



Estado do Rio Grande do Norte  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS**  
GABINETE DO PREFEITO  
Rua Manoel Andrade, 12, Centro – CEP: 59270-000  
CNPJ 08.002.404/0001-26 Telefax: (84) 3253-2209  
<http://www.bomjesus.rn.gov.br>

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO Nº 001/2017**  
**PROCESSO LICITATÓRIO Nº 031/2017**  
**Modalidade: Inexigibilidade nº 005/2017**

**CREDCIAMENTO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS LABORATORIAIS**

O Município de Bom Jesus/RN, através da Secretaria Municipal de Saúde, comunica aos interessados que está procedendo ao **CHAMAMENTO PÚBLICO** para fins de **CREDCIAMENTO DE LABORATÓRIOS DE ANÁLISES CLÍNICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES LABORATORIAIS**, com pagamento às pessoas jurídicas.

O presente Edital rege-se pela Lei Federal nº 8.666/93 e demais alterações introduzidas posteriormente.

Os DOCUMENTOS deverão ser entregues **até às 9:00 horas do dia 17 (Dezessete) de fevereiro de 2017**, na Sala de Licitações da Prefeitura Municipal de Bom Jesus/RN, situada na Rua Manoel Andrade, 12, Centro, Bom Jesus/RN. Os trabalhos de credenciamento serão processados pela Comissão Especial de Credenciamento, nomeada pela portaria nº 049/2017 de 01/02/2017.

**01 – DO OBJETO**

1.1 Objeto do presente Edital é o **CREDCIAMENTO DE LABORATÓRIOS DE ANÁLISES CLÍNICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES LABORATORIAIS**, obedecendo a tabela do SUS – SIGTAP.

**02 – DA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO**

2.1. Poderão se credenciar todos os estabelecimentos (empresas) que prestem serviços relativos aos especificados no objeto do presente Edital, desde que forneçam toda a documentação exigida neste Edital.

2.2. Não poderão participar do presente credenciamento os interessados que estejam cumprindo as sanções previstas na Lei 8.666/93.

2.3. No presente credenciamento são vedadas a participação de empresas em consórcio.

2.4. Não poderão participar do Credenciamento as Pessoas Físicas e/ou Jurídicas que são ou que possuam no seu quadro de pessoal servidores públicos do Município de Bom Jesus/RN, ou que estiverem exercendo cargos em comissão ou funções gratificadas, ou, ainda, que estiverem em exercício de mandato eletivo ou com registro oficial de candidatura para qualquer desses cargos.

2.5. Não poderá participar empresa declarada inidônea por órgão ou entidade da administração pública direta ou indireta, Federal, Estadual, Municipal ou do Distrito Federal.

2.6. Não poderá participar empresa em processo de falência ou recuperação judicial, concordatária, concurso de credores, dissolução e liquidação.

2.7. Os serviços serão realizados por profissionais habilitados da CONTRATADA, em dependência própria, devidamente estabelecidos, com a utilização de seus equipamentos e dentro dos limites urbanos do Município de Bom Jesus/RN.

**03 – PREÇOS DOS PROCEDIMENTOS FONTE DE RECURSOS**

3.1. Os preços a serem aplicados para a remuneração dos serviços objeto deste Edital, serão os constantes da Tabela de Procedimentos do Anexo I.

3.1.1. As empresas localizadas em outros Municípios que manifestarem interesse em Credenciar, deverão realizar a coleta de materiais em local adequado dentro do perímetro urbano do Município de Bom Jesus/RN.



