



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MOJUÍ DOS CAMPOS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS
Rua Dep. José Macedo, s/nº Bairro Centro.
CEP: 68.129-000 – Mojuí dos Campos – Estado do Pará
Telefone: (93) 3537- 1122– e-mail: semsa@mojuidoscamos.pa.gov.br

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2019-FMS
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº035/2019-PMMC**

Tipo de Licitação: Credenciamento nº 001/2019 - FMS

Expedido edital no dia: 17/07/2019.

Período para o credenciamento: início 18 de julho de 2019 até 16 de agosto de 2019.

Local do credenciamento: Sala de Licitação sala de Licitação da SEMGA, situada a Rua Lauro Sodré, s/nº – Bairro Esperança, CEP 68.129-000.

Ato de abertura dos envelopes: 19 de agosto de 2019 às 09 horas na Sala de Licitação da SEMGA, situada a Rua Lauro Sodré, s/nº – Bairro Esperança, CEP 68.129-000.

O Município de Mojuí dos Campos, através do Fundo Municipal de Saúde, com sede na Rua Dep. José Macedo, s/nº Bairro Centro, CEP 68129-000 – Mojuí dos Campos – Estado do Pará, por meio da Comissão Especial de Credenciamento de Serviços de Saúde para Contratação de Prestadores de Serviços de Saúde, nomeada pela Portaria Nº. 17, de junho 2019, em conformidade, com a Lei 8.666/93, com a Lei Nº. 8.080/90, com a Portaria nº. 2567/2016 do Ministério da Saúde e demais legislações aplicáveis, torna pública a realização de seleção e possível entidades prestadoras de serviços de assistência à saúde, na área de análises clínicas, tabela SUS, para atender a demanda do município de Mojuí dos Campos, nos termos das condições estabelecidas no presente instrumento de chamamento.

1. DO OBJETO

- 1.1. O presente Edital tem por fim realizar o Chamamento Público de Pessoas Jurídicas para **CONTRATAÇÃO DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, NA ÁREA DE ANÁLISES CLÍNICAS, TABELA SUS, PARA ATENDER A DEMANDA DO MUNICÍPIO DE MOJUÍ DOS CAMPOS.**
- 1.2. Os credenciados devem prestar os serviços nas condições deste Edital e no Termo de Credenciamento, obedecendo aos preços preestabelecidos na Tabela do SUS.

2. PEDIDO DE CREDENCIAMENTO:

- 2.1. Os interessados em prestar os serviços ao Município, deverão encaminhar os documentos relacionados no item 3 deste edital, **ATÉ O DIA 16 DE AGOSTO DE 2019 às 16 horas**, em envelope fechado, junto a Secretaria Municipal de Gestão Administrativa, Setor de Licitações e Contratos, neste Município de Mojuí dos Campos.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MOJUÍ DOS CAMPOS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS
Rua Dep. José Macedo, s/nº Bairro Centro.
CEP: 68.129-000 – Mojuí dos Campos – Estado do Pará
Telefone: (93) 3537- 1122– e-mail: semsa@mojuidoscamos.pa.gov.br

- 2.2. Após a análise da documentação e estando esta em conformidade com os requisitos estipulados neste edital, o Fundo Municipal fornecerá à empresa Termo de Credenciamento. Em caso de indeferimento do pedido, o interessado poderá interpor recurso, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da notificação de indeferimento.
- 2.3. A pessoa jurídica credenciada fica obrigada a manter as mesmas condições de cadastro durante a execução do credenciamento.
- 2.4. O credenciamento poderá ser realizado para a prestação imediata dos serviços credenciados ou somente para formalizar relação para futura prestação de serviços, mediante solicitação da Secretaria Municipal de Saúde.
- 2.5. A Secretaria Municipal de Saúde não está obrigada a solicitar os serviços da empresa credenciada em caso de ausência de demanda que o justifique.

3. REQUISITOS PARA CREDENCIAMENTO:

- 3.1. - As pessoas jurídicas (empresas, microempresas e cooperativas) interessadas em prestar os serviços deverão apresentar os seguintes documentos:

3.1.1 Habilitação Jurídica:

- 3.1.1.1 Registro Comercial, arquivado na Junta Comercial respectiva, no caso de Empresa Individual;
- 3.1.1.2 Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor, Junta Comercial, em se tratando de Sociedade Comercial; e, no caso de Sociedade por Ações, acompanhado dos documentos referentes às eleições de seus administradores;
- 3.1.1.3 Inscrição do Ato Constitutivo, no caso de Sociedades Civ da Diretoria em Exercício, devidamente registrado em cartório;
- 3.1.1.4 Decreto de autorização, em se tratando de Empresa ou Sociedade Estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido órgão competente, quando a atividade assim o exigir;



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MOJUÍ DOS CAMPOS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS
Rua Dep. José Macedo, s/nº Bairro Centro.
CEP: 68.129-000 – Mojuí dos Campos – Estado do Pará
Telefone: (93) 3537- 1122– e-mail: semsa@mojuidoscamos.pa.gov.br

3.1.2 Regularidade Fiscal:

3.1.2.1 Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);

3.1.2.2 Prova de regularidade relativa à regularidade fiscal para com a Fazenda Federal e à Dívida Ativa da União, fornecida conjuntamente com a Certidão Relativa aos Tributos Federais e à Dívida Ativa da União;

3.1.2.3 Prova de regularidade para com a fazenda Estadual;

3.1.2.4 Prova de Regularidade para com a fazenda Municipal;

3.1.2.5 Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);

3.1.2.6 Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT);

3.1.2.7 Alvará de Localização e Funcionamento;

3.1.3 Regularidade Social:

3.1.3.1 Declaração emitida pela Empresa atestando que atende ao inciso XXXIII, art. 7º da Constituição Federal (proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre aos men dezoito e de qualquer trabalho a menores de quatorze anos, salvo condição de aprendiz) - Modelo de uso facultativo Anexo IV;

3.1.3.2 Declaração de inexistência de fato impeditivo, nos termos do artigo 32, § 2º, da Lei Federal nº 8.666/93, alterado pela Lei nº 9.648/98- Modelo de uso facultativo Anexo VII.

3. 1.3.3 Declaração de que os sócios ou diretores não ocupam cargo ou função pública no âmbito federal, estadual ou municipal, tendo em vista a vedação prevista no art. 9º da Lei 8.666/93 - Modelo de uso facultativo Anexo V;

3.1.4 Qualificação Econômico-Financeira:

3.1.4.1 Certidão Negativa de Falência e Concordata ou Recuperação Judicial expedida pelo distribuidor da sede da Pessoa Jurídica;

3.1.5 Qualificação Técnica:

3.1.5.1 Alvará Sanitário expedido pela Vigilância Sanitária Municipal ou Estadual;



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MOJUÍ DOS CAMPOS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS
Rua Dep. José Macedo, s/nº Bairro Centro.
CEP: 68.129-000 – Mojuí dos Campos – Estado do Pará
Telefone: (93) 3537- 1122– e-mail: semsa@mojuidoscamps.pa.gov.br

3.1.5.2 Comprovação de inscrição da proponente no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES;

3.1.5.3 Certificado de registro da entidade no respectivo órgão de classe, Regularidade Financeira ou Protocolo de Inscrição de Pessoa Jurídica emitido pelo respectivo órgão de classe, atualizado.

