



Diário Oficial do

# MUNICÍPIO

**PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO HORIZONTE**

PODER EXECUTIVO • BAHIA

**I M P R E N S A   E L E T R Ô N I C A**

## Lei nº 12.527



A **Lei nº 12.527**, sancionada pela Presidente da República em 18 de novembro de 2011, tem o propósito de regulamentar o direito constitucional de acesso dos cidadãos às informações públicas e seus dispositivos são aplicáveis aos três Poderes da União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

A publicação da **Lei de Acesso a Informações** significa um importante passo para a consolidação democrática do Brasil e torna possível uma maior participação popular e o controle social das ações governamentais, o acesso da sociedade às informações públicas permite que ocorra uma melhoria na gestão pública.

Veja ao lado onde solicitar mais informações e tirar todas as dúvidas sobre esta publicação.

### Atendimento ao Cidadão

#### Presencial



Rua Hermínio José dos Santos, 184 - Centro - Novo Horizonte - Bahia

#### Telefone



(77) 3648-1060

#### Horário



Segunda a Sexta-feira, das 08:00 às 16:00 hrs

## Diário Oficial Eletrônico: Agilidade e Transparência



Efetivando o compromisso de cumprir a **Lei de Acesso à Informação** e incentivando a participação popular no controle social, o Diário Oficial Eletrônico, proporciona rapidez no processo de administração da documentação dos atos públicos de maneira eletrônica, com a **segurança da certificação digital**.

Assim, Graças ao Diário Oficial Eletrônico, todos os atos administrativos se tornam públicos e acessíveis para qualquer cidadão, de forma **rápida e transparente**, evitando o desconhecimento sobre as condutas do Poder Público.

Um dos aspectos interessantes é a sua **divisão por temas** para que a consulta seja facilitada. Assim, o Diário Oficial é segmentado em partes: emendas constitucionais, leis, decretos, resoluções, instruções normativas, portarias e outros atos normativos de interesse geral;

# RESUMO

## LICITAÇÕES

---

AVISO DE PUBLICAÇÃO - CREDENCIAMENTO Nº. 001/2017

## EDITAIS

---

EDITAL CREDENCIAMENTO Nº 001/2017

## LICITAÇÕES

**AVISO DE PUBLICAÇÃO - CREDENCIAMENTO Nº. 001/2017**

O Fundo de Saúde e a Prefeitura Municipal de Novo Horizonte, através da Comissão Permanente de Licitações, tornam público a abertura de processo administrativo de **chamamento público para credenciamento de pessoas jurídicas da área da saúde nas especialidades de exames laboratoriais**, conforme especificações detalhadas no instrumento convocatório. O credenciamento será iniciado a partir da publicação deste aviso, no setor de licitações da Prefeitura Municipal de Novo Horizonte localizada na Avenida Hermínio José dos Santos, 184 centro, Novo Horizonte-Ba CEP: 46.730-000. Edital disponível <https://procedebahia.com.br/ba/novohorizonte>, podendo ser consultado/adquirido na íntegra nesta Prefeitura, de segunda à sexta-feira, das 08:00 às 12:00h. Informações (77) 3648-1060.

Novo Horizonte, 11 de outubro de 2017.

ELIZENE DE SOUZA SILVA  
Presidente da CPL

## EDITAIS

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO - N.º 001/2017**

O Fundo Municipal de Saúde e a Prefeitura Municipal de Novo Horizonte, através da sua Comissão Permanente de Licitações, torna público a abertura de processo administrativo de CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DA SAÚDE PARA REALIZAÇÃO DE **EXAMES LABORATORIAIS**, a partir da publicação deste Instrumento Convocatório, no setor de licitações e contratos localizada na Avenida Hermínio José dos Santos, 134, Centro, NOVO HORIZONTE, Bahia, CEP: 46.730.000, onde serão recebidos e analisados documentação de habilitação e de proposta de preço, conforme os termos elencados neste Edital.

