



**CRENCIAMENTO Nº 001/2019 PROCESSO Nº 292/2019**

**– INEXIGIBILIDADE Nº 001/2019**

**RECIBO DE RETIRADA DE EDITAL**

Razão Social: \_\_\_\_\_

CNPJ/CPF Nº \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Pessoa \_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_ contato: \_\_\_\_\_

Recebemos, através Sr. \_\_\_\_\_ nesta data, copiado instrumento convocatório da licitação acima identificada.

Local: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Senhor Licitante,

Visando comunicação futura entre a Comissão Permanente de Licitações e os licitantes, solicito de Vossa Senhoria preencher o recibo de entrega do edital e remeter à Comissão Permanente de Licitações por meio do **telefone (064) 3604-1101**.

A não remessa do recibo exime a Comissão Permanente de Licitações da comunicação de eventuais retificações ocorridas no instrumento convocatório, bem como de quaisquer informações adicionais.



## **SÍNTESE INFORMATIVA DO EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 001/2019**

### **PROCESSO Nº 292/2019**

### **INEXIGIBILIDADE Nº 001/2019**

### **SISTEMA: CREDENCIAMENTO**

- **Legislação:** Lei Federal nº 8.666/93, com suas posteriores alterações, Lei Federal Nº 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor) e do Código Civil Brasileiro (Lei 10.406/2002), e determinações do Conselho Regional (Fundo Municipal de Saúde).

- **Departamento Solicitante:** Secretaria Municipal de Saúde.

- **Protocolo de Envelopes:** A partir do dia **01/02/2019** até o dia **30/11/2019**.

**Objeto:** Chamamento visando o Credenciamento para Contratação de profissionais da Saúde e da área médica sem vínculo empregatício de qualquer natureza (Pessoa Física ou Jurídica), para o exercício 2019, no Hospital Municipal e Unidades de Saúde municipais, no atendimento dos Programas e Ações de Saúde desenvolvidas no Município de Mairipotaba-GO.

- **Documentos Necessários:** Item 5.4 e 5.6.

- **Forma de Prestação de Serviço:** Serviço contínuo.

- **Vigência:** para o exercício vigente após sua assinatura, podendo ser prorrogado por igual período, até o limite de 60 (sessenta) meses, se assim for de interesse do Município, conforme dispõe o inciso II, do artigo 57 da Lei Federal Nº 8.666/93.

- **Informações:** telefone **(064) 3604-1101**, no horário de 08:00 às 17:00 horas. Ao ligar, favor informar o número do **CREDENCIAMENTO Nº 001/2019 - PROCESSO Nº 292/2019 – INEXIGIBILIDADE Nº 001/2019**.



## **EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 001/2019**

**PROCESSO Nº: 292/2019**

**INEXIGIBILIDADE Nº: 001/2019**

**SISTEMA: CREDENCIAMENTO**

O Fundo Municipal de Saúde da Prefeitura de Mairipotaba-GO, com sede na sítio a Rua João Manoel, nº 83, Centro – Mairipotaba-GO, inscrita no CNPJ sob Nº 01.933.462/0001-24, Insc. Estadual 'isento', representado pela Sra. Gestora **Mônica Pereira da Silva Vasconcelos**, brasileiro, portador do CPF nº.471.170.791-34, torna público, para o conhecimento de quantos possam interessar, que, em conformidade com o caput do artigo 25 da Lei 8.666/93, estará recebendo em sua sede a partir do dia **01/02/2019** até o dia **30/11/2019**. No horário de 07h00min às 11h00min das 13h00min às 17h00min, horário de expediente externo da Prefeitura, a documentação do item 4 (quatro) deste Edital, de **Chamamento visando o Credenciamento para Contratação de profissionais da Saúde e da área médica sem vínculo empregatício de qualquer natureza (Pessoa Física ou Jurídica), para o exercício 2019, no Hospital Municipal e Unidades de Saúde municipais, no atendimento dos Programas e Ações de Saúde desenvolvidas no Município de Mairipotaba-GO**, de acordo com critérios e condições a seguir especificadas:

### **1. DAS NORMAS LEGAIS:**

1.1. O presente Edital rege-se pela Lei Nº 8.666 de 21 de junho de 1993, com suas posteriores alterações, fundamentando-se nos termos do caput do artigo 25, firmado sob o regime de credenciamento.

1.2. Aplica-se ao contrato decorrente da presente licitação, além do dispositivo legal previsto no sub-item 1.1, as normas da Lei Federal Nº 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), do Código Civil Brasileiro (Lei 10.406/2002).

### **2. DO EDITAL E SEUS ANEXOS:**

2.1. O Edital da presente licitação estará disponível a qualquer interessado, de 07h00min às 11h00min das 13h:00min às 17h:00min, na Divisão de Licitações, sede da Prefeitura, à sítio a Rua João Manoel, nº 83, Centro – Mairipotaba-Go.

2.2. Constituem anexos do presente **EDITAL**:

**ANEXO I** – Descrição do Objeto (Termo de Referência);

**ANEXO II** \_ Modelo de Credenciamento do Representante;

**ANEXO III** – Modelo de Proposta de Adesão;

**ANEXO IV** – Modelo da Declaração de não Contratação de Menor;

**ANEXO V** – Modelo da Declaração de Atendimento dos Requisitos de Habilitação e Contratação;



**ANEXO VI** – Modelo de Declaração de Responsabilidade Técnica;

**ANEXO VII** – Modelo de Requerimento;

**ANEXO VIII** – Minuta do Contrato de Prestação de Serviços.

**ANEXO IX** – Modelo Proposta eletrônica (Planilha gerada pela Megasoft, esta planilha deverá ser salva em cd ou outro dispositivo que permita a importação dos dados contidos nela.

### **3. DO OBJETO:**

3.1. O objeto do presente Edital de **Chamamento visando o Credenciamento para Contratação de profissionais da Saúde e da área medica sem vínculo empregatício de qualquer natureza (Pessoa Física ou Jurídica), para o exercício 2019, no Hospital Municipal e Unidades de Saúde municipais, no atendimento dos Programas e Ações de Saúde desenvolvidas no Município de Mairipotaba-GO**, dos serviços constantes das Tabelas de Serviços Prestados aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, **anexa a este instrumento convocatório.**

### **4. DOS VALORES E DO REAJUSTAMENTO:**

4.1. O Fundo Municipal de Saúde do Município pagará ao contratado (a) o valor constante na Tabela aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde, pelos serviços prestados, conforme cronograma de distribuição de demanda que ficará sob o poder da Secretaria Municipal de Saúde.

4.2. O valor determinado é fixo e irrevogável, para o exercício vigente, porém uma vez prorrogado o contrato, este valor descrito no item 4.1 poderá ser revisado, se comprovado a necessidade de reajuste econômico com base no INPC ou outro índice oficial do Governo Federal, que venha substituí-lo em caso de extinção, ou ainda será reajustado caso haja reajustamento na Tabela do SUS.

### **5. DOS CRITÉRIOS E DA DOCUMENTAÇÃO:**

5.1. Somente poderão contratar com o Município, nos termos deste Edital, os estabelecimentos comerciais legalmente constituídas.

5.2. Será vedada a participação de estabelecimentos comerciais quando:

- a) Declaradas inidôneas por ato do poder público;
- b) Sob o processo de concordata e falência;
- c) Impedidas de licitar, contratar, transacionar com a administração pública ou quaisquer de suas entidades descentralizadas;



- d) Estabelecimentos comerciais que tenham pendências financeiras ou contratuais para com o Município de Mairipotaba-GO e suas entidades da administração direta e indireta.