3.1.5.3.1 Nos casos de apresentação do Protocolo de Inscrição de Pessoa Jurídica no ato do credenciamento, o contrato terá caráter provisório pela apresentação do Certificado assim que este for homologado, sob pena de rescisão contratual;

3.1.5.4 Certificado de entidade filantrópica, quando for o caso;

3.1.5.5 Registro do responsável técnico pelo laboratório no respectivo Conselho Profissional;

3.1.5.6 Demonstração de quadro de funcionários compatível com sua produção de pertinentes ao objeto do credenciamento, indicando o(s) técnico responsável (is) pelo serviço (modelo Anexo)

3.1.5.7 Comprovação de Registro ou Contrato de Trabalho do quadro de profissionais técnicos (nível superior e médio) vinculado ao estabelecimento, com a devida comprovação de regularidade junto aos órgãos de classes.

3.1.5.8 Comprovação de que participa de pelo menos um Programa Nacional de Controle de Qualidade por Empresa certificada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

3.1.6 Outros:

3.1.6.1 Declaração informando o horário de atendimento da unidade prestadora dos serviços aos usuários do SUS, endereço da mesma, bem como o horário dos profissionais disponibilizados a esta clientela, assinada pelo representante legal da empresa;

3.1.6.2 Declaração de que tem conhecimento e aceita todos os termos do Edital de Chamada Pública nº 001/2019, do Fundo Municipal de Saúde assinado pelo representante legal da empresa;



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MOJUÍ DOS CAMPOS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS
Rua Dep. José Macedo, s/nº Bairro Centro.
CEP: 68.129-000 – Mojuí dos Campos – Estado do Pará
Telefone: (93) 3537- 1122– e-mail: semsa@mojuidoscampos.pa.gov.br

3.2 A presente documentação, devidamente atualizada, poderá ser apresentada em original, por qualquer processo de cópia autenticada por cartório competente ou por servidor da administração do Município, caso em que devem estar presentes os originais ou publicação em órgão de imprensa oficial;

3.3 Não serão aceitas fotocópias efetuadas em aparelhos de fax, bem como aquelas que se encontrarem ilegíveis, rasuras, ressalvas ou emendas;

3.4 Os documentos sem validade expressa, considerar-se-á como sendo 180 (cento e oitenta) dias da data de sua emissão.

3.5 A Comissão Permanente de Licitação poderá consultar ao serviço de verificação de autenticidade das certidões emitidas na internet, ficando a licitante dispensada de autenticá-la, no caso de cópia das mesmas;

3.6 A referida documentação deverá ser disposta sequencialmente e rubricada em todas as páginas;

3.7 A falta de apresentação de quaisquer dos documentos requeridos neste edital ensejara na desclassificação da empresa;

3.7.1 No caso de apresentação de documentação fiscal ou trabalhista fora do prazo de validade, será concedido às participantes que se enquadrarem na condição de micro e pequena empresa, os benefícios da Lei Complementar 123/2006 e alterações.

3.8 As empresas que não atenderem aos requisitos dessa chamada pública serão consideradas inabilitadas e não poderão assinar contrato com o Fundo Municipal de Saúde.

4. CONDIÇÃO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS:

4.1. Os serviços de análises clínicas deverão ser prestados por estabelecimentos que atendam as exigências desse edital e que estejam localizados no Município de Mojuí dos Campos.

4.2. O horário de atendimento deve ser informado no credenciamento.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MOJUÍ DOS CAMPOS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS
Rua Dep. José Macedo, s/nº Bairro Centro.
CEP: 68.129-000 – Mojuí dos Campos – Estado do Pará
Telefone: (93) 3537- 1122– e-mail: semsa@mojuidoscampos.pa.gov.br

- 4.3. Sendo o credenciado de fora do município, deverá disponibilizar local de atendimento no Município e nos horários descritos no item “4.2” devendo observar as demais exigências desse edital.
- 4.4. O Município manterá preposto para fiscalizar, de forma permanente, a prestação dos serviços pelos credenciados, podendo proceder ao descredenciamento, em casos de má prestação, verificada o processo administrativo específico, com garantia do contraditório e da ampla defesa;
- 4.5. É vedado o credenciamento de profissionais pertencentes ao quadro permanente do Município;
- 4.6. É vedado exercer atividade, por credenciamento, o profissional, que for servidor público, ou estiver em exercício de cargo em comissão ou função gratificada, ou que estiver em exercício de mandato eletivo ou com registro oficial de candidatura para qualquer desses cargos no Município de Mojuí dos Campos;
- 4.7. O credenciamento que venha a se enquadrar nas situações previstas no item anterior terá suspensão a respectiva atividade, enquanto perdurar o impedimento;
- 4.8. É vedada a realização do trabalho do credenciado em dependências ou setores próprios do Município;
- 4.9. A Secretaria Municipal de Saúde autorizará os exames conforme a análise das demandas e a disponibilidade orçamentária-financeira;
- 4.10. A escolha do estabelecimento será feita exclusivamente pelo paciente, que receberá lista dos credenciados para a realização do serviço, com os seus respectivos horários de atendimento, quando autorizada a consulta ou o procedimento pela Secretaria de Saúde do Município.

5. FORMA E PRAZO DE PAGAMENTO:

- 5.1. O pagamento pelos serviços prestados pelo credenciado será efetuado mensalmente, tendo em conta o número de procedimentos efetivamente realizados por



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MOJUÍ DOS CAMPOS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS
Rua Dep. José Macedo, s/nº Bairro Centro.
CEP: 68.129-000 – Mojuí dos Campos – Estado do Pará
Telefone: (93) 3537- 1122– e-mail: semsa@mojuidoscamos.pa.gov.br

encaminhamento do Município, **multiplicado pelo valor correspondente da Tabela do SUS.**

- 5.2. O pagamento somente será efetuado mediante apresentação da autorização do atendimento, devidamente assinada pelo paciente, comprovando a prestação do serviço, acompanhada do documento fiscal idôneo.
- 5.3. A documentação indicada no item 5.2 deverá ser entregue na Secretaria de Saúde do Município até o dia 10 (dez) do mês subsequente à realização dos atendimentos/procedimentos, sendo que o pagamento será realizado até o dia 20 do mesmo mês, após o seu recebimento e conferência pelo Município.
- 5.4. Serão pagos apenas os exames que estiverem especificamente prescritos na requisição médica dos SUS ou referenciados.
- 5.5. O pagamento será efetuado em conta bancária indicada pela credenciada.

6. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

- 6.1. As despesas decorrentes do presente credenciamento correrá a conta do Fundo Municipal de Saúde na seguinte dotação:

0404 – Fundo Municipal de Saúde – FMS

10.301.0004 2035 – Manutenção das Unidades Básicas de Saúde – UBS.

3.3.90.39.00 – Outros Serviços de Terceiro Pessoa Jurídica.

3.3.90.39.50 – Serviços médico-hospital, odontológico e laboratorial.

7. REAJUSTE:

- 7.1. O reajuste contratual será aplicado ao credenciamento quando houver nova resolução Estadual e Portaria Federal, ajustando novos valores para os serviços dispostos no objeto desse Edital de Credenciamento.

8. DAS PENALIDADES:

- 8.1. O descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas ou o cumprimento em desacordo com o pactuado acarretará, ao CREDENCIADO, as penalidades previstas no



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MOJUÍ DOS CAMPOS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS
Rua Dep. José Macedo, s/nº Bairro Centro.
CEP: 68.129-000 – Mojuí dos Campos – Estado do Pará
Telefone: (93) 3537- 1122– e-mail: semsa@mojuidoscamos.pa.gov.br

Artigo 87, da Lei 8666/93 e alterações e conforme consta na Minuta do Termo de Credenciamento.

9. PRAZO DE VIGÊNCIA:

- 9.1. O prazo de vigência do Contrato de Credenciamento será de 12 (doze) meses, contados da data da sua homologação, prorrogável, a critério do Município, até o limite de 60 (sessenta meses).
- 9.2. Poderá, a qualquer tempo, haver o encerramento da prestação do serviço, por iniciativa de qualquer das partes, caso não haja interesse na continuidade dos serviços, mediante comunicação prévia de 60 (sessenta) dias.
- 9.3. Para prorrogação do credenciamento, as pessoas jurídicas deverão apresentar todos os documentos arrolados no item 3 deste Edital dez (10) dias antes da ocorrência do termo final do prazo, junto a Secretaria Municipal de Saúde.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS:

- 10.1. O credenciamento não configura relação contratual de prestação de serviços;
- 10.2. O Termo de Credenciamento que será firmado não implica nenhum vínculo trabalhista ou previdenciário, tendo a(s) CREDENCIADA(S) responsabilidade única, exclusiva e total pelos serviços prestados, em nada correlacionado com o Município;
- 10.3. É de responsabilidade exclusiva e integral do credenciado, a utilização de pessoal para execução dos respectivos procedimentos, incluídos encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações, em nenhuma hipótese, poderão ser transferidos para o Município ou para o Ministério da Saúde.
- 10.4. Todos os documentos, exigidos no presente instrumento convocatório, poderão ser apresentados em original com cópia para conferência/autenticação por servidor do Município de Mojuí dos Campos, por qualquer processo de cópia autenticada por cartório competente, ou publicação em órgão da imprensa oficial. Sendo que, quando for o caso, poderão, ainda, ser extraídos de sistemas informatizados (internet) ficando sujeitos a verificação de sua autenticidade.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MOJUÍ DOS CAMPOS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS
Rua Dep. José Macedo, s/nº Bairro Centro.
CEP: 68.129-000 – Mojuí dos Campos – Estado do Pará
Telefone: (93) 3537- 1122– e-mail: semsa@mojuidoscampos.pa.gov.br

10.5. O Município reserva-se o direito de fiscalizar, de forma permanente, a prestação dos serviços pelos credenciados, podendo proceder o descredenciamento, em casos de má prestação dos serviços;

10.6. Qualquer esclarecimento ou informação complementar poderá ser obtido junto à Secretaria Municipal de Gestão Administrativa – Setor de Licitações ou pelo fone (093) 3537-1169 – Ramal 024, no horário das 08h00min às 12h00min, ou por e-mail licitação@mojuidoscampos.pa.gov.br.

11. ANEXOS

11.1. São partes integrantes deste Edital os anexos:

- a) ANEXO I – Termo de Referência;
- b) ANEXO II – Modelo de Solicitação de Credenciamento;
- c) ANEXO III – Modelo de Termo de Concordância com Preços da Tabela SUS;
- d) ANEXO IV – Modelo Declaração que Atende ao Disposto no Artigo 7º, Inciso XXXIII Da Constituição Federal;
- e) ANEXO V – Modelo de declaração que a instituição não possui servidor público do município de Mojuí dos Campos, como representante legal/membro da diretoria/sócio administrador/proprietário e/ou presidente da instituição.
- f) ANEXO VI – Modelo de declaração de conhecimento dos termos do edital;
- g) ANEXO VII – Modelo de declaração de inexistência de fato superveniente e impeditivo
- h) ANEXO VIII – Modelo de relação de profissionais que compõem equipe técnica;
- i) ANEXO IX - Modelo de ofício indicando sua capacidade de oferta e quantidade;
- j) ANEXO X – Minuta do Termo de Contrato.

Mojui dos Campos, em 17 de julho de 2019.

COMISSÃO ESPECIAL DE CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MOJUÍ DOS CAMPOS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS
Rua Dep. José Macedo, s/nº Bairro Centro.
CEP: 68.129-000 – Mojuí dos Campos – Estado do Pará
Telefone: (93) 3537- 1122– e-mail: semsa@mojuidoscamos.pa.gov.br



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MOJUÍ DOS CAMPOS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS
Rua Dep. José Macedo, s/nº Bairro Centro.
CEP: 68.129-000 – Mojuí dos Campos – Estado do Pará
Telefone: (93) 3537- 1122– e-mail: semsa@mojuidoscamos.pa.gov.br

ANEXO I

TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO:

1. 1.1- O presente edital objetiva a seleção para possível de **CONTRATAÇÃO DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, NA ÁREA DE ANÁLISES CLÍNICAS, TABELA SUS, PARA ATENDER A DEMANDA DO MUNICÍPIO DE MOJUÍ DOS CAMPOS.**

2- JUSTIFICATIVA

2.1- A Secretaria de Saúde não dispõe de serviço próprio implantado de anatomia patológica e de análise de fitopatológica, sendo necessária a realização de processo de Chamada Pública para contratação desses serviços para garantir o serviço através de um contrato para que atenda uma demanda de aproximadamente 6.400(Seis mil quatrocentos) análises/mês, compreendendo exames/cortes de anatomopatológicos e análises de citopatologia, e ainda pelas razões abaixo:

Considerando o que dispõe a Constituição Federal de 1988, em especial o seu artigo 196, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação;

Considerando a lei 8.080, de Setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

Considerando a necessidade de atendimento de serviços especializados conforme os parâmetros da portaria nº. 1097 de 2006;

