



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

**EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 01/2021/FMS**  
**PROCESSO DE LICITAÇÃO Nº 01/2021/FMS**

**Credenciamento para serviços de Análises Clínicas**

VICENTE CORRÊA COSTA – Secretária Municipal de Saúde do Município de Capivari de Baixo, Estado de Santa Catarina, no uso de suas atribuições legais e de conformidade com a Lei Federal n.º 8.666/93 e posteriores alterações,

Faz saber e TORNA PÚBLICO para conhecimento dos interessados que o Município de Capivari de Baixo estará procedendo a Chamada Pública, à partir do dia 11/01/2021, no horário das 7h às 16h, no Departamento de Licitações do Município de Capivari de Baixo, sito a Rua Ernani Cotrin, nº 187, sede da Prefeitura Municipal de Capivari de Baixo, para fins de CREDENCIAMENTO, de pessoas jurídicas para prestação de serviços na área da saúde.

**1. OBJETO**

1.1. O presente chamamento objetiva o credenciamento de pessoas jurídicas interessadas em firmar com o Fundo Municipal de Saúde, contrato para a prestação, de forma continuada, de serviços na área de saúde, Exames Laboratoriais, nos itens relacionados no ANEXO I e nos valores determinados pela tabela SIA/SUS.

1.2. É vedada a prestação do serviço credenciado em qualquer dependência do Município.

1.3. Os recursos federais repassados ao município para a realização dos exames será dividido em cotas mensais de exames entre as empresas credenciadas.

1.4. Todos os exames realizados pelas empresas credenciadas serão remunerados conforme valores constantes na tabela SUS.

**2. DO RECEBIMENTO DOS DOCUMENTOS**

Os documentos necessários ao credenciamento e as propostas serão recebidos pela Comissão Permanente de Licitações, durante o período de vigência deste edital, durante o horário de funcionamento do setor administrativo da Prefeitura Municipal de Capivari de Baixo- SC.

2.1 - As informações fornecidas serão conferidas, e, a pessoa que tiver sua habilitação rejeitada será comunicada oficialmente sobre os fatos que motivaram a rejeição.

2.2 - Para habilitação o licitante deverá apresentar:

a) Registro comercial no caso de empresa individual;



## Município de Capivari de Baixo

Estado de Santa Catarina

- b) Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedade por ações, acompanhado de documento de eleição de seus administradores.
- c) Prova de Inscrição no Cadastro de Contribuintes do Município (ALVARÁ), relativo ao domicílio ou sede do Licitado pertinente ao seu ramo de atividade;
- d) Prova de regularidade com a Fazenda Federal (certidão de regularidade com a Fazenda Federal deverá ser emitida pela Receita Federal);
- e) Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual;
- f) Prova de regularidade com a Fazenda Municipal;
- g) Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), demonstrando a situação regular no cumprimento dos encargos instituídos por Lei;
- h) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, nos termos da redação dada pela lei 12.440, de 7.7.2011, a CLT e a Lei 8666/93;
- i) Declaração sob as penas da lei, firmada pelo representante legal da licitante, de que não foi declarada inidônea para licitar e ou contratar com a Administração Pública.
- j) Alvará Sanitário emitido pela Coordenadoria Regional da Saúde;
- k) Declaração que não emprega menores de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, e menores de dezesseis anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos, nos termos do Art. 7º, XXXIII, da Constituição Federal; (Anexo V).
- l) Declaração que tem pleno conhecimento das condições para execução dos serviços. (Anexo III); m) relação dos serviços ambulatoriais que se propõe a realizar, observado o preço fixado no Anexo I deste edital;
- n) Capacidade máxima de atendimento diária para fins deste cadastramento;
- o) Certificado de registro da empresa no Conselho Regional de Farmácia do Estado de Santa Catarina (CRF/SC) e/ou em outro Conselho de Classe que regulamente profissões que possuam aptidão técnica para o exercício das funções objetivadas por este credenciamento, no âmbito deste Estado.
- p) Certificado de Responsabilidade Técnica da empresa junto ao CRF/SC;
- q) Comprovação de que o(s) bioquímico é sócio ou funcionário da empresa;
- r) Comprovação de que o(s) bioquímico(s) possuem registro no CRF/SC;

2.3 - Os documentos constantes do item acima poderão ser apresentados em original, por cópia autenticada por tabelião ou por funcionário do Município ou publicação em órgão de imprensa oficial. Sendo que os documentos extraídos de sistemas informatizados (internet) estarão sujeitos à comprovação de sua veracidade pela Administração, dispensando-se autenticação referida no início deste item.

