



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

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2021-FMS  
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº035/2021-PMMC**

**Tipo de Licitação: Credenciamento nº 001/2021 - FMS**

**Expedido edital no dia: 27/01/2021.**

**Período para o credenciamento: início 28 de janeiro de 2021 até 26 de fevereiro de 2021.**

**Local do credenciamento: Secretaria Municipal de Saúde, situada na Rua Dep. José Macedo, s/nº, Bairro Centro, CEP: 68.129-000.**

**Ato de abertura dos envelopes: 04 de março de 2021 às 09 horas na Secretaria Municipal de Saúde, situada a Rua Dep. José Macedo, s/nº – Bairro Centro, 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 68.129-000 – Mojuí dos Campos – Estado do Pará, por meio da Comissão Especial de Credenciamento de Serviços de Saúde para Contratação de prestadores de serviços de assistência à saúde, nomeada pela Portaria nº.003/2021, 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 prestação de serviços de laboratórios de análises clínicas para atendimentos dos usuários do Sistema Único de Saúde 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 26 DE FEVEREIRO DE 2021 às 14 horas**, em envelope fechado, junto a Secretaria Municipal de Saúde, neste Município de Mojuí dos Campos.

**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**

- 2.2. Após a análise da documentação e estando esta em conformidade com os requisitos estipulados neste edital, a 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:
  - a) Solicitação de Credenciamento (conforme Anexo I), assinada por representante legal, na qual seja solicitado seu credenciamento, indicando os serviços que poderá prestar, dentre os solicitados neste edital;
  - b) Termo de concordância com o Edital do Chamamento Público 001/2021; (Anexo II);
  - c) Registro Comercial, no caso de empresa individual;
  - d) Ato constitutivo, estatuto social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;
  - e) Inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício;
  - f) Comprovante de inscrição no CNPJ;
  - g) Certidão de regularidade com o Município sede do estabelecimento;

**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**

- h) Certidão de Regularidade com o FGTS;
- i) Certidão de Regularidade com a Fazenda estadual da sede do estabelecimento;
- j) Certidão Conjunta Negativa de Débitos relativa a Tributos e Contribuições Federais e à Dívida Ativa da União;
- k) Cópia do Alvará de Funcionamento da empresa, fornecido pelo Município do estabelecimento;
- l) Cópia do Alvará Sanitário Municipal ou Estadual;
- m) Certidão negativa em matéria falimentar, concordatária, recuperação judicial e extrajudicial, expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica;
- n) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa, nos termos da Lei Federal nº 12.440/11;
- o) Declaração que atende ao disposto no artigo 7º, inciso XXXIII, da Constituição Federal, conforme o modelo do Decreto Federal nº 4.358, de 5 de setembro de 2002 (Anexo III);
- p) Comprovação de inscrição do titular da empresa junto ao Conselho da Profissão envolvida neste edital (CRF);
- q) Declaração de adimplência dos profissionais no Conselho competente (CRF/PA);
- r) estar registrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- s) Declaração de Capacidade máxima de atendimento (total e quantitativo à disposição do SUS);
- t) Relação dos profissionais habilitados para a execução dos serviços e declaração de vínculo com a empresa;
- u) Relação dos exames e serviços que se propõe realizar (Tabela SUS).

**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.

**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**



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

- 4.2. O horário de atendimento deve ser informado no credenciamento.
- 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:**

**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**

- 5.1. 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.**
- 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:

No exercício 2021:

Dotação Orçamentária:

**0404 – Fundo Municipal de Saúde – FMS**

*10 3010004 2.035 – Manutenção das Unidades Básicas de Saúde – UBS.*

*3.3.90.39.00 – Outros Serv. de Terceira Pessoa Jurídica*

*3.3.90.39.5000 – Serviços Médico Hospitalares e Laboratoriais*

*1001000 – Recurso Ordinário – R\$ 100.000,00*

*12140000 – Transferência SUS Bloco de Custeio – R\$ 1000.000,00*

**7. REAJUSTE:**

**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**



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

- 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 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 06 (seis) 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 30 (trinta) 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