5.3. Os estabelecimentos interessados deverão protocolar na sede do Município, em envelope fechado, contendo nome, endereço completo, número do processo, da inexigibilidade, conforme abaixo, os documentos enumerados no subitem 5.4 deste edital:

**RAZÃO SOCIAL/NOME:**  
**CNPJ/CPF:**  
**ENDEREÇO: (Logradouro, número, bairro, cidade, UF, CEP, TEL e FAX)**  
**CRENCIAMENTO Nº 001/2019**  
**PROCESSO Nº 292/2019**  
**INEXIGIBILIDADE Nº 001/2019**  
**ATT: COORDENADORIA DE LICITAÇÕES**

5.4. A Proponente deverá apresentar a partir do dia **01/02/2019** até o dia **30/11/2019**, em 01 (uma) via os seguintes documentos, seja em original ou por cópia autenticada, em todas as páginas, em cartório ou outro órgão competente:

#### **5.5 - PESSOA JURIDICA**

- a) Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);
- b) Prova de regularidade com a Fazenda Federal (conjunto INSS), Estadual e Municipal do domicílio ou sede do interessado, ou outra equivalente, na forma da lei;
- c) Prova de regularidade com o FGTS demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos instituídos por lei.
- d) Certidão Negativa de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, nos termos do Título VII- A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1o de maio de 1943." (NR);
- e) Declaração de Firma Individual ou Contrato Social **primitivo** devidamente registrados na Junta Comercial competente;
- f) Última alteração do Contrato Social, consolidado ou não, devidamente registrado na Junta Comercial competente;
- g) Declaração firmada pelo **representante legal da licitante e por seu responsável técnico contábil**, com o prazo de validade de 30



(trinta) dias a contar da data de sua emissão, de que não há alterações posteriores ao documento apresentado;

- h) Declaração de que não emprega menor, exceto na qualidade de aprendiz, conforme modelo do **Anexo IV**;
- i) Declaração de que está ciente e aceita todas as exigências deste edital, e se compromete a cumpri-las; **Anexo v**
- j) Proposta de Adesão, conforme modelo constante deste Edital;
- k) Alvará de Localização fornecido pelo Município. (Prestação de Serviços de Laboratório para Exames e Análise Clínica).
- l) Alvará expedido pela vigilância sanitária competente. (Confecção de próteses dentárias, para atender ao programa do Ministério da Saúde, conforme Portaria nº 1.289, de 25 de maio de 2017 e SAS nº. 1.825/gm/ms de 24 de agosto de 2012).
- m) Alvará de funcionamento. (Confecção de próteses dentárias, para atender ao programa do Ministério da Saúde, conforme Portaria nº 1.289, de 25 de maio de 2017 e SAS nº. 1.825/gm/ms de 24 de agosto de 2012).
- n) Cadastro no Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) programa do Ministério da Saúde. (Confecção de próteses dentárias, para atender ao programa do Ministério da Saúde, conforme Portaria nº 1.289, de 25 de maio de 2017 e SAS nº. 1.825/gm/ms de 24 de agosto de 2012).
- o) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). (Confecção de próteses dentárias, para atender ao programa do Ministério da Saúde, conforme Portaria nº 1.289, de 25 de maio de 2017 e SAS nº. 1.825/gm/ms de 24 de agosto de 2012).
- p) Ficha Cadastral de Estabelecimentos de Saúde, compatível com o tipo de objeto deste cadastramento. (Confecção de próteses dentárias, para atender ao programa do Ministério da Saúde, conforme Portaria nº 1.289, de 25 de maio de 2017 e SAS nº. 1.825/gm/ms de 24 de agosto de 2012).
- q) Comprovação de que o interessado possui em seu quadro permanente profissional de nível técnico detentor de capacidade técnica para execução dos serviços. (Confecção de próteses dentárias, para atender ao programa do Ministério da Saúde, conforme Portaria nº 1.289, de 25 de maio de 2017 e SAS nº. 1.825/gm/ms de 24 de agosto de 2012).
- r) Comprovante de endereço. (Confecção de próteses dentárias, para atender ao programa do Ministério da Saúde, conforme Portaria nº 1.289, de 25 de maio de 2017 e SAS nº. 1.825/gm/ms de 24 de agosto de 2012).
- s) Número da conta corrente/Banco/Agência
- t) Anexos do Edital



## **5.6. PESSOA FISICA:**

- a) Currículo vitae atualizado e assinado;
- b) Cópia da documentação pessoal;
- c) Cópia do Diploma;
- d) Cópia do Certificado do curso de Protético; (Confecção de próteses dentárias, para atender ao programa do Ministério da Saúde, conforme Portaria nº 1.289, de 25 de maio de 2017 e SAS nº. 1.825/gm/ms de 24 de agosto de 2012).
- e) Certidão do Conselho Regional a que esta vinculado;
- f) Prova de regularidade com a Fazenda Federal (conjunto INSS), Estadual e Municipal do domicílio ou sede do interessado, ou outra equivalente, na forma da lei;
- g) Comprovante de pagamento da anuidade do respectivo conselho;
- h) Cópia do NIT/PASEP.
- i) Número da conta corrente/Banco/Agência.
- j) Anexos do Edital
- u) Comprovante de endereço, (Confecção de próteses dentárias, para atender ao programa do Ministério da Saúde, conforme Portaria nº 1.289, de 25 de maio de 2017 e SAS nº. 1.825/gm/ms de 24 de agosto de 2012).
- k) Poderá ser substituída a Certidão do Conselho Regional, bem como a comprovação de pagamento da anuidade do referido conselho, somente pela anuidade do conselho a que pertence, devidamente atualizada no período do chamamento.

**5.7. Serão consideradas válidas as Certidões que tiverem sido emitidas no máximo até 90 (noventa) dias antes da data do protocolo do envelope com a documentação na Prefeitura, caso não tenham a data de validade expressa.**

5.8. A abertura e julgamento das propostas de adesão ao presente CREDENCIAMENTO ficarão a cargo da Comissão Permanente de Licitação da Prefeitura Municipal de Mairipotaba-GO, a qual competirá:

- a) Receber e proceder à abertura dos envelopes contendo a documentação necessária ao CREDENCIAMENTO;
- b) Examinar os documentos apresentados em confronto com as exigências deste Edital devendo recusar a participação das interessadas que deixarem de atender às normas e condições aqui fixadas;
- c) Proceder à confecção do contrato de Prestação de Serviços.

## **6. DO PROCESSO ADMINISTRATIVO:**



6.1. Os envelopes protocolados contendo os documentos serão abertos e analisados pela Comissão Permanente de Licitações, que considerará inaptas para a contratação as empresa/pessoas físicas que não atenderem as exigências deste edital, podendo relevar exigências formais, que não venham a interferir nem possam comprometer a formalização dos contratos.

6.2. No caso de haver alguma empresa/pessoa física inabilitada, esta será formalmente comunicada dos motivos de sua inabilitação que poderá apresentar os documentos que estejam vencidos ou porventura não apresentados, devendo protocolá-los no setor competente desta Prefeitura, nos termos do sub-item 5.3 deste Edital.

6.3. Aprovada a documentação, a empresa/pessoa física será convocada através de seu representante (alínea “g” do sub-item 5.4) para assinatura do respectivo contrato (modelo: **ANEXO VIII**).

## **7. DOS CONTRATOS:**

7.1. Os contratos originados do presente edital, serão regidos pela Lei Federal N° 8.666/93 e a Lei Complementar 123/2006, com suas posteriores alterações, juntamente com suas normas e as demais estabelecidas por este Edital.

7.2. Uma vez convocado para assinatura do Contrato, o candidato obriga-se a assiná-lo no prazo máximo de 05 (cinco) dias, a partir da data de sua convocação, se assim for do interesse do Município.

7.3. O Fundo Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Mairipotaba-Go não aceitará a execução do contrato em desacordo com o **EDITAL**, sem que caiba qualquer indenização ao Contratado (a).

7.4. Os contratos objeto deste edital vigorarão para o exercício vigente a contar de sua assinatura, podendo ser prorrogados por iguais períodos até o limite de 60 (sessenta) meses, a critério da Prefeitura Municipal de Mairipotaba-GO, conforme dispõe o inciso II, do artigo 57 da Lei Federal N° 8.666/93.

7.5. Não será aceita terceirização do Serviço.

## **8. DAS CONDIÇÕES GERAIS:**

8.1. O não cumprimento total ou parcial das cláusulas constantes neste **EDITAL** ou das obrigações assumidas caracterizará o inadimplemento da **CONTRATADA**, sujeitando-se às seguintes penalidades, sem prejuízo das demais sanções aplicáveis à espécie:

a) Advertência por atraso até 02 (dois) dias;





b) Multa, nos seguintes percentuais:

b.1. Multa no valor de 5% (cinco por cento) sobre o valor do Empenho Global por atraso até 05 dias;

b.2. Multa de 25% (vinte e cinco por cento) calculada sobre o valor do Empenho Global, no caso de atraso superior a 05 (cinco) dias;

c) Suspensão do direito de contratar com a administração pública municipal, direta e indireta, por atraso superior a 30 (trinta) dias, sem prejuízo da multa prevista no item b;

d) Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Municipal enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação, perante a própria autoridade que aplicou a penalidade.

