



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MOJUÍ DOS CAMPOS**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS**

**PROJETO BÁSICO**

**1. Dados do Ordenador de Despesa**

Fundo Municipal de Saúde- FMS

CNPJ: 17.738.256/0001-01

Rua Lauro Sodré, S/N Bairro Esperança

CEP: 68.129.000

Cidade: Mojuí dos Campos-PA

Fones: (93) 3537-1122

**2. Objeto:**

2.1. O presente tem por objeto ao credenciamento de Entidades Filantrópicas, privadas com e sem fins lucrativos, prestadoras de serviços de exames laboratoriais e ultrassonografias com laudo, a fim de atender os usuários da rede pública de saúde do município de Mojuí dos Campos-PA, dentro das condições qualitativas e quantitativas fixadas pela Secretaria Municipal de Saúde, conforme especificações constantes neste Projeto Básico.

2.2. A o credenciamento dos serviços será realizada através de licitação na modalidade Chamada Pública, ficando sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Gestão Administrativa, através da Divisão de Licitações, a realização do certame.

**3. Justificativa:**

3.1. Considerando que a Município de Mojuí dos Campos-PA não possui equipamentos nem corpo técnico necessário para realizar os exames constante neste Projeto Básico; A contratação de prestador de serviço é indispensável para garantir a contínua realização de exames de análises clínicas na atenção primária a saúde, assim como na rede ambulatorial as ultrassonografia compreendendo o contínuo compromisso de promoção da saúde pública para a população do Município, proporcionando a assistência efetiva e de qualidade aos pacientes assistidos, continuidade na oferta de serviços de aos usuários do SUS.

**4. Detalhamento do Objeto:**

4.1. Descrição e quantitativo dos serviços de exames laboratoriais e ultrassonografias com laudo, a fim de atender os usuários da rede pública de saúde do município de Mojuí dos Campos-PA estão descritos na tabela abaixo.

4.2. A quantidade estimada, estabelecida neste projeto básico foi elaborada diante a média do último ano. Assim, a Secretaria Municipal De Saúde visa atender o período de 01 (um) ano.

4.3. O preço unitário máximo dos exames laboratoriais e ultrassonografia a serem pagos ao(s) Laboratório(s) de Análises Clínicas credenciado(s) obedecerão aos valores da Tabela SUS.

| <b>BIOQUÍMICOS</b> |                  |                     |                    |  |                        |
|--------------------|------------------|---------------------|--------------------|--|------------------------|
| <b>ITE<br/>M</b>   | <b>DESCRIÇÃO</b> | <b>UNIDAD<br/>E</b> | <b>QUANT<br/>.</b> | <b>VALOR DE<br/>REFERÊNCI<br/>A<br/>TABELA SUS</b> | <b>VALOR<br/>TOTAL</b> |



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MOJUÍ DOS CAMPOS**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS**