**1 – DO OBJETIVO:**

Contratação de unidades privadas de saúde, (com ou sem fins lucrativos) e filantrópicas, prestadoras de serviços na área da saúde, interessadas em firmar contrato com o Fundo Municipal de Saúde, conforme disposto nas normas legais pertinentes, mediante a celebração do CONTRATO DE CREDENCIAMENTO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES LABORATORIAIS, de acordo com especificação detalhada no instrumento convocatório e tabela abaixo:

Item	Código do SUS	Procedimento (Exame Laboratorial)	Quantidade Estimada Mensal	Valor Unitário Referencial R\$	Valor Estimado Mensal R\$
1	02.01.02.003-3	ÁCIDO ÚRICO	30	1,90	57,00
2	02.02.01.018-0	AMILASE	10	2,80	28,00
3	02.02.03.055-5	ANTI TPO	20	8,90	178,00
4	02.02.03.047-4	ASLO	20	1,90	38,00
5	02.02.08.004-8	BACILOSCOPIA DE ESCARRO	5	4,90	24,50
6	02.02.08.005-6	BACILOSCOPIA PARA HANSENIASE	5	4,90	24,50
7	02.02.06.021-7	BETA HCG	30	2,90	87,00



8	02.02.01.020-1	BILIRUBINAS TOTAIS E FRAÇÕES	10	3,20	32,00
9	02.02.08.011-0	CULTURA DE ESCARRO	5	6,90	34,50
10	02.02.01.030-9	COLINESTERASE	10	8,90	89,00
11	02.02.01.029-5 02.02.01.028-7 02.02.01.027-9	COLESTEROL TOTAL E FRAÇÕES	60	9,90	594,00
12	02.02.01.021-0	CALCIO DOSAGEM	10	2,80	28,00
13	02.02.03.104-7	COAGULOGRAMA COMPLETO	60	2,90	174,00
14	02.02.03.104-7	CHAGAS IGG	10	6,00	60,00
15	02.02.03.088-1	CHAGAS IGM	20	6,00	120,00
16	02.02.03.121-7	CA 125 MARCADOR TUMORAL	10	14,00	140,00
17	02.02.12.009-0	COOMBS INDIRETO	20	8,00	160,00
18	02.02.08.001-3	CULTURA COM ANTIBIOGAMA	50	10,00	500,00
19	02.02.01.031-7	CREATININA SÉRICA	30	1,90	57,00
20	02.02.01.007-4	CURVA GLICÊMICA	10	6,90	69,00
21	02.02.01.036-8	DHL	50	6,00	300,00
22	02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CÁLCIO	2	2,80	5,60
23	02.02.08.008-0	ESPERMOCULTURA	5	10,00	50,00
24	02.02.09.021-3	ESPERMOGRAMA	5	10,00	50,00
25	02.02.06.016-0	ESTRADIOL E2 E E3	10	8,90	89,00
26	02.02.02.044-4	HEMOGLOBINA S	5	2,00	10,00
27	02.02.03.059-8	FAN	30	6,00	180,00
28	02.02.03.007-5	FATOR REUMATÓIDE	50	1,90	95,00
29	02.02.01.039-2	FERRO SÉRICO	40	4,00	160,00
30	02.02.01.044-9	FOSFATASE ÁCIDA PROSTÁTICA	10	6,00	60,00
31	02.02.01.041-4	FOSFATASE ÁCIDA TOTAL	10	4,00	40,00
32	02.02.01.042-2	FOSFATASE ALCALINA	10	4,00	40,00
33	02.02.06.023-3	FSH	30	9,80	294,00
34	02.02.01.043-0	FÓSFORO SÉRICO	10	2,80	28,00
35	02.02.01.046-5	GAMA GGT	15	6,00	90,00
36	02.02.01.047-3	GLICEMIA DE JEJUM	300	1,90	570,00
37	02.02.01.047-3	GLICEMIA PÓS PRANDIAL	50	1,90	95,00
38	02.02.12.008-2	GRUPO SANGUÍNEO E FATOR RH	70	1,90	133,00
39	02.02.08.007-2	GRAM (BACTERIOSCOPIA)	2	6,90	13,80
40	02.02.02.030-4	HEMOGLOBINA	30	2,00	60,00
41	02.02.01.050-3	HEMOGLOBINA GLICOSILADA	50	9,00	450,00