### 3. DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

3.1 – Os serviços deverão ser prestados na sede da empresa credenciada, não possuindo o Município, através do Fundo Municipal, responsabilidade pelo transporte dos pacientes e pela retirada dos laudos e/ou resultados dos exames realizados.



## **Município de Capivari de Baixo**

Estado de Santa Catarina

3.2. - Para a realização dos exames referidos neste cadastramento, o Município, através do Fundo Municipal, emitirá autorização expressa que será apresentada pelo paciente quando da realização do atendimento, sendo que o agendamento destes é de responsabilidade do paciente.

3.3 - Em caso de haver mais de uma empresa credenciada para a realização do mesmo procedimento, é facultado ao paciente a escolha do prestador do serviço, salvo se esgotado o número de atendimentos a que se propôs o credenciado.

3.4. Em caso de haver mais de uma empresa credenciada, o Secretário Municipal de Saúde fixará cota mensal de exames igualitária entre os credenciados, devendo a credenciada cumprir tal obrigação, sob pena de não ser realizado o pagamento dos exames realizados a mais.

3.5. A realização de exames excedentes as cotas mensais dependerá da autorização do Município.

3.6. O Município reserva o direito de fiscalizar, de forma permanente, a prestação dos serviços pelos credenciados, podendo proceder no descredenciamento, em caso de má prestação, apurada em processo administrativo específico, com garantia do contraditório e da ampla defesa;

### **4 - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

4.1 As despesas decorrentes do objeto deste credenciamento correrão por conta dos recursos orçamentários do ano de 2021, sendo que cada contratação será de acordo com a necessidade do Fundo Municipal de Saúde, e será efetuado o devido empenhamento no item orçamentário específico.

### **5. DO PAGAMENTO**

5.1 - O pagamento será efetuado de forma mensal, mediante apresentação, até o décimo quinto dia útil ao mês subsequente à prestação dos serviços, de nota fiscal devidamente certificada pela Secretaria Municipal da Saúde, com retenção dos tributos e/ou contribuições, na forma da lei.

### **6. DA FORMALIZAÇÃO**

6.1 – O credenciamento será formalizado mediante Termo próprio, contendo as cláusulas e condições previstas neste Edital.

### **7 – DO PESSOAL DA CREDENCIADA E DOS MATERIAIS A SEREM UTILIZADOS**

7.1 - É de responsabilidade da credenciada, de forma exclusiva, a disponibilização de todos os meios, quer de pessoal como de equipamentos necessários a execução dos serviços que lhe forem determinados, incluindo encargos trabalhistas, previdenciárias, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações, em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o Município.



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

8 – DA REVISÃO DOS VALORES ESTIPULADOS

8.1 – Durante a vigência deste Cadastramento, os valores contratuais apenas poderão ser revistos no caso de alteração por parte do Governo Federal nos valores constantes na Tabela SUS.

9 – DA FISCALIZAÇÃO

9.1 - Sem prejuízo de plena responsabilidade da credenciada, todos os serviços serão fiscalizados pelo Município, através da Secretaria Municipal de Saúde.

10 - CONSTITUEM-SE ANEXOS DESTA EDITAL

- I – Relação de exames laboratoriais (Anexo I);
- II – Critérios gerais a serem observados pela credenciada (Anexo II).
- III – Declaração de Conhecimento (Anexo III);
- IV - Termo de credenciamento para a prestação de serviços na área da saúde (Anexo IV)
- V – Declaração que não emprega menor (Anexo V).

Maiores Informações serão prestadas aos interessados no horário da 7h às 16h na Prefeitura Municipal de Capivari de Baixo, sito na Ernani Cotrin, 187 na cidade de Capivari de Baixo/SC, onde poderão ser obtidas cópia do edital e seus anexos, pelo site <http://www.capivaridebaixo.sc.gov.br/> ou telefone (48) 3621-4400.

Capivari de Baixo, 07 de janeiro de 2021.

