



**ESTADO DO PARANÁ PREFEITURA MUNICIPAL DE CRUZ MACHADO**  
CNPJ 76.339.688/0001-09  
Avenida Vitória nº 251 CEP 84620-000 – Cruz Machado Pr.

000019

**AVISO**

**CREENCIAMENTO 003/2020**

A Prefeitura Municipal de Cruz Machado – PR torna público que estará recebendo, documentação para o Credenciamento de Unidades Privadas de Saúde, prestadoras de serviços interessadas em firmar contrato com a Prefeitura Municipal de Cruz Machado, conforme disposto na Constituição Federal, Lei 8.666/93, Lei Estadual 15.608 e as demais e as demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, mediante a celebração de contrato de credenciamento de prestação de serviços de exames laboratoriais de análises clínicas, mediante as condições estabelecidas neste edital e em seus anexos.

Regem o presente processo a Lei Federal nº 8.666/93, observadas as alterações posteriores.

**O recebimento dos protocolos ocorrerão a partir do dia 27/04/2020 as 09:00 (nove) horas até dia 13/05/2020 às 09:30h. O credenciamento terá validade de 12 (doze) meses, podendo durante seu período de vigência receber novos credenciados que serão classificados nos prazos estimados no edital.**

O Edital completo poderá ser obtido pelos interessados na CPL, mediante entrega de um pendrive, de segunda a sexta-feira, no horário de 14:00 às 17:00 horas ou pelo endereço eletrônico <http://www.pmcm.pr.gov.br/>. É necessário que, ao fazer download do Edital, seja informado à Comissão Permanente de Licitação, via e-mail – [licitacao@pmcm.pr.gov.br](mailto:licitacao@pmcm.pr.gov.br) - ou via fax – (42)3554-1222, a retirada do mesmo, para que possam ser comunicadas possíveis alterações que se fizerem necessárias. A CPL não se responsabilizará pela falta de informações relativas ao procedimento àqueles interessados que não confirmarem, pelos meios expostos, a retirada do Edital. Quaisquer dúvidas contatar pelos telefones (42) 3554-1222 ramal 244.

Cruz Machado, 23 de Abril de 2020

  
Prefeito Municipal



**EDITAL DE CREDENCIAMENTO – Nº 003/2020**

000020

A Prefeitura Municipal de Cruz Machado, torna público que estará recebendo em sua sede, situada na Av. Vitória, 251, Centro, DOCUMENTAÇÃO E PROPOSTAS DE PREÇOS DE PESSOAS JURÍDICAS, PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, para a prestação de serviços de forma complementar ao SUS, conforme adiante elencada e de acordo com as condições estabelecidas neste Edital.

**1 – DO OBJETO:**

Contratação de Unidades Privadas de saúde, prestadoras de serviços, interessadas em firmar contrato com a Prefeitura Municipal de Cruz Machado, conforme disposto na Constituição Federal, Lei Federal 8.666/93, Lei Estadual nº 15.608 e as demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, mediante a celebração de CONTRATO DE CREDENCIAMENTO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS, como segue:

Item	Material	Descrição do Material	Un.Med.	Qtde do Item	preço unit	Preço Total
1	18200398	DOSAGEM ACIDO URICO	UN	120,000	1,8500	222,00
2	18200302	EXAME DOSAGEM DE AMILASE	UN	45,000	2,2500	101,25
3	18200303	EXAME BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES	UN	45,000	2,0100	90,45
4	18200304	EXAME DOSAGEM DE CALCIO	UN	30,000	1,8500	55,50
5	18200305	EXAME DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	UN	270,000	3,5100	947,70
6	18200306	EXAME DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	UN	270,000	3,5100	947,70
7	18200307	EXAME DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	UN	270,000	1,8500	499,50
8	18200308	EXAME DOSAGEM DE COLINESTERASE	UN	15,000	3,6800	55,20
9	18202487	EXAME DE CREATININA	UN	270,000	1,8500	499,50
10	18202488	EXAME DE DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	UN	15,000	3,6800	55,20
11	18202489	EXAME DE DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE ( FRAÇÃO)	UN	15,000	4,1200	61,80
12	18200312	EXAME DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA (LDH)	UN	15,000	3,6800	55,20
13	18200313	EXAME DOSAGEM DE FERRO SERICO	UN	15,000	3,5100	52,65
14	18200314	EXAME DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	UN	15,000	2,0100	30,15
15	18200315	EXAME DOSAGEM DE FOSFORO	UN	15,000	1,8500	27,75
16	18202490	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE	UN	90,000	3,5100	315,90
17	18180208	EXAME DOSAGEM DE GLICOSE	UN	270,000	1,8500	499,50
18	18202491	DOSAGEM HEMOGLOBINA GLICOSILADA	UN	30,000	7,8600	235,80
19	18200317	EXAME DOSAGEM DE MAGNESIO	UN	15,000	2,0100	30,15
20	18200318	EXAME DOSAGEM DE MUÇO-PROTEINAS	UN	15,000	2,0100	30,15
21	18200319	EXAME DOSAGEM DE POTASSIO	UN	270,000	1,8500	499,50
22	18202492	EXAME DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRAÇÕES	UN	270,000	1,8500	499,50
23	18200320	EXAME DOSAGEM DE SODIO	UN	270,000	1,8500	499,50
24	18202493	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO- OXALACETICA	UN	270,000	2,0100	542,70
25	18202494	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO- PIRÚVICA	UN	270,000	2,0100	542,70
26	18200321	EXAME DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	UN	270,000	3,5100	947,70
27	18200322	EXAME DOSAGEM DE UREIA	UN	270,000	1,8500	499,50
28	18200323	EXAME CONTAGEM DE PLAQUETAS	UN	300,000	2,7300	819,00
29	18200324	EXAME CONTAGEM DE RETICULOCITOS	UN	150,000	2,7300	409,50
30	18202495	EXAME DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	UN	600,000	2,7300	1.638,00
31	18202496	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO	UN	300,000	2,7300	819,00
32	18202497	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOSPLASTINA	UN	300,000	5,7700	1.731,00
33	18202498	EXAME DE DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA	UN	60,000	2,7300	163,80
34	18202499	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO	UN	120,000	2,7300	327,60
35	18202500	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	UN	60,000	1,5300	91,80
36	18200328	EXAME HEMATOCRITO	UN	600,000	1,5300	918,00
37	18180209	EXAME HEMOGRAMA COMPLETO	UN	#####	4,1100	4.932,00
38	18200329	EXAME PESQUISA DE CELULAS LE	UN	30,000	4,1100	123,30
39	18202501	EXAME DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATÓIDE	UN	60,000	2,8300	169,80





PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**CRUZ MACHADO PR**  
Cruz Machado Semeando o Futuro!  
ADMINISTRAÇÃO 2017 - 2020