42	02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	300	6,00	1.800,00
43	02.02.03.084-9	HERPES IGG	5	9,80	49,00
44	02.02.03.095-4	HERPES IGM	5	9,80	49,00
45	02.02.03.075-0	IGM E IGG PARA LEISHEMANIOSE TEGUMENTAR	5	9,80	49,00
46	02.02.03.086-5	IGM PARA LEISHMANIOSE VISCERAL	5	9,80	49,00
47	02.02.03.077-6	IGG PARA TRYPANOSSOMA CRUZY	15	12,90	193,50
48	02.02.03.088-1	IGM PARA TRYPANOSSOMA CRUZY	15	12,90	193,50
49	02.02.03.074-1	IGG PARA CITOMEGALOVIRUS	15	12,90	193,50
50	02.02.03.079-2	IGG ANTICORPOS DENGUE	20	12,90	258,00
51	02.02.03.090-3	IGM ANTICORPOS DENGUE	20	12,90	258,00
52	02.02.03.007-5	LÁTEX	5	1,90	9,50
53	02.02.06.024-1	LH	10	9,80	98,00
54	02.02.02.039-8	LEUCOGRAMA	40	1,90	76,00
55	1101508	LIPIDOGRAMA COMPLETO	150	6,90	1.035,00
56	02.02.01.057-0	MUCO PROTEÍNAS	5	6,90	34,50
57	02.02.01.056-2	MAGNÉSIO SÉRICO	5	3,20	16,00
58	02.02.01.056-2	MAGNÉSIO URINA 24 HORAS	5	3,20	16,00
59	02.02.04.012-7	PARASITOLÓGICO DE FEZES	300	1,90	570,00
60	02.02.04.012-7	PARASITOLÓGICO DE FEZES/BAERMAN 3 AMOSTRAS	100	4,90	490,00
61	02.02.03.046-6	PESQUISA AA ANTI ESPERMAOZÓIDE	1	19,90	19,90
62	02.02.01.060-0	POTÁSSIO SÉRICO	10	2,80	28,00
63	02.02.06.029-2	PROGESTERONA	10	8,00	80,00
64	02.02.06.030-6	PROLACTINA	15	9,80	147,00
65	02.02.01.062-7	PROTEÍNAS TOTAIS FRAÇÕES	20	3,20	64,00
66	02.02.05.009-2	PROTEINÚRIA 24 HORAS	20	8,00	160,00
67	02.02.03.020-2	PCR	15	1,90	28,50
68	02.02.03.010-5	PSA TOTAL E LIVRE	50	12,80	640,00
69	-	PROVAS DE PROTEÍNAS REUMÁTICAS	10	4,90	49,00
70	-	PESQUISA DE GARDNERELLA VAGINALIS	5	12,80	64,00
71	-	PROVA TURBECULÍNICA	5	9,80	49,00
72	-	PESQUISA NEISSERIA GONORRHOEAE	5	12,80	64,00
73	02.02.03.020-2	PROTEÍNA C REATIVA	15	1,90	28,50



74	02.02.03.081-4 02.02.03.092-0	RUBÉOLA IGM E IGG	30	9,80	294,00
75	02.02.04.014-3	SANGUE OCULTO- PESQUISA	10	2,00	20,00
76	02.02.01.063-5	SÓDIO	20	2,80	56,00
77	-	SOROLOGIA 1 E 2	20	9,80	196,00
78	-	SOROLOGIA PARA DENGUE	5	9,80	49,00
79	02.02.03.064-4	SOROLOGIA PARA HB	20	9,80	196,00
80	-	SOROLOGIA PARA HÁ	15	12,80	192,00
81	02.02.03.067-9	SOROLOGIA PARA HC	10	12,80	128,00
82	02.02.05.001-7	SUMÁRIO DE URINA	300	1,90	570,00
83	02.02.06.039-0	T3 TOTAL	25	6,90	172,50
84	02.02.06.038-1	T4 LIVRE	25	6,90	172,50
85	02.02.06.035-7	TESTOSTERONA LIVRE	10	15,00	150,00
86	02.02.06.034-9	TESTOSTERONA TOTAL	10	7,90	79,00
87	02.02.01.064-3	TGO	30	4,80	144,00
88	02.02.01.065-1	TGP	30	4,80	144,00
89	02.02.03.076-8 02.02.03.087-3	TOXOPLASMOSE IGG E IGM	10	12,80	128,00
90	02.02.01.067-8	TRIGLICERÍDEOS	300	1,90	570,00
91	02.02.06.025-0	TSH	150	8,00	1.200,00
92	02.02.01.069-4	URÉIA SÉRICA	20	2,80	56,00
93	02.02.08.008-0	UROCULTURA COM ANTIBIOGRAMA	40	6,90	276,00
94	02.02.02.015-0	VHS	10	2,00	20,00
95	02.02.03.111-0	VDRL	20	4,00	80,00
96	02.02.03.101-2	WALLER ROSE	5	8,00	40,00
97	02.02.01.038-4	FERRITINA	40	12,80	512,00
VALOR TOTAL ESTIMADO MENSAL					R\$ 17.612,30

## 2 – CONDIÇÕES PARA CREDENCIAMENTO

2.1. Os interessados poderão inscrever-se para o Credenciamento a partir da publicação de abertura deste procedimento administrativo e por prazo indeterminado;

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 do Diário Oficial do Município publicado na internet ou através do setor de licitações e contratos;