|    |   |     |      |           |              |
|----|---|-----|------|-----------|--------------|
| 1  | DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (2 DOSAGENS)        | UND | 600  | R\$ 3,63  | R\$ 2.178,00 |
| 2  | DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO                              | UND | 2000 | R\$ 1,85  | R\$ 3.700,00 |
| 3  | DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACÕES              | UND | 500  | R\$ 2,01  | R\$ 1.005,00 |
| 4  | DOSAGEM DE CÁLCIO                                   | UND | 1000 | R\$ 1,85  | R\$ 1.850,00 |
| 5  | DOSAGEM DE COLESTEROL HDL                           | UND | 2400 | R\$ 3,51  | R\$ 8.424,00 |
| 6  | DOSAGEM DE COLESTEROL LDL E VLDL                    | UND | 2400 | R\$ 3,51  | R\$ 8.424,00 |
| 7  | DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL                         | UND | 2400 | R\$ 1,85  | R\$ 4.440,00 |
| 8  | DOSAGEM DE CREATININA                               | UND | 2400 | R\$ 1,85  | R\$ 4.440,00 |
| 9  | DOSAGEM DE POTÁSSIO                                 | UND | 1000 | R\$ 1,85  | R\$ 1.850,00 |
| 10 | DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRACÕES               | UND | 360  | R\$ 1,85  | R\$ 666,00   |
| 11 | DOSAGEM DE AMILASE                                  | UND | 200  | R\$ 2,25  | R\$ 450,00   |
| 12 | DOSAGEM DE FERRITINA                                | UND | 200  | R\$ 15,59 | R\$ 3.118,00 |
| 13 | DOSAGEM DE SÓDIO                                    | UND | 1000 | R\$ 1,85  | R\$ 1.850,00 |
| 14 | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO-OXALACÉTICA (TGO) | UND | 1500 | R\$ 2,01  | R\$ 3.015,00 |
| 15 | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO-PIRÚVICA (TGP)    | UND | 1500 | R\$ 2,01  | R\$ 3.015,00 |
| 16 | DOSAGEM DE TRIGLICÉRIDES                            | UND | 1800 | R\$ 3,51  | R\$ 6.318,00 |
| 17 | DOSAGEM DE UREIA                                    | UND | 2400 | R\$ 1,85  | R\$ 4.440,00 |
| 18 | DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D                     | UND | 600  | R\$ 15,24 | R\$ 9.144,00 |
| 19 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA                  | UND | 1000 | R\$ 7,86  | R\$ 7.860,00 |
| 20 | DOSAGEM DE GLICOSE                                  | UND | 2000 | R\$ 1,85  | R\$ 3.700,00 |
| 21 | DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO                        | UND | 60   | R\$ 3,68  | R\$ 220,80   |



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MOJUÍ DOS CAMPOS**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS**

|                     | DESIDROGENASE  |                |               |                                       |                    |
|---------------------|--|----------------|---------------|---------------------------------------|--------------------|
| VALOR PARCIAL       |  |                |               |                                       | R\$ 80.107,80      |
| <b>HEMATOLÓGICO</b> |  |                |               |                                       |                    |
| <b>ITEM</b>         | <b>DESCRIÇÃO</b>   | <b>UNIDADE</b> | <b>QUANT.</b> | <b>VALOR DE REFERÊNCIA TABELA SUS</b> | <b>VALOR TOTAL</b> |
| 22                  | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA   | UND            | 3000          | R\$ 1,53                              | R\$ 4.590,00       |
| 23                  | HEMATOCRITO  | UND            | 2200          | R\$ 1,53                              | R\$ 3.366,00       |
| 24                  | HEMOGRAMA COMPLETO   | UND            | 3000          | R\$ 4,11                              | R\$ 12.330,00      |
| 25                  | LEUCOGRAMA   | UND            | 1000          | R\$ 2,73                              | R\$ 2.730,00       |
| 26                  | PESQUISA DE HEMOGLOBINA  | UND            | 2300          | R\$ 2,73                              | R\$ 6.279,00       |
| 27                  | DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO (VHS)  | UND            | 1000          | R\$ 2,73                              | R\$ 2.730,00       |
| VALOR PARCIAL       |  |                |               |                                       | R\$ 32.025,00      |
| <b>SOROLÓGICO</b>   |  |                |               |                                       |                    |
| <b>ITEM</b>         | <b>DESCRIÇÃO</b>   | <b>UNIDADE</b> | <b>QUANT.</b> | <b>VALOR DE REFERÊNCIA TABELA SUS</b> | <b>VALOR TOTAL</b> |
| 28                  | DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA/RELAÇÃO)  | UND            | 1000          | R\$ 16,42                             | R\$ 16.420,00      |
| 29                  | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA                                     | UND            | 150           | R\$ 17,16                             | R\$ 2.574,00       |
| 30                  | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM E IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM) | UND            | 150           | R\$ 18,55                             | R\$ 2.782,50       |
| 31                  | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG/ IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)                         | UND            | 240           | R\$ 18,55                             | R\$ 4.452,00       |