8.2. A advertência prevista na letra "a" será aplicada pela Secretaria Municipal interessada, de ofício e a multa prevista na letra "b", será aplicada pela Secretaria Municipal de Saúde, após apreciação da defesa apresentada pelo inadimplente.

8.3. As penalidades previstas nas letras "c" e "d" são de competência da Secretaria Municipal de Saúde.

8.4. É garantido à licitante o direito de recurso das decisões tomadas com base nas normas previstas no artigo 109 da Lei Nº 8.666/93.

8.5. Qualquer alteração na sistemática dos serviços ajustados dependerá de prévia concordância entre as partes por escrito, com antecedência necessária à sua implantação.

8.6. A assinatura de contrato objeto deste edital torna nulo e sem efeito todo e qualquer instrumento anteriormente firmado com o Município com o mesmo objeto.

8.7. O Fundo Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de MAIRIPOTABA-GO poderá rescindir o contrato, se ocorrer quaisquer das hipóteses previstas no art. 78 da Lei nº 8.666/93.

## **9. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTARIA:**

9.1. As despesas decorrentes da execução dos contratos oriundos do presente edital correrão a conta da seguinte dotação orçamentária: 05.19.10.301.1001.2.012.3.3.90.36 ou 05.19.10.301.1001.2.012.3.3.90.39

## **10. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS:**



10.1. O Fundo Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de MAIRIPOTABA - GO poderá revogar o presente credenciamento, por interesse público ou anulá-lo por ilegalidade, de ofício ou por provocação sempre em despacho fundamentado, sem que caiba aos candidatos qualquer indenização ou reclamação.

10.2. A Comissão Permanente de Licitação poderá, em qualquer fase da licitação, promover diligências, objetivando esclarecer ou complementar informação que possam instruir e elucidar questões pendentes do processo.

10.3. Os casos omissos e dúvidas com relação ao credenciamento, como também a este **EDITAL**, serão resolvidas pela Comissão Permanente de Licitação.

10.4. As informações complementares poderão ser obtidas, no horário de 07h00min às 11h00min das 13h00min às 17h00min, na sito a Rua João Manoel, nº 83, Centro – Mairipotaba-GO.

Mairipotaba – GO, 31 de Janeiro de 2019.

---

**Sinézio Messias Bertolini**  
**Presidente da Comissão de Licitação.**



**ANEXO I**  
**TERMO DE REFERÊNCIA**  
**PROCESSO N° 292/2019**  
**INEXIGIBILIDADE N° 001/2019**

<b>Unidade Requisitante</b>	Fundo Municipal de Saúde
-----------------------------	--------------------------

**(01) OBJETO:**

1.1 Credenciamento para Contratação de profissionais da Saúde e da área medica sem vínculo empregatício de qualquer natureza (Pessoa Física ou Jurídica), para o exercício 2019, para atender no Hospital Municipal e Unidades de Saúde municipais, no atendimento dos Programas e Ações de Saúde desenvolvidas no Município de Mairipotaba-GO.

**(02) DESCRIÇÃO:**

**2.1 - ESF, HOSPITAL MUNICIPAL, UBS DONA ANA URZÊDA**

ITEM	ESPECIALIDADE	CARGA HORÁRIA		REMUNERAÇÃO "BRUTA"	
01	Biomédico (a)	40 horas	Semanais	R\$ 3.500,00	Mensal
02	Educador (a) físico (a)	40 horas	Semanais	R\$ 2.600,00	Mensal
03	Enfermeiro (a) do Hospital Municipal	40 horas	Semanais	R\$ 3.000,00	Mensal
04	Enfermeiro (a) Programa Saúde da Família	40 horas	Semanais	R\$ 3.780,00	Mensal
05	Farmacêutico (a) Hospital	30 horas	Semanais	R\$ 3.400,00	Mensal
06	Farmacêutico (a) Farmácia Básica	20 horas	Semanais	R\$ 2.500,00	Mensal
07	Medico (a) Hospital/ Plantonista	12horas/ Plantão	Segunda a Segunda	R\$ 920,00	Por Plantão
08	Medico (a) Programa Saúde da Família	40 horas	Semanais	R\$ 10.940,00	Mensal
09	Odontólogo (a) Programa Saúde Bucal	40 horas	Semanais	R\$ 6.049,00	Mensal
10	Odontólogo (a)	20 horas	Semanais	R\$ 2.000,00	Mensal

**2.2 - NASF**

ITEM	ESPECIALIDADE	CARGA HORÁRIA		REMUNERAÇÃO "BRUTA"	
------	---------------	---------------	--	---------------------	--



01	Fisioterapeuta	20 horas	Semanais	R\$ 1.900,00	Mensal
02	Fonoaudiólogo (a)	20 horas	Semanais	R\$ 1.900,00	Mensal
03	Nutricionista	20 horas	Semanais	R\$ 1.900,00	Mensal
04	Psicólogo (a)	20 horas	Semanais	R\$ 1.900,00	Mensal

**2.3 - CONFEÇÃO DE PRÓTESES DENTÁRIAS, PARA ATENDER AO PROGRAMA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONFORME PORTARIA Nº 1.289, DE 25 DE MAIO DE 2017 E SAS Nº. 1.825/GM/MS DE 24 DE AGOSTO DE 2012.**

ITEM	ESPECIALIDADE	QUANTIDADE / ESTIMADA PRÓTESE MENSAL	QUANTIDADE E ESTIMADA FEVEREIRO/ DEZEMBRO 2019	VALOR UNITÁRIO/ ESTIMADO	VALOR TOTAL/ ESTIMADO 2019
01	Prótese Total Maxilar	04	44	R\$ 195,00	R\$ 8.580,00
02	Prótese Total Mandibular	04	44	R\$ 195,00	R\$ 8.580,00
03	Prótese Parcial Removível Maxilar	04	44	R\$ 195,00	R\$ 8.580,00
04	Prótese Parcial Removível Mandibular	04	44	R\$ 195,00	R\$ 8.580,00
05	Próteses Coronárias/ Intrarradiculares Fixas/ Adesivas (por elemento)	04	44	R\$ 195,00	R\$ 8.580,00

As metas físicas, a serem executadas pelo Município, podem ser de até 20 próteses dentárias por mês, perfazendo um total de R\$ 3.900,00 (Três Mil e Novecentos Reais), mensais.

As especificações e valores das próteses obedecerão a Portaria SAS nº. 1.825/GM/MS de 24 de agosto de 2.012 e outras que vierem a substituí-la.

**2.4 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE LABORATÓRIO PARA EXAMES E ANALISE CLINICA**

ITEM	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE E ESTIMADA MENSAL	QUANTIDADE ESTIMADA FEVEREIRO/DEZEMBRO 2019
01	ACIDO URICO	60	660
02	AMILASE	10	110
03	ANTI-TIPO	05	55
04	ANTI-TIREOGLOBULINA	05	55
05	ASO	10	110
06	BETA-HCG	20	220
07	BILIRRUBINAS	10	110
08	CA 125	04	44



09	CALCIO	06	66
10	CEA	05	55
11	CHAGAS	10	110
12	CLORO	06	66
13	COAGULOGRAMA	20	220
14	COPROLOGICO FUNCIONAL	04	44
15	CREATININA	30	330
16	EAS- URINA	90	990
17	EPF – FEZES	30	330
18	FAN	05	55
19	FATOR REUMATOIDE	10	110
20	FERRO	10	110
21	FOSFATASE ALCALINA	10	110
22	GAMA GT	10	110
23	GLICEMIA	70	770
24	HBA1C	20	220
25	HBSAG	04	44
26	HCV – HEPATITE C	05	55
27	HEMOGRAMA	100	1.100
28	HIV	05	55
29	IGE TOTAL	04	44
30	LIPASE	10	110
31	LIPIDOGRAMA	41	451
32	LITIO	10	110
33	MAGNESIO	10	110
34	PCR	10	110
35	POTASSIO	10	110
36	PROVA REUMATICAS	05	55
37	PSA TOTAL	30	330
38	SANGUE OCULTO	14	154
39	SODIO	10	110



40	T3	40	440
41	T3 LIVRE	20	220
42	T4L	40	440
43	T4 TOTAL	40	440
44	TGO	30	360
45	TGP	30	330
46	TIRAGEM SANGUINEA	10	110
47	TSH	40	440
48	UREIA	30	330
49	UROCULTURA	10	110
50	VDRL	10	110
51	VHS	22	242
52	VITAMINA B12	10	110
<b>REMUNERAÇÃO MENSAL ESTIMADA: R\$ 5.000,00 (Cinco Mil Reais)</b>			

**(03) MOTIVAÇÃO:**

3.1 – Atende as necessidades da população local e visitante no que diz respeito à utilização dos serviços do Sistema Único de Saúde – SUS. Contando com profissionais qualificados e capacitados para a prestação de serviços no seguimento descrito neste Termo de Referência, Viabilizando assim um bom atendimento do Programa do Ministério da Saúde, desenvolvido no Município. O que irá proporcionando uma melhor qualidade de vida a todos que utilizam destes serviços, na Estratégia Saúde da Família - ESF, Hospital Municipal, UBS - Dona Ana Urzêda, NASF, na Prestação de Serviços de Laboratório para Exames e Análise Clínica e na confecção de Próteses Dentárias, para atender ao Programa do Ministério da Saúde, conforme Portaria Nº 1.289, de 25 de Maio de 2017 e SAS nº. 1.825/GM/MS de 24 de agosto de 2012. O que irá proporcionando uma melhor qualidade de vida a todos que utilizam dos serviços do Sistema Único de Saúde – SUS.

