



# PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO/PR

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ-09.127.166/0001-48

#### EDITAL DE CREDENCIAMENTO - N.º 006/2018

A **Secretaria Municipal de Saúde de Rio Negro** torna público que estará recebendo em sua sede, situada na Praça João Pessoa, nº 131, Centro, até **24 de SETEMBRO de 2018**, **DOCUMENTAÇÃO E PROPOSTAS DE PREÇOS DE PESSOAS JURÍDICAS COM OU SEM FINS LUCRATIVOS E FILANTRÓPICAS, 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 OBJETIVO:

Contratação de Unidades Privadas de Saúde, (com ou sem fins lucrativos) e Filantrópicas, prestadoras de serviços, interessadas em firmar contrato com este Município, conforme disposto na Constituição Federal, Leis 8.666/93, 8.080/90 e 8.142/90, Normas Operacionais nº 01/96 (NOB 01/96), Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS – 01/02) e as demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, mediante a celebração de **CREDENCIAMENTO PARA EXECUÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES DE ANÁLISES CLÍNICAS**, como segue:

#### TABELA DE EXAMES LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS

DENOMINAÇÃO	VALOR UNIT.
Albumina	5,17
Alfafetoproteína	17,67
Análises de Caracteres Físicos, Elementos e Sedimentos da Urina	7,78
Antibiograma	15,63
Baciloscopia Direta p/ BAAR (Hanseníase)	11,50
Baciloscopia Direta p/ BAAR Tuberculose (Controle)	5,10
Baciloscopia Direta p/ BAAR Tuberculose (Diagnóstica)	6,10
Bacteroscopia (GRAM)	3,90
CA 125	24,67
Calprotectina	193,33
Clamídia IGA	31,00
Clamídia IGG	29,33
Clamídia IGM	33,33
Clearance de Creatinina	13,65
Coagulograma	18,35
Cobre	18,50
Contagem de Plaquetas	6,68
Cultura de Bactérias p/ Identificação	8,00
Cultura para BAAR	12,00
Cultura para Identificação de Fungos	7,43
Determinação de Curva Glicêmica (2 Dosagens) -	19,50
Determinação de Fator Reumatóide	5,95
Determinação de Tempo de Coagulação	4,83
Determinação de Tempo de Sangramento (Duke)	4,83
Determinação de Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTP Ativada)	2,60
Determinação de Tempo e Atividade da Protrombina - TAP	5,15
Determinação de Velocidade de Hemossedimentação (VHS)	4,33



# PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO/PR

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ-09.127.166/0001-48

Determinação Direta e Reserva de Grupo ABO	6,50
Determinação Quantitativa de Proteína C. Reativa	14,00
Dosagem de 25 Hidroxivitamina D	68,35
Dosagem de Ácido Delta-Aminolevulínico	24,80
Dosagem de Ácido Úrico	4,35
Dosagem de Ácido Valpróico	27,67
Dosagem de Álcool Etilíco	25,67
Dosagem de Amilase	5,38
Dosagem de Anfetaminas	48,00
Dosagem de Antidepressivos Tricíclicos	80,67
Dosagem de Antígeno Prostático Específico (PSA)	21,25
Dosagem de Antígeno Prostático Específico Livre- PSA Livre	18,75
Dosagem de Benzodiazepínicos	134,00
Dosagem de Bilirrubina Total e Frações	4,85
Dosagem de Cálcio	4,80
Dosagem de Carbamazepina	29,00
Dosagem de Colesterol HDL	5,00
Dosagem de Colesterol LDL	4,83
Dosagem de Colesterol Total	4,35
Dosagem de Colinesterase	8,08
Dosagem de Cortisol	19,33
Dosagem de Creatinina	4,33
Dosagem de Creatinofosfoquinase (CPK)	6,75
Dosagem de Dehidroepiandrosterona (DHEA)	25,67
Dosagem de Desidrogenase Lática	8,75
Dosagem de Estradiol	19,00
Dosagem de Estriol	29,28
Dosagem de Estrona	26,21
Dosagem de Ferritina	18,00
Dosagem de Ferro Sérico	5,00
Dosagem de Folato	32,00
Dosagem de Fosfatase Alcalina	6,50
Dosagem de Fósforo	6,45
Dosagem de Galactose	60,00
Dosagem de Gama Glutamyl Transferase (Gama GT)	6,40
Dosagem de Glicose	4,33
Dosagem de Gonadotrofina Corionica Humana (HCG, Beta HCG)	12,50
Dosagem de Hemoglobina Glicosilada	10,50
Dosagem de Hormônio de Crescimento (HGH)	22,25
Dosagem de Hormônio Folículo-Estimulante (FSH)	14,25
Dosagem de Hormônio Luteinizante(LH)	16,80
Dosagem de Hormônio Tiroestimulante (TSH)	11,50



# PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO/PR

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ-09.127.166/0001-48

Dosagem de Imunoglobulina E (IGE)	21,13
Dosagem de Insulina	15,40
Dosagem de Lipase	14,25
Dosagem de Lítio	15,00
Dosagem de Magnésio	5,20
Dosagem de Metabólitos da Cocaína	23,50
Dosagem de Microalbuminúria na Urina	15,67
Dosagem de Muco Proteínas	9,00
Dosagem de Paratormônio - PTH	40,83
Dosagem de Potássio	4,93
Dosagem de Progesterona	19,33
Dosagem de Prolactina	18,00
Dosagem de Proteína C. Reativa	32,50
Dosagem de Proteínas (Urina 24 Horas)	6,33
Dosagem de Proteínas Totais	7,40
Dosagem de Proteínas Totais e Frações	4,90
Dosagem de Sódio	6,93
Dosagem de Sulfato de Hidroepiandrosterona (DHEAS)	20,33
Dosagem de Testosterona	19,33
Dosagem de Testosterona Livre	26,00
Dosagem de Tireoglobulina	30,50
Dosagem de Tiroxina (T4)	11,50
Dosagem de Tiroxina Livre – T4 Livre	15,00
Dosagem de Transaminase Glutâmico-Oxalacética(TGO)	4,90
Dosagem de Transaminase Glutâmico-Piruvica (TGP)	4,90
Dosagem de Triglicérides	6,40
Dosagem de Triiodotironina (T3)	11,50
Dosagem de Uréia	4,40
Dosagem de Vitamina B12	20,35
Dosagem de Zinco	36,13
Eletroforese de Hemoglobina	28,00
Eletroforese de Proteína	18,27
Espermograma	15,00
Exame Micológico a Fresco (Direto)	9,85
Exame Micológico a Fresco do Conteúdo Cérvico-Vaginal	9,90
Globulina	5,40
Hematócrito	4,20
Hemoglobina	5,13
Hemograma Completo	7,30
Homocisteína	47,00
Intolerância à Lactose	25,67
Leucócitos	3,80



# PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO/PR

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ-09.127.166/0001-48

Leucograma	2,50
Lipidograma Completo	26,80
Metabólicos da Maconha	24,00
Metabólitos de Barbitúricos	37,00
Metabólitos dos Opiáceos	44,00
Perfil Drogas de Abuso	230,00
Perfil Glicêmico	6,98
Perfil Reumático	31,50
Pesq. Antic. Antiestreptolisina O (ASLO)	6,08
Pesq. De Antic. Anti-HIV-1 + HIV-2 (Elisa)	15,50
Pesq. De Anticorpos Antinúcleo	13,00
Pesq. De Anticorpos Contra Antígeno de Superfície do Vírus da Hepatite B (Anti-HBS)	21,00
Pesq. De Anticorpos Contra Antígeno e do Vírus da Hepatite B (Anti-HBE)	22,00
Pesq. De Anticorpos Contra o Vírus da Hepatite C (Anti-HCV)	29,00
Pesq. De Anticorpos IGG Antitoxoplasma	14,80
Pesq. de Anticorpos IGG Contra Antígeno Central do Vírus da Hepatite B (Anti-HBC-IGG)	21,10
Pesq. De Anticorpos IGG Contra o Vírus da Hepatite A (HAV-IGG)	22,40
Pesq. De Anticorpos IGM Antitoxoplasma	21,30
Pesq. de Anticorpos IGM Contra Antígeno Central do vírus da Hepatite B (Anti-HBC-IGM)	23,50
Pesq. De Anticorpos IGM Contra o Vírus da Hepatite A (HAV-IGM)	26,30
Pesq. De Antígeno Carcinoembriogênico (CEA)	26,15
Pesq. De FATOR RH (Inclui D. Fraco)	6,50
Pesq. De Haemophilus Ducrey	4,15
Pesq. de Sangue Oculto nas Fezes	3,85
Pesquisa de Anticorpos Anti HIV -1+HLV (I Elisa)	41,67
Pesquisa de Anticorpos IGG Anticitomegalovirus	20,95
Pesquisa de Anticorpos IGG Antitrypanosoma Cruzi	16,85
Pesquisa de Anticorpos IGG contra o vírus da Rubéola	18,75
Pesquisa de Anticorpos IGM Anticitomegalovirus	20,85
Pesquisa de Anticorpos IGM contra o vírus da Rubéola	22,75
Pesquisa de Antígeno de Superfície do Vírus da Hepatite B HBSAG	21,67
Pesquisa de Hemácias Dismórficas (Urina Isolada)	8,00
Pesquisa de Ovos e Cistos de Parasitas	4,45
Proteína C. Reativa Ultrassensível	12,33
Prova do Laço	5,40
Reticulócitos	4,67
Saturação de Transferrina	9,33
Serotonina	52,70
T3L	9,87



# PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO/PR

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ-09.127.166/0001-48

Teste de VDRL p/ Detecção de Sífilis	4,35
Teste Direto de Antiglobulina Humana (TAD)	6,50
Teste FTA-ABS IGG p/ Diagnóstico da Sífilis	20,05
Teste FTA-ABS IGM p/ Diagnóstico da Sífilis	20,05
Teste Indireto de Antiglobulina Humana (TIA)	6,50
Transferrina	9,83
VDRL p/ Detecção de Sífilis em Gestante	4,35
Vitamina A	84,70
Vitamina C	80,03
Vitamina B1	178,33
Vitamina B2	216,67
Vitamina B3	285,00
Vitamina B6	136,67
Vitamina E	73,33

## 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 Secretaria Municipal de Saúde de Rio Negro e/ou acessar o site [www.rionegro.pr.gov.br](http://www.rionegro.pr.gov.br);
- 2.4. Os interessados deverão encaminhar os documentos relacionados no item 3.1 à Secretaria Municipal de Saúde de Rio Negro, situada na Praça João Pessoa, n.131, Centro, no horário das 09:00 às 11:30h e das 14:00 às 17:00h de segunda a sexta-feira, no Departamento de Compras

## 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 com o Município sede do estabelecimento;
- Prova de **Regularidade com a Fazenda Federal**, do domicílio ou sede da licitante, ou outra equivalente na forma da Lei, abrangendo as contribuições sociais;
- 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;
- Declaração informando a capacidade máxima de atendimento, bem como o número de profissionais que serão disponibilizados para atendimento;
- **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.



# PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO/PR

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ-09.127.166/0001-48

## 4 – CONDIÇÕES PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

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, em até 15 (quinze) dias 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 – DA QUANTIDADE e DO VALOR DOS PROCEDIMENTOS

A quantidade de exames laboratoriais a serem executados num todo dos autorizados pela Secretaria da Saúde será de no máximo 1.300 (um mil e trezentos) exames/mês, totalizando a quantidade máxima de até **15.600** (quinze mil e seiscentos) exames no período de **12 meses**, que será rateado entre os estabelecimentos credenciados.

O valor máximo dos exames a serem realizados mensalmente será de até R\$ 14.500,00 (quatorze mil e quinhentos reais), totalizando o valor máximo de até **R\$ 174.000,00** (cento e setenta e quatro mil reais) **no ano**.

## 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

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

## 9 – INFORMAÇÕES

Maiores informações poderão ser obtidas junto à Secretaria Municipal da Saúde, pelo fone (047)3642-1202 (Departamento de Compras) ou na Prefeitura Municipal, pelo fone (047)3642-5556 (Departamento de Licitações).