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MOJUÍ DOS CAMPOS**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS**

| 32                  | PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG) | UND     | 120    | R\$ 18,55                      | R\$ 2.226,00  |
|---------------------|---|---------|--------|--------------------------------|---------------|
| 33                  | PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)             | UND     | 200    | R\$ 18,55                      | R\$ 3.710,00  |
| 34                  | PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)                        | UND     | 600    | R\$ 4,10                       | R\$ 2.460,00  |
| 35                  | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI HIV-1+HIV-2(ELISA)                    | UND     | 200    | R\$ 10,00                      | R\$ 2.000,00  |
| 36                  | TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS                          | UND     | 1500   | R\$ 4,10                       | R\$ 6.150,00  |
| 37                  | TESTE FTA-ABS IGG/IGM PARA DIAGNOSTICO DA SIFILIS                 | UND     | 1200   | R\$ 10,00                      | R\$ 12.000,00 |
| 38                  | DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125  | UND     | 200    | R\$ 13,35                      | R\$ 2.670,00  |
| 39                  | DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA                   | UND     | 800    | R\$ 9,25                       | R\$ 7.400,00  |
| 40                  | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA                         | UND     | 300    | R\$ 16,97                      | R\$ 5.091,00  |
| 41                  | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA                         | UND     | 300    | R\$ 18,55                      | R\$ 5.565,00  |
| 42                  | DOSAGEM DE CORTISOL   | UND     | 125    | R\$ 9,86                       | R\$ 1.232,50  |
| VALOR PARCIAL       |   |         |        |                                | R\$ 76.733,00 |
| <b>COPROLOGICOS</b> |   |         |        |                                |               |
| ITEM                | DESCRIÇÃO   | UNIDADE | QUANT. | VALOR DE REFERÊNCIA TABELA SUS | VALOR TOTAL   |
| 43                  | PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES                                      | UND     | 1.500  | R\$ 1,65                       | R\$ 2.475,00  |
| 44                  | PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES                                   | UND     | 1.500  | R\$ 1,65                       | R\$ 2.475,00  |
| 45                  | PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS                            | UND     | 1.500  | R\$ 1,65                       | R\$ 2.475,00  |



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MOJUÍ DOS CAMPOS**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS**

| 46                | PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES                            | UND     | 1.500   | R\$ 1,65                       | R\$ 2.475,00  |
|-------------------|--|---------|---------|--------------------------------|---------------|
| 47                | PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)           | UND     | 1.500   | R\$ 1,65                       | R\$ 2.475,00  |
| VALOR PARCIAL     |  |         |         |                                | R\$ 12.375,00 |
| <b>UROANALISE</b> |  |         |         |                                |               |
| ITEM              | DESCRIÇÃO  | UNIDADE | QUANT . | VALOR DE REFERÊNCIA TABELA SUS | VALOR TOTAL   |
| 48                | DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)                       | UND     | 800     | R\$ 2,04                       | R\$ 1.632,00  |
| 49                | PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)             | UND     | 500     | R\$ 4,44                       | R\$ 2.220,00  |
| 50                | CLEARANCE DE UREIA   | UND     | 1.000   | R\$ 3,51                       | R\$ 3.510,00  |
| 51                | DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA                              | UND     | 1.000   | R\$ 8,12                       | R\$ 8.120,00  |
| 52                | ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA. | UND     | 2.400   | R\$ 3,70                       | R\$ 8.880,00  |
| VALOR PARCIAL     |  |         |         |                                | R\$ 24.362,00 |
| <b>HORMONAI S</b> |  |         |         |                                |               |
| ITEM              | DESCRIÇÃO  | UNIDADE | QUANT . | VALOR DE REFERÊNCIA TABELA SUS | VALOR TOTAL   |
| 53                | DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG).     | UND     | 800     | R\$ 7,85                       | R\$ 6.280,00  |
| 54                | DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)                 | UND     | 800     | R\$ 7,89                       | R\$ 6.312,00  |
| 55                | DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)                          | UND     | 800     | R\$ 8,97                       | R\$ 7.176,00  |
| 56                | DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)                     | UND     | 1200    | R\$ 8,96                       | R\$ 10.752,00 |