Considerando a Portaria/GM 1101 de 2002, que estabelece os parâmetros de cobertura assistenciais;

Considerando a Portaria GM/MS 399, de fevereiro de 2006 que estabelece as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, compromisso entre os gestores do SUS em torno das prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população; e Estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada - PPI; Regulação; Participação e Controle Social; Gestão do trabalho e Educação na Saúde;

Considerando a Portaria GM/MS Nº 1.034, de 5 de Maio de 2010, em seu art. 9º, II, para efeito de remuneração, os serviços contratados deverão utilizar como referência a Tabela de Procedimentos SUS;

Considerando a Portaria GM/MS Nº 129, de 21 de Fevereiro de 2014, que garante o recurso para pagamento dos serviços de patologia clínica com repasse ao fundo municipal de saúde;

Considerando a necessidade de assegurar a prestação de serviço laboratorial aos municípios de Mojuí dos Campos, de forma a complementar a assistência à saúde;



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MOJUÍ DOS CAMPOS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS
Rua Dep. José Macedo, s/nº Bairro Centro.
CEP: 68.129-000 – Mojuí dos Campos – Estado do Pará
Telefone: (93) 3537- 1122– e-mail: semsa@mojuidoscamos.pa.gov.br

Considerando que os Exames Laboratoriais são necessários como apoio para diagnóstico de inúmeras patologias, assim sendo, a contratação de Laboratório para a prestação de serviços de Análises Clínicas são indispensáveis, como instrumento para complementar a assistência médico-ambulatorial realizada nas Unidades de Saúde do Município de Mojuí dos Campos;

Considerando que a Secretaria Municipal de Saúde de Mojuí dos Campos não possui capacidade instalada para realizar os exames especializados de Análises Clínicas advindos do Município;

Por todo o exposto a Secretaria Municipal decidiu contratar a Contratação de LABORATÓRIO para realização de Exame Laboratorial, TABELA UNIFICADA SUS com de serviço de coleta, análises e diagnóstico das amostras de material coletado, para atender aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS deste município.

2. RELAÇÃO/DESCRIÇÃO DOS EXAMES

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE	SUBELEMENTOS	VALOR/TABELA SUS	VALOR TOTAL
01	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (2 DOSAGENS)	UND	600	3.3.50.39.55	R\$ 3,63	R\$ 2.178,00
02	DOSAGEM DE ACIDO ÚRICO	UND	2.400	3.3.50.39.55	R\$ 1,85	R\$ 4.440,00
03	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	UND	1.500	3.3.50.39.55	R\$ 2,01	R\$ 3.015,00
04	DOSAGEM DE CALCIO	UND	240	3.3.50.39.55	R\$ 1,85	R\$ 444,00
05	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	UND	2.400	3.3.50.39.55	R\$ 3,51	R\$ 8.424,00
06	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL E VLDL	UND	2.400	3.3.50.39.55	R\$ 3,51	R\$ 8.424,00
07	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	UND	2.400	3.3.50.39.55	R\$ 1,85	R\$ 4.440,00
08	DOSAGEM DE CREATININA	UND	2.400	3.3.50.39.55	R\$ 1,85	R\$ 4.440,00
09	DOSAGEM DE POTASSIO	UND	600	3.3.50.39.55	R\$ 1,85	R\$ 1.110,00
10	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	UND	600	3.3.50.39.55	R\$ 1,85	R\$ 1.110,00
11	DOSAGEM DE AMILASE	UND	675	3.3.50.39.55	R\$ 2,25	R\$ 1.518,75
12	DOSAGEM DE FERRITINA	UND	240	3.3.50.39.55	R\$ 15,59	R\$ 3.741,60
13	DOSAGEM DE SODIO	UND	600	3.3.50.39.55	R\$ 1,85	R\$ 1.110,00
14	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	UND	1.500	3.3.50.39.55	R\$ 2,01	R\$ 3.015,00
15	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	UND	1.500	3.3.50.39.55	R\$ 2,01	R\$ 3.015,00
16	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	UND	1.200	3.3.50.39.55	R\$ 3,51	R\$ 4.212,00
17	DOSAGEM DE UREIA	UND	1.200	3.3.50.39.55	R\$ 1,85	R\$ 2.220,00
18	DOSAGEM DE HIDROXIVITAMINA D ²⁵	UND	1.200	3.3.50.39.55	R\$ 15,24	R\$ 18.288,00
19	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	UND	180	3.3.50.39.55	R\$ 7,86	R\$ 1.414,80
20	DOSAGEM DE GLICOSE	UND	1.800	3.3.50.39.55	R\$ 1,85	R\$ 3.330,00



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MOJUÍ DOS CAMPOS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS
Rua Dep. José Macedo, s/nº Bairro Centro.
CEP: 68.129-000 – Mojuí dos Campos – Estado do Pará
Telefone: (93) 3537- 1122– e-mail: semsa@mojuidoscamos.pa.gov.br

21	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	UND	120	3.3.50.39.55	R\$ 3,68	R\$ 441,60
TOTAL						R\$ 80.331,75

HEMATOLÓGICO

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE	SUBELEMENTOS	VALOR/TABELA SUS	VALOR TOTAL
22	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	UND	2.400	3.3.50.39.55	R\$ 1,53	R\$ 3.672,00
23	HEMATOCRITO	UND	2.400	3.3.50.39.55	R\$ 1,53	R\$ 3.672,00
24	HEMOGRAMA COMPLETO	UND	2.400	3.3.50.39.55	R\$ 4,11	R\$ 9.864,00
25	LEUCOGRAMA	UND	2.400	3.3.50.39.55	R\$ 2,73	R\$ 6.552,00
26	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	UND	2.400	3.3.50.39.55	R\$ 2,73	R\$ 6.552,00
27	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSOLIDIFICAÇÃO (VHS)	UND	1.200	3.3.50.39.55	R\$ 2,73	R\$ 3.276,00
TOTAL						R\$ 33.588,00

SOROLÓGICO

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE	SUBELEMENTOS	VALOR/TABELA SUS	VALOR TOTAL
28	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA/RELAÇÃO)	UND	1.200	3.3.50.39.55	R\$ 16,42	R\$19.704,00
29	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	UND	180	3.3.50.39.55	R\$ 17,16	R\$ 3.088,00
30	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM E IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	UND	180	3.3.50.39.55	R\$ 18,55	R\$ 3.339,00
31	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG/ IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	UND	300	3.3.50.39.55	R\$ 18,55	R\$ 5.565,00
32	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	UND	1.500	3.3.50.39.55	R\$ 18,55	R\$ 27.825,00
33	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	UND	1.500	3.3.50.39.55	R\$ 18,55	R\$ 27.825,00
34	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	UND	600	3.3.50.39.55	R\$ 4,10	R\$ 2.460,00
35	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI HIV-1+HIV-2(ELISA)	UND	300	3.3.50.39.55	R\$ 10,00	R\$ 3.000,00
36	TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	UND	1.500	3.3.50.39.55	R\$ 4,10	R\$ 6.150,00
37	TESTE FTA-ABS IGG/IGM PARA DIAGNOSTICO DA SIFILIS	UND	1.500	3.3.50.39.55	R\$ 10,00	R\$ 15.000,00
38	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA	UND	300	3.3.50.39.55	R\$ 13,35	R\$ 4.005,00



