



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

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO - N.º 007/2017**

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 **26 de SETEMBRO de 2017, 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 a Prefeitura Municipal de Rio Negro, 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 **CONTRATO DE CREDENCIAMENTO DE EXECUÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES DE ANÁLISES CLÍNICAS**, como segue:

**DEMANDA ESTIMADA 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        |



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

|   |        |
|---|--------|
| 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   |
| 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 Etílico   | 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 Láctica                                      | 8,75   |
| Dosagem de Estradiol  | 19,00  |
| Dosagem de Estriol  | 29,28  |
| Dosagem de Estrona  | 26,21  |
| Dosagem de Ferritina  | 18,00  |
| Dosagem de Férro Sérico   | 5,00   |
| Dosagem de Folato   | 32,00  |
| Dosagem de Fosfatase Alcalina   | 6,50   |
| Dosagem de Fósforo  | 6,45   |



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

|   |              |
|---|--------------|
| Dosagem de Galactose                                      | <b>60,00</b> |
| Dosagem de Gama Glutamil Transferase (Gama GT)            | <b>6,40</b>  |
| Dosagem de Glicose  | <b>4,33</b>  |
| Dosagem de Gonadotrofina Corionica Humana (HCG, Beta HCG) | <b>12,50</b> |
| Dosagem de Hemoglobina Glicosilada                        | <b>10,50</b> |
| Dosagem de Hormônio de Crescimento (HGH)                  | <b>22,25</b> |
| Dosagem de Hormônio Folículo-Estimulante (FSH)            | <b>14,25</b> |
| Dosagem de Hormônio Luteinizante(LH)                      | <b>16,80</b> |
| Dosagem de Hormônio Tireoestimulante (TSH)                | <b>11,50</b> |
| Dosagem de Imunoglobulina E (IGE)                         | <b>21,13</b> |
| Dosagem de Insulina                                       | <b>15,40</b> |
| Dosagem de Lipase   | <b>14,25</b> |
| Dosagem de Lítio  | <b>15,00</b> |
| Dosagem de Magnésio                                       | <b>5,20</b>  |
| Dosagem de Metabólitos da Cocaína                         | <b>23,50</b> |
| Dosagem de Microalbuminúria na Urina                      | <b>15,67</b> |
| Dosagem de Muco Proteínas                                 | <b>9,00</b>  |
| Dosagem de Paratormônio - PTH                             | <b>40,83</b> |
| Dosagem de Potássio                                       | <b>4,93</b>  |
| Dosagem de Progesterona                                   | <b>19,33</b> |
| Dosagem de Prolactina                                     | <b>18,00</b> |
| Dosagem de Proteína C. Reativa                            | <b>32,50</b> |
| Dosagem de Proteínas (Urina 24 Horas)                     | <b>6,33</b>  |
| Dosagem de Proteínas Totais                               | <b>7,40</b>  |
| Dosagem de Proteínas Totais e Frações                     | <b>4,90</b>  |
| Dosagem de Sódio  | <b>6,93</b>  |
| Dosagem de Sulfato de Hidroepiandrosterona (DHEAS)        | <b>20,33</b> |
| Dosagem de Testosterona                                   | <b>19,33</b> |
| Dosagem de Testosterona Livre                             | <b>26,00</b> |
| Dosagem de Tireoglobulina                                 | <b>30,50</b> |
| Dosagem de Tiroxina (T4)                                  | <b>11,50</b> |
| Dosagem de Tiroxina Livre – T4 Livre                      | <b>15,00</b> |
| Dosagem de Transaminase Glutamico-Oxalacetica(TGO)        | <b>4,90</b>  |
| Dosagem de Transaminase Glutamico-Piruvica (TGP)          | <b>4,90</b>  |
| Dosagem de Triglicérides                                  | <b>6,40</b>  |
| Dosagem de Triiodotironina (T3)                           | <b>11,50</b> |
| Dosagem de Uréia  | <b>4,40</b>  |
| Dosagem de Vitamina B12                                   | <b>20,35</b> |