VICENTE CORRÊA COSTA  
Secretário de Saúde



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 01/2021/FMS  
PROCESSO DE LICITAÇÃO Nº 01/2021/FMS

ANEXO I

Relação de Exames de Análises Clínicas:

ANEXO II - TABELA SUS		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	CÓDIGO	VALOR UNITÁRIO - Tabela SUS (R\$)
ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTOS NA URINA	02.02.05.001-7	3,70
ANTIBIOGRAMA	02.02.08.001-3	4,98
BACILOSCOPIA DIRETA PARA BAAR	02.02.08.004-8	4,20
BACILOSCOPIA DIRETA PARA BAAR (TUBERCULOSE)	02.02.08.006-4	4,20
BACTERIOSCOPIA (GRAM)	02.02.08.007-2	2,80
CLEARANCE DE CREATININA	02.02.05.002-5	3,51
CONTAGEM DE PLAQUETAS	02.02.02.002-9	6,48
CONTAGEM DE RETICULÓCITOS	02.02.02.003-7	2,78
CULTURA DE BACTÉRIAS PARA IDENTIFICAÇÃO	02.02.08.008-0	5,62
CULTURA PARA BAAR	02.02.08.011-0	5,63
DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	02.02.01.002-3	2,01
DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (2 DOSAGENS)	02.02.01.004-0	3,63
DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA CLÁSSICA (5 DOSAGENS)	02.02.01.007-4	10,00
DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE	02.02.03.007-5	2,83
DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	02.02.02.007-0	2,73
DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO - DUKE	02.02.02.009-6	2,73
DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SOBREVIVÊNCIA DE HEMÁCIAS	02.02.02.011-8	5,79
DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	02.02.02.014-2	2,73
DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO (VHS)	02.02.02.015-0	2,73
DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPOS ABO	02.02.12.002-3	1,37
DETERMINAÇÃO DO TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TPP ATIVADA)	02.02.02.013-4	5,77
DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA	02.02.03.008-3	9,25
DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO	02.02.01.012-0	1,85
DOSAGEM DE ÁCIDO VALPROICO	02.02.07.005-0	15,65
DOSAGEM DE ALDOLASE	02.02.01.014-7	3,68
DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEÍNA ÁCIDA	02.02.01.016-3	3,68



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	02.02.03.009-1	15,06
DOSAGEM DE AMILASE	02.02.01.018-0	2,25
DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	02.02.06.011-0	11,53
DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	02.02.07.011-5	10,00
DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA)	02.02.03.010-5	16,42
DOSAGEM DE BARBITURATOS	02.02.07.012-3	13,13
DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	02.02.03.011-3	13,55
DOSAGEM DE BLIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES	02.02.01.020-1	2,01
DOSAGEM DE CÁLCIO	02.02.01.021-0	1,85
DOSAGEM DE CÁLCIO IONIZÁVEL	02.02.01.022-8	3,51
DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	02.02.07.015-8	17,53
DOSAGEM DE CITRATO	02.02.05.008-4	2,01
DOSAGEM DE CLORETO	02.02.01.026-0	1,85
DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	02.02.01.027-9	3,51
DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	02.02.01.028-7	3,51
DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	02.02.01.029-5	1,85
DOSAGEM DE COLINESTERASE	02.02.01.030-9	3,68
DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	02.02.03.012-1	17,16
DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	02.02.03.013-0	17,16
DOSAGEM DE CORTISOL	02.02.06.013-6	9,86
DOSAGEM DE CREATININA	02.02.01.031-7	1,85
DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	02.02.01.032-5	3,68
DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRAÇÃO MB	02.02.01.033-3	4,12
DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA	02.02.01.036-8	3,68
DOSAGEM DE ESTRADIOL	02.02.06.016-0	10,15
DOSAGEM DE FENITOINA	02.02.07.022-0	35,22
DOSAGEM DE FERRITINA	02.02.01.038-4	15,59
DOSAGEM DE FERRO SÉRICO	02.02.01.039-2	3,51
DOSAGEM DE FOLATO	02.02.01.040-6	15,65
DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	02.02.01.042-2	2,01
DOSAGEM DE FOSFORO	02.02.01.043-0	2,01