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MOJUÍ DOS CAMPOS**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS**

| 57                   | DOSAGEM DE INSULINA                                   | UND     | 1200   | R\$ 10,17                      | R\$ 12.204,00 |
|----------------------|---|---------|--------|--------------------------------|---------------|
| 58                   | DOSAGEM DE PROLACTINA                                 | UND     | 600    | R\$ 10,15                      | R\$ 6.090,00  |
| 59                   | DOSAGEM DE PROGESTERONA                               | UND     | 1200   | R\$ 10,22                      | R\$ 12.264,00 |
| 60                   | DETERMINAÇÃO DE ÍNDICE DE TIROXINA LIVRE              | UND     | 1200   | R\$ 12,54                      | R\$ 15.048,00 |
| 61                   | DETERMINAÇÃO DE RETENÇÃO DE T3                        | UND     | 800    | R\$ 12,54                      | R\$ 10.032,00 |
| 62                   | DETERMINAÇÃO DE T3 REVERSO                            | UND     | 600    | R\$ 14,69                      | R\$ 8.814,00  |
| 63                   | DOSAGEM DE TIROXINA T4                                | UND     | 400    | R\$ 8,76                       | R\$ 3.504,00  |
| VALOR PARCIAL        |   |         |        |                                | R\$ 98.476,00 |
| <b>MICROBIOLOGIA</b> |   |         |        |                                |               |
| ITEM                 | DESCRIÇÃO   | UNIDADE | QUANT. | VALOR DE REFERÊNCIA TABELA SUS | VALOR TOTAL   |
| 64                   | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA) | UND     | 120    | R\$ 4,20                       | R\$ 504,00    |
| 65                   | ANTIBIOGRAMA  | UND     | 20     | R\$ 4,98                       | R\$ 99,60     |
| 66                   | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)              | UND     | 30     | R\$ 4,20                       | R\$ 126,00    |
| 67                   | BACTERIOSCOPIA (GRAM)                                 | UND     | 60     | R\$ 2,80                       | R\$ 168,00    |
| 68                   | EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)                | UND     | 25     | R\$ 2,89                       | R\$ 72,25     |
| 69                   | CULTURA DE BACTÉRIAS P IDENTIFICAÇÃO                  | UND     | 120    | R\$ 4,19                       | R\$ 502,80    |
| 70                   | CULTURA PARA BACTÉRIAS ANAERÓBICAS                    | UND     | 120    | R\$ 10,25                      | R\$ 1.230,00  |
| 71                   | CULTURA PARA IDENTIFICAÇÃO DE FUNGOS                  | UND     | 120    | R\$ 4,19                       | R\$ 502,80    |
| VALOR PARCIAL        |   |         |        |                                | R\$ 3.205,45  |
| <b>IMUNOLÓGICO</b>   |   |         |        |                                |               |



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MOJUÍ DOS CAMPOS**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS**

| <b>ITEM</b>             | <b>DESCRIÇÃO</b>  | <b>UNIDADE</b> | <b>QUANT.</b> | <b>VALOR DE REFERÊNCIA TABELA SUS</b> | <b>VALOR TOTAL</b> |
|-------------------------|---|----------------|---------------|---------------------------------------|--------------------|
| 72                      | PESQUISA DE FATOR RH                                      | UNID           | 300           | R\$ 3,37                              | R\$ 1.011,00       |
| VALOR PARCIAL           |   |                |               |                                       | R\$ 1.011,00       |
| <b>ULTRASSONOGRAFIA</b> |   |                |               |                                       |                    |
| <b>ITEM</b>             | <b>DESCRIÇÃO</b>  | <b>UNIDADE</b> | <b>QUANT.</b> | <b>VALOR DE REFERÊNCIA TABELA SUS</b> | <b>VALOR TOTAL</b> |
| 73                      | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR                      | UNID           | 20            | R\$ 24,20                             | R\$ 484,00         |
| 74                      | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL                         | UNID           | 300           | R\$ 37,95                             | R\$ 11.385,00      |
| 75                      | ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO                     | UNID           | 200           | R\$ 24,20                             | R\$ 4.840,00       |
| 76                      | ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL                        | UNID           | 40            | R\$ 24,20                             | R\$ 968,00         |
| 77                      | ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL                        | UNID           | 300           | R\$ 24,20                             | R\$ 7.260,00       |
| 78                      | ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL            | UNID           | 100           | R\$ 24,20                             | R\$ 2.420,00       |
| 79                      | ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE                              | UNID           | 50            | R\$ 24,20                             | R\$ 1.210,00       |
| 80                      | ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA                               | UNID           | 50            | R\$ 24,20                             | R\$ 1.210,00       |
| 81                      | ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO | UNID           | 300           | R\$ 39,60                             | R\$ 11.880,00      |
| 82                      | ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)                   | UNID           | 120           | R\$ 24,20                             | R\$ 2.904,00       |
| 83                      | ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL                             | UNID           | 250           | R\$ 24,20                             | R\$ 6.050,00       |
| VALOR PARCIAL           |   |                |               |                                       | R\$ 50.611,00      |
| VALOR TOTAL             |   |                |               |                                       | R\$ 378.906,25     |