40	18202502	DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTATICO ESPECIFICO	UN	540,000	16,4200	8.866,80
41	18202503	EXAME DOSAGEM DE PROTEÍNA C REATIVA	UN	300,000	2,8300	849,00
42	18202504	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1	UN	60,000	10,0000	600,00
43	18202505	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDE	UN	60,000	2,8300	169,80
44	18202506	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA	UN	60,000	2,8300	169,80
45	18202507	EXAME DE PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE	UN	60,000	18,5500	1.113,00
46	18202508	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C	UN	120,000	18,5500	2.226,00
47	18202509	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	UN	300,000	16,9700	5.091,00
48	18202510	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTÍGENO CENTRAL	UN	60,000	18,5500	1.113,00
49	18202511	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A	UN	120,000	18,5500	2.226,00
50	18202512	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	UN	120,000	17,1600	2.059,20
51	18202513	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	UN	180,000	18,5500	3.339,00
52	18202514	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VIRUS	UN	60,000	18,5500	1.113,00
53	18202515	EXAME PESQUISA ANTICORPOS IGM CONTRA VIRUS HEPATITE A	UN	60,000	18,5500	1.113,00
54	18202516	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA VIRUS DA RUBÉOLA	UN	120,000	17,1600	2.059,20
55	18202517	EXAME PESQUISA DE ANTÍGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	UN	30,000	13,3500	400,50
56	18202518	EXAME PESQUISA ANTÍGENO E SUPERFÍCIE VÍRUS HEPATITE B	UN	30,000	18,5500	556,50
57	18202519	EXAME PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS HEPATITE B (HBEAG)	UN	120,000	18,5500	2.226,00
58	18202520	EXAME PESQUISA FATOR REUMATOIDE (WAALEROSE)	UN	60,000	4,1000	246,00
59	18180210	EXAME TESTE DE VDRL P/SIFILIS	UN	300,000	2,8300	849,00
60	85010005	EXAME VDRL PARA DETECÇÃO EM SÍFILIS EM GESTANTES	UN	300,000	2,8300	849,00
61	18200383	EXAME PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	UN	300,000	1,6500	495,00
62	18200292	EXAME PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	UN	300,000	1,6500	495,00
63	85010006	EXAME PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	UN	300,000	1,6500	495,00
64	18200293	EXAME ANALISE DE CARACTERES FÍSICOS.ELEMENTOS E SEDIMENTOS D	UN	#####	3,7000	4.440,00
65	18202521	EXAME DOSAGEM DE PROTEÍNAS ( UNIRNA DE 24 HORAS)	UN	300,000	2,0400	612,00
66	18202522	EXAME DOSAGEM DE ESTRADIOL	UN	30,000	10,1500	304,50
67	18202523	EXAME DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIÔNICA HUMANA (HCG, BETA H	UN	120,000	7,8900	946,80
68	18202524	EXAME DOSAGEM DE HORMONIO FOLÍCULO-ESTIMULANTE (FSH)	UN	60,000	7,8900	473,40
69	18202525	EXAME DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	UN	61,000	8,9700	547,17
70	18202526	EXAME DOSAGEM DE HORMONIO TIROESTIMULANTE (TSH)	UN	540,000	8,9600	4.838,40
71	18202527	EXAME DOSAGEM DE PROGESTERONA	UN	30,000	10,2200	306,60
72	18202528	EXAME DOSAGEM DE PROLACTINA	UN	30,000	10,1500	304,50
73	18202529	EXAME DOSAGEM DE TESTOSTERONA	UN	30,000	10,4300	312,90
74	18200422	EXAME DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	UN	300,000	8,7600	2.628,00
75	85010007	EXAME DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4)	UN	300,000	11,6000	3.480,00
76	18200423	EXAME DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	UN	120,000	8,7100	1.045,20
77	18202530	EXAME DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	UN	30,000	15,6500	469,50
78	18202531	EXAME DOSAGEM DE CARBAZEPINA	UN	30,000	17,5300	525,90
79	18202532	EXAME DOSAGEM DE DIGITÁLICOS (DIGOXINA, DIGICOXINA)	UN	30,000	8,9700	269,10
80	18202533	EXAME DOSAGEM DE FENITOINA	UN	30,000	35,2200	1.056,60
81	18202534	EXAME DOSAGEM DE LITIO	UN	30,000	2,2500	67,50
82	18200095	EXAME ANTIBIOGRAMA	UN	120,000	4,9800	597,60
83	18200376	EXAME BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICO)	UN	180,000	4,2000	756,00
84	18202535	BACISLOSCOPIA DIRETA PARA BAAR (HANSENIASE)	UN	62,000	4,2000	260,40
85	18200075	EXAME BACTERIOSCOPIA (GRAM)	UN	62,000	2,8000	173,60
86	18202536	EXAME DE CULTURAS DE BACTÉRIAS PARA IDENTIFICAÇÃO	UN	180,000	5,6200	1.011,60
87	18200010	EXAME CULTURA PARA BAAR	UN	62,000	5,6300	349,06
88	18200294	EXAME CULTURA PARA IDENTIFICAÇÃO DE FUNGOS	UN	120,000	4,1900	502,80
89	18200340	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	UN	30,000	2,8000	84,00

