃO)	UNID	2.000,00	30,000	60.000,00
50	RADIOGRAFIA DE PUNHO ( AP+ LATERAL+ OBLIQUA)	UNID	2.000,00	30,000	60.000,00
51	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN ( AP+ LATERAL/LOCALIZADA)	UNID	2.000,00	30,000	60.000,00
52	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO ( MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	UNID	2.000,00	70,000	140.000,00
53	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN	UNID	2.000,00	30,000	60.000,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

	SIMPLES (AP)		00		
54	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL	UNID	2.000,00	30,000	60.000,00
55	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO SACRO-LLIACA	UNID	2.000,00	30,000	60.000,00
56	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TIBIO-TARSICA	UNID	2.000,00	30,000	60.000,00
57	RADIOGRAFIA DE BACIA	UNID	2.000,00	30,000	60.000,00
58	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	UNID	2.000,00	30,000	60.000,00
59	RADIOGRAFIA DE COXA	UNID	2.000,00	30,000	60.000,00
60	RADIOGRAFIA DE JOELHO ( AP + LATERAL)	UNID	2.000,00	30,000	60.000,00
61	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA ( AP+LATERAL+ AXIAL)	UNID	2.000,00	40,000	80.000,00
62	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA ( AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	UNID	2.000,00	40,000	80.000,00
63	RADIOGRAFIA DE PÉ / DEDOS DO PÉ	UNID	2.000,00	30,000	60.000,00
64	RADIOGRAFIA DE PERNA	UNID	2.000,00	30,000	60.000,00
65	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	UNID	2.000,00	40,000	80.000,00
66	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO COLORIDO E PULSADO	UNID	2.000,00	130,000	260.000,00
67	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL/RASTREAMENTO DE TESTÍCULOS	UNID	2.000,00	85,000	170.000,00
70	USG DE PROSTATA VIAS TRASRETAL	UNID	2.000,00	85,000	170.000,00
71	ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL FEMININA	UNID	2.000,00	85,000	170.000,00
72	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER COLORIDO	UNID	2.000,00	130,000	260.000,00
73	ULTRASSONOGRRAFIA DO ABDOMEN TOTAL COM DOPLLER COLORIDO	UNID	2.000,00	130,000	260.000,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

74	ULTRASSONOGRRAFIA DA TIREÓIDE COM DOPPLER COLORISO	UNID	2.000,00	130,000	260.000,00
75	ULTRASSONOGRRAFIA DAS GLANDULAS SALIVARES E SUBMANDIBULARES	UNID	2.000,00	85,000	170.000,00
76	ULTRASSONOGRRAFIA DA REGIAO INGUINAL	UNID	2.000,00	85,000	170.000,00
77	ULTRA-SONOGRAFIA PÊNIANA	UNID	2.000,00	85,000	170.000,00
78	ULTRASSONOGRRAFIA DO RETROPERITONIO	UNID	2.000,00	85,000	170.000,00
79	ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS	UNID	2.000,00	85,000	170.000,00
80	ULTRASSONOGRRAFIA SUPRA-RENAIS	UNID	2.000,00	85,000	170.000,00
81	ULTRASSONOGRRAFIA DAS LOJAS RENAI	UNID	2.000,00	85,000	170.000,00
82	ULTRASSONOGRRAFIA DO HIPOCONDRIO DIREITO	UNID	2.000,00	85,000	170.000,00
83	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL	UNID	2.000,00	85,000	170.000,00
84	ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL MASCULINA	UNID	2.000,00	85,000	170.000,00
85	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE(PESCOÇO,CERVICAL, PAROTIDA)	UNID	2.000,00	85,000	170.000,00
86	ULTRASSONOGRRAFIA DE TORAX(EXTRACARDICA)	UNID	2.000,00	85,000	170.000,00
87	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA (HIPOCONDRIO)	UNID	2.000,00	85,000	170.000,00
88	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS(DOPPLER RENAL, VASCULAR VENOSO, CAROTIDAS E VERTEBRAS, COLORIDO 3 VASOS OU MAIS	UNID	2.000,00	130,000	260.000,00
89	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO(ANTEBRAÇO, COXA, BRAÇO, JOELHO, TORNOZELO, OMBRO, PUNHO, PANTURRILHA)	UNID	2.000,00	85,000	170.000,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