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MOJUÍ DOS CAMPOS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS
Rua Dep. José Macedo, s/nº Bairro Centro.
CEP: 68.129-000 – Mojuí dos Campos – Estado do Pará
Telefone: (93) 3537- 1122– e-mail: semsa@mojuidoscamos.pa.gov.br

	125					
39	DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA CREATIVA	UND	600	3.3.50.39.55	R\$ 9,25	R\$ 5.550,00
TOTAL						R\$123.511,00

COPROLOGICOS

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE	SUBELEMENTOS	VALOR/TABELA SUS	VALOR TOTAL
40	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	UND	1.500	3.3.50.39.55	R\$ 1,65	R\$ 2.475,00
41	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	UND	1.500	3.3.50.39.55	R\$1,65	R\$ 2.475,00
42	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	UND	1.500	3.3.50.39.55	R\$1,65	R\$ 2.475,00
43	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	UND	1.500	3.3.50.39.55	R\$1,65	R\$ 2.475,00
44	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	UND	1.500	3.3.50.39.55	R\$1,65	R\$ 2.475,00
TOTAL						R\$ 12.375,00

UROANALISE

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE	SUBELEMENTOS	VALOR/TABELA SUS	VALOR TOTAL
45	DOSAGEM DE PROTEÍNAS (URINA DE 24 HORAS)	UND	1200	3.3.50.39.55	R\$ 2,04	R\$ 2.448,00
46	PESQUISA DE PROTEÍNAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	UND	600	3.3.50.39.55	R\$ 4,44	R\$ 2.664,00
47	CLEARANCE DE UREIA	UND	1.200	3.3.50.39.55	R\$ 3,51	R\$ 4.212,00
48	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	UND	1.200	3.3.50.39.55	R\$ 8,12	R\$ 9.744,00
49	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA.	UND	2.400	3.3.50.39.55	R\$ 3,70	R\$ 8.880,00
TOTAL						R\$ 27.948,00

HORMAONAIS

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE	SUBELEMENTOS	VALOR/TABELA SUS	VALOR TOTAL
50	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG).	UND	600	3.3.50.39.55	R\$ 7,85	R\$ 4.710,00
51	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	UND	1.200	3.3.50.39.55	R\$ 7,89	R\$ 9.468,00
52	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	UND	1.200	3.3.50.39.55	R\$ 8,97	R\$10.764,00
53	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	UND	1.200	3.3.50.39.55	R\$ 8,96	R\$10.752,00
54	DOSAGEM DE INSULINA	UND	1.200	3.3.50.39.55	R\$ 10,17	R\$ 12.204,00
55	DOSAGEM DE PROLACTINA	UND	600	3.3.50.39.55	R\$ 10,15	R\$6.090,00
56	DOSAGEM DE PROGESTERONA	UND	1.200	3.3.50.39.55	R\$ 10,22	R\$12.264,00



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MOJUÍ DOS CAMPOS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS
Rua Dep. José Macedo, s/nº Bairro Centro.
CEP: 68.129-000 – Mojuí dos Campos – Estado do Pará
Telefone: (93) 3537- 1122– e-mail: semsa@mojuidoscamos.pa.gov.br

57	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	UND	1.200	3.3.50.39.55	R\$ 12,54	R\$15.048,00
58	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	UND	1.200	3.3.50.39.55	R\$ 12,54	R\$15.048,00
59	DETERMINACAO DE T3 REVERS	UND	1.200	3.3.50.39.55	R\$ 14,69	R\$ 17.628,00
TOTAL						R\$ 113.976,00

CITOPATOLOGICO

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE	SUBELEMENTOS	VALOR/TAB ELA SUS	VALOR TOTAL
60	CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA	UND	3.000	3.3.50.39.55	R\$6,97	R\$20.910,00
TOTAL						R\$ 20.910,00

MICROBIOLOGIA

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE	SUBELEMENTOS	VALOR/TAB ELA SUS	VALOR TOTAL
61	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	UND	120	3.3.50.39.55	R\$ 4,20	R\$ 504,00
62	ANTIBIOGRAMA	UND	120	3.3.50.39.55	R\$ 4,98	R\$ 597,60
63	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	UND	180	3.3.50.39.55	R\$ 4,20	R\$ 756,00
64	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	UND	120	3.3.50.39.55	R\$ 2,80	R\$336,00
65	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	UND	120	3.3.50.39.55	R\$ 2,89	R\$346,800
TOTAL						R\$2.540,40
TOTAL GERAL						R\$-415.180,15

3.GESTOR DO CONTRATO

3.1. Fica nomeado(a) como Gestor/Fiscal (a) do Contrato a Sra. Antonia Eliene de Oliveira Santos, portadora do CPF nº 609.885.762-87, e como Suplente, caso seja necessário a Servidora Sra. Daiane da Conceição Silva designados pela Secretária do Fundo Municipal de de Saúde, responsável para acompanhar, fiscalizar e controlar a execução do contrato, para fins do disposto no Art. 67º, e parágrafos, da Lei Federal 8.666/93, em sua redação atual, que deverá atestar o recebimento do material, para viabilizar o encaminhamento das Notas Fiscais, para as providências de pagamento.

3.2. A comissão, total ou parcial, da fiscalização não eximirá o fornecedor da integral responsabilidade pelos encargos ou serviços que são de sua competência.

4. DOS PREÇOS A SEREM PAGOS

4.1.- O valor de pagamento dos exames realizados seguirá TABELA UNIFICADA DO SUS, vigente à época, observando seus reajustes.

Município de Mojuí dos Campos -PA, 17 de julho de 2019.

ADELIANE SILVA FROTA
Secretária do Fundo Municipal de Municipal
Dec. nº 003/2017



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MOJUÍ DOS CAMPOS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS
Rua Dep. José Macedo, s/nº Bairro Centro.
CEP: 68.129-000 – Mojuí dos Campos – Estado do Pará
Telefone: (93) 3537- 1122– e-mail: semsa@mojuidoscamos.pa.gov.br

ANEXO II – CHAMAMENTO PÚBLICO N.º 001/ 2019-FMS
MODELO DE SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

A

Comissão Especial de Credenciamento

_____, com sede e foro na ____ (rua, bairro, etc.)
da cidade de _____, Estado ____ por seu _____ (cargo)
Sr(a). _____, que a esta subscreve, vem solicitar seu
credenciamento para prestação de serviços de
_____ conforme
solicitação da Secretaria Municipal de Saúde de Mojuí dos Campos, Concordamos em nos
submeter a todas às disposições constantes no edital de Chamamento Público 001/2019 e
seus anexos.