Município de Rio Negro, **14 de agosto de 2018**.

**SIMONE ANGÉLICA VITORINO GONDRO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**



# PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO/PR

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ-09.127.166/0001-48

#### ANEXO I

#### REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO – PESSOA JURÍDICA

À Secretaria Municipal de Saúde do Município de Rio Negro

O interessado, abaixo qualificado, requer sua inscrição como Credenciado para prestação de serviços laboratoriais de análises clínicas, conforme estabelecido pelo Edital de Credenciamento n.º 006/2018, 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 com o Município sede do estabelecimento;
- Prova de **Regularidade com a Fazenda Federal**, do domicílio ou sede da licitante, ou outra equivalente na forma da Lei, abrangendo as contribuições sociais;
- 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;
- Declaração informando a capacidade máxima de atendimento, bem como o número de profissionais que serão disponibilizados para atendimento
- **Registro no Conselho Regional de Farmácia**
- **Diploma do Curso** e certificado de especialização de acordo com a área de serviços laboratoriais a serem prestados.
- **Formulário de Proposta de preços, conforme modelo Anexo IV**

Nome/Razão Social: \_\_\_\_\_

Endereço Comercial \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

CRF n.º \_\_\_\_\_ R.G. n.º \_\_\_\_\_ CPF n.º \_\_\_\_\_

Município de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

*Carimbo e Assinatura do Responsável Legal*



# PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO/PR

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ-09.127.166/0001-48

#### ANEXO II

#### MINUTA DE CONTRATO PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS N.º ..... / 2018

Pelo presente Contrato de Prestação de Serviços, de um lado o **Município de Rio Negro, Estado do Paraná**, inscrito no CNPJ sob n.º 76.002.641/0001-47, aqui representado por seu Prefeito Municipal, Sr. Milton José Paizani, portador da carteira de identidade n.º 1.977.640-9/SSP/PR, e CPF n.º 616.319.819-00, residente e domiciliado nesta cidade de Rio Negro, 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 E VALOR: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE REALIZAÇÃO DE EXAMES DE ANÁLISES CLÍNICAS

DENOMINAÇÃO	VALOR UNIT.
....Continua....	

#### CLÁUSULA SEGUNDA: OBRIGAÇÕES

##### I - DO CONTRATANTE

- Encaminhar as solicitações pelo Departamento de Municipalização da Secretaria da Saúde;
- Acompanhar e controlar a execução dos serviços, através do Departamento de Municipalização da Secretaria da Saúde;
- Efetuar o pagamento em até o 15(quinze) dias do mês subsequente ao da prestação de serviços;

##### II - DA CONTRATADA:

- Realizar os exames requisitados, na sede de sua clínica, devidamente equipada;
- Remeter ao final de cada mês ao Departamento de Municipalização 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 ao edital de credenciamento n.º **006/2018** 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\$ ..... (.....).

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

.....

#### CLÁUSULA QUARTA: PRAZO

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.

#### 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.





# **PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO/PR**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

CNPJ-09.127.166/0001-48

## **CLÁUSULA SEXTA: FORO**

As partes elegem o foro da Comarca de Rio Negro 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.

Rio Negro, ..... de ..... de 2018.

.....  
PREFEITO MUNICIPAL  
CONTRATANTE

CONTRATADO

Testemunhas:

Secretária Municipal da Saúde

Secretário Municipal da Fazenda



# PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO/PR

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ-09.127.166/0001-48

## ANEXO III

### 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 a Secretaria Municipal da Saúde do Município de Rio Negro, Estado do Paraná que as informações prestadas são verdadeiras, sob pena de responder judicialmente pelas inconsistências das informações

Município de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

*Carimbo e Assinatura do Responsável Legal*



# PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO/PR

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ-09.127.166/0001-48

## ANEXO IV

(MODELO DEVERÁ SER DIGITADA EM PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA)

### PROPOSTA DE PREÇOS

(local e data) ....., de ..... de 2018.

RAZÃO SOCIAL:.....

END.: .....