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

|   |               |
|---|---------------|
| Dosagem de Zinco  | <b>36,13</b>  |
| Eletroforese de Hemoglobina   | <b>28,00</b>  |
| Eletroforese de Proteína  | <b>18,27</b>  |
| Espermograma  | <b>15,00</b>  |
| Exame Micológico a Fresco (Direto)  | <b>9,85</b>   |
| Exame Micológico a Fresco do Conteúdo Cérvico-Vaginal                                 | <b>9,90</b>   |
| Globulina   | <b>5,40</b>   |
| Hematócrito   | <b>4,20</b>   |
| Hemoglobina   | <b>5,13</b>   |
| Hemograma Completo  | <b>7,30</b>   |
| Homocisteína  | <b>47,00</b>  |
| Intolerância à Lactose  | <b>25,67</b>  |
| Leucócitos  | <b>3,80</b>   |
| Leucograma  | <b>2,50</b>   |
| Lipidograma Completo  | <b>26,80</b>  |
| Metabólicos da Maconha  | <b>24,00</b>  |
| Metabólitos de Barbitúricos   | <b>37,00</b>  |
| Metabólitos dos Opiáceos  | <b>44,00</b>  |
| Perfil Drogas de Abuso  | <b>230,00</b> |
| Perfil Glicêmico  | <b>6,98</b>   |
| Perfil Reumático  | <b>31,50</b>  |
| Pesq. Antic. Antiestreptolisina O (ASLO)  | <b>6,08</b>   |
| Pesq. De Antic. Anti-HIV-1 + HIV-2 (Elisa)  | <b>15,50</b>  |
| Pesq. De Anticorpos Antinúcleo  | <b>13,00</b>  |
| Pesq. De Anticorpos Contra Antígeno de Superfície do Vírus da Hepatite B (Anti-HBS)   | <b>21,00</b>  |
| Pesq. De Anticorpos Contra Antígeno e do Vírus da Hepatite B (Anti-HBE)               | <b>22,00</b>  |
| Pesq. De Anticorpos Contra o Vírus da Hepatite C (Anti-HCV)                           | <b>29,00</b>  |
| Pesq. De Anticorpos IGG Antitoxoplasma  | <b>14,80</b>  |
| Pesq. de Anticorpos IGG Contra Antígeno Central do Vírus da Hepatite B (Anti-HBC-IGG) | <b>21,10</b>  |
| Pesq. De Anticorpos IGG Contra o Virus da Hepatite A (HAV-IGG)                        | <b>22,40</b>  |
| Pesq. De Anticorpos IGM Antitoxoplasma  | <b>21,30</b>  |
| Pesq. de Anticorpos IGM Contra Antígeno Central do vírus da Hepatite B (Anti-HBC-IGM) | <b>23,50</b>  |
| Pesq. De Anticorpos IGM Contra o Virus da Hepatite A (HAV-IGG)                        | <b>26,30</b>  |
| Pesq. De Antígeno Carcinoembriogênico (CEA)   | <b>26,15</b>  |
| Pesq. De FATOR RH (Inclui D. Fraco)   | <b>6,50</b>   |
| Pesq. De Haemophilus Ducrey   | <b>4,15</b>   |



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

|   |               |
|---|---------------|
| Pesq. de Sangue Oculto nas Fezes                                | <b>3,85</b>   |
| Pesquisa de Anticorpos Anti HIV -1+HLV (1 Elisa)                | <b>41,67</b>  |
| Pesquisa de Anticorpos IGG Anticitomegalovirus                  | <b>20,95</b>  |
| Pesquisa de Anticorpos IGG Antitrypanosoma Cruzi                | <b>16,85</b>  |
| Pesquisa de Anticorpos IGG contra o vírus da Rubeola            | <b>18,75</b>  |
| Pesquisa de Anticorpos IGM Anticitomegalovirus                  | <b>20,85</b>  |
| Pesquisa de Anticorpos IGM contra o vírus da Rubéola            | <b>22,75</b>  |
| Pesquisa de Antígeno de Superfície do Vírus da Hepatite B HBSAG | <b>21,67</b>  |
| Pesquisa de Hemácias Dismórficas (Urina Isolada)                | <b>8,00</b>   |
| Pesquisa de Ovos e Cistos de Parasitas                          | <b>4,45</b>   |
| Proteína C. Reativa Ultrassensível                              | <b>12,33</b>  |
| Prova do Laço   | <b>5,40</b>   |
| Reticulócitos   | <b>4,67</b>   |
| Saturação de Transferrina                                       | <b>9,33</b>   |
| Serotonina  | <b>52,70</b>  |
| T3L   | <b>9,87</b>   |
| Teste de VDRL p/ Detecção de Sífilis                            | <b>4,35</b>   |
| Teste Direto de Antiglobulina Humana (TAD)                      | <b>6,50</b>   |
| Teste FTA-ABS IGG p/ Diagnóstico da Sífilis                     | <b>20,05</b>  |
| Teste FTA-ABS IGM p/ Diagnóstico da Sífilis                     | <b>20,05</b>  |
| Teste Indireto de Antiglobulina Humana (TIA)                    | <b>6,50</b>   |
| Transferrina  | <b>9,83</b>   |
| VDRL p/ Detecção de Sífilis em Gestante                         | <b>4,35</b>   |
| Vitamina A  | <b>84,70</b>  |
| Vitamina C  | <b>80,03</b>  |
| Vitamina B1   | <b>178,33</b> |
| Vitamina B2   | <b>216,67</b> |
| Vitamina B3   | <b>285,00</b> |
| Vitamina B6   | <b>136,67</b> |
| Vitamina E  | <b>73,33</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 Secretaria Municipal de Saúde de Rio Negro e/ou acessar o site [www.rionegro.pr.gov.br](http://www.rionegro.pr.gov.br);



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

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.