**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**

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.
- 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 Saúde ou pelo fone (93) 3537-1122, no horário das 08h00min às 12h00min, ou por e-mail [semsa@mojuidoscamos.pa.gov.br](mailto:semsa@mojuidoscamos.pa.gov.br).
- 10.7. Submeter-se a avaliações sistemáticas pela gestão do SUS;
- 10.8. Submeter-se à regulação instituída pelo gestor;
- 10.9. Obrigar-se a apresentar, sempre que solicitado, relatórios de atividade que demonstrem, quantitativa e qualitativamente, o atendimento do objeto pactuado com o ente federativo contratante;
- 10.10. Submeter-se ao Sistema Nacional de Auditoria (SNA) e seus componentes, no âmbito do SUS, apresentando toda documentação necessária, quando solicitado;
- 10.11. Assegurar a veracidade das informações prestadas ao SUS;
- 10.12. Cumprir todas as normas relativas à preservação do meio ambiente; e



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

10.13. Preencher os campos referentes ao contrato no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

**11. ANEXOS**

11.1. São partes integrantes deste Edital os anexos: I, II, III e IV.

- a) ANEXO I – Termo de Referência;
- b) ANEXO II– Modelo de Solicitação de Credenciamento;
- c) ANEXO II – Modelo de Termo de Concordância com Preços da Tabela SUS;
- d) ANEXO III – Modelo Declaração que Atende ao Disposto no Artigo 7º, Inciso XXXIII Da Constituição Federal;
- e) ANEXO IV – 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 V – Modelo de declaração de conhecimento dos termos do edital;
- g) ANEXO VI – Modelo de declaração de inexistência de fato superveniente e impeditivo
- h) ANEXO VII – Modelo de relação de profissionais que compõem equipe técnica;
- i) ANEXO VIII - Modelo de ofício indicando sua capacidade de oferta e quantidade;
- j) ANEXO V– Minuta do Termo de Contrato.

Mojuí dos Campos, em 27 de janeiro de 2021.

---

NAZARÉ CARNEIRO DA SILVA



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

**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 250 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, e ainda:

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;

**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**

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

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, bem como no Hospital Municipal e Pronto Atendimento Municipal;

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

Por tais razões o Município de Mojuí dos Campos, por meio da Fundo/Secretaria Municipal de Saúde, decidiu instaurar o processo de seleção para contratar pessoa jurídica para a prestação de serviços de Análises Clínicas.

**2. RELAÇÃO/DESCRIÇÃO DOS EXAMES**

**BIOQUÍMICOS**

| ITEM         | DESCRIÇÃO                                           | UNIDADE | QUANTIDADE | SUBELEMENTOS | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL          |
|--------------|-----------------------------------------------------|---------|------------|--------------|----------------|----------------------|
| 01           | DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (2 DOSAGENS)        | UND     | 500        | 3.3.90.39.00 | R\$ 3,63       | R\$ 907,50           |
| 02           | DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO                              | UND     | 800        | 3.3.90.39.00 | R\$ 1,85       | R\$ 1.480,00         |
| 03           | DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACÕES              | UND     | 800        | 3.3.90.39.00 | R\$ 2,01       | R\$ 1.608,00         |
| 04           | DOSAGEM DE CÁLCIO                                   | UND     | 100        | 3.3.90.39.00 | R\$ 1,85       | R\$ 185,00           |
| 05           | DOSAGEM DE COLESTEROL HDL                           | UND     | 800        | 3.3.90.39.00 | R\$ 3,51       | R\$ 2.808,00         |
| 06           | DOSAGEM DE COLESTEROL LDL E VLDL                    | UND     | 800        | 3.3.90.39.00 | R\$ 3,51       | R\$ 2.808,00         |
| 07           | DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL                         | UND     | 800        | 3.3.90.39.00 | R\$ 1,85       | R\$ 1.480,00         |
| 08           | DOSAGEM DE CREATININA                               | UND     | 800        | 3.3.90.39.00 | R\$ 1,85       | R\$ 1.480,00         |
| 09           | DOSAGEM DE POTÁSSIO                                 | UND     | 250        | 3.3.90.39.00 | R\$ 1,85       | R\$ 455,00           |
| 10           | DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRACÕES               | UND     | 100        | 3.3.90.39.00 | R\$ 1,85       | R\$ 185,00           |
| 11           | DOSAGEM DE AMILASE                                  | UND     | 100        | 3.3.90.39.00 | R\$ 2,25       | R\$ 225,00           |
| 12           | DOSAGEM DE FERRITINA                                | UND     | 100        | 3.3.90.39.00 | R\$ 15,59      | R\$ 1.559,00         |
| 13           | DOSAGEM DE SÓDIO                                    | UND     | 250        | 3.3.90.39.00 | R\$ 1,85       | R\$ 455,00           |
| 14           | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO-OXALACÉTICA (TGO) | UND     | 600        | 3.3.90.39.00 | R\$ 2,01       | R\$ 1.206,00         |
| 15           | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO-PIRÚVICA (TGP)    | UND     | 600        | 3.3.90.39.00 | R\$ 2,01       | R\$ 1.206,00         |
| 16           | DOSAGEM DE TRIGLICÉRIDES                            | UND     | 720        | 3.3.90.39.00 | R\$ 3,51       | R\$ 2.527,20         |
| 17           | DOSAGEM DE URÉIA                                    | UND     | 720        | 3.3.90.39.00 | R\$ 1,85       | R\$ 1.332,00         |
| 18           | DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D                     | UND     | 600        | 3.3.90.39.00 | R\$ 15,24      | R\$ 9.144,00         |
| 19           | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA                  | UND     | 750        | 3.3.90.39.00 | R\$ 7,86       | R\$ 5.895,00         |
| 20           | DOSAGEM DE GLICOSE                                  | UND     | 800        | 3.3.90.39.00 | R\$ 1,85       | R\$ 1.480,00         |
| 21           | DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE          | UND     | 25         | 3.3.90.39.00 | R\$ 3,68       | R\$ 92,00            |
| <b>TOTAL</b> |                                                     |         |            |              |                | <b>R\$ 38.517,70</b> |