2.4. Os interessados deverão encaminhar os documentos relacionados no item 3.1 à Comissão Permanente de Licitações, situada na Avenida Hermínio José dos Santos, nº , no horário das 08:00 às 17:00 horas de segunda a sexta-feira

### **3 – DOCUMENTAÇÃO REFERENTE À HABILITAÇÃO**

3.1. Para credenciamento deverão apresentar os seguintes documentos:

- a) Requerimento para credenciamento conforme modelo anexo;
- b) Cartão do CNPJ;
- c) Contrato social e todas suas posteriores alterações devidamente registradas na Junta Comercial do Estado ou no Cartório de Títulos e Documentos, onde conste, dentro dos seus objetivos, a prestação dos serviços acima indicados;
- d) Nome do Responsável Técnico acompanhado do registro do mesmo no respectivo conselho;
- e) Documentos de RG e CPF do Responsável Técnico;
- f) Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES;
- g) Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, Estadual e Municipal do domicílio ou sede do licitante, ou outra equivalente, na forma da lei;
- h) Prova de regularidade relativa à Seguridade Social e ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei;
- i) 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 nº5.452, de 1º de maio de 1943;
- j) Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual ou municipal, se houver, relativo ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;



- k) Alvará de localização fornecido pelo Município da sede da pessoa jurídica e do Responsável Técnico;
- l) Licença Sanitária do estabelecimento;
- m) Declaração informando a capacidade máxima de atendimento, número de profissionais que atendem na clínica e relação de equipamentos;
- n) Declaração firmada pelo Responsável legal, que as informações prestadas são verdadeiras, sob pena de responder judicialmente pelas inconsistências das informações;
- o) Balanço Patrimonial do último exercício social, já exigíveis, apresentados na forma da Lei, que comprovem a boa situação financeira da empresa, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios, podendo ser atualizados por índices oficiais quando encerrados a mais de 03 (três) meses da data de apresentação dos envelopes, devendo indicar a data de atualização e o índice escolhido. As demonstrações contábeis deverão estar assinadas por contabilistas devidamente registrados; e
- p) Certidão Negativa de Falência e Concordata expedida pelo distribuidor da sede do proponente.

#### **4 – CONDIÇÕES PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

- a) O controle da cota física e financeira dos procedimentos contratados será de responsabilidade do Fundo Municipal de Saúde, sendo assegurado ao usuário do SUS a escolha do prestador de serviço, caso existirem mais de um estabelecimento credenciado e com a capacidade de atendimento mensal não esgotada;
- b) Os serviços serão autorizados mediante solicitação médica, em formulário próprio da Fundo Municipal de Saúde – REC (requisição de exames complementares), ou em outro formulário que possa vir a ser implantado pelo Fundo;
- c) A contratada deve realizar a coleta do material para realização dos exames na sede do município de NOVO HORIZONTE - BA, em área urbana, cedendo espaço



físico próprio e adequado para os procedimentos, com disponibilidade mínima de pessoal, de materiais e equipamentos;

d) Os serviços prestados serão auditados pelo Setor de Controle, Avaliação e Auditoria do Fundo Municipal de Saúde, podendo ocorrer glosa de procedimentos (o que inviabiliza o pagamento dos mesmos) caso a REC (requisição de exames complementares) não atenda às regras contidas no presente Edital de Credenciamento.

e) Atender o Plano Operativo, anexo a este edital na sua íntegra.

#### **5 – DO PAGAMENTO**

O pagamento pelos serviços prestados pela empresa credenciada será efetuado mensalmente, até o 30 (trigésimo) dia 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.

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

A quantidade de procedimentos a serem realizadas pelos credenciados levará em conta a demanda de pacientes e a disponibilidade da programação física mensal estabelecida pelo Fundo Municipal de Saúde.

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

Uma vez habilitado a empresa, o processo será encaminhado ao Secretário Municipal de Administração que verificará a regularidade do processo adotando as ações cabíveis aos procedimentos de inexigibilidade de licitação, previstos na lei 8.666/93 para formalização do contrato de credenciamento.

#### **8 – FORMALIZAÇÃO**

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

#### **09 - INFORMAÇÕES**



Maiores informações poderão ser obtidas junto ao Setor de Licitações e Contratos do Fundo Municipal da Saúde, pelo fone (077)3648-1060.

Novo Horizonte, 10 de outubro de 2017.

**ELIZENE DE SOUZA SILVA**  
**Presidente da CPL**



## REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO – PESSOA JURÍDICA

Ao Setor de Licitações e Contratos do Fundo Municipal de Saúde de Novo Horizonte.