Estado do Rio Grande do Norte  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS**  
GABINETE DO PREFEITO  
Rua Manoel Andrade, 12, Centro – CEP: 59270-000  
CNPJ 08.002.404/0001-26 Telefax: (84) 3253-2209  
<http://www.bomjesus.rn.gov.br>

3.2. As despesas decorrentes do presente CREDENCIAMENTO correrão por conta da Seguinte Dotação Orçamentária:

**08.701.10.302.0102.2036 – Programa Municipal de Assistência de Média e Alta Complexidade - MAC**  
Fonte: 01650  
Elemento de Despesa: 33.90.39 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica

#### **04 – CONDIÇÕES PARA CREDENCIAMENTO**

4.1. As Pessoas Jurídicas interessadas no CREDENCIAMENTO para prestar os serviços constantes do presente Edital, deverão apresentar os seguintes documentos, em original ou por cópia autenticada, em nome do solicitante do credenciamento, em envelope opaco, lacrado e inviolável, contendo em sua parte externa os seguintes dizeres:

**ENVELOPE – DOCUMENTAÇÃO**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS/RN**  
**COMISSÃO ESPECIAL DE CREDENCIAMENTO**  
**CHAMADA PÚBLICA PARA CREDENCIAMENTO Nº 001/2017**  
**RAZÃO SOCIAL DO LABORATÓRIO**  
**Nº CNPJ**

##### **4.1.1. DOCUMENTOS PARA PESSOAS JURÍDICAS:**

- a) Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado na Junta Comercial do Estado ou no Cartório de Títulos e documentos, acompanhado, no caso de sociedades por ações, dos documentos de eleição de seus atuais administradores, onde conste como um dos objetivos a prestação dos serviços objeto deste chamamento; ou Registro comercial, no caso de empresa individual.
- b) Cédula de Identidade e CPF do representante legal da empresa.
- c) Licença Sanitária (atualizada).
- d) Alvará de funcionamento fornecido pelo órgão competente do Município sede da empresa.
- e) Prova de regularidade relativa à Seguridade Social (INSS) demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei, que deverão estar em plena validade na data de sua apresentação.
- f) Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei, que deverão estar em plena validade na data da apresentação.
- g) Prova de Regularidade Fiscal para com a Fazenda Municipal, sede da empresa.
- h) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas.
- i) Certidão de Falência e Concordata
- j) Declaração do solicitante do credenciamento de que não pesa contra si, declaração de idoneidade, de acordo com o modelo constante com o ANEXO II.
- k) Declaração do solicitante do credenciamento de comprimento ao Artigo 7º, Inciso XXXIII, da Constituição Federal, conforme modelo do ANEXO III.
- l) Certificado de Registro no Conselho Regional de Farmácia do Profissional/Técnico responsável (Farmacêutico/ Bioquímico).
- m) Certificado de Registro no Conselho Regional de Farmácia da Empresa Credenciada.
- n) Relação dos exames laboratoriais que se propõe a prestar conforme objeto deste chamamento, concordando com os valores estabelecidos na tabela de procedimentos (Anexo I), assinada pelo responsável da empresa.
- o) Declaração de Responsabilidade, conforme ANEXO IV.

4.1.2. Os documentos expedidos pela *Internet* poderão ser apresentados em forma original ou cópia reprográfica sem autenticação. Entretanto, estarão sujeitos à verificação de sua autenticidade através de consulta. Os demais documentos deverão ser cópias atualizadas e autenticadas pelo tabelião ou por Servidor Municipal.

#### **05 – DA ANÁLISE DA DOCUMENTAÇÃO**

5.1. A análise dos documentos apresentados para a inscrição no credenciamento será feita pela Comissão Especial de Credenciamento, devendo ser observado o seguinte:



Estado do Rio Grande do Norte  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS**  
GABINETE DO PREFEITO  
Rua Manoel Andrade, 12, Centro – CEP: 59270-000  
CNPJ 08.002.404/0001-26 Telefax: (84) 3253-2209  
<http://www.bomjesus.rn.gov.br>

**5.1.1.** Análise da documentação no prazo de até 05 (Cinco) dias úteis, prorrogável por igual período, contados a partir da data de recebimento da documentação.

**5.1.2.** A Comissão Especial de Credenciamento poderá realizar diligências e/ou vistorias nos estabelecimentos dos solicitantes do credenciamento, para verificação das condições da prestação do serviço e do atendimento das exigências editalícias.