000021

3





90	18202537	EXAME IDENTIFICAÇÃO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	UN	30,000	5,6300	168,90
91	18200295	EXAME DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	UN	120,000	1,3700	164,40
92	18202538	EXAME PESQUISA DE FATOR RH ( INCLUI D FRACO)	UN	120,000	1,3700	164,40
93	18200098	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO	UN	6,000	350,0000	2.100,00
94	18180360	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COLUNA CERVICAL OU DORSAL OU	UN	6,000	450,0000	2.700,00
95	18180246	EXAME DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	UN	6,000	480,0000	2.880,00
96	18180256	EXAME DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PELVE	UN	6,000	480,0000	2.880,00
97	18202467	EXAME DE ULTRASSOMOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	UN	20,000	550,0000	11.000,00
98	18202539	EXAME DE ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL INCLUI REGIÃO PELVICA	UN	2,000	100,0000	200,00
99	18202652	DOSAGEM DE VITAMINA B12	UN	300,000	15,2400	4.572,00
100	18202641	25 HIDROVIT D - EXAME LABORATORIAL	UN	60,000	72,0000	4.320,00
101	18202642	FRUTOSAMINA - EXAME LABORATORIAL	UN	60,000	21,0000	1.260,00
102	18202643	CA - 125 - EXAME LABORATORIAL	UN	60,000	32,0000	1.920,00
103	18202644	CA - 15-3 - EXAME LABORATORIAL	UN	60,000	32,0000	1.920,00
104	18202645	CA - 19-9 EXAME LABORATORIAL	UN	60,000	34,0000	2.040,00
105	18202646	PCR - QUANTITATIVO - EXAME LABORATORIAL	UN	60,000	24,0000	1.440,00
106	18202647	COOMDS INDIRETO - EXAME LABORATORIAL	UN	60,000	13,0000	780,00
107	18202648	FAN - EXAME LABORATORIAL	UN	60,000	24,0000	1.440,00
108	18202649	ALBUMINA - EXAME LABORATORIAL	UN	60,000	8,0000	480,00
109	18202650	ULTRASSONOGRAFIA REGIÃO INGUINAL	UN	12,000	100,0000	1.200,00
110	18202581	ULTRASSONOGRAFIA APARELHO URINARIO	UN	6,000	100,0000	600,00
111	18202583	ULTRASSONOGRAFIA PELVICA	UN	6,000	100,0000	600,00
112	18202584	ULTRASSONOGRAFIA TIREOIDE	UN	6,000	100,0000	600,00
113	18202585	ULTRASSONOGRAFIA OCULAR/ CADA	UN	6,000	100,0000	600,00
114	18202586	ULTRASSONOGRAFIA ARTICULAR/ CADA	UN	6,000	100,0000	600,00
115	18202587	ULTRASSONOGRAFIA TENDAO AQUILES/CADA	UN	6,000	100,0000	600,00
116	18202588	ULTRASSONOGRAFIA PROSTATA	UN	6,000	100,0000	600,00
117	18202589	ULTRASSONOGRAFIA PAROTIDAS	UN	6,000	100,0000	600,00
118	18202590	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	UN	6,000	100,0000	600,00
119	18202591	ULTRASSONOGRAFIA CERVICAL	UN	6,000	100,0000	600,00
121	18202593	ULTRASSONOGRAFIA AXILAR/CADA	UN	6,000	100,0000	600,00
122	18202594	ULTRASSONOGRAFIA MAMAS	UN	6,000	100,0000	600,00
123	18202595	ULTRASSONOGRAFIA CAROTIDAS	UN	6,000	200,0000	1.200,00
124	18202596	ULTRASSONOGRAFIA TIREOIDE DOPPLER	UN	6,000	180,0000	1.080,00
125	18202597	ULTRASSONOGRAFIA BOLSA ESCROTAL DOPPLER	UN	7,000	180,0000	1.260,00
126	18202598	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA DOPPLER	UN	7,000	180,0000	1.260,00
127	18202599	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL C/ PREPARO	UN	7,000	180,0000	1.260,00
128	18202600	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL DOPPLER	UN	7,000	180,0000	1.260,00
129	18202552	RESSONANCIA MAGNETICA COM CONTRASTE	UN	7,000	590,0000	4.130,00
130	18202553	RESSONANCIA MAGNETICA SEM CONTRASTE	UN	7,000	540,0000	3.780,00
131	18202554	ARTRORESSONANCIA	UN	7,000	650,0000	4.550,00
132	18202555	ANGIORESSONANCIA CRANIO	UN	7,000	600,0000	4.200,00
133	18202556	RESSONANCIA MAGNETICA MAMAS	UN	7,000	600,0000	4.200,00
134	18202557	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CRANIO COM CONTRASTE	UN	7,000	400,0000	2.800,00
136	18202559	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA OUVIDOS	UN	7,000	350,0000	2.450,00
137	18202560	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MASTOIDE	UN	7,000	450,0000	3.150,00
138	18202561	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEIOS FACE	UN	7,000	450,0000	3.150,00
139	18202562	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COXA	UN	7,000	400,0000	2.800,00
140	18202564	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ÓRBITAS	UN	7,000	450,0000	3.150,00
141	18202565	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PESCOÇO/OROFARINGE	UN	7,000	480,0000	3.360,00
142	18202569	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA QUADRIL	UN	7,000	400,0000	2.800,00
143	18202570	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA OMBRO	UN	7,000	400,0000	2.800,00
144	18202571	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA JOELHO	UN	7,000	400,0000	2.800,00
145	18202572	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ABDOMEN TOTAL	UN	7,000	550,0000	3.850,00
146	18202573	UROTOMOGRAFIA	UN	7,000	550,0000	3.850,00
147	18202574	ANGIO TC AORTA ABDOMINAL	UN	7,000	800,0000	5.600,00
148	18202651	RAIO X COM LAUDO OMBRO/MAO/COTOVELO/ESCAPULA/PUNHO.	UN	7,000	50,0000	350,00



149	18202592	ULTRASSONOGRRAFIA BOLSA ESCROTAL	UN	7.000	100.0000	700,00
						<b>208.689,58</b>

## 2 – CONDIÇÕES PARA CREDENCIAMENTO

2.1. Os interessados poderão inscrever-se para o Credenciamento a partir da primeira publicação do presente instrumento;

2.2. Serão considerados credenciados os prestadores de serviços pessoa jurídica, que apresentarem os Documentos enumerados no item 3.1 deste instrumento;

2.3. Os interessados poderão ter acesso ao Edital através da retirada de cópia na e/ou acessar o site [www.pmcmm.pr.gov.br](http://www.pmcmm.pr.gov.br);

2.4. Os interessados deverão encaminhar os documentos relacionados no item 3.1 à Prefeitura Municipal e Cruz Machado, situada na Av. Vitória, n.251 Centro, no horário das 09:00 às 11:30h e das 14:00 às 15:00h de segunda a sexta-feira, no Departamento de Compras e Licitações.

## 3 – DOCUMENTAÇÃO REFERENTE À HABILITAÇÃO

3.1. Para credenciamento – Pessoa Jurídica – deverão apresentar os seguintes documentos:

- Requerimento para credenciamento conforme modelo anexo;
- Documentos de RG e CPF do Responsável Técnico;
- Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES;
- Certificado de Regularidade emitido pelo Conselho Regional de Farmácia;
- Declaração firmada pelo Responsável Técnico, que as informações prestadas são verdadeiras, sob pena de responder judicialmente pelas inconsistências das informações;
- Contrato social devidamente registrado na Junta Comercial do Estado ou no Cartório de Títulos e Documentos, onde conste, dentro dos seus objetivos, a prestação dos serviços acima indicados;
- Cartão do CNPJ;
- Certidão Negativa de débito Municipal, Estadual e Federal;
- Certidão Negativa de débito com o INSS;
- Certidão Negativa de débito com o FGTS;
- Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto Lei n.º 5452, de 1º de maio de 1943. (CNDT).
- Alvará de localização fornecido pelo Município da sede da pessoa jurídica;
- Licença Sanitária do estabelecimento;
- Capacidade máxima de atendimento e número de profissionais;
- Registro no Conselho Regional de Farmácia da pessoa jurídica e do Responsável Técnico;
- Diploma do Curso e certificado de especialização de acordo com a área de serviços laboratoriais a serem prestados.