ANEXO_II - TABELA S...		
DOSAGEM DE GLICOSE	02.02.01.047-3	1,85
DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	02.02.01.048-1	3,68
DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIÔNICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	02.02.06.021-7	7,85
DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	02.02.01.049-0	3,68
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	02.02.01.050-3	7,86
DOSAGEM DE HORMÔNIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	02.02.06.023-3	7,89
DOSAGEM DE HORMÔNIO LUTEINIZANTE (LH)	02.02.06.024-1	8,97
DOSAGEM DE HORMÔNIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	02.02.06.025-0	8,96
DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	02.02.03.016-4	9,25
DOSAGEM DE INSULINA	02.02.06.026-8	10,17
DOSAGEM DE LIPASE	02.02.01.055-4	2,25
DOSAGEM DE MAGNÉSIO	02.02.01.056-2	2,01
DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	02.02.05.009-2	8,12
DOSAGEM DE MUÇO-PROTEINAS	02.02.01.057-0	2,01
DOSAGEM DE OXALATO	02.02.05.010-6	3,68



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

ANEXO II - TABELA SUS		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	CÓDIGO	VALOR UNITÁRIO - Tabela SUS (R\$)
DOSAGEM DE PARATORMÔNIO	02.02.06.027-6	43,13
DOSAGEM DE POTÁSSIO	02.02.01.060-0	1,85
DOSAGEM DE PROGESTERONA	02.02.06.029-2	10,22
DOSAGEM DE PROLACTINA	02.02.06.030-6	10,15
DOSAGEM DE PROTEÍNA C REATIVA	02.02.03.020-2	2,83
DOSAGEM DE PROTEÍNAS (URINA DE 24 HORAS)	02.02.05.011-4	2,04
DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS	02.02.01.061-9	1,40
DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES	02.02.01.062-7	1,85
DOSAGEM DE SÓDIO	02.02.01.063-5	1,85
DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	02.02.06.032-2	15,35
DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	02.02.06.033-0	13,11
DOSAGEM DE TESTOSTERONA	02.02.06.034-9	10,43
DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	02.02.06.035-7	13,11
DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	02.02.06.037-3	8,76
DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	02.02.06.038-1	11,60
DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO PIRÚVICA (TGP)	02.02.01.065-1	2,01
DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO-OXALACÉTICA (TGO)	02.02.01.064-3	2,01
DOSAGEM DE TRANSFERRINA	02.02.01.066-0	4,12
DOSAGEM DE TRIGLICERÍDEOS	02.02.01.067-8	3,51
DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	02.02.06.039-0	8,71
DOSAGEM DE UREIA	02.02.01.069-4	1,85
DOSAGEM DE VITAMINA B12	02.02.01.070-8	15,24
DOSAGEM DE ZINCO	02.02.07.035-2	15,65
DOSAGEM GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	02.02.01.046-5	3,51
ELETROFORESE DE PROTEÍNAS	02.02.01.072-4	4,42
ERITROGRAMA (ERITRÓCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATÓCRITO)	02.02.02.036-3	2,73
GASOMETRIA (PH, PCO <sup>2</sup> PO <sup>2</sup> BICARBONATO AS2) - EXCETO BASE	02.02.01.073-2	15,65

HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	4,11
INTRADERMORREAÇÃO COM DERIVADO PROTÉICO PURIFICADO (PPD)	02.02.03.024-5	0,00
LEUCOGRAMA	02.02.02.039-8	2,73
PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	02.02.03.025-3	10,00
PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	02.02.03.026-1	10,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	02.02.03.027-0	8,67
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	02.02.03.045-8	10,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	02.02.03.047-4	2,83
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	02.02.03.028-8	17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV 1 (WESTERN-BLOT)	02.02.03.029-6	85,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV1+HIV2 (ELISA)	02.02.03.030-0	10,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV1+HTLV2	02.02.03.031-8	18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-IGG CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IC)	02.02.03.078-4	18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	02.02.03.055-5	17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	02.02.03.059-8	17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEÍNA (RNP)	02.02.03.032-6	17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SHISTOSOMAS	02.02.03.033-4	5,74
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	02.02.03.034-2	17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	02.02.03.035-0	18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	02.02.03.036-9	18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	02.02.03.062-8	17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITRYPANOSOMA CRUZI	02.02.03.077-6	9,25
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	02.02.03.063-6	18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS HETERÓFILOS CONTRA O VÍRUS EPSTEIN-BARR	02.02.03.073-3	2,83
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVÍRUS	02.02.03.074-1	11,00
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	02.02.03.076-8	16,97
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVÍRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	02.02.03.079-2	30,00
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	02.02.03.080-6	18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS DA RUBÉOLA	02.02.03.081-4	17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTI-CITOMEGALOVÍRUS	02.02.03.085-7	11,61
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	02.02.03.086-5	10,00