O interessado, abaixo qualificado, requer sua inscrição como Credenciado para prestação de serviços exames de \_\_\_\_\_, conforme estabelecido pelo Edital de Credenciamento nº. 001/2017, anexando a este requerimento os seguintes documentos.

- Cartão do CNPJ;
- Contrato social e todas suas posteriores alterações devidamente registradas na Junta Comercial do Estado ou no Cartório de Títulos e Documentos, onde conste, dentro dos seus objetivos, a prestação dos serviços acima indicados;
- Nome do Responsável Técnico acompanhado do registro do mesmo no respectivo conselho;
- Documentos de RG e CPF do Responsável Técnico;
- Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES;
- Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, Estadual e Municipal do domicílio ou sede do licitante, ou outra equivalente, na forma da lei;
- Prova de regularidade relativa à Seguridade Social e ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei;
- 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 nº5.452, de 1º de maio de 1943;
- Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual ou municipal, se houver, relativo ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;



- Alvará de localização fornecido pelo Município da sede da pessoa jurídica e do Responsável Técnico;
- Licença Sanitária do estabelecimento;
- Declaração informando a capacidade máxima de atendimento, número de profissionais que atendem na clínica e relação de equipamentos;
- Declaração firmada pelo Responsável legal, que as informações prestadas são verdadeiras, sob pena de responder judicialmente pelas inconsistências das informações;
- Balanço Patrimonial do último exercício social, já exigíveis, apresentados na forma da Lei, que comprovem a boa situação financeira da empresa, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios, podendo ser atualizados por índices oficiais quando encerrados a mais de 03 (três) meses da data de apresentação dos envelopes, devendo indicar a data de atualização e o índice escolhido. As demonstrações contábeis deverão estar assinadas por contabilistas devidamente registrados; e
- Certidão Negativa de Falência e Concordata expedida pelo distribuidor da sede do proponente.

Razão Social:

Endereço Comercial

Cidade:..... Estado: ..... CEP:.....

( Local e Data).

.....

Assinatura devidamente identificada

CPF

**MINUTA DE CONTRATO PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS N.º ..... / 201\_**

Pelo presente Contrato de Prestação de Serviços, de um lado o Fundo Municipal de Saúde, inscrito no CNPJ sob n.º \_\_\_\_\_, com sede na \_\_\_\_\_, aqui representado pela Secretária Municipal de Saúde, Senhora \_\_\_\_\_, inscrita no CPF sob o n.º \_\_\_\_\_, juntamente com a Prefeitura Municipal de NOVO HORIZONTE, inscrita no CNPJ sob o n.º \_\_\_\_\_, com sede na \_\_\_\_\_, representado pelo Prefeito Municipal, Senhor \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o n.º \_\_\_\_\_, adiante denominado CONTRATANTE e de outro lado como CONTRATADA, \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob n.º \_\_\_\_\_, situado à rua \_\_\_\_\_, representada neste ato por seu(u) 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 VALOR : PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE \_\_\_\_\_****XXXXX- (TABELA COM VALORES INDIVIDUALIZADOS)****CLÁUSULA SEGUNDA - DA FORMA DE FORNECIMENTO - A CONTRATADA** obriga-se a cumprir rigorosamente o objeto deste contrato, executando os serviços aqui discriminados de forma parcelada e conforme requisições emitidas pela CONTRATANTE.**CLÁUSULA TERCEIRA: OBRIGAÇÕES****I - DO CONTRATANTE**

- a) Encaminhar as solicitações pelo Fundo Municipal de Saúde;
- b) Acompanhar e controlar a execução dos serviços, através da Secretaria da Saúde;
- c) Efetuar o pagamento até o 30 dia do mês subsequente ao da prestação de serviços;

**II - DA CONTRATADA:**

- a) Realizar os exames requisitados, na sede de sua clínica, devidamente equipada;
- b) Remeter ao final de cada mês ao Fundo Municipal de Saúde as notas fiscais de prestação de serviços;
- c) Abster-se de cobrar qualquer valor, sob qualquer título, do paciente assistido pelo presente contrato;
- d) Atender o Plano Operativo, anexo a este edital na sua íntegra; e
- e) Manter as condições de habilitação e qualificação previstas no edital do credenciamento n.º 001/2017 durante toda a vigência do contrato, nos termos do Art. 55, XIII, da Lei 8.666.

**CLÁUSULA QUARTA: DO PREÇO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**



Atribui-se ao presente contrato, conforme proposta de preços apresentada pelo contratado o valor individual de R\$ xxxxxxx, e global estimado de R\$ XXXXXXXX (.....), que serão pagos de forma parcelada após a execução perfeita dos serviços, após a emissão de nota fiscal e durante a vigência deste instrumento.