#### 4 – CONDIÇÕES PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

- a) O controle da cota física e financeira dos procedimentos contratados será de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, que deverá também acompanhar e controlar a demanda encaminhada de acordo com a quantidade física e financeira contratada;
- b) Os serviços serão autorizados mediante solicitação médica, em formulário próprio da Secretaria Municipal de Saúde – REC (requisição de exames complementares), ou em outro formulário que possa vir a ser implantado pela Secretaria. Também poderão ser solicitados através de formulários específicos de serviços de outros municípios de referência, com os quais a Secretaria possui pactuação.
- c) Somente serão pagos os exames comprovadamente realizados, mediante o envio semanal dos resultados dos exames, os quais deverão conter a identificação do usuário e a data de realização do exame. Deverão ainda, vir acompanhados da REC (Requisição de Exames Complementares) ou ainda, por outro formulário, devidamente autorizado previamente pelo Departamento Administrativo, ou ainda, pelas Unidades de Saúde com autorização descentralizada. Cabe ao Departamento Administrativo informar ao Laboratório credenciado a relação das Unidades que tem permissão da Secretaria de Saúde para autorizar exames.
- d) Os exames poderão ser glosados caso não haja comprovação de sua realização dentro dos critérios acima descritos.
- e) Deverá ser entregue uma via do resultado do exame para o paciente (com identificação do usuário e a data de realização do exame) o qual deverá retirá-lo junto à contratada. Excetuam-se dessa regra, os exames realizados para gestantes, pois esses deverão ser entregues no Departamento Administrativo para posterior envio às Unidades de Saúde.
- f) A contratada deve possuir o estabelecimento nos perímetros dos Municípios de Cruz Machado e/ou União da Vitória, em área urbana, cedendo espaço físico próprio e adequado para os procedimentos, com disponibilidade dos materiais, equipamentos e recursos humanos, realizando os exames laboratoriais em sua sede própria.
- g) A contratada deverá ainda, estar devidamente cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde do Ministério da Saúde, o qual deverá estar compatível com os serviços a serem prestados.

#### h) São competências e/ou funções da contratada:

- Prestar atendimento aos usuários nos dias e horários acordados;
  - Acolher os pacientes e acompanhantes de forma humanizada;
  - Possuir equipe multiprofissional compatível com a característica e funções do Serviço;
  - Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes;
  - Manter registro atualizado no CNES;
  - Submeter-se à regulação, controle, avaliação e auditoria instituída pelo Gestor do SUS;
  - Atender as diretrizes o PNH – Programa Nacional de Humanização.
  - Trabalhar com a mais profunda ética profissional, e tratar todas as informações relevante como confidenciais.
- i) Atender o Plano Operativo anexo a este edital na sua íntegra.

#### 5 – DO PAGAMENTO E DOS VALORES



O pagamento pelos serviços prestados pela empresa credenciada será efetuado mensalmente, até o 5º dia útil do mês subsequente à prestação dos serviços pelo valor estipulado neste edital, mediante apresentação de nota fiscal de prestação de serviços juntamente com a relação nominal dos procedimentos.

Os valores dos exames tomam como referencia a Tabela do SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM) do SUS. E o mesmo poderá sofrer atualizações.

#### **6 – DO NÚMERO DE PROCEDIMENTOS**

A quantidade de procedimentos a serem realizadas pelos credenciados será de no máximo 800 (oitocentos exames) exames/mês, equivalente a aproximadamente R\$ 34.783,00 (trinta e quatro mil setecentos e oitenta e três reais)/mês, totalizando R\$ 208.698,00 (Duzentos e oito mil seiscentos e noventa e oito reais)/para 06 meses aproximadamente.

#### **7 – DA INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO**

Uma vez habilitado o laboratório, o processo será encaminhado à Secretaria Municipal de Administração que verificará a regularidade do processo adotando as ações cabíveis aos procedimentos de inexigibilidade de licitação, previstos no art. 26 da lei 8.666/93 para formalização do contrato de credenciamento.

#### **8 – FORMALIZAÇÃO**

8.1. Realizados os procedimentos previstos, o habilitado será convocado para assinatura do instrumento contratual próprio, contendo as cláusulas e condições previstas neste Edital.

8.2. O prazo de vigência dos contratos provenientes deste credenciamento terá validade de 06 (seis) meses, podendo ser prorrogado conforme legislação vigente.

#### **9 – INFORMAÇÕES**

Maiores informações poderão ser obtidas junto à Secretaria Municipal da Saúde, pelo fone (042) 3554-1294 ou na Prefeitura Municipal, pelo fone (042) 3554-1222 (Departamento de Licitações).

#### **10 – DO PRAZO DE CREDENCIAMENTO**

O credenciamento ficará disponível a protocolo de participantes do dia 27/04/2020 a 13/05/2020, até as 09:30h, horário em que será realizada sessão pública para avaliação da documentação protocolada.

O Credenciamento será válido por 12 (doze) meses, vigorando a partir da data da publicação deste Edital, podendo ser prorrogado por igual período, a critério da COMISSÃO DE LICITAÇÕES.

O contrato proveniente deste credenciamento terá validade de 06 (seis) meses, podendo ser prorrogada a critério da Administração.

Os novos credenciamentos que ocorrerem após a data do dia 13/05/2020 serão analisados e publicados o resultado de sua classificação em até 10 (dez) dias.

Prefeitura de Cruz Machado, 23 de Abril de 2020.

  
\_\_\_\_\_  
PREFEITO MUNICIPAL





**REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO – PESSOA JURÍDICA**

À Secretaria Municipal de Saúde do Município de Cruz Machado

O interessado, abaixo qualificado, requer sua inscrição como Credenciado para prestação de serviços laboratoriais de análises clínicas, conforme estabelecido pelo Edital de Credenciamento nº. 03/2020, anexando a este requerimento os seguintes documentos:

- Documentos de RG e CPF do Responsável Técnico;
- Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES;
- Certificado de Regularidade emitido pelo Conselho Regional de Farmácia;
- Declaração firmada pelo Responsável Técnico, que as informações prestadas são verdadeiras, sob pena de responder judicialmente pelas inconsistências das informações;
- Contrato social devidamente registrado na Junta Comercial do Estado ou no Cartório de Títulos e Documentos, onde conste, dentro dos seus objetivos, a prestação dos serviços acima indicados;
- Cartão do CNPJ;
- Certidão Negativa de débito Municipal, Estadual e Federal;
- Certidão Negativa de débito com o INSS;
- Certidão Negativa de débito com o FGTS;
- Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto Lei n.º 5452, de 1º de maio de 1943. (CNDT).
- Alvará de localização fornecido pelo Município da sede da pessoa jurídica e do Responsável Técnico;
- Licença Sanitária do estabelecimento;
- Capacidade máxima de atendimento e número de profissionais;
- Registro no Conselho Regional de Farmácia
- Diploma do Curso e certificado de especialização de acordo com a área de serviços laboratoriais a serem prestados.