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	02.02.03.087-3	18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IG)	02.02.03.089-0	18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	02.02.03.091-1	18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA RUBÉOLA	02.02.03.092-0	17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES 370C	02.02.12.006-6	5,79
PESQUISA DE ANTÍGENO CARCINOEMBRIÓNARIO (CEA)	02.02.03.096-2	13,35
PESQUISA DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	02.02.03.097-0	18,55
PESQUISA DE ANTÍGENO E DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	02.02.03.098-9	18,55
PESQUISA DE ESPERMATOZÓIDES (APÓS VASECTOMIA)	02.02.09.026-4	4,80
PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	02.02.03.101-2	4,10
PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	02.02.12.008-2	1,37
PESQUISA DE GONADOTROFINA CORIÔNICA (TESTE DE GRAVIDEZ)	02.02.05.025-4	0,00
PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	02.02.02.044-4	2,73
PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	02.02.04.012-7	1,65

ANEXO II - TABELA SUS		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	CÓDIGO	VALOR UNITÁRIO - Tabela SUS (R\$)
PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	02.02.04.014-3	1,65
PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	02.02.02.046-0	2,73
PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	02.02.04.017-8	1,65
PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLORESCÊNCIA)	02.02.03.104-7	10,00
PESQUISA PARA DOSAGEM DE AMINOÁCIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	02.02.05.014-9	3,70
PROVA DO LÁTEX PARA PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	02.02.09.030-2	1,89
TESTE DE VDRL PARA DETECÇÃO DE SÍFILIS	02.02.03.111-0	2,83
TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA	02.02.02.054-1	2,73
TESTE FTA-ABS IGM PARA DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS	02.02.03.113-6	10,00
TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	02.02.12.009-0	2,73
VDRL PARA DETECÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTE	02.02.03.117-9	2,83
QUANTITATIVO APROXIMADO DE 110.000 EXAMES ANUAIS		
FONTE TABELA SUS		



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 01/2021/FMS  
PROCESSO DE LICITAÇÃO Nº 01/2021/ FMS

ANEXO II

CRITÉRIOS GERAIS A SEREM OBSERVADOS PELA CREDENCIADA:

- 1- O Município reserva-se o direito de fiscalizar, de forma permanente, a prestação de serviços pelos credenciados, podendo proceder ao descredenciamento, em casos de má prestação, verificada em procedimentos administrativos específicos, com garantia do contraditório e da ampla defesa.
- 2- A prestação de serviços é exclusiva dos credenciados, vedada sua transferência a empresas alheias a relação contratual.
- 3- O credenciado não poderá cobrar do paciente, ou de seu responsável, qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados.
- 4- A credenciada deverá enviar mensalmente relatório de cada procedimento realizado com correspondente relação de pacientes atendidos, acompanhada das requisições emitidas pelo médico credenciado pelo SUS e com comprovante de realização do exame por parte do paciente devidamente assinado por este.
- 5- Somente poderá ser realizado exame a pacientes que sejam portadores de requisição emitidos por médico credenciado pelo Sistema Único de Saúde que prestam serviços ao Município de Capivari de Baixo.
- 6- Em caso de haver mais de uma empresa credenciada, a Secretária Municipal de Saúde fixará cota mensal de exames igualitária entre os credenciados, devendo a credenciada cumprirem tal obrigação, sob pena de não ser realizado o pagamento dos exames realizados a mais.
- 7- A cota mensal de exames de cada credenciado será auferida pela divisão dos recursos federais repassados ao Município.
- 8- Todos os exames realizados pelas empresas credenciadas serão remunerados conforme valores constantes na tabela SUS.

VICENTE CORRÊA COSTA  
Secretário de Saúde



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 01/2021/FMS  
PROCESSO DE LICITAÇÃO Nº 01/2021/FMS

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO CHAMADA PÚBLICA Nº 01/2021

Através do presente, a empresa \_\_\_\_\_, CNPJ nº \_\_\_\_\_, com sede na \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, 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.