Atenciosamente,

_____, ____ de _____ 2019.

NOME E ASSINATURA DE REPRESENTANTE LEGAL

OBS: Papel Timbrado da empresa.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MOJUÍ DOS CAMPOS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS
Rua Dep. José Macedo, s/nº Bairro Centro.
CEP: 68.129-000 – Mojuí dos Campos – Estado do Pará
Telefone: (93) 3537- 1122– e-mail: semsa@mojuidoscamos.pa.gov.br

ANEXOIII – MODELO TERMO DE CONCORDÂNCIA

A empresa _____ (Razão Social, endereço/telefone/fax/e-mail)_____ concorda em praticar na prestação de serviços de análises clínicas, objeto do Edital de Chamamento Público nº 001/2019-FMS, os preços discriminados na TABELA SUS, acatando todas as demais especificações do Edital de Chamamento Público nº 001/2019-FMS.

Mojui dos Campos - PA, _____ de _____ de 2019.

Nome da Empresa
Responsável legal

OBS: Papel Timbrado da empresa.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MOJUÍ DOS CAMPOS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS
Rua Dep. José Macedo, s/nº Bairro Centro.
CEP: 68.129-000 – Mojuí dos Campos – Estado do Pará
Telefone: (93) 3537- 1122– e-mail: semsa@mojuidoscamos.pa.gov.br

**ANEXO IV – MODELO DE DECLARAÇÃO QUE ATENDE AO DISPOSTO NO
ARTIGO 7º, INCISO XXXIII DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL.**

DECLARAÇÃO

Referente CP nº.001/2019-FMS.

_____ inscrita no CNPJ nº _____ por intermédio de seu representante legal, Sr.(a) _____, portador (a) da carteira de identidade nº _____ e do CPF _____, declara para fins do disposto no art. 7º, inciso XXXIII da Constituição Federal de 1988 e do inciso V do artigo 27 da Lei 8.666 de 21 de junho de 1993 e suas alterações, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.

Ressalva: Emprega menor, a partir de quatorze anos na condição de aprendiz.

() Sim () Não.

Data: ___/___/___

Representante Legal

Carimbo da empresa (CNPJ)

Obs: Em caso afirmativo assinalar a ressalva acima.

OBS: Papel Timbrado da empresa.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MOJUÍ DOS CAMPOS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS
Rua Dep. José Macedo, s/nº Bairro Centro.
CEP: 68.129-000 – Mojuí dos Campos – Estado do Pará
Telefone: (93) 3537- 1122– e-mail: semsa@mojuidoscamos.pa.gov.br

**ANEXO V –MODELO DE DECLARAÇÃO QUE NÃO POSSUI EM SEU QUADRO
SERVIDOR**

A empresa direito privado, inscrita no CNPJ nº _____ por meio de seu representante DECLARA, que, não possui em seu quadro funcional servidor público ou dirigente de órgão ou entidade contratante ou responsável pela licitação pela do Chamada Pública Nº _____, que trata do credenciamento de _____

(local)..... dede 2019.

(assinatura)

__ Nome:

RG. nº _____ e CPF. nº _____ Cargo: _____



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MOJUÍ DOS CAMPOS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS
Rua Dep. José Macedo, s/nº Bairro Centro.
CEP: 68.129-000 – Mojuí dos Campos – Estado do Pará
Telefone: (93) 3537- 1122– e-mail: semsa@mojuidoscamos.pa.gov.br

**ANEXO VI – MODELO DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO DOS TERMOS DO
EDITAL**

A

Comissão Examinadora do Fundo Municipal de Saúde de Mojuí dos Campos.

A empresa....., pessoa Jurídica de Direito Privado, inscrita no CNPJ sob o nº , inscrição estadual nº , com sede (endereço completo), no Município de....., representada pelo seu (qualificação completa do responsável, nos termos do contrato social), (nacionalidade), (estado civil), (profissão), portador do RG. nº e do CPF. nº , residente e domiciliado na(endereço completo), na cidade de , atendendo as formalidades constantes do Edital Completo da Chamada Pública nº **001/2019-FMS**, da Prefeitura Municipal de Mojuí dos Campos, Estado do Pará, neste ato representada por seu representante legal/procurador, que ao final subscreve, DECLARA, sob as penas da Lei, que tem pleno conhecimento das condições para execução dos serviços, não podendo alegar qualquer desconhecimento como elemento impeditivo do perfeito cumprimento do Termo de Credenciamento, bem assim, declara que terá a disponibilidade, de todos os meios necessários à execução dos serviços ora contratados.

(local)..... dede 2019.

(assinatura)

__ Nome:

RG. nº _____ e CPF. nº _____ Cargo: _____



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MOJUÍ DOS CAMPOS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS
Rua Dep. José Macedo, s/nº Bairro Centro.
CEP: 68.129-000 – Mojuí dos Campos – Estado do Pará
Telefone: (93) 3537- 1122– e-mail: semsa@mojuidoscamos.pa.gov.br

**ANEXO VII – MODELO DE CLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO
SUPERVENIENTE E IMPEDITIVO**

Razão Social da Empresa:

CNPJ:

Endereço:

DECLARAMOS, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que a empresa [NOME DA EMPRESA] não foi declarada inidônea e não está suspensa em nenhum órgão público, federal, estadual ou municipal, nos termos do artigo 32 § 2º, da Lei Federal nº 8.666/93.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente declaração

(local)..... dede 2019.

(assinatura)

__ Nome:

RG. nº _____ e CPF. nº _____ Cargo: _____



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MOJUÍ DOS CAMPOS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS
Rua Dep. José Macedo, s/nº Bairro Centro.
CEP: 68.129-000 – Mojuí dos Campos – Estado do Pará
Telefone: (93) 3537- 1122– e-mail: semsa@mojuidoscampos.pa.gov.br

ANEXO VIII - MODELO DE RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS QUE COMPÕEM EQUIPE TÉCNICA

Empresa:

CNPJ:

Nome do profissional	CPF	Cargo Função	Carga horária semanal	Número do Conselho

(local)..... dede 2019.

(assinatura)

__ Nome:

RG. nº _____ e CPF. nº _____ Cargo: _____



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MOJUÍ DOS CAMPOS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS
Rua Dep. José Macedo, s/nº Bairro Centro.
CEP: 68.129-000 – Mojuí dos Campos – Estado do Pará
Telefone: (93) 3537- 1122– e-mail: semsa@mojuidoscamos.pa.gov.br

**ANEXO IX - MODELO DE OFÍCIO INDICANDO SUA CAPACIDADE DE OFERTA
E QUANTIDADE**

A

Comissão Examinadora do Fundo Municipal de Saúde de Mojuí dos Campos.