Nome/Razão Social: \_\_\_\_\_

Endereço Comercial \_\_\_\_\_  
 CEP \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
 CRF nº. \_\_\_\_\_ R.G. nº \_\_\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_

Município de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

Nome legível e Assinatura do Requerente: \_\_\_\_\_





## MINUTA DE CONTRATO PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

N.º ..... / 2020

Pelo presente Contrato de Prestação de Serviços, de um lado o Município de Cruz Machado, Estado do Paraná, inscrito no CNPJ sob n.º 76.339.688/0001-09, aqui representado por seu Prefeito Municipal, Sr. Euclides Pasa, portador do CPF n.º 353.180.319-00, residente e domiciliado nesta cidade de Cruz Machado, adiante denominado CONTRATANTE e de outro lado como CONTRATADA, ....., inscrita no CNPJ sob n.º ....., situado à rua ....., representada neste ato por seu(ua) sócio administrador(a) ..... inscrito(a) CPF sob n.º ..... e RG sob número ....., residente e domiciliado(a) na rua ....., tem justo e acordado o adiante exposto em cláusulas e condições:

### CLÁUSULA PRIMEIRA:

#### OBJETO E VALOR:

#### PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES DE ANÁLISES CLÍNICAS:

### CLÁUSULA SEGUNDA: OBRIGAÇÕES

#### I - DO CONTRATANTE

- Encaminhar as solicitações pelo Departamento de Administração da Secretaria de Saúde da Secretaria da Saúde;
- Acompanhar e controlar a execução dos serviços, através do Departamento de Administração da Secretaria de Saúde da Secretaria da Saúde;
- Efetuar o pagamento até o 5º dia útil do mês subsequente ao da prestação de serviços;

#### II - DA CONTRATADA:

- Remeter ao final de cada mês ao Departamento de Administração da Secretaria de Saúde as notas fiscais de prestação de serviços;
- Abster-se de cobrar qualquer valor, sob qualquer título, do paciente assistido pelo presente contrato.
- Atender o Plano Operativo, anexo a este edital na sua íntegra.

### CLÁUSULA TERCEIRA: VALOR CONTRATUAL E PAGAMENTO

Atribui-se ao presente contrato, conforme proposta de preços apresentada pelo contratado o valor global de R\$ XXXXXXXX (.....).

Parágrafo Primeiro: As despesas referentes ao presente termo correrão pela seguinte dotação orçamentária: .....

### CLÁUSULA QUARTA: PRAZO

O presente contrato tem duração de 06 (seis) a contar da data de assinatura, podendo ser prorrogado, a critério das partes, mediante termo aditivo.

### CLÁUSULA QUINTA: RESCISÃO

Constituem motivos para rescisão do presente contrato, o não cumprimento de qualquer das suas cláusulas ou condições, bem como os motivos previstos na Lei 8.666/93.

§ Único - Em caso de rescisão contratual, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, será observado o prazo de 30 a 60 dias para ocorrer a rescisão.

### CLÁUSULA SEXTA: FORO



As partes elegem o foro da Comarca de União da Vitória - PR para dirimir qualquer questão referente ao presente contrato. E por assim haverem livremente acordado, as partes assinam o presente em três vias, para um só efeito legal, juntamente com duas testemunhas.

10

Cruz Machado, ..... de ..... de 2020.

Euclides Pasa  
Prefeito

Contratada

Testemunhas





**MODELO DE DECLARAÇÃO – PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA DECLARAÇÃO**

11

(Razão Social ..... ) com sede a (.....endereço completo.....) através de seu Responsável Legal, Sr.....inscrito no R.G. nº .....( ) e no CPF/MF nº (.....) DECLARA para fins de credenciamento junto a Secretaria Municipal da Saúde do Município de Cruz Machado, Estado do Paraná que as informações prestadas são verdadeiras, sob pena de responder judicialmente pelas inconsistências das informações.

Município de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

Assinatura devidamente identificada

Nome:  
CPF:



000030

**MODELO DEVERÁ SER DIGITADA EM PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA**

**PROPOSTA DE PREÇOS**

12

(local e data) ....., de ..... de 2020.

RAZÃO SOCIAL:.....  
END.: .....  
CIDADE: .....ESTADO: .....  
TELEFONE/EMAIL.....CNPJ:.....

À PREFEITURA MUNICIPAL DE CRUZ MACHADO  
REF.: PROPOSTA PARA PARTICIPAÇÃO DO  
EDITAL DE CREDENCIAMENTO N.º 003/2020

Prezados Senhores: Apresentamos e submetemos a apreciação de Vossas Senhorias nossa proposta de preços, relativa a PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS, conforme edital de credenciamento:

**TABELA DE EXAMES LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS**

1	DOSAGEM ACIDO URICO	UN	
2	EXAME DOSAGEM DE AMILASE	UN	
3	EXAME BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES	UN	
4	EXAME DOSAGEM DE CALCIO	UN	
5	EXAME DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	UN	
6	EXAME DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	UN	
7	EXAME DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	UN	
8	EXAME DOSAGEM DE COLINESTERASE	UN	
9	EXAME DE CREATININA	UN	
10	EXAME DE DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	UN	
11	EXAME DE DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE ( FRAÇÃO)	UN	
12	EXAME DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA (LDH)	UN	
13	EXAME DOSAGEM DE FERRO SERICO	UN	
14	EXAME DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	UN	
15	EXAME DOSAGEM DE FOSFORO	UN	
16	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE	UN	
17	EXAME DOSAGEM DE GLICOSE	UN	
18	DOSAGEM HEMOGLOBINA GLICOSILADA	UN	
19	EXAME DOSAGEM DE MAGNESIO	UN	
20	EXAME DOSAGEM DE MUÇO-PROTEINAS	UN	
21	EXAME DOSAGEM DE POTASSIO	UN	
22	EXAME DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRAÇÕES	UN	
23	EXAME DOSAGEM DE SODIO	UN	
24	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO- OXALACETICA	UN	
25	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO- PIRÚVICA	UN	