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

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

À  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
**REF.: PROPOSTA PARA PARTICIPAÇÃO DO  
EDITAL DE CREDENCIAMENTO N.º 006/2018**

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

DENOMINAÇÃO	VALOR UNIT.
<b>“Indicar nesta Tabela somente os exames que irá executar”</b>	<b>Manter os Valores Registrados neste Edital</b>

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)



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO/PR**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

CNPJ-09.127.166/0001-48

## **ANEXO V**

### **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 laboratoriais de análises clínicas, sendo um instrumento no qual são apresentadas ações e indicadores quantitativos e qualitativos pactuados entre as partes.

#### **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 o Laboratório Municipal não possui capacidade instalada suficiente para atender toda a demanda existente e nem condições tecnológicas de realizar exames mais complexos.

Assim, considerando que a saúde é um direito de todos previsto na Constituição Brasileira, cabendo as 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 laboratoriais 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.



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO/PR**

## **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

### **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

CNPJ-09.127.166/0001-48

#### **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 - Caracterização da Contratada**

A contratada deverá possuir o estabelecimento nos perímetros dos Municípios de Rio Negro e/ou Mafra, 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 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 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.



# PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO/PR

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ-09.127.166/0001-48

O acompanhamento dos serviços prestados será de responsabilidade do Departamento de Municipalização, 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) e/ou de Relação de Usuários e Respectivos Exames, ou ainda, por outra metodologia 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; a data de realização do exame e a assinatura do Bioquímico, a qual poderá ser também efetivada eletronicamente. Deverão ainda, vir acompanhados da REC (Requisição de Exames Complementares); ou da Relação de Usuários e Respectivos Exames, ou ainda, de Formulários de Hospitais e Clínicas de outros municípios de referência, devidamente autorizados pelo Departamento de Municipalização.

Será de responsabilidade do Departamento de Municipalização da Secretaria de Saúde, a organização e acompanhamento do fluxo de documentos pertinentes à prestação dos serviços laboratoriais de análises clínicas, bem como, dos usuários da rede pública municipal de saúde que serão beneficiados com os referidos serviços, visando sempre a melhoria nos processos de trabalhos das equipes de saúde e da acessibilidade do cidadão aos serviços públicos. Fica facultado ao Departamento de Municipalização o direito de realizar adaptações dos fluxos acima mencionados sempre que julgado necessário, mediante prévio contato com o prestador.

#### 6 - Meta Quantitativa

Descrição	Meta
Exames Laboratoriais de Análises Clínicas	Atender 100% dos exames autorizados

#### 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.



# PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO/PR

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ-09.127.166/0001-48

#### 8 - Avaliação das Metas Quantitativa e Qualitativa

Será formada uma Comissão composta por profissionais de saúde e um representante do Conselho Municipal de Saúde, que irão avaliar semestralmente o cumprimento das metas e objetivos propostos no presente Plano Operativo, salvo que haja descumprimento grotesco e irreparável a curto prazo das metas acordadas no presente Plano, o que suscitará a convocação imediata da referida Comissão para análise dos fatos e medidas que julgar necessárias.

A avaliação quantitativa se dará por meio de Relatórios de Produção – Física e Financeira, emitidos pelo Departamento de Municipalização, bem como, pela verificação de registro de reclamatória junto ao Setor de Ouvidoria do SUS e/ou junto ao Departamento de Municipalização, acerca do não atendimento por parte do Laboratório contratado à usuários com prévia autorização para realização de exames no serviço.

A avaliação qualitativa será subdividida em: Avaliação Técnica dos Serviços e Avaliação da Satisfação dos Usuários, as quais serão realizadas com base nas informações constantes nos Anexos I e II do presente Plano, fundamentados 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

##### 8.1.1 – Avaliação Técnica

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

<b>Classificação</b>	<b>% Referência</b>
Excelente	90 à 100 %
Ótimo	80 à 90 %
Bom	70 à 80 %
Razoável	60 à 70 %
Ruim	Abaixo de 60 %

O Laboratório deverá emitir semestralmente, cópia de documento comprobatório de profissional Responsável Técnico pelo Serviço e documento comprobatório de registro no Conselho em que está a sede do Estabelecimento contratado, de todos os profissionais para os quais o registro em de Classe no Estado Conselho é uma exigência legal da classe. Ressaltamos que a documentação enviada deverá corresponder às informações constantes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.



# PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO/PR

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ-09.127.166/0001-48

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.

#### **8.1.1 – Avaliação da Satisfação do Usuário**

A avaliação da satisfação do usuário se dará de duas formas – Pesquisa Aplicada e Registro de Ocorrência no Setor de Ouvidoria do SUS. A avaliação de satisfação do usuário deverá ser realizada pelo prestador de serviços, mediante pesquisa aplicada, conforme modelo contido no Anexo II, o qual poderá ser adaptado por cada Laboratório, desde que contempladas as perguntas contidas no mesmo, sendo que a metodologia de captação das informações ficará a critério do prestador, sendo que as manifestações poderão ser pessoalmente; por contato telefônico; por e-mail; por formulário Web; por carta ou ainda, por caixa de sugestões/avaliações.

Ao final de cada semestre, contados a partir da assinatura do Contrato, o Laboratório deverá encaminhar a Direção do Departamento de Municipalização, Relatório Semestral de Satisfação do Usuário, o qual deverá conter a compilação das avaliações realizadas no período, de acordo com os itens constantes do Anexo II do presente Plano Operativo. Será disponibilizado ao Laboratório após início do Contratado, modelo padrão do Relatório a ser encaminhado a cada semestre.

Para avaliação da meta qualitativa, será solicitado semestralmente, ao Serviço de Ouvidoria do SUS – Sistema Único de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, emissão de documento informando se houve registro naquele de serviço de quaisquer ocorrência (denúncia, reclamação, sugestão, elogios) relativa ao Laboratório contratado.

A avaliação da Comissão acerca dos serviços prestados, será subsidiada com a apresentação de Relatórios de Produção – Física e Financeira, emitidos pelo Departamento de Municipalização, bem como, pelos Relatórios Semestrais de Avaliação de Satisfação do Usuário e documento oficial emitido pelo Setor de Ouvidoria do SUS.

A meta qualitativa servirá para nortear a melhoria dos serviços prestados, cabendo a Comissão de Acompanhamento e Avaliação do Plano Operativo, a emissão de parecer sobre a avaliação da referida meta, podendo ainda, a critério da mesma, propor medidas que julgar adequadas a efetivação de melhorias. Os prazos de avaliação terão início a contar da data da assinatura do contrato.





# PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO/PR

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ-09.127.166/0001-48

## ANEXO I DO 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, devidamente carimbado e assinado pelo bioquímico 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).
			Assegura a guarda dos resultados dos exames no que se refere a confidencialidade e integridade dos mesmos.
GESTÃO DA ÁREA FÍSICA			Ambientes identificados e de fácil visualização.
HIGIENE			Utilização de jaleco pelo profissional responsável pela coleta, devidamente limpo. Utilização de Luvas e seringas descartáveis, abertas na presença do Usuário.
ÁREA FÍSICA BÁSICA			Forro 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
		Espaços separados: recepção/sala de espera e sala de exames.	



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO/PR**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

CNPJ-09.127.166/0001-48

Pontuação: \_\_\_\_\_

Parecer do avaliador:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Rio Negro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018. .

Assinatura do Avaliador

Assinatura do Profissional da Unidade



**MUNICÍPIO DE RIO NEGRO**  
**ESTADO DO PARANÁ**  
CNPJ N. ° 76.002.641/0001-47.  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

**ANEXO II DO PLANO OPERATIVO**

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

<b>NOME:</b>	
<b>IDADE:</b>	<b>SEXO:</b>

**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.					

**ATENDIMENTO PELO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA COLETA DE MATERIAL**

INDICADORES	EXCELENTE	ÓTIMO	BOM	RAZOÁVEL	RUIM
Tempo na sala de espera até a realização do exame (considerado o horário de chegada)					
É atencioso e realiza cuidadosamente a coleta..					

**ATENDIMENTO DE RECEPÇÃO**

INDICADORES	EXCELENTE	ÓTIMO	BOM	RAZOÁVEL	RUIM
É atencioso, educado e respeitoso.					
Orienta sobre o fluxo de atendimento do Estabelecimento.					

**GRATUIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS**

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