## **5. Fundamento Legal**

5.1. Lei nº. 8.666/93, atualizada;

**Rua Lauro Sodré, s/nº Bairro Esperança.**  
**CEP: 68.129-000 – Mojuí dos Campos – Estado do Pará**  
**Telefone: (93) 3537- 1122– e-mail: semsa@mojuidoscampos.pa.gov.br**





**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MOJUÍ DOS CAMPOS  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS**

5.2. Lei nº 10.520 de 17/07/2002, que instituiu modalidade de licitação denominada Chamada Pública, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências.

**6. Prazo de Vigência do Contrato:**

---

6.1. O prazo de vigência do Contrato será de 12 (doze) meses, contados a partir da data de assinatura do Contrato.

**7. Da Forma De Execução Dos Serviços:**

---

7.1. Os pacientes serão encaminhados através da Secretaria Municipal da Saúde de Mojuí dos Campos, com os documentos emitidos pelo médico solicitante e o protocolo de autorização, sendo que o paciente deverá se submeter, aos credenciados e, à sua livre escolha e no horário que lhe aprover, observados o respectivo período diário de atendimento, dirigir-se-á ao credenciado de sua preferência, para a realização do exame necessário.

7.2. Poderão credenciar-se, prestadores de serviços cuja sede localizar-se dentro dos limites do município, assim como a empresas que se localizam fora do município de Mojuí dos Campos, desde que estas, mantenham, posto de coleta e atendimento dentro das unidades de saúde da rede pública municipal.

7.2.1 Realizar os serviços em instalações próprias, exclusivamente na região urbana do Município de Mojuí dos Campos-PA e/ou em espaço disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde para realização e execução de todos os tipos de exames, deste Projeto Básico.

7.2.2. Caso a Contratada não disponha de sede própria no Município de Mojuí dos Campos-PA, se obriga a realizar o serviço em espaço disponibilizado pela Contratante nas unidades Centro de Saúde de Mojuí dos Campos, ESF Baixa da Onça, ESF Vista Alegre do Moju para atendimentos em horário comercial, agendados com ao menos 01 (um) dia de antecedência.

7.2.3. Para os atendimentos nas Unidades de Saúde (Centro de Saúde de Mojuí dos Campos, ESF Baixa da Onça, ESF Vista Alegre do Moju) será disponibilizada espaço conveniente, onde a contratada deverá alocar às suas custas os equipamentos portáteis para executar os procedimentos.

7.2.4. Fica determinado ainda que, o espaço cedido para a coleta e atendimento, fica sob responsabilidade da empresa/laboratório no tocante a esterilidade, bem como cumprimento das normas sanitárias necessárias a viabilização da coleta do material visando evitar eventuais/possíveis contaminação do mesmo.

7.3. Realizar os procedimentos contratados, de acordo com a melhor técnica e com a observância de toda a legislação em vigor aplicável à prestação dos serviços, sem cobrança de qualquer valor adicional do paciente.

7.4. Ser responsável pelos materiais, equipamentos, recursos humanos, e tudo o mais que seja necessário para a realização do procedimento, de acordo com a melhor técnica.

7.5. A realização dos exames e a entrega dos resultados serão de responsabilidade da credenciada, que assumirá todos os ônus decorrentes dos procedimentos, mediante a remuneração tratada no item próprio.