26	EXAME DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	UN	
27	EXAME DOSAGEM DE UREIA	UN	
28	EXAME CONTAGEM DE PLAQUETAS	UN	
29	EXAME CONTAGEM DE RETICULOCITOS	UN	
30	EXAME DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	UN	
31	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO	UN	
32	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOSPASTINA	UN	
33	EXAME DE DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA	UN	
34	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSIDIMENTAÇÃO	UN	
35	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	UN	
36	EXAME HEMATOCRITO	UN	
37	EXAME HEMOGRAMA COMPLETO	UN	
38	EXAME PESQUISA DE CELULAS LE	UN	
39	EXAME DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATÓIDE	UN	
40	DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTATICO ESPECIFICO	UN	
41	EXAME DOSAGEM DE PROTEÍNA C REATIVA	UN	
42	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1	UN	
43	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDE	UN	
44	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA	UN	
45	EXAME DE PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE	UN	
46	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C	UN	
47	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	UN	
48	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTÍGENO CENTRAL	UN	
49	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A	UN	
50	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	UN	
51	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	UN	
52	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VIRUS	UN	
53	EXAME PESQUISA ANTICORPOS IGM CONTRA VIRUS HEPATITE A	UN	
54	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA VIRUS DA RUBÉOLA	UN	
55	EXAME PESQUISA DE ANTÍGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	UN	
56	EXAME PESQUISA ANTÍGENO E SUPERFÍCIE VIRUS HEPATITE B	UN	
57	EXAME PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS HEPATITE B (HBEAG)	UN	
58	EXAME PESQUISA FATOR REUMATOIDE (WAALERROSE)	UN	
59	EXAME TESTE DE VDRL P/SIFILIS	UN	
60	EXAME VDRL PARA DETECÇÃO EM SÍFILIS EM GESTANTES	UN	
61	EXAME PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	UN	
62	EXAME PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	UN	
63	EXAME PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	UN	
64	EXAME ANALISE DE CARACTERES FÍSICOS.ELEMENTOS E SEDIMENTOS D	UN	
65	EXAME DOSAGEM DE PROTEÍNAS ( UNIRNA DE 24 HORAS)	UN	
66	EXAME DOSAGEM DE ESTRADIOL	UN	
67	EXAME DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIÔNICA HUMANA (HCG, BETA H	UN	
68	EXAME DOSAGEM DE HORMONIO FOLÍCULO-ESTIMULANTE (FSH)	UN	
69	EXAME DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	UN	
70	EXAME DOSAGEM DE HORMONIO TIROESTIMULANTE (TSH)	UN	
71	EXAME DOSAGEM DE PROGESTERONA	UN	
72	EXAME DOSAGEM DE PROLACTINA	UN	
73	EXAME DOSAGEM DE TESTOSTERONA	UN	
74	EXAME DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	UN	
75	EXAME DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4)	UN	
76	EXAME DOSAGEM DE TRIODOTIRONINA (T3)	UN	
77	EXAME DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	UN	
78	EXAME DOSAGEM DE CARBAZEPINA	UN	
79	EXAME DOSAGEM DE DIGITÁLICOS (DIGOXINA, DIGICOXINA)	UN	
80	EXAME DOSAGEM DE FENITOINA	UN	
81	EXAME DOSAGEM DE LITIO	UN	





82	EXAME ANTIBIOGRAMA	UN	
83	EXAME BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICO)	UN	
84	BACILOSCOPIA DIRETA PARA BAAR (HANSENIASE)	UN	
85	EXAME BACTERIOSCOPIA (GRAM)	UN	
86	EXAME DE CULTURAS DE BACTÉRIAS PARA IDENTIFICAÇÃO	UN	
87	EXAME CULTURA PARA BAAR	UN	
88	EXAME CULTURA PARA IDENTIFICAÇÃO DE FUNGOS	UN	
89	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	UN	
90	EXAME IDENTIFICAÇÃO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	UN	
91	EXAME DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	UN	
92	EXAME PESQUISA DE FATOR RH ( INCLUI D FRACO)	UN	
93	EXAME DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO	UN	
94	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COLUNA CERVICAL OU DORSAL OU	UN	
95	EXAME DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	UN	
96	EXAME DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PELVE	UN	
97	EXAME DE ULTRASSONOGRAMA DE ABDOMEN TOTAL	UN	
98	EXAME DE ULTRASSONOGRAMA TRANSVAGINAL INCLUI REGIÃO PELVICA	UN	
99	DOSAGEM DE VITAMINA B12	UN	
100	25 HIDROVIT D - EXAME LABORATORIAL	UN	
101	FRUTOSAMINA - EXAME LABORATORIAL	UN	
102	CA - 125 - EXAME LABORATORIAL	UN	
103	CA - 15-3 - EXAME LABORATORIAL	UN	
104	CA - 19-9 EXAME LABORATORIAL	UN	
105	PCR - QUANTITATIVO - EXAME LABORATORIAL	UN	
106	COOMDS INDIRETO - EXAME LABORATORIAL	UN	
107	FAN - EXAME LABORATORIAL	UN	
108	ALBUMINA - EXAME LABORATORIAL	UN	
109	ULTRASSONOGRAMA REGIÃO INGUINAL	UN	
110	ULTRASSONOGRAMA APARELHO URINARIO	UN	
111	ULTRASSONOGRAMA PELVICA	UN	
112	ULTRASSONOGRAMA TIREOIDE	UN	
113	ULTRASSONOGRAMA OCULAR/ CADA	UN	
114	ULTRASSONOGRAMA ARTICULAR/ CADA	UN	
115	ULTRASSONOGRAMA TENDÃO AQUILES/CADA	UN	
116	ULTRASSONOGRAMA PROSTATA	UN	
117	ULTRASSONOGRAMA PAROTIDAS	UN	
118	ULTRASSONOGRAMA OBSTETRICA	UN	
119	ULTRASSONOGRAMA CERVICAL	UN	
121	ULTRASSONOGRAMA AXILAR/CADA	UN	
122	ULTRASSONOGRAMA MAMAS	UN	
123	ULTRASSONOGRAMA CAROTIDAS	UN	
124	ULTRASSONOGRAMA TIREOIDE DOPPLER	UN	
125	ULTRASSONOGRAMA BOLSA ESCROTAL DOPPLER	UN	
126	ULTRASSONOGRAMA OBSTETRICA DOPPLER	UN	
127	ULTRASSONOGRAMA TRANSVAGINAL C/ PREPARO	UN	
128	ULTRASSONOGRAMA TRANSVAGINAL DOPPLER	UN	
129	RESSONANCIA MAGNETICA COM CONTRASTE	UN	
130	RESSONANCIA MAGNETICA SEM CONTRASTE	UN	
131	ARTRORESSONANCIA	UN	
132	ANGIORESSONANCIA CRANIO	UN	
133	RESSONANCIA MAGNETICA MAMAS	UN	
134	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CRANIO COM CONTRASTE	UN	
136	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA OUVIDOS	UN	
137	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MASTOIDE	UN	
138	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEIOS FACE	UN	
139	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COXA	UN	
140	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ÓRBITAS	UN	
141	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PESCOÇO/OROFARINJE	UN	





142	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA QUADRIL	UN	
143	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA OMBRO	UN	
144	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA JOELHO	UN	
145	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ABDOMEN TOTAL	UN	
146	UROTOMOGRAFIA	UN	
147	ANGIOTOMO AORTA ABDOMINAL/ART RENAIIS	UN	
148	RAIO X COM LAUDO OMBRO/MAO/COTOVELO/ESCAPULA/PUNHO.	UN	
149	ULTRASSONOGRRAFIA BOLSA ESCROTAL	UN	

O prazo de execução dos serviços será de 12(doze) meses a partir da assinatura do contrato, podendo ser prorrogado se houver interesse.