**HEMATOLÓGICO**

| ITEM | DESCRIÇÃO              | UNIDADE | QUANTIDADE | SUBELEMENTOS | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL  |
|------|------------------------|---------|------------|--------------|----------------|--------------|
| 22   | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA | UND     | 1.000      | 3.3.90.39.00 | R\$ 1,53       | R\$ 1.530,00 |
| 23   | HEMATOCRITO            | UND     | 1.100      | 3.3.90.39.00 | R\$ 1,53       | R\$ 1.683,00 |

**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**

|              |                                                       |     |       |              |          |                      |
|--------------|-------------------------------------------------------|-----|-------|--------------|----------|----------------------|
| 24           | HEMOGRAMA COMPLETO                                    | UND | 1.150 | 3.3.90.39.00 | R\$ 4,11 | R\$ 4.726,50         |
| 25           | LEUCOGRAMA                                            | UND | 1.150 | 3.3.90.39.00 | R\$ 2,73 | R\$ 3.139,50         |
| 26           | PESQUISA DE HEMOGLOBINA S                             | UND | 1.150 | 3.3.90.39.00 | R\$ 2,73 | R\$ 3.139,50         |
| 27           | DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO (VHS) | UND | 500   | 3.3.90.39.00 | R\$ 2,73 | R\$ 1.365,00         |
| 28           | TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA(TAD)             | UND | 300   | 3.3.90.39.00 | R\$ 2,73 | R\$ 819,00           |
| 29           | TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA (TIA)                 | UND | 300   | 3.3.90.39.00 | R\$ 2,73 | R\$ 819,00           |
| <b>TOTAL</b> |                                                       |     |       |              |          | <b>R\$ 17.221,50</b> |

**SOROLOGICO**

| ITEM         | DESCRIÇÃO                                                                                      | UNIDADE | QUANTIDADE | SUBELEMENTOS | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL          |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------|--------------|----------------|----------------------|
| 30           | DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA/RELAÇÃO)                                        | UND     | 500        | 3.3.90.39.00 | R\$ 16,42      | R\$ 8.210,00         |
| 31           | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA                                     | UND     | 300        | 3.3.90.39.00 | R\$ 17,16      | R\$ 5.148,00         |
| 32           | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM E IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM) | UND     | 75         | 3.3.90.39.00 | R\$ 18,55      | R\$ 1.391,25         |
| 33           | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG/ IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)                         | UND     | 100        | 3.3.90.39.00 | R\$ 18,55      | R\$ 1.855,00         |
| 34           | PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)                              | UND     | 750        | 3.3.90.39.00 | R\$ 18,55      | R\$ 13.912,50        |
| 35           | PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)                                          | UND     | 750        | 3.3.90.39.00 | R\$ 18,55      | R\$ 13.912,50        |
| 36           | PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)                                                     | UND     | 250        | 3.3.90.39.00 | R\$ 4,10       | R\$ 1.025,00         |
| 37           | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI HIV-1+HIV-2(ELISA)                                                 | UND     | 100        | 3.3.90.39.00 | R\$ 10,00      | R\$ 1.000,00         |
| 38           | TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS                                                       | UND     | 50         | 3.3.90.39.00 | R\$ 4,10       | R\$ 205,00           |
| 39           | TESTE FTA-ABS IGG/IGM PARA DIAGNOSTICO DA SIFILIS                                              | UND     | 100        | 3.3.90.39.00 | R\$ 10,00      | R\$ 1.000,00         |
| 40           | DOSAGEM DO ANTIGENO CA 125                                                                     | UND     | 100        | 3.3.90.39.00 | R\$ 13,35      | R\$ 1.335,00         |
| 41           | DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA                                                | UND     | 300        | 3.3.90.39.00 | R\$ 9,25       | R\$ 2.775,00         |
| 42           | <a href="#">PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA</a>                                      | UND     | 300        | 3.3.90.39.00 | R\$ 16,97      | R\$ 5.091,00         |
| 43           | <a href="#">PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA</a>                                      | UND     | 300        | 3.3.90.39.00 | R\$ 18,55      | R\$ 5.565,00         |
| 44           | DOSAGEM DE CORTISOL                                                                            | UND     | 125        | 3.3.90.39.00 | R\$ 9,86       | R\$ 1.232,50         |
| <b>TOTAL</b> |                                                                                                |         |            |              |                | <b>R\$ 63.657,75</b> |