**(04) ESPECIFICAÇÃO TÉCNICAS:**

**4.1 - ESF, HOSPITAL MUNICIPAL, UBS DONA ANA URZÊDA E NASF.**

4.1.1 – Ter Diploma na área de formação reconhecido pelo MEC

4.1.2 – Ter registro no Conselho em que esta vinculada (o)

4.1.3 – Apresentar as demais documentações solicitadas no Edital de Credenciamento.

4.1.4 – Ter disponibilidade para cumprir a carga horária solicitada pelo Contratante.



**4.2 - CONFEÇÃO DE PRÓTESES DENTÁRIAS, PARA ATENDER AO PROGRAMA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONFORME PORTARIA Nº 1.289, DE 25 DE MAIO DE 2017 E SAS Nº. 1.825/GM/MS DE 24 DE AGOSTO DE 2012.**

**4.2.1- PESSOA JURIDICA:**

4.2.1.1 - Registro no Conselho Regional a que esta vinculado;

4.2.1.2 - Alvará expedido pela vigilância sanitária competente;

4.2.1.3 - Alvará de funcionamento;

4.2.1.4 - Cadastro no Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) programa do Ministério da Saúde.

4.2.1.5 - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);

4.2.1.6 - Ficha Cadastral de Estabelecimentos de Saúde, compatível com o tipo de objeto deste cadastramento;

4.2.1.7 - Comprovação de que o interessado possui em seu quadro permanente profissional de nível técnico detentor de capacidade técnica para execução dos serviços.

**4.2.2 - PESSOA FISICA:**

4.2.2.1- Cópia do Certificado do curso de Protético;

4.2.2.2- Certidão do Conselho Regional a que esta vinculado;

4.2.2.3 - Comprovante de pagamento da anuidade do respectivo conselho;

**4.3 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE LABORATÓRIO PARA EXAMES E ANÁLISE CLÍNICA:**

4.3.1 – Ter Diploma na área de formação reconhecido pelo MEC

4.3.2 – Ter registro no Conselho em que está vinculada (o)

4.3.3 – Apresentar as demais documentações solicitadas no Edital de Credenciamento.

4.3.4 – Ter disponibilidade para cumprir a carga horária solicitada pelo Contratante.

4.3.5 - O Laboratório deverá ter equipamentos, bem como bioquímico a disposição, responsável pelos exames realizados.

4.3.6 - Inscrição no Conselho Regional de acordo com sua formação/especialidade

4.3.7 - Alvará de Localização fornecido pelo Município.

4.3.9 - Registro ou inscrição da empresa e do(s) profissional(ais) técnico(s) responsável(is), no conselho Regional de competente;

**(05) EXECUÇÃO DO SERVIÇO, CARGA HORÁRIA E LOCAL DE TRABALHO:**

**5.1 - ESF, HOSPITAL MUNICIPAL, UBS DONA ANA URZÊDA E NASF.**

5.1.1 - Os serviços serão executados de acordo com carga horária, lotação e escala da Secretaria Municipal de Saúde.

5.1.1.1 – **Biomédico (a):** 40 horas Semanais. Hospital Municipal e UBS - Dona Ana Urzêda, Rua das Palmeiras Qd. 23, Lotes: 01 e 02 em Mairipotaba-GO.

5.1.1.2 - **Educador (a) físico (a):** 40 horas Semanais. Situado na Av. Alameda das Rosas Centro, Mairipotaba-Go.



5.1.1.3 - **Enfermeiro (a) do Hospital Municipal:** 40 horas Semanais, Hospital Municipal e UBS - Dona Ana Urzêda. Rua das Palmeiras Qd. 23, Lotes: 01 e 02 em Mairipotaba-GO

5.1.1.4 - **Enfermeiro (a) Programa Saúde da Família:** 40 horas semanais. Situado na Av. 12 de Novembro Qd. J Lt. 6 Centro, Mairipotaba-GO.

5.1.1.5 - **Farmacêutico (a) Hospital:** 30 horas semanais. Situado Rua das Palmeiras Qd. 23, Lotes: 01 e 02 em Mairipotaba-GO.

5.1.1.6 - **Farmacêutico (a) Farmácia Básica:** 20 horas semanais. Situado na Av. 12 de Novembro Qd. J Lt. 6 Centro, Mairipotaba-GO.

5.1.1.7 - **Médico (a) Hospital/Plantonista:** 12 horas por plantão de segunda/segunda. Situado Rua das Palmeiras Qd. 23, Lotes: 01 e 02 em Mairipotaba-GO.

5.1.1.8 - **Médico (a) Programa Saúde da Família:** 40 horas semanais. Situado na Av. 12 de Novembro Qd. J Lt. 6 Centro, Mairipotaba-GO.

5.1.1.9 - **Odontólogo (a) Programa Saúde Bucal:** 40 horas semanais. Situado na Av. 12 de Novembro Qd. J Lt. 6 Centro, Mairipotaba-GO.

5.1.1.10 - **Odontólogo (a):** 20 horas semanais.

5.1.1.12 - **NASF:** 20 horas semanais; Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo (a), Nutricionista, Psicólogo (a). Situado na Av. 12 de Novembro Qd. J Lt. 6 Centro, Mairipotaba-GO.

## 5.2 - **CONFEÇÃO DE PRÓTESES DENTÁRIAS, PARA ATENDER AO PROGRAMA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONFORME PORTARIA Nº 1.289, DE 25 DE MAIO DE 2017 E SAS Nº. 1.825/GM/MS DE 24 DE AGOSTO DE 2012**

5.2.1 - Prazo de entrega será de até 20 (Vinte) dias após o recebimento das requisições Emitidas pela Secretaria Municipal de Saúde, que será entregue a credenciada, contendo a quantidade e os locais de entrega no município de Mairipotaba-GO.

5.2.2 - Além da entrega nos locais indicados pelo município, deverá a credenciada também entregar as próteses, nos locais indicados por servidos, comprometendo-se ainda, integralmente com eventuais danos causados aos mesmos, bem como fazer substituição dos produtos que estiverem fora da especificação.

5.2.3 - Fica definido o máximo de 03 (Três) retornos dos trabalhos, como margem de erro no momento da prova do ajuste ou da cor do dente, ou dentes em questão. Caso o protético verifique falha na moldagem ou no vazamento do gesso é de sua responsabilidade notificar a coordenação do setor de odontologia por escrito, para que a qualidade do serviço não seja comprometida e a distorção seja corrigida.

## 5.3 - **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE LABORATÓRIO PARA EXAMES E ANÁLISE CLÍNICA:**

5.3.1 - A (O) CONTRATADA (O) fica obrigada a coletar os materiais para exames clínicos dos pacientes na sede do credenciante, de acordo com a necessidade e solicitação da Secretaria Municipal de Saúde.

5.3.2 - Realizar a coleta de material para exames, com equipamentos e materiais adequados, registrados no Ministério da Saúde e em conformidade com as normas da ANVISA, por profissionais devidamente Habilitados/ treinados, podendo sofrer alteração de acordo com a demanda da Unidade, sem ônus para contratante;





5.3.3 - Realizar todos os procedimentos constantes nas formas de organização estabelecidas nos serviços diagnósticos laboratoriais de análise clínica.