Segue abaixo a proposta de oferta dos serviços laboratoriais a ser disponibilizada ao SUS:

Capacidade Instalada (mensal)	Oferta Mensal para SUS

Oferta Mensal - Capacidade Instalada (Possível oferta SUS + contrato/convênio+ particular)

(local)..... dede 2019.

(assinatura)

__ Nome:

RG. nº _____ e CPF. nº _____ Cargo: _____



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MOJUÍ DOS CAMPOS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS
Rua Dep. José Macedo, s/nº Bairro Centro.
CEP: 68.129-000 – Mojuí dos Campos – Estado do Pará
Telefone: (93) 3537- 1122– e-mail: semsa@mojuidoscamos.pa.gov.br

ANEXO X – MINUTA DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

PROCESSO nº XXX/2019-PPMC

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO nº XX/2019-FMS

CONTRATO Nº XXX/2019-FMS

CONTRATADA: XXXX

O MUNICÍPIO DE MOJUI DOS CAMPOS, pessoa jurídica de direito público, com a interveniência do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, com CNPJ Nº. _____, sediada na _____, neste ato representada por sua Secretária Municipal, Sra. _____, nomeada pelo Decreto Mun. nº _____, brasileira, casada, Portadora do RG Nº _____ e CPF Nº _____, residente e domiciliado na _____, denominado simplesmente **CONTRATANTE**; e de outro lado a empresa _____ com sede à _____, n.º _____, em _____/UF, inscrita no CNPJ sob n.º _____, doravante denominado (a) **CRENCIADO (A)**, fundamentados nas disposições Lei n.º 8080/90 e Lei 8666/93 e suas alterações, e tendo em vista o que consta na Chamada Pública nº. 01/2019 resolvem celebrar o presente contrato mediante as cláusulas que seguem:

CLÁUSULA PRIMEIRA – Do Objeto

1.1. O presente termo tem como objeto a Prestação de Serviços de laboratório de análises clínicas para atendimento dos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, do município de Mojuí dos Campos - PA, prescritos na requisição médica do SUS ou referenciados, com pagamento de procedimentos pela Tabela do SUS, conforme relação dos exames e serviços que a credenciada se propõem realizar.

CLÁUSULA SEGUNDA – Da Vigência

- a. O presente de Contrato terá duração de 12 (doze) meses contados da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado, a critério do município, até o limite de 60 (sessenta) meses, desde que a credenciada cumpra os requisitos previstos neste instrumento.
- b. Poderá, a qualquer tempo, haver o encerramento da prestação, por iniciativa de qualquer das partes, caso não haja interesse na comunidade dos serviços, mediante comunicação prévia de 60 (sessenta) dias.
- c. Para prorrogação do credenciamento, as pessoas jurídicas deverão apresentar todos os documentos arrolados no item 03 do Edital nº 001/2019, no prazo de 10 (dez) dias antes da ocorrência do Termo Final do prazo, junto a Secretaria Municipal de Saúde.

CLÁUSULA TERCEIRA – Do Reajuste

3.1. O reajuste contratual será aplicado ao credenciamento quando houver nova resolução Estadual e Portaria Federal, ajustando novos valores para os serviços dispostos no objeto desse instrumento.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MOJUÍ DOS CAMPOS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS
Rua Dep. José Macedo, s/nº Bairro Centro.
CEP: 68.129-000 – Mojuí dos Campos – Estado do Pará
Telefone: (93) 3537- 1122– e-mail: semsa@mojuidoscamos.pa.gov.br

CLÁUSULA QUARTA – Forma e Prazo de Pagamento

4.1. O pagamento pelos serviços prestados pelo credenciado será efetuado mensalmente, tendo em conta o número de procedimentos efetivamente realizados por encaminhamento do Município, **multiplicado pelo valor correspondente da Tabela do SUS.**

- a.** O pagamento somente será efetuado mediante apresentação da autorização do atendimento, devidamente assinada pelo paciente, comprovando a prestação do serviço, acompanhada do documento fiscal idôneo.
- b.** A documentação indicada no item 5.2 do edital de Chamamento Público deverá ser entregue na Secretaria de Saúde do município até o dia 10 (dez) do mês subsequente à realização dos atendimentos/procedimentos, sendo que o pagamento será realizado até o dia 20 (vinte) do mesmo mês, após o recebimento e confirmação da prestação dos serviços pelo fiscal designado pela Administração.
- c.** Serão pagos apenas os exames que estiverem especificadamente prescritos na requisição médica dos SUS ou referenciados.
- d.** O pagamento será efetuado em conta bancária indicada pela credenciada.

CLÁUSULA QUINTA – Da dotação orçamentária

5.1. As despesas decorrerão à conta do (s) recurso (s) provenientes do orçamento do município, previstos na Lei Orçamentária Anual, conforme segue:

No exercício 2019:

0404 – Fundo Municipal de Saúde – FMS

10.301.0004 2035 – Manutenção das Unidades Básicas de Saúde – UBS.

3.3.90.39.00 – Outros Serviços de Terceiro Pessoa Jurídica.

3.3.90.39.50 – Serviços médico-hospital, odontológico e laboratorial.

No exercício 2020 na dotação correlata a ser identificada através de termo de apostilamento.

CLÁUSULA SEXTA – Condições para prestação dos Serviços

- a.** Os serviços de análises clínicas deverão ser prestados por estabelecimentos que atendam as exigências desse edital e que estejam localizados no município de Mojuí dos Campos;
- b.** O horário de atendimento informado no credenciamento é de _____ às _____;
- c.** Sendo credenciado de fora do município, deverá disponibilizar local de atendimento no município e nos horários descritos no item “3.2” do Edital de Chamamento Público devendo observar as demais exigências do edital.
- d.** O Município manterá preposto para fiscalizar, de forma permanente, a prestação dos serviços pelos credenciados, podendo proceder ao descredenciamento, em casos de má prestação, verificada o processo administrativo específico, com garantia do contraditório e da ampla defesa.
- e.** É vedado o credenciamento de profissionais pertencentes ao quadro permanente do município;



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MOJUÍ DOS CAMPOS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS
Rua Dep. José Macedo, s/nº Bairro Centro.
CEP: 68.129-000 – Mojuí dos Campos – Estado do Pará
Telefone: (93) 3537- 1122– e-mail: semsa@mojuidoscamos.pa.gov.br

- f. É vedado exercer atividade, por credenciamento, o profissional, que for servidor público, ou estiver em exercício de cargo em comissão ou função gratificada, ou estiver em exercício de mandato eletivo ou com registro oficial de candidatura para qualquer desses cargos no município de Mojuí dos Campos;
- g. O credenciamento que venha a se enquadrar nas situações previstas no item anterior terá suspensa a respectiva atividade, enquanto perdurar o impedimento;
- h. É vedada a realização do trabalho do credenciamento em dependência ou setores próprios do município;
- i. Secretaria municipal de saúde autorizará os exames conforme a análise das demandas e a disponibilidade orçamentária-financeira, cabendo aos usuários a escolha do prestador credenciado dentre os que manifestarem interesse em contratar com o ente público.