7.6. Os resultados dos exames serão recebidos pelo próprio paciente encaminhado pela Secretaria de Saúde, no prazo máximo de 7 (sete) dias, após a coleta, ou de acordo com a urgência definida pelo solicitante, para exames realizados no próprio laboratório.

7.7. O paciente ficará responsável pela retirada do resultado no mesmo local da realização do procedimento.





**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MOJUÍ DOS CAMPOS**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS**

7.8. As empresas credenciadas deverão apresentar Relatório com as guias de requisição, devidamente autorizadas, com nome do paciente, exames realizados e respectivos valores e deixar a disposição para conferência na Secretaria da Saúde.

7.9. As guias deverão estar devidamente preenchidas, constando o nome do paciente, telefone de contato, data da realização do exame e assinatura do paciente.

**8. Obrigações da Contratada:**

---

8.1. Todas as despesas diretas, indiretas, funcionários em geral, combustível/transporte, alimentação, estadia, benefícios, encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais necessários para o fiel cumprimento do contrato, sem qualquer exceção, correrão por conta exclusiva dos Laboratórios Credenciados.

8.2. O Credenciado além das demais responsabilidades previstas neste Projeto Básico e seus anexos obrigar-se-á:

8.2.1. Organizar-se técnica e administrativamente, de modo a cumprir com eficiência o objeto desta contratação.

8.2.2. Realizar os exames constantes na Tabela de Exames, parte integrante deste Projeto Básico, prioritariamente, de acordo com as necessidades surgidas.

8.2.3. Permitir e facilitar à Credenciante o acompanhamento e verificação dos serviços em realização, o que não isentará o Credenciado de suas responsabilidades.

8.3. A Credenciada deve permitir o acompanhamento e a fiscalização da Contratante ou da comissão designada para tal, sempre que solicitada.

8.4. A Credenciada deverá de imediato, quando solicitado, apresentar documentos, prontuários e demais informações necessárias ao acompanhamento da execução do contrato.

8.5. A Credenciada deverá atender os pacientes com dignidade, respeito, de modo universal e igualitário.

8.6. A Credenciada será responsável por todos e quaisquer danos e/ou prejuízos que vier a causar aos pacientes encaminhados para exames.

8.7. A Credenciada deverá manter-se em dia com todas as condições de habilitação, licenças, alvarás e, além disso, comunicar à Prefeitura qualquer alteração em seus dados cadastrais.

8.8. Cumprir, dentro dos prazos estabelecidos todas as obrigações assumidas por força do Contrato gerado.

8.9. Permitir o acesso dos responsáveis da Secretaria da Saúde para supervisionar e acompanhar a execução da prestação dos serviços do contrato.

8.10 O Laboratório Credenciado obriga-se à prestação de serviços de exames laboratoriais à vista da apresentação, pelo interessado devidamente identificado com documento oficial, da autorização expedida pela Secretaria Municipal de Saúde.

8.11. Realizar o atendimento somente quando o paciente estiver de posse da autorização de exame, que será expedida em 02 (duas) vias, sendo que a 2.<sup>a</sup> (segunda) via será retida pelo Laboratório Credenciado para posterior conferência com a Secretaria Municipal de Saúde, na qual obterá a assinatura da parte interessada comprovando que esta retirou o exame solicitado.

8.12. Responsabilizar-se pela entrega dos exames laboratoriais à própria parte interessada, a qual a encaminhará ao médico solicitante.

8.13. Apresentar relatório trimestral com as guias de requisição devidamente autorizadas, com nome dos pacientes e procedimentos realizados, para conferência da Secretaria Municipal de Saúde.

8.14. Manter, através de seus responsáveis, e empregados, irrepreensível comportamento, discrição e polidez no trato e atendimento dos usuários, respondendo pela idoneidade moral



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MOJUÍ DOS CAMPOS**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS**

de seus empregados destacados para o atendimento dos serviços de que trata o presente credenciamento.

8.15. O Credenciado deverá comunicar, por escrito e de imediato, qualquer irregularidade que seja atribuída a terceiro relativo à prestação desses serviços.