5.3.4 - Atender somente as requisições devidamente preenchidas (com nome do paciente, sexo, idade, indicação clínica, carimbadas, assinadas e datadas com letra legível, com identificação do estabelecimento de saúde solicitante e autorizadas por um responsável do estabelecimento da rede própria do Município).

5.3.5 - Manter os locais de coleta do município funcionando de segunda-feira a sexta-feira, de 07 às 11h. das 13:00 as 17:00

5.3.6 - O laboratório deve disponibilizar os materiais necessários para a realização das coletas dos exames, bem como transporte e armazenamento dos mesmos.

5.3.7 - O horário para coleta será pactuado de acordo com a agenda de coleta da unidade, devendo o profissional do laboratório permanecer na unidade durante o período pactuado.

5.3.8 - Os resultados dos exames, salvo aqueles que exijam comprovadamente período maior para a conclusão, deverão ser entregues em prazo não superior a 7 (sete) dias úteis, contados da data de entrega das amostras.

5.3.9 - Os resultados deverão ser entregues em envelopes individuais, lacrados e identificados com todos os dados disponíveis, na unidade onde for realizada a coleta.

## **(06) RESPONSÁVEL PELOS FUNCIONÁRIOS, TELEFONE E E-MAIL:**

### **6.1 ESF, HOSPITAL MUNICIPAL, UBS DONA ANA URZÊDA E NASF**

6.1.1 - O responsável pelos funcionários do ESF e NASF será a coordenadora do ESF;

6.1.2 - Do Hospital Municipal e USB - Dona Ana Urzêda será a Diretora Hospitalar.

6.1.3 - Os (as) funcionários (as) serão lotados nos diversos órgãos da Secretaria de Saúde sob direção do Secretário de Saúde que se realiza no seguinte endereço: Rua João Manoel, nº83, Centro, Cidade: Mairipotaba-GO; telefone: (64) 3604-1149, e-mail; [saude@mairipotaba.go.gov.br](mailto:saude@mairipotaba.go.gov.br)

### **6.2 CONFECÇÃO DE PRÓTESES DENTÁRIAS, PARA ATENDER AO PROGRAMA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONFORME PORTARIA Nº 1.289, DE 25 DE MAIO DE 2017 E SAS Nº. 1.825/GM/MS DE 24 DE AGOSTO DE 2012**

6.2.1 - Secretaria Municipal de Saúde, Rua João Manoel, nº83, Centro, Cidade: Mairipotaba-GO; Secretária Municipal: Mônica Pereira da Silva Vasconcelos, telefone: (64) 3604-1149, e-mail; [saude@mairipotaba.go.gov.br](mailto:saude@mairipotaba.go.gov.br).

### **6.3 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE LABORATÓRIO PARA EXAMES E ANÁLISE CLÍNICA**

6.3.1 - Responsável pelo Laboratório de Exames e Análise será o representante do contratado (a).

## **(07) CONDIÇÕES E PRAZOS DE PAGAMENTO:**

### **7.1 – ESF, HOSPITAL MUNICIPAL, UBS DONA ANA URZÊDA E NASF**



7.1.1 - Os pagamentos serão realizados entre o décimo e vigésimo dia útil do mês subsequente ao mês trabalhado. Com apresentação de recibos pessoa física e Nota Fiscal Pessoa Jurídica.

## **7.2. CONFECÇÃO DE PRÓTESES DENTÁRIAS, PARA ATENDER AO PROGRAMA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONFORME PORTARIA Nº 1.289, DE 25 DE MAIO DE 2017 E SAS Nº. 1.825/GM/MS DE 24 DE AGOSTO DE 2012**

7.2.1 – O pagamento dos serviços será efetuado mensalmente, entre o décimo e vigésimo dia útil do mês subsequente à prestação de serviços, na conta corrente, agência e Banco informada, mediante nota ou recibo de prestação de serviço que deverá ser enviada para a Secretaria Municipal de Saúde, tendo em conta o número de próteses efetivamente realizados, sendo o valor a ser pago de acordo com o anexo I.

7.2.2 - As empresas deverão apresentar o Certificado de regularidade junto ao INSS e FGTS, por ocasião da apresentação da Nota Fiscal.

7.2.3 - Os preços são os fixados no presente edital e deverão conter valor unitário, para cada item, cotados em reais, com duas (02) casas decimais, à vista, válidos para serem praticados desde a data de entrega dos envelopes, até o efetivo pagamento. Serão desclassificadas as propostas que contiverem preços divergentes do proposto pelo Município.

7.2.4 - As propostas não poderão impor condições ou conter opções, somente sendo admitidas propostas com as especificações contidas no Edital, Anexo III.

## **7.3 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE LABORATÓRIO PARA EXAMES E ANÁLISE CLÍNICA**

7.3.1 - Os pagamentos serão realizados entre o décimo e vigésimo dia útil do mês subsequente ao mês trabalhado, de acordo com a Tabela aprovada pela Secretaria Municipal de Saúde.

7.3.2 – Os pagamentos devidos pelos serviços laboratoriais executados serão efetuados pela Secretaria de Finanças em moeda corrente, por meio de Ordem Bancária, entre o décimo e vigésimo dia útil do mês subsequente a prestação de serviços, de acordo com a Tabela aprovada pela Secretaria Municipal de Saúde, após a entrega das medições dos serviços executados mensalmente, através de Nota(s) Fiscal(is)/faturas mensais acompanhada da requisição de serviços e relação nominal dos pacientes e seus respectivos exames, referentes aos serviços efetivamente realizados e atestados pela CONTRATANTE.

7.3.3 - Nos preços estão inclusos todos os custos relativos à mão-de-obra, as horas de atendimentos eventuais, tributos, insumos, encargos sociais, trabalhistas, taxas e impostos de responsabilidade da (o) CONTRATADA (O), inclusive, seguros, EPI's, transporte, treinamentos, materiais diversos, reagentes, residências e alojamentos, despesas gerais com documentação e demais custos diretos ou indiretos necessários à realização dos serviços contratados.

7.3.4 - O valor estimado de R\$ 5.000,00 mensais, não obriga o Fundo Municipal de Saúde de Mairipotaba-GO a realizar o pagamento do valor total estimado, pois serão realizados os pagamentos apenas dos exames clínicos e laboratoriais realizados na empresa jurídica credenciada mediante comprovação de cada procedimento realizado, de acordo com o fluxograma processual de encaminhamento e solicitação de exames a ser definido pela Secretaria Municipal de



Saúde e informado previamente ao início das atividades ao laboratório credenciado junto ao município.

7.3.5 - Os serviços poderão ser aumentados ou diminuídos conforme necessidade da Secretaria Municipal de Saúde, respeitando a porcentagem permitida por Lei: até 25% do valor inicial.

#### **(08) OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE:**

##### **8.1 - ESF, HOSPITAL MUNICIPAL, UBS DONA ANA URZÊDA E NASF**

8.1.1 - Fiscalizar os (as) funcionários (as) quanto à pontualidade e assiduidade, bem como checar os serviços prestados.

##### **8.2. CONFEÇÃO DE PRÓTESES DENTÁRIAS, PARA ATENDER AO PROGRAMA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONFORME PORTARIA Nº 1.289, DE 25 DE MAIO DE 2017 E SAS Nº. 1.825/GM/MS DE 24 DE AGOSTO DE 2012**

8.2.1 - Acompanhar a execução dos serviços de acordo com este Termo de Referência, podendo recusar a prestação de serviços de qualidade inferior. Os serviços recusados deverão ser refeitos pela (o) CREDENCIADA (A), sem quaisquer ônus ao FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE. A fiscalização exercida pelo Fundo Municipal de Saúde não elimina a responsabilidade da (o) CREDENCIADA (A) pela perfeição técnica dos serviços executados e qualidade dos materiais empregados.

8.2.2 – Indicar os locais onde as próteses deverão ser entregues.

##### **8.3 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE LABORATÓRIO PARA EXAMES E ANÁLISE CLÍNICA.**

8.3.1 - Fiscalizar os (as) funcionários (as) quanto à pontualidade e assiduidade, bem como checar os serviços prestados.

8.3.2 - Estabelecer os horários de coleta de materiais para exames nos pacientes que utilizam do Sistema de Saúde Municipal.