### **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 – DO NÚMERO DE PROCEDIMENTOS**

A quantidade de exames laboratoriais a serem executados pelos credenciados será de no máximo 1.300 (um mil e trezentos) exames/mês, totalizando o valor máximo de 15.600 (quinze mil e seiscentos) exames no período de 12 meses. O valor máximo dos exames a serem realizados mensalmente será de aproximadamente R\$ 14.500,00 (quatorze mil e quinhentos reais) /mês, totalizando R\$ 174.000,00 (cento e setenta e quatro mil reais)/ano 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**

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



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

**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, **25 de agosto de 2017.**

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



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

**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 007/2017, 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.

Nome/Razão Social: \_\_\_\_\_

Endereço Comercial \_\_\_\_\_

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

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

Município de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

*Nome legível e Assinatura do  
Requerente:*





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

**ANEXO II**

**MINUTA DE CONTRATO PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS N.º ..... / 2017**

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(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**

| DENOMINAÇÃO   | VALOR UNIT. |
|---|-------------|
| Albumina  |             |
| Alfafetoproteína  |             |
| Análises de Caracteres Físicos, Elementos e Sedimentos da Urina |             |
| Antibiograma  |             |
| ....Continua....  |             |

**CLÁUSULA SEGUNDA: OBRIGAÇÕES**

**I - DO CONTRATANTE**

- a) Encaminhar as solicitações pelo Departamento de Municipalização da Secretaria da Saúde;
- b) Acompanhar e controlar a execução dos serviços, através do Departamento de Municipalização da Secretaria da Saúde;
- c) Efetuar o pagamento em até o 15(quinze) dias 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 Departamento de Municipalização 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 ao edital de credenciamento n° 007/2017 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:

.....



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

**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.

**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 2017.

**MILTON JOSÉ PAIZANI**  
**PREFEITO MUNICIPAL**  
**CONTRATANTE**

CONTRATADO

Testemunhas:

Simone Angelica Vitorino Gondro  
Secretária Municipal da Saúde

Wilson Scheuer  
Secretário Municipal da Fazenda



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

**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. n° .....( ) 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 2017.

Assinatura devidamente identificada

Nome:

CPF:



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

ANEXO IV

(MODELO DEVERÁ SER DIGITADA EM PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA)

**PROPOSTA DE PREÇOS**

(local e data) ....., de ..... de 2017.

RAZÃO SOCIAL:.....

END.: .....

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

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

À  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
**REF.: PROPOSTA PARA PARTICIPAÇÃO DO  
EDITAL DE CREDENCIAMENTO N.º 007/2017**

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. |
|---|-------------|
| Albumina  |             |
| Alfafetoproteína  |             |
| Análises de Caracteres Físicos, Elementos e Sedimentos da Urina |             |
| Antibiograma  |             |
| ...Continua...  |             |

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:



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

**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 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 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.



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



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

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) 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 autorizados pelo Departamento de Municipalização, ou ainda, pelas Unidades de Saúde com autorização descentralizada. Cabe ao Departamento de Municipalização 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 a Coordenação da Atenção Primária em 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**

| <b>Descrição</b>            | <b>Meta</b>                         |
|-----------------------------|-------------------------------------|
| Exames 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.



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

## 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 - PNISS, 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 as informações constantes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.





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

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 Anexo II, 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.



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

**ANEXO I**

|   |               |
|---|---------------|
| <b>CNES N°:</b>                         |               |
| <b>ESTABELECIMENTO DE SAUDE:</b>        |               |
| <b>AVALIADOR:</b>                       | <b>CARGO:</b> |
| <b>PROFISSIONAL DO ESTABELECIMENTO:</b> | <b>CARGO</b>  |

**AVALIAÇÃO TÉCNICA DOS SERVIÇOS**

|                               | <b>SIM</b> | <b>NÃO</b>   | <b>REQUISITOS</b>  |
|-------------------------------|------------|--|--|
| <b>DIREÇÃO/ADMINISTRAÇÃO</b>  |            |  | 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  |
| <b>GESTÃO DE PESSOAS</b>      |            |  | Os profissionais cuja profissão é regulamentada por conselhos de classe, estão devidamente registrados no Estado em que está a sede do Estabelecimento contratado.   |
| <b>GESTÃO DE DOCUMENTAÇÃO</b> |            |  | 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.   |
| <b>GESTÃO DA ÁREA FÍSICA</b>  |            |  | Ambientes identificados e de fácil visualização.   |
| <b>HIGIENE</b>                |            |  | Utilização de jaleco pelo profissional responsável pela coleta, devidamente limpo.<br>Utilização de Luvas e seringas descartáveis, abertas na presença do Usuário.   |
| <b>ÁREA FÍSICA BÁSICA</b>     |            |  | 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. |  |



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

Pontuação: \_\_\_\_\_

Parecer do avaliador:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Rio Negro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

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**

**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\$ _____ |     |