**COPROLOGICOS**

| ITEM         | DESCRIÇÃO                                            | UNIDADE | QUANTIDADE | SUBELEMENTOS | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL         |
|--------------|------------------------------------------------------|---------|------------|--------------|----------------|---------------------|
| 45           | PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES                         | UND     | 750        | 3.3.90.39.00 | R\$ 1,65       | R\$ 1.237,50        |
| 46           | PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES                      | UND     | 750        | 3.3.90.39.00 | R\$ 1,65       | R\$ 1.237,50        |
| 47           | PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS               | UND     | 750        | 3.3.90.39.00 | R\$ 1,65       | R\$ 1.237,50        |
| 48           | PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES                  | UND     | 750        | 3.3.90.39.00 | R\$ 1,65       | R\$ 1.237,50        |
| 49           | PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA) | UND     | 750        | 3.3.90.39.00 | R\$ 1,65       | R\$ 1.237,50        |
| <b>TOTAL</b> |                                                      |         |            |              |                | <b>R\$ 4.950,00</b> |

**UROANALISE**

| ITEM | DESCRIÇÃO                      | UNIDADE | QUANTIDADE | SUBELEMENTOS | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL |
|------|--------------------------------|---------|------------|--------------|----------------|-------------|
| 50   | DOSAGEM DE PROTEÍNAS (URINA DE | UND     | 400        | 3.3.90.39.00 | R\$ 2,04       | R\$ 816,00  |

**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**



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

|              |                                                                |     |     |              |          |                     |
|--------------|----------------------------------------------------------------|-----|-----|--------------|----------|---------------------|
|              | 24 HORAS)                                                      |     |     |              |          |                     |
| 51           | PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)             | UND | 250 | 3.3.90.39.00 | R\$ 4,44 | R\$ 1.110,00        |
| 52           | CLEARANCE DE UREIA                                             | UND | 500 | 3.3.90.39.00 | R\$ 3,51 | R\$ 1.755,00        |
| 53           | DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA                              | UND | 500 | 3.3.90.39.00 | R\$ 8,12 | R\$ 4.060,00        |
| 54           | ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA. | UND | 600 | 3.3.90.39.00 | R\$ 3,70 | R\$ 2.220,00        |
| <b>TOTAL</b> |                                                                |     |     |              |          | <b>R\$ 9.961,00</b> |