8.3.3 - Informar à CREDENCIADA as necessidades de coleta de materiais sempre que necessário (extraordinário), inclusive aos sábados e domingos;

8.3.4 - Acompanhar a execução dos serviços de acordo com este Termo de Referência, podendo recusar a prestação de serviços de qualidade inferior. Os serviços recusados deverão ser refeitos pela (o) CREDENCIADA (A), sem quaisquer ônus ao FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE. A fiscalização exercida pelo Fundo Municipal de Saúde não elimina a responsabilidade da (o) CREDENCIADA (A) pela perfeição técnica dos serviços executados e qualidade dos materiais empregados.

#### **(09) OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA (O):**

##### **9.1 - ESF, HOSPITAL MUNICIPAL, UBS DONA ANA URZÊDA E NASF**

9.1.1 - Cumprir carga horária estabelecida pela Secretaria Municipal de Saúde, atender à todos sem discriminação, realizar funções de acordo com sua especialidade.

##### **9.2 CONFEÇÃO DE PRÓTESES DENTÁRIAS, PARA ATENDER AO PROGRAMA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONFORME PORTARIA Nº 1.289, DE 25 DE MAIO DE 2017 E SAS Nº. 1.825/GM/MS DE 24 DE AGOSTO DE 2012**

9.2.1 - Atender a demanda estabelecida pela Secretaria Municipal de Saúde, atender à todos sem discriminação.



9.2.2 - Executar os serviços constantes deste Termo de Referência, dentro dos melhores padrões, normas científicas vigentes e atualizadas e com o necessário rigor técnico que a natureza dos serviços requer.

9.2.3 – O Contratado (a) deverá ter uma unidade de atendimento (Pessoa Jurídica)/prestador de Serviços (Pessoa Física) localizado em um raio de 60 km, da sede do Contratante, visando agilizar o processo de moldagem e prova das próteses.

9.2.4 - O (A) Contratado (a) deverá apresentar as medições executadas mensalmente e quantificadas de acordo com os serviços efetivamente prestados e atestados pela fiscalização do Fundo Municipal de Saúde, e de acordo com a Planilha de Quantidades de Preços.

9.2.5 - Deverá apresentar os seguintes relatórios

a) Relatório com os nomes completos dos pacientes e com a quantidade de prótese realizada por pacientes atendidos durante o mês;

b) Relatório da quantidade Total de prótese realizados durante o mês;

c) Relatório com valor unitário e valor total das próteses realizados no mês.

8.2.6 - Arcar com salários, encargos sociais, trabalhistas, tributos e todas as despesas referentes à execução dos serviços;

9.2.7 - Fica a cargo do credenciado o transporte para recolher os modelos de gesso vazados no município, que terá dia da semana estabelecido em reunião com a coordenação de odontologia após confirmação do credenciamento.

9.2.8 - A (O) contratada (o) é obrigada (o) a substituir no prazo de 10 (Dez) dias úteis, e às suas expensas, serviços em que se verificam irregularidades;

9.2.9 - Garantir a execução dos serviços contratados durante a vigência do contrato, de forma a não prejudicar e não retardar os procedimentos necessários aos pacientes do Sistema Único de Saúde.

9.2.10 - Cancelar a execução de qualquer serviço que esteja sendo executado em desacordo com as condições contratuais;

#### **9.2.11 - PRAZO DE ENTREGA**

9.2.11.1 - A entrega será de forma parcelada de acordo com as requisições expedidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

9.2.11.2 - Para a confecção de cada fase descrita abaixo a licitante vencedora terá até 20 (Vinte) dias, a contar do recebimento da nota de empenho, que serão transmitidas para as credenciadas via fax ou e-mail.

9.2.11.3 - A retirada e entrega das próteses deverá ser feita nos locais indicados pela Secretaria Municipal de Saúde, correndo por conta das credenciadas as despesas de transporte, seguro, tributos, encargos e instalação, decorrentes do fornecimento.

#### **9.2.11.4 - Os produtos serão recebidos:**

a) Provisoriamente para efeito de posterior verificação de sua conformidade com a especificação;

b) Definitivamente, após a verificação da qualidade e quantidade do mesmo, e conseqüente aceitação.

9.2.11.5 - Serão rejeitadas no recebimento as próteses fornecidas com especificações diferentes das constantes no Edital e se for o caso, sem atender às exigências de qualidade e segurança da Secretaria Municipal de Saúde, devendo



sua substituição ocorrer no prazo máximo de 10 (Dez) dias úteis contados a partir da notificação por escrito, mantido o preço inicialmente registrado.

**9.2.11.6 - Fase da confecção das próteses:**

**9.2.11.6.1 - Fase da confecção das próteses totais:**

- a) Confecção das moldeiras individuais;
- b) Confecção do plano de cera;
- c) Montagem dos dentes.
- d) Os dentes estão incluídos na montagem e devem ser da IPN/Biotone VIP ou Bioclar.
- e) Acrilização das próteses

**9.2.11.6.2 - Fase da confecção das próteses parciais removíveis:**

- a) Duplicação do modelo, delineamento, enceramento, fundição e acabamento da armação de metal.
- b) Montagem em articulador e montagem dos dentes no plano de cera.
- c) Os dentes estão incluídos na montagem.
- d) Acrilização.

**9.2.11.6.3 - Fase da confecção das coroas metalocerâmicas:**

- a) Vazamento do modelo.
- b) Montagem do modelo em articulador tipo charneira.
- c) Confecção do coping metálico
- d) Confecção da parte de porcelana da coroa
- e) Glazeamento da porcelana e polimento do metal.

9.2.12 - O Município de Mairipotaba-GO, por meio de seus profissionais se reserva ao direito de inspecionar o objeto, podendo recusá-lo ou solicitar sua substituição.

**9.3 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE LABORATÓRIO PARA EXAMES E ANÁLISE CLÍNICA**

9.3.1 - Cumprir carga horária estabelecida pela Secretaria Municipal de Saúde, atender à todos sem discriminação, realizar funções de acordo com sua especialidade.

9.3.2 - Executar os serviços constantes da neste Termo de Referência, dentro dos melhores padrões, normas científicas vigentes e atualizadas e com o necessário rigor técnico que a natureza dos serviços requer.

9.3.3 - O (A) Contratado (a) para a prestação de serviços Laboratoriais deverá apresentar as medições executadas mensalmente e quantificadas de acordo com os serviços efetivamente prestados e atestados pela fiscalização do Fundo Municipal de Saúde, e de acordo com a Planilha de Quantidades de Preços.

9.3.4 - Deverá apresentar os seguintes relatórios

- a) Relatório com os nomes completos dos pacientes e com a quantidade de exames realizados por pacientes atendidos durante o mês;
- b) Relatório da quantidade Total de exames realizados durante o mês;
- c) Relatório com valor unitário e valor total de exames realizados no mês.

9.3.5 - Entregar os resultados dos exames dos pacientes diretamente a eles ou pessoas autorizadas pelo mesmo diretamente no estabelecimento credenciado.

9.3.6 - Manter um laboratório e pessoal devidamente qualificado, para atendimento aos exames solicitados



9.3.7 - Fornecer todos os materiais necessários à coleta das amostras, sem, entretanto, a eles se limitarem, tais como: agulhas descartáveis, frascos, impressos para resultados de exames

9.3.8 - Promover medidas de proteção individual aos funcionários do Laboratório, tais como: luvas, máscaras, óculos, cujo uso terá caráter obrigatório;

9.3.9 - Arcar com salários, encargos sociais, trabalhistas, tributos e todas as despesas referentes à execução dos serviços;

9.3.10 - A (O) contratada (o) é obrigada (o) a substituir no prazo de 07 (sete) dias, e às suas expensas, serviços em que se verificam irregularidades;

9.3.11 - Garantir a execução dos serviços contratados durante a vigência do contrato, de forma a não prejudicar e não retardar os procedimentos laboratoriais necessários aos pacientes do Sistema Único de Saúde

9.3.12 - Cancelar a execução de qualquer serviço que esteja sendo executado em desacordo com as condições contratuais;

Mairipotaba - GO, 31 de Janeiro de 2019.