Capivari de Baixo/SC, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
(representante legal / procurador)



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 01/2021/ FMS  
PROCESSO DE LICITAÇÃO Nº 01/2021/FMS

ANEXO IV

TERMO DE CREDENCIAMENTO PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DA  
SAÚDE.

O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPIVARI DE BAIXO, pessoa jurídica de direito público, com sede na Rua Ernani Cotrin, nº 187, na cidade de Capivari de Baixo/SC, representada por seu Secretário Municipal de Saúde VICENTE CORRÊA COSTA, residente e domiciliado neste Município, doravante denominado de CREDENCIANTE e, \_\_\_\_\_, (qualificar), doravante denominada CREDENCIADA, tem justo e acordado este Termo de Credenciamento de conformidade com a Lei nº 8.666/93 e suas alterações, consubstanciado na Chamada Pública Nº. 01/2021, e mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLAUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO: O presente termo tem por objeto a prestação, por parte da CREDENCIADA, para a prestação, de forma continuada, de serviços na área de saúde, Exames Laboratoriais, nos itens relacionados no ANEXO I e nos valores determinados pela tabela SUS.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A CREDENCIADA deverá realizar os atendimentos de acordo com a necessidade do Município, de segunda a sexta-feira, nos horários de atendimento do estabelecimento credenciado.

PARÁGRAFO SEGUNDO – O credenciado deverá certificar se o paciente é residente neste domicílio, uma vez que não serão pagos procedimentos realizados em pacientes que não residam no Município de Capivari de Baixo e observada os critérios estabelecidos no Anexo II do Edital.

PARÁGRAFO TERCEIRO – Em caso de haver mais de uma empresa credenciada, a Secretária Municipal de Saúde fixará cota mensal de exames igualitária entre os credenciados, devendo a credenciada cumprir tal obrigação, sob pena de não ser realizado o pagamento dos exames realizados a mais.

PARÁGRAFO QUARTO – Todos os exames realizados pelas empresas credenciadas serão remunerados conforme valores constantes na tabela SUS.

PARÁGRAFO QUINTO – A prestação de serviços é exclusiva do credenciado, vedada sua transferência a empresas alheias a relação contratual.

PARÁGRAFO SEXTO – O credenciado não poderá cobrar do paciente, ou de seu responsável, qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados.



## Município de Capivari de Baixo

Estado de Santa Catarina

**PARÁGRAFO SÉTIMO** – A credenciada deverá enviar mensalmente relatório de cada procedimento realizado com correspondente relação de pacientes atendidos, acompanhada das requisições emitidas pelo médico credenciado pelo SUS e com comprovante de realização do exame por parte do paciente devidamente assinado por este.

**PARÁGRAFO OITAVO** – Somente poderá ser realizado exame a pacientes que sejam portadores de requisição emitidos por médico credenciado pelo Sistema Único de Saúde que prestam serviços ao Município de Capivari de Baixo.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DO PRAZO:** O prazo de vigência do credenciamento será até 31 de dezembro de 2021, a contar de sua assinatura, podendo ser prorrogado, por interesse do CREDENCIANTE e anuência da CREDENCIADA, por iguais e sucessivos períodos, até o limite de sessenta meses (art. 57, II da Lei nº 8666/93), contados estes da data de lançamento do edital de credenciamento acima referido.

**CLÁUSULA TERCEIRA - DA FORMA E DO PRAZO DE PAGAMENTO:** O valor pelos serviços realizados pela CREDENCIADA será pago da seguinte forma:

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** – Os serviços contratados por este Termo serão pagos, de acordo com o número de atendimentos efetuados durante o mês de referência, tendo como parâmetro a Tabela constante do Edital de Chamamento nº 01/2021, sendo condição para a efetivação do pagamento a apresentação, pelo CREDENCIADO, da Nota Fiscal de Serviço, devidamente visada pela Secretaria Municipal da Saúde, a qual deverá ser apresentada até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês seguinte aquele em que os serviços foram prestados, juntamente com o relatório constante no parágrafo sétimo da cláusula primeira deste contrato administrativo.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** – Durante a vigência deste Cadastramento, os valores serão revisto a cada 12 meses contados da data do lançamento deste Edital, mediante a aplicação de variação que venha a ser aplicada nos preços referenciados na Tabela SUS.