O prazo de validade da proposta de preços é de 60 (sessenta) dias.

-----  
(assinatura, carimbo e/ou identificação digitada do nome do representante legal)  
CPF:



## PLANO OPERATIVO

### INTRODUÇÃO

O Plano Operativo é parte integrante do contrato de credenciamento celebrado entre o gestor municipal e o prestador de serviço de exames de análises clínicas, sendo um instrumento no qual são apresentadas ações e indicadores quantitativos e qualitativos pactuados entre as partes.

16

#### 1- Justificativa

Os exames de análises clínicas são serviços auxiliares no tratamento de doenças, possibilitando diagnosticar patologias, bem como preveni-las, estabelecendo seu estágio e gravidade, assumindo assim um papel preponderante na saúde da população assistida pela rede pública municipal. Destacamos que, embora os exames de análises clínicas façam parte da média complexidade, são de fundamental relevância para a qualidade da assistência prestada na atenção básica, já que muitos deles subsidiam o monitoramento da saúde da população através das Equipes de Estratégia de Saúde da Família; das Equipes de Atenção Básica e dos Programas, entre eles, o Programa Mãe Paranaense/Rede Cegonha; Programa de Hipertensos e Diabéticos.

A contratação destes exames através de credenciamento é indispensável, tendo em vista que as cotas dos exames do SUS não atenderem a demanda de procedimentos realizados através da Secretaria de Saúde. Assim, considerando que a saúde é um direito de todos previsto na Constituição Brasileira, cabendo às três esferas de governo a responsabilidade por essa assistência e visando dar continuidade na execução dos exames de análises clínicas, permitindo a avaliação dos sintomas e colaborando na elucidação da patologia e no acompanhamento do tratamento, torna-se indispensável ao município a contratação de exames através de credenciamento.

#### 2 - Objetivo Geral

Execução de exames de análises clínicas a serem prestados aos usuários atendidos pela rede pública municipal, ou ainda, atendidos pelos municípios de referência, desde que autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde.

#### 3 - Objetivos Específicos

- Possibilitar o acesso à serviços de saúde, de forma a garantir uma maior resolubilidade na assistência prestada;
- Viabilizar a realização de exames de análises clínicas em tempo oportuno, a fim de garantir a efetivação do diagnóstico e tratamento;
- Propiciar um prognóstico mais preciso e eficaz, através da disponibilização dos exames aos usuários do SUS – Sistema Único de Saúde;
- Subsidiar à equipe de profissionais médicos da rede pública municipal de saúde, no desempenho de suas funções.

#### 4 - Caracterizações da Contratada

A contratada deverá possuir o estabelecimento nos perímetros dos Municípios de Cruz Machado e/ou União da Vitória/Porto União, em área urbana, cedendo espaço físico próprio e adequado para os procedimentos, com disponibilidade de mobiliários, materiais, equipamentos e recursos humanos necessários a realização dos exames de análises clínicas.

A contratada deverá ainda, estar devidamente cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde do Ministério da Saúde, o qual deverá estar compatível com os serviços a serem prestados.

São competências e/ou funções da contratada:

- Prestar atendimento aos usuários nos dias e horários acordados;
- Acolher os pacientes e acompanhantes de forma humanizada;
- Possuir equipe multiprofissional compatível com a característica e funções do Serviço;
- Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes;
- Manter registro atualizado no CNES;
- Submeter-se à regulação, controle, avaliação e auditoria instituída pelo Gestor do SUS;
- Atender as diretrizes o PNH – Programa Nacional de Humanização.
- Trabalhar com a mais profunda ética profissional, e tratar todas as informações relevante como confidenciais.





## 5 – Regulações, Controle, Avaliação e Auditoria

Os dias e horários de atendimentos serão agendados em comum acordo entre contratante e contratado, levando-se em consideração as condições favoráveis de acesso da população residente na área rural do município.

O acompanhamento dos serviços prestados será de responsabilidade do Departamento de Administração da Secretaria de Saúde, o qual se encarregará de controlar a demanda encaminhada de acordo com o quantitativo físico e financeiro contratado.

Os serviços serão solicitados através de formulário próprio da Secretaria Municipal de Saúde – REC (Requisição de Exames Complementares) ou ainda, por outro método de registro que venha à ser implantado pela Secretaria de Saúde.

Também poderão ser solicitados através de formulários específicos de serviços de outros municípios de referência, com os quais a Secretaria possui pactuação.

Somente serão pagos os exames comprovadamente realizados, mediante o envio semanal dos resultados dos exames, os quais deverão conter a identificação do usuário e a data de realização do exame.

Deverão ainda, vir acompanhados da REC (Requisição de Exames Complementares) ou ainda, por outro formulário, devidamente autorizado previamente pelo Departamento de Administração da Secretaria de Saúde, ou ainda, pelas Unidades de Saúde com autorização descentralizada.

Cabe ao Departamento de Administração da Secretaria de Saúde informar ao Laboratório credenciado a relação das Unidades que tem permissão da Secretaria de Saúde para autorizar exames.

Os exames poderão ser glosados caso não haja comprovação de sua realização dentro dos critérios acima descritos.

Deverá ser entregue uma via do resultado do exame para o paciente (com identificação do usuário e a data de realização do exame) o qual deverá retirá-lo junto à contratada.

Excetuam-se dessa regra, os exames realizados para gestantes, pois esses deverão ser entregues no Departamento de Administração da Secretaria de Saúde para posterior envio às Unidades de Saúde.

Essa regra tem por objetivo garantir o acompanhamento das gestantes, agilizando a avaliação dos resultados de exames de análises clínicas, favorecendo o diagnóstico precoce e um melhor prognóstico.

## 6 - Meta Quantitativa

Atingir 100% da demanda levantada pela Secretaria de Saúde para o caso específico de atendimento da Atenção Básica Municipal.

## 7 - Meta Qualitativa

• Atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade na prestação dos serviços, ou seja, realizando atendimento humanizado de acordo com a Política Nacional de Humanização – PNH do Ministério da Saúde.

## 8 - Avaliação das Metas Quantitativa e Qualitativa

Será formada uma comissão composta por profissionais e conselheiro de saúde que irão avaliar trimestralmente, o cumprimento das metas e objetivos propostos no plano.