---

**Mônica Pereira da Silva Vasconcelos**  
Secretária Municipal de Saúde de Mairipotaba-GO



## ANEXO II

### MODELO DE CREDENCIAMENTO DO REPRESENTANTE

A empresa/pessoa física \_\_\_\_\_ com sede à (Rua/Av.) \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_ inscrita no CNPJ: \_\_\_\_\_, inscrição estadual N° \_\_\_\_\_, representada por seu (cargo/função) \_\_\_\_\_, o(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_, CREDENCIA o(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_, portador da Carteira de Identidade N° \_\_\_\_\_, CPF N° \_\_\_\_\_, para representá-la perante O Fundo Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de MAIRIPOTABA - GO, no que tange o **Chamamento visando o Credenciamento para Contratação de profissionais da Saúde e da área medica sem vínculo empregatício de qualquer natureza (Pessoa Física ou Jurídica), para o exercício 2019, no Hospital Municipal e Unidades de Saúde municipais, no atendimento dos Programas e Ações de Saúde desenvolvidas no Município de Mairipotaba-GO**, podendo rubricar e assinar documentos, reconhecendo e aceitando esta empresa/pessoa física todas as decisões por ele(a) tomadas.

(Local, Data)

---

Nome por Extenso /Assinatura

Identidade:

CPF:

CR\_\_/\_CNPJ:

**OBS: APRESENTAR ESTE**

**DOCUMENTO FORA DO ENVELOPE**



**ANEXO III**  
**MODELO DE PROPOSTA DE ADESÃO**

**MAIRIPOTABA - GO, \_\_\_\_\_**

**Ilmo. Sr. Presidente da Comissão de Licitação,**

Vimos por meio desta, apresentar ao Fundo Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de MAIRIPOTABA-GO nossos documentos, solicitando nosso credenciamento, visando a prestação de serviços de \_\_\_\_\_, aceitando todas as condições e cláusulas estabelecidas no Edital de Credenciamento nº **001/2019** - Processo Nº: **292/2019**, INEXIGIBILIDADE – **001/2019**.

Declaramos estar ciente de todas as cláusulas constantes no Edital, e aguardamos a aceitação de nossa Instituição pelo Fundo Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de MAIRIPOTABA-GO para **Chamamento visando o Credenciamento para Contratação de profissionais da Saúde e da área medica sem vínculo empregatício de qualquer natureza (Pessoa Física ou Jurídica), para o exercício 2019, no Hospital Municipal e Unidades de Saúde municipais, no atendimento dos Programas e Ações de Saúde desenvolvidas no Município de Mairipotaba-GO.**

Sem mais para o momento, somos.

Mairipotaba-GO, \_\_\_ de \_\_\_ de 2019.

(a) \_\_\_\_\_  
Empresa/pessoa física





#### **ANEXO IV**

### **MODELO DA DECLARAÇÃO DE NÃO CONTRATAÇÃO DE MENOR**

A empresa/pessoa física \_\_\_\_\_, CNPJ nº \_\_\_\_\_, por seu representante legal infra-assinado, declara para fins do disposto no artigo 27, inciso V da Lei Federal 8.666/93, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.

[  ] Ressalva entretanto que emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz.

(Local, Data)

Nome por extenso/Assinatura

Identidade/CPF



## ANEXO V

### MODELO DE DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO DOS REQUISITOS DE HABILITAÇÃO E CONTRATAÇÃO

A empresa/pessoa física \_\_\_\_\_, CNPJ nº \_\_\_\_\_, por seu representante legal infra-assinado, declara, para os fins que se fizerem necessários e observados a legislação vigente, não existir motivos ou razões que a impeçam de contratar com órgãos ou entidades públicas.

Declara ainda que atende aos requisitos de habilitação prevista no Edital referente ao **Credenciamento Nº 001/2019 - Processo Nº 292/2019**, Inexigibilidade **Nº: 001/2019**.

(Local e data)

Nome por Extenso/Assinatura

Cargo do Responsável/CPF

**OBS: APRESENTAR ESTE  
DOCUMENTO FORA DO ENVELOPE**



## ANEXO VI

### MODELO DE DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Declaramos para todos os fins que se fizerem necessários e nos termos da legislação vigente, que o Sr. \_\_\_\_\_, residente à \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_ cidade \_\_\_\_\_, regularmente inscrito no \_\_\_\_\_ sob nº \_\_\_\_\_, portador do CPF nº \_\_\_\_\_, será o responsável técnico/profissional pelos serviços propostos pela empresa/pessoa física \_\_\_\_\_, objeto do **Credenciamento Nº 001/2019 - Processo 292/2019, Inexigibilidade Nº: 001/2019.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de 2019

(local e data)

---

Assinatura do responsável pela empresa/pessoa física  
(Nome por Extenso)

---

Assinatura do responsável Técnico  
(somente se não for o responsável pela empresa/pessoa física)  
(Nome por Extenso)



## ANEXO VII MODELO DE REQUERIMENTO

Fulano de Tal, \_\_\_\_, \_\_\_\_, \_\_\_\_, portador da carteira de identidade n. \_\_\_\_\_, CPF n. \_\_\_\_\_ e CR \_\_\_\_/GO n. \_\_\_\_\_-residente e domiciliado a \_\_\_\_\_, vem requerer junto Ao Fundo Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Mairipotaba - Go com base nas informações contidas via jornal e edital de chamamento de credenciamento adquirido junto à Secretaria de Administração desta Prefeitura o meu credenciamento para prestação de serviços na área da saúde e na área médica como \_\_\_\_\_, conforme documentação anexa.

Ao mesmo tempo venho declarar que estou de pleno acordo em credenciar para a prestação de serviços profissionais como \_\_\_\_\_, pelos preços apresentados nas tabelas aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde.

Declaro também que a validade deste requerimento/proposta tem o prazo mínimo de cento e oitenta dias.

Declaro ainda que estou de pleno acordo, em caráter irrevogável e irretratável, com todos os termos do presente edital.

N. termos,

Pede e espera deferimento.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_  
Nome por Extenso

CPF:

CR\_\_



## ANEXO VIII

### MINUTA DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO POR CREDENCIAMENTO.

CONTRATO N° \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
EDITAL DE CREDENCIAMENTO N° \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Instrumento contratual de contratação de serviços por credenciamento que entre si celebram o Fundo Municipal de Saúde de Mairipotaba-Go e \_\_\_\_\_.

Contrato de Credenciamento de Serviços de trabalhadores ligados ao Hospital Municipal e Unidades de Saúde municipais, no atendimento dos Programas e Ações de Saúde desenvolvidas no Município de Mairipotaba-Go, que entre si fazem, de um lado, O **MUNICÍPIO DE MAIRIPOTABA-GO**, pessoa jurídica de direito público interno, através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DO MUNICÍPIO DE MAIRIPOTABA (FMS)**, inscrito no CNPJ (MF) sob o n°. 01.933.462/0001-24, com sede administrativa na Rua João Manoel n° 83 Centro CEP: 75.630-000, neste Município, neste ato representado pela sua Gestora Sra. \_\_\_\_\_, brasileira, portadora do CPF (MF) n° \_\_\_\_\_ e CI-RG n° \_\_\_\_\_, doravante denominado simplesmente de **CRENCIANTE** e de outro lado o \_\_\_\_\_, pessoa \_\_\_\_\_, inscrita no \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, residente e domiciliado à \_\_\_\_\_, portador da RG n° \_\_\_\_\_, CIC/CPF: \_\_\_\_\_ CR\_\_\_\_\_, doravante denominado de **CRENCIADO (A)**, têm justo e contratado, o que mutuamente aceitam e outorgam mediante as cláusulas seguintes:

#### **I - FUNDAMENTO:**

O presente credenciamento é firmado com dispensa de processo licitatório com base no **Caput do art. 25 da Lei Federal n. 8.666/93**, consolidada pela Lei n. 8.883/94, e ainda no termos das Resoluções do Tribunal de Contas dos Municípios do Estado de Goiás e demais normas legais aplicáveis ao Edital de Credenciamento n. \_\_\_\_/\_\_\_\_.

#### **II – DO OBJETO:**

É objeto do presente contrato, a prestação de serviços de \_\_\_\_\_ em regime de credenciamento, a fim de atender à população de Mairipotaba-Go, onde o (a) CRENCIADO (A) desenvolverá por este instrumento seus serviços constante no referido edital de credenciamento, nas unidades de saúde indicada pelo CRENCIANTE, consistindo especialmente nos procedimentos permitidos em lei e pelo Conselho de classe respectivo, desde que propícias as condições materiais de trabalho.