90	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (AVALIAÇÃO DE FÍGADO, PÂNCREAS, VISÍCULA BILIAR, BAÇO, RINS, RETROPERITÔNIO E BEXIGA).	UNID	3.000,00	80,000	240.000,00
91	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN INFERIOR	UNID	3.000,00	80,000	240.000,00
92	ULTRA-SONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO ( RINS E BEXIGA)	UNID	3.000,00	80,000	240.000,00
93	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES, REGIÃO INGUINAL, ORGÕES E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS).	UNID	3.000,00	60,000	180.000,00
94	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL).	UNID	3.000,00	60,000	180.000,00
95	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA	UNID	3.000,00	70,000	210.000,00
96	ULTRA-SONOGRAFIA PELVICA (GINECOLÓGICA).	UNID	3.000,00	60,000	180.000,00
97	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL	UNID	3.000,00	70,000	210.000,00
98	USG PARATIREÓIDE	UNID	2.000,00	85,000	170.000,00
99	USG DE OMBRO	UNID	2.000,00	85,000	170.000,00
100	USG DE MÃO	UNID	2.000,00	85,000	170.000,00
101	ULTRA-SONOGRAFIA GLOBO OCULAR BILATERAL.	UNID	1.000,00	85,000	85.000,00
102	ULTRA-SONOGRAFIA GLOBO OCULAR COM DOPPEL COLORIDO	UNID	1.000,00	130,000	130.000,00
103	ULTRASSONOGRAFIA DAS GLANDULAS SALIVARES E SUBMANDIBULARES	UNID	1.000,00	85,000	85.000,00
104	USG DE MAMAS	UNID	1.000,00	85,000	85.000,00
105	ULTRA-SONOGRAFIA DERMATOLÓGICO (PELE E SUBCUTÂNEO)	UNID	1.000,00	85,000	85.000,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

106	USG DE PESCOÇO	UNID	1.000,00	85,000	85.000,00
107	USG PARATIREÓIDE	UNID	1.000,00	85,000	85.000,00
108	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	UNID	3.000,00	180,000	540.000,00
109	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	UNID	3.000,00	180,000	540.000,00
110	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	UNID	3.000,00	180,000	540.000,00
111	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE/ SEIOS DA FACE/ ARTICULAÇÕES TEMPORO- MANDIBULARES	UNID	3.000,00	180,000	540.000,00
112	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO ( PARTES MOLES, LARINGE, TIROIDE OU PARA TIROIDE) C/ CONTRASTE	UNID	3.000,00	250,000	750.000,00
113	TOMOGRAFIA DACRIOCISTOGRAFIA.	UNID	3.000,00	200,000	600.000,00
114	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCICA OU ORBITAS	UNID	3.000,00	180,000	540.000,00
115	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO C/ CONTRASTE	UNID	3.000,00	180,000	540.000,00
116	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MASTOIDES OU ORELHAS	UNID	3.000,00	200,000	600.000,00
117	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	UNID	3.000,00	200,000	600.000,00
118	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE	UNID	3.000,00	200,000	600.000,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

SEGMENTOS APENDICULARES					
119	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX COM OU S/ CONTRASTE	UNID	3.000, 00	250,000	750.000,0 0
120	TOMOGRAFIA DE HEMITORAX/ MEDIASTINO ( POR PLANO)	UNID	3.000, 00	200,000	600.000,0 0
121	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN C/ CONTRASTE	UNID	3.000, 00	315,000	945.000,0 0
122	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBROS INFERIORES	UNID	3.000, 00	240,000	720.000,0 0
123	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE/BACIA	UNID	3.000, 00	250,000	750.000,0 0
124	ULTRA-SONOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES (ANTEBRAÇO, COXA, BRAÇO, JOELHO, TORNOZELO, OMBRO, PUNHO, PANTURRILHA).	UNID	2.000, 00	85,000	170.000,0 0
				TOTAL:	23.825.00 0,00