CLÁUSULA SÉTIMA –Do descredenciamento e de Aplicação de Sanções

7.1. As empresas serão descredenciadas nas seguintes hipóteses:

- I – descumprimento das exigências previstas no edital de Chamamento Público e no credenciamento oportuniza defesa prévia;
- II – negligencia, imprudência ou imperícia comprovada dos profissionais liberais e profissionais das empresas credenciadas;
- III – a perda da regularidade fiscal.

7.2. Pelo descumprimento das condições fixadas neste instrumento, o Credenciado incorrerá nas sanções estabelecidas nos artigos 86, 87 e 88 da Lei 8.666/93, ficando estabelecido as seguintes penalidades:

- I. – advertência, no caso de executar o serviço com irregularidades, passíveis de correção durante a execução e sem prejuízo ao resultado;
- II. - Multa de 10 % (dez por cento) da importância apurada durante os três últimos meses de vigência do Termo de credenciamento, no caso de recusa da prestação do serviço;
- III. – multa de 0,5 % (Zero vírgula cinco por cento), por dia de atraso, limitado ao Máximo de 10 % (dez por cento), sobre o valor da importância apurada durante os três últimos meses de vigência do Termo de credenciamento no caso de exceder o prazo fixado para a prestação do serviço;
- IV. – Suspensão temporária de participar em licitação e impedimento de contratar com o município por prazo de até 02 (dois) anos;
- V. – Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a administração pública, nos termos da Lei 8.666/93;
- VI. – A aplicação das sanções aqui previstas não exclui a possibilidade de aplicação de outras, previstas na Lei 8.666/93, inclusive a responsabilização da credenciada por eventuais perdas e danos causados à administração;



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MOJUÍ DOS CAMPOS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS
Rua Dep. José Macedo, s/nº Bairro Centro.
CEP: 68.129-000 – Mojuí dos Campos – Estado do Pará
Telefone: (93) 3537- 1122– e-mail: semsa@mojuidoscamos.pa.gov.br

- VII. - A multa deverá ser recolhida no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, a contar da data de recebimento da comunicação enviada pelo município, á credenciada;
- VIII. – Caso não seja quitada a multa, o valor a ela referente será retido no pagamento a que a credenciada fizer jus;
- IX. – Não havendo crédito ou não havendo pagamento, a multa será convertida em dívida ativa não tributária, a ser cobrada na forma da lei;
- X. – As multas e outras sanções só poderão ser aplicadas se observado e assegurado á credenciada o contraditório e a ampla defesa;
- XI. – As sanções aqui previstas são independentes entre si, podendo ser aplicadas isoladamente ou cumulativamente com multa, sem prejuízo de outras medidas cabíveis.

CLAÚSULA OITAVA – Da Rescisão

8.1. O termo de Credenciamento poderá ser rescindido por qualquer uma das partes, mediante notificação, com 30 (trinta) dias de antecedência.

8.2. O termo de credenciamento poderá ser rescindido, nas hipóteses de seu descumprimento, nos termos da cláusula sétima deste termo.

CLÁUSULA NONA – Do fiscal de Contrato

9.1. O Fundo Municipal de Saúde fiscalizará e acompanhará, através do servidor _____designado, em cumprimento ao artigo 63 da Lei Federal 4.320/64, podendo sustar os pagamento, no todo ou em parte, se os materiais/serviços estiverem em desacordo com esse instrumento contratual.

CLÁUSULA DÉCIMA – Obrigações dos (as) Credenciados (as)

- a. Manter local apropriado para a coleta de material e realização dos serviços;
- b. Atender os pacientes da Secretaria Municipal de Saúde de Mojuí dos Campos, nos horários ajustados;
- c. Prestar diretamente os serviços, vedada à terceirização, salvo no caso de exames considerados urgentes;
- d. Garantir a troca de informação e questionamentos ao Conselho de Saúde;
- e. Promover a orientação à família e ao paciente;
- f. Sujeitar-se à fiscalização dos serviços realizados pelo Conselho de Saúde, Vigilância Sanitária e Gestor/Secretária de Saúde;
- g. Fornecer relatórios sobre os procedimentos efetuados no mês;
- h. Prestar serviço de maneira zelosa, qualificada, em ambiente adequado conforme Alvara emitido pela Vigilância Sanitária;
- i. O prestador deverá realizar todos os exames de análises clínicas pertencentes a tabela SUS no valor por ela estipulado.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MOJUÍ DOS CAMPOS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS
Rua Dep. José Macedo, s/nº Bairro Centro.
CEP: 68.129-000 – Mojuí dos Campos – Estado do Pará
Telefone: (93) 3537- 1122– e-mail: semsa@mojuidoscamos.pa.gov.br

10.1. É de exclusiva responsabilidade do CREDENCIADO ressarcimento de danos causados ao CREDENCIANTE ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do contrato, não excluindo ou reduzindo esta responsabilidade à fiscalização.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - Obrigações do Fundo Municipal de Saúde

11.1. Enviar requisições dos exames, a serem realizados respeitando a capacidade máxima de atendimento declarada pelos credenciados;

11.2. Analisar e aprovar os relatórios de faturamento emitido pelos credenciados, e encaminhar a despesa para liquidação e pagamento.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – Disposições Gerais

12.1. O Credenciamento não configura relação contratual de Prestação de Serviços;

12.2. A Secretaria Municipal de Saúde não esta obrigada a solicitar os serviços da empresa credenciada em caso de ausência de demanda que o justifique;

12.3. O presente Contrato não implica nenhum vínculo trabalhista ou previdenciário, tendo as Credenciadas responsabilidade única, exclusiva e total pelos serviços prestados, em nada correlacionado com o Município;

12.4. É de responsabilidade exclusiva e integral do credenciado, a utilização de pessoal para execução dos respectivos procedimentos, incluídos encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações, em nenhuma hipótese, poderão ser transferidos para o município ou para o Ministério da Saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – Do Foro

13.1. Fica eleito, o Foro da Comarca de Santarém/PA, para dirimir quaisquer litígios oriundos do Chamamento público e Contrato de Credenciamento decorrente, com expressiva renúncia a outro qualquer, por mais privilegiado que possa ser.

E, por estarem assim ajustados, assinam o presente instrumento, em 02 (duas) vias de igual teor e forma, juntamente com as testemunhas abaixo firmadas.

Mojui dos Campos – PA , _____

CONTRATANTE

EMPRESA CONTRATADA

Testemunhas: 1. Nome: _____
CPF nº

2. Nome: _____
CPF nº