Parágrafo Primeiro: As despesas referentes ao presente termo correrão pela seguinte DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

020500 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

2.070 - GESTÃO DAS AÇÕES DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

3.3.91.39-00.00 - OUTROS SERVIÇOS TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

#### **CLÁUSULA QUINTA: DA VIGÊNCIA**

O presente contrato tem duração de 12 (doze) meses, a contar da data de assinatura, podendo ser prorrogado, a critério das partes, mediante termo aditivo, nos termos do Art. 57, I, da Lei nº. 8.666.

#### **CLÁUSULA SEXTA: 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 SÉTIMA: FORO**

As partes elegem o foro da Comarca de NOVO HORIZONTE para dirimir qualquer questão referente ao presente contrato.

#### **CLÁUSULA OITAVA: DAS SANÇÕES**

Ficam as PARTES sujeitas às penalidades previstas na Lei 8.666/93, em caso de descumprimento das cláusulas deste instrumento, salvo ocorrência de força maior, plenamente justificável, importando para a PARTE faltosa, no pagamento de multa de 20% (vinte por cento) do valor do contrato.

#### **CLÁUSULA NONA: DO REAJUSTE DE PREÇO**

Os valores estipulados neste instrumento serão reajustados na mesma proporção e índice da inflação utilizado pelo Governo Federal na atualização de suas obrigações, garantido sempre o equilíbrio econômico financeiro do contrato, nos termos do Art. 65 da Lei nº 8.666/93.

**Parágrafo Único** – Os reajustes independem de termo aditivo, sendo necessário anotar no processo administrativo da CONTRATADA a origem e autorização do reajuste, bem como dos cálculos.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA: DO RECONHECIMENTO DOS DIREITOS DA ADMINISTRAÇÃO**



O CONTRATADO reconhece desde já os direitos do CONTRATANTE em caso de rescisão administrativa prevista na legislação referente a licitações e contratos administrativos.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: DA RELAÇÃO JURÍDICA**

O CONTRATADO e CONTRATANTE ficam obrigados a dar cumprimento às determinações da Legislação vigente.

**Parágrafo Único** - É de responsabilidade exclusiva e integral do CONTRATADO a utilização de pessoal para a execução do objeto deste contrato, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujos Ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidas para o CONTRATANTE.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: DO CONTROLE DE FISCALIZAÇÃO**

A execução do presente contrato será avaliada pelos órgãos competentes do CONTRATANTE, mediante procedimentos de supervisão em direto local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste contrato, e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação do material fornecido.

**Parágrafo único** - Em qualquer hipótese é assegurado ao CONTRATADO amplo direito de defesa nos termos da Lei Federal de licitações e contratos administrativos.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA: DA PUBLICAÇÃO**

O presente contrato será publicado conforme definido em lei.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA: DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL**

Este contrato obedece as cláusulas do Edital de Licitação Pregão Presencial n.º. \_\_\_\_/201\_, os termos da Lei n.º. 8.666/93, e nos casos omissos a legislação civil vigente.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: DA VINCULAÇÃO**

A relação jurídica aqui estabelecida é fundamentada no processo de licitação Credenciamento n.º. \_\_\_\_/201\_, vinculando-se às PARTES às todos os termos do instrumento convocatório desta licitação.

E por assim haverem livremente acordado, as partes assinam o presente em três vias, para um só efeito legal, juntamente com duas testemunhas.

NOVO HORIZONTE, ..... de ..... de 2017.

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
CONTRATANTE  
PREFEITURA MUNICIPAL  
CONTRATANTE  
CONTRATADO

TESTEMUNHAS:

1ª \_\_\_\_\_

NOME: CPF: \_\_\_\_\_

2ª \_\_\_\_\_

NOME: CPF: \_\_\_\_\_

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

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

NOVO HORIZONTE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

Assinatura devidamente identificada

Nome:

CPF:



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

**PROPOSTA DE PREÇOS**

(local e data) ....., de ..... de 201\_.

RAZÃO

SOCIAL:.....

END.: .....

CIDADE: .....ESTADO:.....

TELEFONE/EMAIL.....CNPJ:.....

AO SETOR DE LICITAÇÕES E CONTRATOS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NOVO HORIZONTE - BAHIA.