8.16. Manter relação atualizada de seus empregados, junto à Secretaria Municipal de Saúde, que a qualquer tempo, poderá exigir a comprovação das suas responsabilidades.

8.17. Sujeitar-se as exigências da Saúde Pública, autoridades municipais, estaduais e federais.

8.18. Cumprir as normas, regulamentos, circulares, ordens de serviço, etc., emanadas da Secretaria Municipal de Saúde, bem como, de outras autoridades estaduais ou federal, no que se refere a manter-se regular à prestação de serviços ora contratados, com os quais o Laboratório Credenciado declara estar de acordo.

8.19. Garantir o atendimento aos usuários na condição de urgência ou emergência, independentemente do limite fixado pela Secretaria Municipal de Saúde.

8.10. Garantir ao Conselho Municipal de Saúde acesso a instituição para o exercício do seu poder de fiscalização.

8.11. Prestar os serviços de laboratório através de seu quadro técnico- profissional, com todo zelo, diligência e sigilo;

### **9. Qualificação Técnica:**

---

9.1. Para comprovação da qualificação técnica, os licitantes deverão apresentar a seguinte documentação:

9.1.1. Comprovante de Cadastramento junto ao CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde).

9.1.2. Referente aos profissionais que desempenham atividades técnicas no estabelecimento deverá apresentar:

9.1.2.1. Cópia autenticada da Cédula de Identidade Profissional e do cartão de CPF – Cadastro de Pessoa Física.

9.1.2.2. Diploma/Título de Especialista.

9.1.2.3. Apresentar Certificado de Regularidade do responsável Técnico atualizado, anualmente.

9.1.3. Licença Sanitária Municipal, expedida pelo órgão sanitário da Prefeitura Municipal de Mojuí dos Campos, dentro do prazo legal de validade.

9.1.4. Alvará de Funcionamento fornecido pela prefeitura do município em que se encontra instalada a sede da empresa.

c) Fica determinado ainda que, o espaço cedido para a coleta a ser realizada por tempo determinado, fica sob responsabilidade da empresa/laboratório no tocante a esterilidade, bem como cumprimento das normas sanitárias necessárias a viabilização da coleta do material visando evitar eventuais/possíveis contaminação do mesmo.

### **10. Obrigações da Contratante:**

---

10.1 Efetuar os pagamentos correspondentes às faturas emitidas dentro do prazo legal;

10.2 Proporcionar todas as facilidades necessárias à boa execução do objeto desta licitação;

10.3 Prestar as informações e esclarecimentos que venham a ser solicitadas pela **CONTRATADA**;

### **11. Fiscalização:**

---



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MOJUÍ DOS CAMPOS  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS**

11.1 A fiscalização e acompanhamento da execução do Contrato serão realizados por Fiscal do contrato e pelo fiscal suplente, designados pelo órgão solicitante, observando-se as disposições contidas no artigo 67 e parágrafos da Lei 8.666/93.

**12. Prazo e Local de Entrega do objeto licitado (Prestação do serviço):**

---

O prazo para entrega será de 20 (vinte) dias, após a assinatura do contrato, conforme as necessidades desta secretaria.

**13. Dotação Orçamentária:**

---

**DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

**10 301 0004 2.033 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde – FMS**

3.3.90.39.00 Outros serv. de terc. pessoa jurídica

15001002 Receita de Imposto e Trans. - Saúde

16000000 Transferência SUS Bloco de manutenção

16210000 Transferência SUS de Governo Estadual

**14. Declaração do Solicitante:**

---

Declaramos que este Termo de Referência está de acordo com a Lei nº 8.666/93, Lei nº 10.520/2002 e legislação em vigor.

|   |  |
|---|--|
| Data: 20/05/2022  | Data: 20/05/2022   |
| _____<br>Lidineia Rodrigues do Nascimento<br>Chefe Núcleo Administrativo Financeiro –<br>FMS<br>Decreto Nº 181/2021 | _____<br>Glayton Jean da Silva Rodrigues<br>Secretário Municipal de Saúde<br>Dec. nº 04/2021 |