**HORMONAIS**

| ITEM         | DESCRIÇÃO                                                  | UNIDADE | QUANTIDADE | SUBELEMENTOS | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL          |
|--------------|------------------------------------------------------------|---------|------------|--------------|----------------|----------------------|
| 55           | DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG). | UND     | 200        | 3.3.90.39.00 | R\$ 7,85       | R\$ 1.570,00         |
| 56           | DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)             | UND     | 400        | 3.3.90.39.00 | R\$ 7,89       | R\$ 3.156,00         |
| 57           | DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)                      | UND     | 400        | 3.3.90.39.00 | R\$ 8,97       | R\$ 3.588,00         |
| 58           | DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)                 | UND     | 400        | 3.3.90.39.00 | R\$ 8,96       | R\$ 3.584,00         |
| 59           | DOSAGEM DE INSULINA                                        | UND     | 300        | 3.3.90.39.00 | R\$ 10,17      | R\$ 3.051,00         |
| 60           | DOSAGEM DE PROLACTINA                                      | UND     | 300        | 3.3.90.39.00 | R\$ 10,15      | R\$ 3.045,00         |
| 61           | DOSAGEM DE PROGESTERONA                                    | UND     | 250        | 3.3.90.39.00 | R\$ 10,22      | R\$ 2.555,00         |
| 62           | DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE                   | UND     | 400        | 3.3.90.39.00 | R\$ 12,54      | R\$ 5.016,00         |
| 63           | DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3                             | UND     | 400        | 3.3.90.39.00 | R\$ 12,54      | R\$ 5.016,00         |
| 64           | DETERMINACAO DE T3 REVERS                                  | UND     | 300        | 3.3.90.39.00 | R\$ 14,69      | R\$ 4.407,00         |
| <b>TOTAL</b> |                                                            |         |            |              |                | <b>R\$ 34.988,00</b> |

**CITOPATOLOGICO**

| ITEM         | DESCRIÇÃO                                 | UNIDADE | QUANTIDADE | SUBELEMENTOS | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL          |
|--------------|-------------------------------------------|---------|------------|--------------|----------------|----------------------|
| 65           | CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA | UND     | 1.500      | 3.3.90.39.00 | R\$ 6,97       | R\$ 10.455,00        |
| <b>TOTAL</b> |                                           |         |            |              |                | <b>R\$ 10.455,00</b> |

**MICROBIOLOGIA**

| ITEM         | DESCRIÇÃO                                             | UNIDADE | QUANTIDADE | SUBELEMENTOS | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL         |
|--------------|-------------------------------------------------------|---------|------------|--------------|----------------|---------------------|
| 66           | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA) | UND     | 15         | 3.3.90.39.00 | R\$ 4,20       | R\$ 63,00           |
| 67           | ANTIBIOGRAMA                                          | UND     | 150        | 3.3.90.39.00 | R\$ 4,98       | R\$ 747,00          |
| 68           | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)              | UND     | 15         | 3.3.90.39.00 | R\$ 4,20       | R\$ 63,00           |
| 69           | BACTERIOSCOPIA (GRAM)                                 | UND     | 10         | 3.3.90.39.00 | R\$ 2,80       | R\$ 28,00           |
| 70           | EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)                | UND     | 15         | 3.3.90.39.00 | R\$ 2,89       | R\$ 43,35           |
| 71           | <a href="#">CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO</a> | UND     | 250        | 3.3.90.39.00 | R\$ 5,62       | R\$ 1.405,00        |
| 72           | CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS                  | UND     | 150        | 3.3.90.39.00 | R\$ 4,19       | R\$ 628,50          |
| 73           | CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS                    | UND     | 25         | 3.3.90.39.00 | R\$ 10,25      | R\$ 256,25          |
| <b>TOTAL</b> |                                                       |         |            |              |                | <b>R\$ 3.234,10</b> |

**IMUNOLÓGICO**

| ITEM               | DESCRIÇÃO            | UNIDADE | QUANTIDADE | SUBELEMENTOS | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL           |
|--------------------|----------------------|---------|------------|--------------|----------------|-----------------------|
| 74                 | PESQUISA DE FATOR RH | UND     | 300        | 3.3.90.39.00 | R\$ 1,37       | R\$ 411,00            |
| <b>TOTAL</b>       |                      |         |            |              |                | <b>R\$ 411,00</b>     |
| <b>TOTAL GERAL</b> |                      |         |            |              |                | <b>R\$ 183.396,05</b> |

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



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

**3.FISCAL DO CONTRATO**

3.1. Fica nomeado (a) como Fiscal (a) do Contrato a Sra. **Nazaré Carneiro Da Silva**, servidora, portadora do CPF nº 012.778.582-50, e para substituir, caso necessário a servidora nomeado (a) como suplente fica a Sra. **Josirlande Maria Nascimento da Silva**, portadora do CPF nº 689.312.202-00 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, 27 de janeiro de 2021.

**GLAYTON JEAN DA SILVA RODRIGUES**  
Secretário do Fundo Municipal de Saúde  
Dec. nº 004/2021



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

**ANEXO II – CHAMAMENTO PÚBLICO N.º 001/ 2021  
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 001/2021 e  
seus anexos.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2021.

\_\_\_\_\_  
NOME E ASSINATURA DE REPRESENTANTE LEGAL

OBS: Papel Timbrado da empresa.