REF.: PROPOSTA PARA PARTICIPAÇÃO DO EDITAL DE CREDENCIAMENTO N.º \_\_\_/201\_

Prezados Senhores:

Apresentamos e submetemos a apreciação de Vossas Senhorias nossa proposta de preços, relativa a PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES DE \_\_\_\_\_, conforme edital de credenciamento:

Item	Código do SUS	Procedimento (Exame Laboratorial)	Quantidade Estimada Mensal	Valor Unitário Referencial R\$	Valor Estimado Mensal R\$
VALOR TOTAL ESTIMADO MENSAL					R\$

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:

**MODELO DE DECLARAÇÃO – PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA****DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO AS NECESSIDADES  
FÍSICAS PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

(Razão Social ..... ) com sede a (.....endereço completo.....) através de seu Responsável Legal, Sr.....inscrito no R.G. nº .....( ) e no CPF/MF n.º (.....) DECLARA para fins de PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES DE \_\_\_\_\_ junto ao Fundo Municipal de Saúde do Município de NOVO HORIZONTE, Estado da Bahia que possuímos instalações adequadas a prestação do serviços, com os seguintes equipamentos e pessoal técnico:

Equipamentos:

-  
-  
-

Pessoal Técnico:

-

-Por ser expressão da verdade, firmamos a presente.

NOVO HORIZONTE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

Assinatura devidamente identificada

Nome:

CPF:



## CONDIÇÕES MÍNIMAS PARA CREDENCIAMENTO

**Caracterização da contratada:** A contratada deverá possuir o estabelecimento de coleta no perímetro do Município de NOVO HORIZONTE - BA, 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 laboratoriais referendados.

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 à 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;
- Arcar com todas as despesas diretas e indiretas decorrentes da execução dos serviços objeto deste credenciamento.

### **Regulação, 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.



A autorização e o agendamento dos exames será de responsabilidade do Fundo Municipal 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 do Fundo 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 pacto firmado.

Somente serão pagos os exames comprovadamente realizados, mediante o envio semanal dos resultados dos exames, os quais deverão conter a identificação do usuário; a data de realização do exame e o Laudo do mesmo devidamente carimbado e assinado pelo Bioquímico executor do mesmo. Deverão ainda, vir acompanhados da REC (Requisição de Exames Complementares) ou ainda, por outro formulário, desde que autorizados previamente pelo Fundo Municipal de Saúde.

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; data de realização do exame; Laudo e Imagem, devidamente carimbado e assinado pelo profissional realizador do exame) o qual deverá retirá-lo junto à contratada.

**Valores dos atendimentos:** O valor unitário de cada exame será de acordo com a tabela descrita no objeto.



## 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, sendo um instrumento no qual são apresentadas ações e indicadores quantitativos e qualitativos pactuados entre as partes.

#### 1- Justificativa

Os exames Laboratoriais são de extrema importância na atividade clínica visando um diagnóstico ou confirmação de uma patologia ou para rotina na medicina preventiva.

Portanto, a oferta destes serviços através do contrato de credenciamento, visa atender os critérios de melhoria no acesso e qualidade dos serviços de saúde, colocando em prática o compromisso com a qualificação dos trabalhos e do atendimento.

#### 2 - Objetivo Geral

Execução de Exames Laboratoriais com a emissão de laudos, a serem realizados 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 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 de coleta no perímetro urbano do Município de NOVO HORIZONTE, 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, arcando com todos os custos de operação.

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 à 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 pela Gestor do SUS;
- Atender as diretrizes o PNH – Programa Nacional de Humanização

#### **5– Regulação, 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.

A autorização e o agendamento dos exames serão de responsabilidade do Fundo Municipal 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 de Saúde 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; a data de realização do exame e o Laudo do Bioquímico devidamente carimbado e assinado pelo profissional executor do mesmo. Deverão ainda, vir acompanhados da REC (Requisição de Exames Complementares) ou ainda, por outro formulário, desde que autorizados previamente pelo Fundo Municipal de Saúde.

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; data de realização do exame, laudo, devidamente carimbado e assinado pelo profissional executor do exame) o qual deverá retirá-lo junto à contratada.

#### **5 - Meta Quantitativa**

<b>Descrição</b>	<b>Meta</b>
Exames Laboratoriais com emissão de Laudo e Imagem (quando aplicável)	Atender 100% dos exames agendados

#### **6 - 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 conselheiros 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 Fundo Municipal 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 - PNASS, 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 atingido 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 visita domiciliar ou diretamente no Estabelecimento contratado.