Perfaz-se a presente rescisão contratual, com os fundamentos administrativos expostos e com fulcro nos art. 78 inc. I c/c art. 79 inc. I da Lei Federal n.º 8.666/93, ficando o contrato **RESCINDIDO**, a partir da data de assinatura e publicação, não operando qualquer questionamento ou sanção por inadimplemento ou outras causas de não cumprimento de contrato.

Para a firmeza e validade do que ficou acima estabelecido, lavrou-se o presente termo que vai assinado pelo Presidente.

**FÁBIO HIDEK MIURA**

**Presidente**

### TERMO DE RESCISÃO UNILATERAL DE CONTRATO ADMINISTRATIVO

Aos 02 (dois) dias de março do ano de 2015 (dois mil e quinze), nesta cidade e comarca de Ivaiporã – Estado do Paraná, o **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE 22ª REGIONAL DE SAÚDE DE IVAIPORÃ**, Estado do Paraná, Pessoa Jurídica de Direito Público, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o nº.



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2015 / EDIÇÃO Nº 41/2015**

**Ivaiporã, Segunda-Feira, 16 de Março de 2015**

02.586.019/0001-97 com sede na Rua Diva Proença, 500, centro, Município de Ivaiporã/PR, neste ato representado por seu Presidente Fábio Hidek Miura, brasileiro, solteiro, portador a cédula de identidade R.G. nº 3.503.746-2 e inscrito no CPF sob o n.º 035.147.859-02, residente e domiciliado na Av. Curitiba, 172, São João do Ivaí/PR, no uso das atribuições que lhe são conferidas:

**CONSIDERANDO**, todas as normas aplicáveis aos contratos administrativos, inclusive a possibilidade de rescisão nos termos do art. 78 e 79 parágrafo único da Lei Federal n.º 8.666/93, neste caso com respaldo ao contraditório exigido pela própria lei e que se configura pelo protocolo de novo credenciamento dos profissionais,

DECIDE, rescindir unilateralmente o Contrato Administrativo n.º 19/2014 assinado em 02 de junho de 2014 referente ao Processo Licitatório na modalidade Inexigibilidade de Licitação sob n.º 8/2014, firmado com a empresa **UROCLINICA – CLINICA UROLOGICA DE IVAIPORÃ LTDA** que tinha por objeto contratação de empresa médica especializada em consultas e exames diversos a prestação do serviço de:

Item	Descrição	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	CONSULTA EM UROLOGIA	3.240,00	50,000	162.000,00
2	BIOPSIA DE PROSTATA GUIADA POR ULTRASSOM( ANATOMOPATOLOGICO)	540,00	500,000	270.000,00
3	CISTOSCOPIA	1.350,00	180,000	243.000,00
4	UROFLUXOMETRIA	2.700,00	100,000	270.000,00
5	URODINAMICA	1.350,00	220,000	297.000,00
			<b>TOTAL:</b>	<b>1.242.000,00</b>

Perfaz-se a presente rescisão contratual, com os fundamentos administrativos expostos e com fulcro nos art. 78 inc. I c/c art. 79 inc. I da Lei Federal n.º 8.666/93, ficando o contrato **RESCINDIDO**, a partir da data de assinatura e publicação, não operando qualquer questionamento ou sanção por inadimplemento ou outras causas de não cumprimento de contrato.

Para a firmeza e validade do que ficou acima estabelecido, lavrou-se o presente termo que vai assinado pelo Presidente.

**FÁBIO HIDEK MIURA**  
Presidente