#### **III – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES**



### 3.1) DO CREDENCIANTE:

3.1.1) Fiscalizar a execução dos serviços prestados, averiguando a qualidade;

3.1.2) Efetuar o pagamento conforme item V;

3.1.3) Descontar dos pagamentos que efetuar, os tributos a que esteja obrigado pela legislação vigente, fazendo o recolhimento das parcelas retidas nos prazos legais;

3.1.4) Poderá o CREDENCIANTE sustar o pagamento, nos seguintes casos:

a) Descumprimento das obrigações do (a) CREDENCIADO (A) para com a CREDENCIANTE;

b) faltas sem justificativas;

### 3.2 – DO (A) CREDENCIADO (A):

3.2.1) Prestar serviços conforme cargo descrito, na lotação determinada pelo CREDENCIANTE;

3.2.2) Manter durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas;

3.2.3) Responsabilizar-se pelos danos causados diretamente à Administração ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do contrato, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização ou o acompanhamento pelo CREDENCIANTE;

## **IV - DO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**

A execução do contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada pela Secretaria Municipal de Saúde, que fixará critérios visando à satisfação plena e correta das necessidades do CREDENCIANTE.

Fica designado o (a) Sr (a) \_\_\_\_\_, como Gestor (a) CPF: nº \_\_, nomeada pelo Decreto nº \_\_\_\_\_ de \_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## **V – DA FORMA DE PAGAMENTO:**

Os pagamentos serão realizados entre o décimo e vigésimo dia útil do mês subsequente ao mês trabalhado, de acordo com a Tabela aprovada pela Secretaria Municipal de Saúde.



O CREDENCIANTE deduzirá, por ocasião de cada pagamento, os impostos ou taxas que for de sua competência reter, nos termos da respectiva legislação.

O CREDENCIANTE reserva-se no direito de efetuar o pagamento somente dos serviços executados ora pactuados, devidamente comprovados pela Secretaria Municipal de Saúde.

#### **VI – DO PRAZO DE VIGÊNCIA:**

O presente contrato de credenciamento vigorará no período de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ a 31 de dezembro de 2019, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos até no máximo 60 (sessenta) meses, Conforme determina a lei 8.666/93, art. 57, inciso II, mediante termo aditivo.

#### **VII – DA NOTA DE EMPENHO E DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:**

Para efeito de emissão da competente Nota de Empenho, estima-se em R\$ \_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) o valor global a ser despendido pelo CREDENCIANTE, durante a vigência deste instrumento, cujo pagamento será feito em \_\_\_\_ (\_\_\_\_) parcelas mensais estimadas de R\$ \_\_\_\_ (\_\_\_\_\_).

As despesas de que trata o presente instrumento ocorrerá à  
conta da Dotação Orçamentária:

\_\_\_\_\_.

Parágrafo Único: o valor supracitado, por ser meramente estimativo e poderá ser aditivado ou suprimido, conforme definido pela Administração.

#### **VIII – DA EXECUÇÃO DO CONTRATO:**

O presente instrumento contratual deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas, nas normas do direito público e, no que couber, as normas da Lei nº 8.666/93, respondendo cada uma pelas conseqüências de sua inexecução total ou parcial.

#### **IX - DA RESCISÃO DO CONTRATO**

Configuram motivos para rescisão do contrato as razões descritas no art. 78, inciso I a XVIII.

A rescisão do contrato poderá ser:

a) determinado por ato unilateral e escrito da Administração, nos casos enumerados nos incisos I a XII e XVII do art. 78 da Lei nº 8.666/93, (observado o disposto no art. 80 da citada lei);



- b) amigável, por acordo entre as partes, reduzida a termo no processo da licitação, desde que haja conveniência para a Administração;
- c) judicial, nos termos da legislação;

A rescisão administrativa ou amigável deverá ser precedida de autorização escrita e fundamentada da autoridade competente.

## **X – DAS ALTERAÇÕES/PRORROGAÇÕES**

DA ALTERAÇÃO – Qualquer modificação de forma, qualidade e quantidade (supressão ou acréscimo), poderá ser determinada pela Administração Pública ou por acordo das partes nos casos previstos no artigo 65, I e II, da Lei nº 8.666./93, observado o limite estabelecido no parágrafo primeiro do referido dispositivo legal.

DA PRORROGAÇÃO – A vigência do contrato poderá ser prorrogada por acordo entre as partes, devendo, contudo, ser justificada e previamente autorizada pelo ordenador das despesas, contudo sendo limitada a 60 (sessenta) meses.

Toda alteração ou prorrogação deverá ser procedida por termo aditivo atendido ao disposto nos arts. 57 e 65 da Lei nº. 8.666, de 21 de 1993.

## **XI – DAS MULTAS/PENALIDADES:**

DA MULTA – Sem prejuízo das sanções administrativas previstas na Seção II, do Capítulo IV da Lei nº 8.666/93 o (a) Credenciado (a) poderá incorrer na multa de 2% (dois por cento) sobre o valor estimado do presente instrumento, à parte que descumprir qualquer cláusula ou condição nele ajustada.

DA PENALIDADE - Pela inexecução total ou parcial do contrato, além da aplicação da multa prevista deste Edital, poderá o CREDENCIANTE, garantida prévia defesa no prazo de 5 (cinco) dias úteis, em processo administrativo, aplicar as seguintes sanções ao (á) CREDENCIADO (A):

I - Advertência;

II - Suspensão do direito de credenciar com a CREDENCIANTE em função da natureza e da gravidade da falta cometida, sendo:

a) Por 6 (seis) meses - quando o (a) Credenciado (a) recusar, injustificadamente, assinar o contrato ou recusar a cumprir com a proposta apresentada.

b) - Por 1 (um) ano - quando o (a) credenciado (a) prestar serviço de qualidade inferior ou diferente das especificações contidas no contrato.

c) Por até 2 (dois) anos, nos casos em que a inadimplência acarretar prejuízos à CREDENCIANTE.





Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a CONTRATANTE, considerando para tanto, reincidência de faltas, a sua natureza e a sua gravidade, bem como, por desacato a servidor da CONTRATANTE.

O ato de declaração de inidoneidade será proferido pela Prefeita Municipal e publicado no Diário Oficial do Estado, e perdurará enquanto durarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação, que será concedida sempre que o (a) Credenciado (a) ressarcir ao Credenciante os prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada.

## **XII – DAS CONDIÇÕES GERAIS:**

O Credenciamento a que se refere o presente instrumento é de caráter autônomo, não podendo o (a) CREDENCIADO (A) pleitear quaisquer direitos outros que não os aqui avençados.

O partícipe que pretender rescindir o presente contrato deverá manifestar sua intenção, por escrito, com antecedência de, pelo menos, 30 (trinta) dias, a menos que seja obrigado por determinação judicial ou termo de ajuste de conduta com o Ministério Público Estadual.

## **XIII – DOS CASOS OMISSOS:**

Os casos omissos serão dirimidos a luz da princípios gerais de direito, Instrução Normativa nº 07/2016 do TCM-GO, com redação dada pela Instrução Normativa n.º 001/2017, Lei nº 8.666/93, de 21/06/93, e Lei Complementar 123/2006, de 14/12/2006, dentre outras normas aplicáveis a espécie.

## **XIV – DO FORO:**

É competente o Foro da Comarca \_\_\_\_\_, para dirimir quaisquer questões oriundas deste contrato.

E, por estarem assim justos e contratados, digitou-se o presente contrato em 03 (três vias) de igual teor e forma, sendo que uma delas constituirá o arquivo cronológico da Prefeitura, que após lido e achado conforme pelas partes, na presença das testemunhas abaixo declaradas, foi em tudo aceite, sendo assinado pelas partes.

Mairipotaba – GO, \_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Gestor do Fundo Municipal de Saúde  
CNPJ nº -----  
Credenciante



---

Credenciado (a)  
CNPJ/CPF nº  
CR-----

Testemunhas:

1 \_\_\_\_\_  
CPF nº.

2 \_\_\_\_\_  
CPF nº.



**ANEXO IX**  
**MODELO PROPOSTA ELETRÔNICA**

PREGOEIRO E EQUIPE DE APOIO

Modalidade: Credenciamento nº 001/2019

**PLANILHA SEGUE EM ANEXO NO <http://www.mairipotaba.gov.br/editais-e-licitacoes/2019/category/453-edital> PARA PREENCHIMENTO E POSTERIOR LANÇAMENTO NO SISTEMA MEGASOFT “OBRIGATORIO”**

Prazo para entrega das mercadorias: \_\_\_\_\_ dias, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de

Condições de pagamento \_\_\_\_\_

Validade dos preços até \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ass. E Carimbo do Fornecedor