Para subsidiar a visita domiciliar da Comissão, o Fundo Municipal de Saúde, através do Setor de Auditoria, emitirá Relatório contendo nome e endereço de usuários que foram atendidos no Estabelecimento no período, bem como, o nome dos profissionais que prestaram o atendimento. Os usuários constantes no Relatório deverão ser escolhidos aleatoriamente, em dias e horários diversos e de diferentes profissionais (caso os serviços sejam prestados por mais de um profissional). 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 – PLANO OPERATIVO

CNES Nº:	
ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:	
AVALIADOR:	CARGO:
PROFISSIONAL DO ESTABELECIMENTO:	CARGO

## AVALIAÇÃO TÉCNICA DOS SERVIÇOS

	SIM	NÃO	REQUISITOS
DIREÇÃO/ADMINISTRAÇÃO			O Estabelecimento possui Responsável Técnico habilitado para o exercício da atividade oferecida no serviço.
			Existe pessoa responsável para resolver situações adversas e que esteja acessível durante todo o período de realização dos exames contratados.
			O Estabelecimento dispõe de mecanismo que visem garantir a Ética Profissional
GESTÃO DE PESSOAS			Os profissionais cuja profissão é regulamentada por conselhos de classe, estão devidamente registrados no Estado em que está a sede do Estabelecimento contratado.
GESTÃO DE DOCUMENTAÇÃO			Resultado do Exame à ser fornecido ao usuário do SUS – Sistema Único de Saúde, com identificação completa do mesmo; data de realização do exame e Laudo Médico e respectiva imagem, devidamente carimbado e assinado pelo médico executante do exame.
			Atendimento ao Cronograma de entrega dos Resultados dos Exames Realizados, ao Departamento de Municipalização, para fins de Auditoria.
			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, com exceção da imagem).
			Assegura a guarda dos resultados dos exames no que se refere a confidencialidade e integridade dos mesmos.
GESTÃO DA ÁREA FÍSICA			Realiza manutenção predial corretiva.
			Ambientes identificados e de fácil visualização.
GESTÃO DE MATERIAIS E			Equipamento (s) disponível (is) em condições de uso, compatíveis com a finalidade a que se propõem.



<b>EQUIPAMENTOS</b>			Há programa de manutenção preventiva dos equipamentos.
<b>HIGIENE</b>			Roupa da maca limpa e trocada diariamente ou sempre que necessário, de forma a manter a higiene.
			Avental disponibilizado aos usuários do SUS, limpos e sem cheiro.
<b>ÁREA FÍSICA BÁSICA</b>			Forno lavável, limpo e claro.
			Paredes limpas e claras
			Piso de fácil limpeza e desinfecção.
			Acesso a cadeirantes e deficientes físicos
			Sanitário para usuários do SUS e acompanhantes
			Alvará sanitário em dia.
			Espaços separados: recepção/sala de espera e sala de exames.

Pontuação:

---

Parecer do avaliador:

---

NOVO HORIZONTE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_.

Assinatura do Avaliador Assinatura do Profissional da Unidade



**ANEXO II- PLANO OPERATIVO**  
**AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS**

**PERFIL DO USUÁRIO**

IDADE:	SEXO:
ESCOLARIDADE:	

**AMBIÊNCIA**

INDICADORES	EXCELENTE	ÓTIMO	BOM	RAZOÁVEL	RUIM
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 PROFISSIONAL**

INDICADORES	EXCELENTE	ÓTIMO	BOM	RAZOÁVEL	RUIM
Tempo na sala de espera até a realização do exame (considerado o horário de agendamento)					
É atencioso e realiza perguntas sobre a queixa que originou o exame.					
Examina com interesse e cuidado.					
Responde as perguntas feitas.					
<b>INDICADORES</b>	<b>SIM</b>			<b>NÃO</b>	
Sentimento de confiança no profissional que realizou o exame					
Apresentação/Identificação do profissional que realizou o exame.					

**ATENDIMENTO NA RECEPÇÃO**

INDICADORES	EXCELENTE	ÓTIMO	BOM	RAZOÁVEL	RUIM
É atencioso e responde as perguntas feitas.					
Orienta sobre o fluxo de atendimento do Estabelecimento.					
Se comporta com educação e respeito.					



## GRATUIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS

INDICADORES	SIM	NÃO
-------------	-----	-----

Pontuação:

---

Parecer do avaliador:

---

NOVO HORIZONTE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_.

Assinatura do Avaliador

## PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal de Assinaturas Certisign. Para verificar as assinaturas clique no link: <https://www.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/7280-601D-E3A5-F60E> ou vá até o site <https://www.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

**Código para verificação: 7280-601D-E3A5-F60E**



### **Hash do Documento**

527D0FC2B85BC7B4116E4074D63DA014B4992264DBA9B335D4957B5370AC9B2D

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 16/10/2017 é(são) :

- Adriana De Oliveira Cardoso - 030.899.305-52 em 16/10/2017 17:05 UTC-02:00

**Tipo:** Certificado Digital