A avaliação quantitativa se dará por meio de Relatórios de Produção – Física e Financeira, emitidos pelo Departamento de Administração da Secretaria de Saúde.

A avaliação qualitativa será subdividida em: Avaliação Técnica dos Serviços e Avaliação da Satisfação dos Usuários, as quais serão realizadas através de impressos próprios constantes nos anexos I e II, baseados no Manual do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNISS, do Ministério da Saúde, edição 2004/2005.



### 8.1 – Critérios de Avaliação Qualitativa

A avaliação técnica dos serviços será feita através da verificação do cumprimento dos requisitos constantes no anexo I, podendo resultar na seguinte classificação:

Classificação	Referência (%)
Excelente	90 a 100%
Ótimo	80 a 90%
Bom	70 a 80%
Razoável	60 a 70%
Ruim	Abaixo de 60%

Considerando que para obter um serviço de qualidade a contratada deverá atingir no mínimo o conceito "BOM", uma vez não atingida esta classificação, a mesma será advertida e terá um prazo de 30 (trinta) dias para adequação.

Caso não seja cumprido o prazo de 30 (trinta) dias de adequação, será aplicada multa pecuniária, correspondente a 1% do valor total do contrato.

Esta multa será aplicada mensalmente, até que se atinja o conceito mínimo de classificação.

A avaliação da satisfação do usuário será feita através de pesquisa aplicada, conforme anexo II, por meio de contato telefônico ou diretamente no Estabelecimento contratado.

Para subsidiar a avaliação da Comissão, o Departamento de Administração da Secretaria de Saúde, através do Setor Próprio, emitirá trimestralmente Relatório contendo nome e endereço de usuários que foram contatados, bem como, o dia e horário do contato.

Os usuários contatados deverão ser escolhidos aleatoriamente, em dias e horários diversos. Eventualmente o Departamento de Administração da Secretaria de Saúde poderá enviar correspondência aos médicos da rede pública municipal solicitando a avaliação técnica dos resultados dos exames apresentados pelos usuários do SUS.

Os resultados obtidos nesta avaliação servirão de base para nortear a melhoria dos serviços. Caberá a Comissão a emissão de pareceres sobre a avaliação da meta qualitativa.

Os prazos de avaliação terão início a contar da data da assinatura do contrato.





**ANEXO I**

CNES Nº

**000037**

ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

AVALIADOR

CARGO:

PROFISSIONAL DO ESTABELECIMENTO

CARGO:

19

**AVALIAÇÃO TÉCNICA DOS SERVIÇOS**

	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>REQUISITOS</b>
<b>DIREÇÃO/ADMINISTRAÇÃO</b>			<p>O Estabelecimento possui Responsável Técnico habilitado para o exercício da atividade oferecida no serviço.</p> <p>Existe pessoa responsável para resolver situações adversas e que esteja acessível durante todo o período de realização dos exames contratados.</p> <p>O Estabelecimento dispõe de mecanismo que visem garantir a Ética Profissional</p>
<b>GESTÃO DE PESSOAS</b>			<p>Os profissionais cuja profissão é regulamentada por conselhos de classe, estão devidamente registrados no Estado em que está a sede do Estabelecimento contratado.</p> <p>Resultado do Exame à ser fornecido ao usuário do SUS – Sistema Único de Saúde, com identificação completa do mesmo; data de realização do exame, devidamente carimbado e assinado pelo bioquímico executante do exame.</p> <p>Atendimento ao Cronograma de entrega dos Resultados dos Exames Realizados, ao Departamento de Municipalização, para fins de Auditoria</p>
<b>GESTÃO DE DOCUMENTAÇÃO</b>			<p>Apresentação correta da documentação para Auditoria, ou seja, Requisição de Exames Complementares (ou documento similar autorizado pela Secretaria de Saúde), acompanhado do Resultado do Exame (conforme padrões anteriormente explicitados)</p> <p>Assegura a guarda dos resultados dos exames no que se refere à confidencialidade e integridade dos mesmos.</p>
<b>GESTÃO DA ÁREA FÍSICA</b>			<p>Realiza manutenção predial corretiva</p> <p>Ambientes identificados e de fácil visualização</p>



**GESTÃO DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS**

Equipamento (s) disponível (is) em condições de uso, compatíveis com a finalidade a que se propõem.

Há programa de manutenção preventiva dos equipamentos.

**HIGIENE**

Utilização de jaleco pelo profissional responsável pela coleta, devidamente limpo. Utilização de Luvas e seringas descartáveis, abertas na presença do Usuário

Forro lavável, limpo e claro.

Paredes limpas e claras

Piso de fácil limpeza e desinfecção.

**ÁREA FÍSICA BÁSICA**

Acesso a cadeirantes e deficientes físicos.

Sanitário para usuários do SUS e acompanhantes.

Alvará sanitário em dia

Espaços separados: recepção/sala de espera de exames.

Pontuação: \_\_\_\_\_

Parecer do avaliador:

---

---

---

---

---

---

---

---

Cruz Machado, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

Assinatura do Avaliador

Assinatura do Profissional da Unidade





**ANEXO II**  
**AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS**  
**PERFIL DO USUÁRIO**

Nome:

Idade:

Sexo:

Escolaridade:

Data:

**Ambiência:**

<b>Indicadores</b>	<b>Excelente</b>	<b>Ótimo</b>	<b>Bom</b>	<b>Regular</b>	<b>Ruim</b>
Limpeza dos ambientes (recepção; sala de espera; banheiro, sala de exames etc...)					
Conforto dos ambientes – ventilação; iluminação; limpeza e integridade do mobiliário, propiciando conforto e bem estar.					
Espaço físico adequado a demanda de usuários que aguardam o atendimento médico					

**Atendimento pelo profissional responsável pela coleta do material**

<b>Indicadores</b>	<b>Excelente</b>	<b>Ótimo</b>	<b>Bom</b>	<b>Regular</b>	<b>Ruim</b>
Tempo na sala de espera até a realização do exame (considerado o horário de chegada).					
É atencioso e realiza cuidadosamente a coleta.					

<b>Indicadores</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Sentimento de confiança no profissional que		



realizou o exame

**Atendimento de Recepção**

Indicadores	Excelente	Ótimo	Bom	Regular	Ruim
É atencioso e responde as perguntas feitas					
Orienta sobre o fluxo de atendimento do Estabelecimento.					
Se comporta com educação e respeito.					

22

**Gratuidade dos serviços prestados**

Indicadores	SIM	NÃO
Efetivação de pagamento em espécie, de qualquer quantia, pelo exame realizado.		
Em caso positivo, relatar o valor e o argumento da cobrança.		
	R\$ _____	

Pontuação: \_\_\_\_\_

Parecer do avaliador:

---



---



---



---



---

Cruz Machado, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

Assinatura do Avaliador