### CLÁUSULA QUARTA – DAS CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO

- I – O presente credenciamento caracteriza-se como uma relação contratual de prestação de serviços;
- II – O(A) CREDENCIADO(A) deverá manter, durante a vigência deste Termo, as condições de habilitação exigidas para a sua celebração;
- III – É de responsabilidade exclusiva e integral do (a) CREDENCIADO(A) a utilização de pessoal para a execução dos respectivos procedimentos, incluindo encargos trabalhistas, sociais e fiscais resultantes de vínculo empregatício ou comerciais, bem como eventuais indenizações deferidas em decorrência dos serviços prestados.
- IV - A contratada deverá realizar os atendimentos de acordo com a necessidade do Município de Capivari de Baixo, e de acordo com o Anexo I.
- V - É facultada ao paciente a escolha do prestador do serviço em caso de haver mais de uma empresa credenciada para a realização do mesmo procedimento.
- VI - É vedado:



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

- a) O trabalho do(a) CREDENCIADO(A) em ambientes de propriedade do município;
- b) A transferência dos direitos e obrigações decorrentes desse Termo;
- c) A cobrança de qualquer valor a título de diferença dos usuários dos serviços objetos deste Termo.

CLÁUSULA QUINTA- DA FISCALIZAÇÃO: O CREDENCIANTE realizará, subsidiariamente, fiscalização dos serviços decorrentes desse Termo, mediante ação da Secretaria Municipal de Saúde, a qual designará servidor para tanto, situação que não excluirá ou restringirá a responsabilidade da CREDENCIADA na prestação dos serviços, objeto deste Termo.

CLÁUSULA SEXTA – DAS PENALIDADES: À CREDENCIADA poderá ser aplicado, em caso de inadimplemento contratual, após assegurado o direito de ampla defesa, às penalidades previstas na Lei Federal nº 8.666/93 e expressas no edital de Chamamento acima referido.

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS DOTAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS: As despesas decorrentes do objeto deste credenciamento correrão por conta dos recursos orçamentários do ano de 2021, sendo que cada contratação será de acordo com a necessidade do Fundo Municipal de Saúde, e será efetuado o devido empenhamento no item orçamentário específico.

CLÁUSULA OITAVA – DA RESCISÃO: A rescisão deste Termo poderá se dar numa das seguintes oportunidades:

- a) pela ocorrência de seu termo final;
- b) por solicitação da CREDENCIADA, cujo aviso formal deverá ser dado com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias;
- c) por acordo entre as partes;
- d) de forma unilateral pelo CREDENCIANTE, após o devido processo legal, no caso de descumprimento de condição estabelecida no edital ou neste Termo de Credenciamento.

CLÁUSULA NONA – DA VINCULAÇÃO DESTES INSTRUMENTOS: Este instrumento está vinculado ao Edital de Chamada Pública nº 01/2021, sendo que as condições nele previstos, mesmo que não transcritas neste instrumento, obrigam as partes;

CLÁUSULA DÉCIMA – DO FORO: Fica eleito o Foro da Comarca de Capivari de Baixo - SC, para dirimir as dúvidas oriundas deste Termo, quando não solvidas administrativamente.

E, por estarem justos e acordados, assinam o presente Termo, em três vias de igual teor e forma.

Capivari de Baixo/SC,.....2021.

Contratante. xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Nome: CPF:

Contratada

Nome:

CPF

Testemunhas:



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 01/2021 FMS  
PROCESSO DE LICITAÇÃO Nº 01/2021

ANEXO V

MODELO DE DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO AO ART. 7º DA CONSTITUIÇÃO  
FEDERAL

Ao Município de Capivari de Baixo/SC Chamada Pública Nº. 01/2021 – Credenciamento, de pessoas jurídicas para prestação de serviços na área da saúde. Declaramos para os fins de direito, na qualidade de licitante do procedimento licitatório sob a modalidade de Chamada Pública nº. 01/2021 em cumprimento ao inciso XXXIII, do artigo 7º da Constituição Federal de que não possuímos em nosso quadro funcional, pessoas menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e, de menores de 16 (dezesseis) anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir dos 14 (quatorze) anos. Por ser expressão da verdade, firmamos o presente.

Local e Data Razão Social:

Nome do Representante Legal  
Carimbo e Assinatura

(Este Anexo deverá ser apresentado no Envelope nº 01 – Documentação)