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

**ANEXO III – 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 001/2021, os preços discriminados na TABELA SUS, acatando todas as demais especificações do Edital de Chamamento Público nº 001/2021.

Mojuí dos Campos - PA, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

---

Nome da Empresa  
Responsável legal

OBS: Papel Timbrado da empresa.



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

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

**DECLARAÇÃO**

Referente CP nº.001/2021.

\_\_\_\_\_ 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**

**ANEXO V - 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 001/2021, 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)..... de .....de 2021.

(assinatura)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_ Nome:

RG. nº \_\_\_\_\_ e CPF. nº \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_



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

**ANEXO VI**

**DECLARAÇÃO 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)..... de .....de 2021.

(assinatura)

\_\_\_\_\_

\_\_ Nome:

RG. nº \_\_\_\_\_ e CPF. nº \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_



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

**ANEXO VII**

**MODELO DE RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS QUE COMPÕEM EQUIPE  
TÉCNICA**

Empresa:

CNPJ:

| <b>Nome do<br/>profissional</b> | <b>CPF</b> | <b>Cargo Função</b> | <b>Carga horária<br/>semanal</b> | <b>Número do<br/>Conselho</b> |
|---------------------------------|------------|---------------------|----------------------------------|-------------------------------|
|                                 |            |                     |                                  |                               |
|                                 |            |                     |                                  |                               |
|                                 |            |                     |                                  |                               |
|                                 |            |                     |                                  |                               |
|                                 |            |                     |                                  |                               |
|                                 |            |                     |                                  |                               |
|                                 |            |                     |                                  |                               |
|                                 |            |                     |                                  |                               |

(local)..... de .....de 2021.

(assinatura)

\_\_\_\_\_

\_\_ Nome:

RG. nº \_\_\_\_\_ e CPF. nº \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_



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

**ANEXO VIII**

**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)..... de .....de 2021.

(assinatura)

\_\_\_\_\_

\_\_ Nome:

RG. nº \_\_\_\_\_ e CPF. nº \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_



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

**ANEXO IX – MINUTA DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO**

**PROCESSO nº 035/2021**

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO nº 001/2021**

**CONTRATO Nº XXXX/2021**

**CONTRATADA: XXXX**

**O MUNICÍPIO DE MOJUI DOS CAMPOS**, pessoa jurídica de direito publico, com a interveniência da **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, com CNPJ Nº. \_\_\_\_\_, sediada na \_\_\_\_\_, neste ato representado por seu Secretário Municipal, Sr. \_\_\_\_\_, nomeado pelo Decreto Mun. nº \_\_\_\_\_, brasileiro, casado, Portador 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. 01/2021 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, 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 06 (seis) 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 001/2021, no prazo de 10 (dez) dias antes da ocorrência do Termo Final do prazo, junto a Secretaria Municipal de Saúde.

**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**

**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.

**CLÁUSULA QUARTA – Forma e Prazo de Pagamento**

4.1. O pagamento pelos serviços prestados pelo credenciado será efetuado mensalmente, tendo em conta o numero 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 á realização dos atendimentos/procedimentos, sendo que o pagamento será realizado ate 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 á conta do (s) recurso (s) provenientes do orçamento do município, previstos na Lei Orçamentária Anual, conforme segue:

**0404- Fundo Municipal de Saúde - FMS**

*10 3010004 2.035 – Manutenção das Unidades Básicas de Saúde - UBS.*

*3.3.90.30.00 – Material de Consumo*

*1001000 – Recurso Ordinário – R\$ 100.000,00*

*12140000 – Transferência SUS Bloco de Custeio – R\$ 100.000,00*

**CLÁUSULA SEXTA – Condições para prestação dos Serviços**

- a. Os serviços de análises clinicas 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 08 às 12hrs;

**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**

- c. Sendo credenciado de fora do município, devera 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;
- 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

**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**

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;
- 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, à 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 à 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 da servidora a Sra. **Nazaré Carneiro da Silva** e caso necessário, como substituto como suplente a servidora Sra. **Josirlande Maria Nascimento da Silva** 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;

**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**

- 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.

**10.1. É de exclusiva responsabilidade do CREDENCIADO o 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 está 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.



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

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

Mojuí dos Campos – PA , \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**CONTRATANTE**

\_\_\_\_\_  
**EMPRESA CONTRATADA**

**Testemunhas:**

1. Nome: \_\_\_\_\_

CPF nº .....

2. Nome: \_\_\_\_\_

CPF nº .....