## **5.2. Serão declarados inabilitados os interessados:**

**5.2.1.** Que por qualquer motivo, tenham sido declarados inidôneos ou tenham sido punidos com suspensão do direito de licitar ou contratar com a Administração Pública, Direta ou Indireta, Federal, Estadual ou Municipal, com a publicação do ato no Diário Oficial da União, do Estado ou do Município, pelo Órgão que o expediu.

**5.2.2.** Inadimplentes com as obrigações assumidas junto ao órgão fiscalizador da classe, sejam as pendências financeiras ou relativas ao registro profissional, bem como os que possuam qualquer nota desabonadora emitida pelo mesmo.

**5.2.3.** Que deixarem de apresentar qualquer documentação de apresentação obrigatória exigida no Edital (relacionadas no Item 4.1.1 e seus subitens).

**5.2.4.** Anteriormente descredenciado pelo Município por descumprimento de Cláusulas Contratuais ou por haver sido constatada irregularidade na execução dos serviços prestados.

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

**6.1.** O Município reserva-se o direito de fiscalizar, de forma permanente, a prestação dos serviços pelos credenciados, podendo proceder ao descredenciamento, em caso de má prestação, verificada em processo administrativo específico, com garantia do contraditório e da ampla defesa.

**6.2.** O credenciamento configurará uma relação contratual de prestação de serviços.

**6.3.** O pagamento pelos serviços prestados pelo credenciado será efetuado mensalmente, de acordo com os valores estipulados na tabela de procedimentos (Anexo I) e tabela SIGTAP atualizada tendo em conta o número de exames efetivamente realizados, e **devidamente autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde**, mediante apresentação do documento fiscal ou equivalente, emitido pelo credenciado.

## **07 – DOS RECURSOS HUMANOS**

**7.1.** É de responsabilidade exclusiva e integral do **CRENCIADO**, a utilização de pessoal (profissional bioquímico/farmacêutico, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, administrativos e outros), para a realização dos exames constantes deste instrumento, incluídos encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes do vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações, em nenhuma hipótese, poderão ser transferidos ao Município de Bom Jesus/RN.

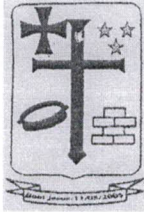
**7.2.** Não é de responsabilidade do Município de Bom Jesus/RN os encargos trabalhistas previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes da prestação de serviços a ser realizada pelo **CRENCIADO** dentro de seu consultório, de sua clínica particular e ou empresa.

## **08 – DA FORMALIZAÇÃO DO CREDENCIAMENTO**

**8.1.** Após análise de toda a documentação apresentada pelo solicitante do credenciamento, com parecer favorável da Comissão Especial de Credenciamento, o processo será submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, e, posteriormente, encaminhado ao Prefeito Municipal, para homologação e publicação do extrato de credenciamento.

**8.2.** Sendo homologado o pedido de credenciamento será formalizado o termo próprio "CONTRATO", contendo as Cláusulas e condições previstas neste Edital.

## **09 – DOS PRAZOS RECURSAIS**



Estado do Rio Grande do Norte  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS**  
GABINETE DO PREFEITO  
Rua Manoel Andrade, 12, Centro – CEP: 59270-000  
CNPJ 08.002.404/0001-26 Telefax: (84) 3253-2209  
<http://www.bomjesus.rn.gov.br>

**9.1.** Os recursos administrativos deverão ser apresentados no prazo de **05 (Cinco) dias úteis**, a contar da publicação do resultado na imprensa oficial do Estado de Minas Gerais, e serão processados nos termos do Art. 109 da Lei Federal nº 8.666/93.

**9.2.** As impugnações contra os termos do Edital e seus anexos, só poderão ser interpostos até 03 (Três) dias antes do prazo de início do recebimento da documentação e serão apreciados no prazo de 48 (Quarenta e oito) horas.

**9.3.** Os recursos administrativos e as impugnações deverão ser digitalizados, impressos, fundamentados e assinados pelo interessado ou procurador devidamente credenciado, e dirigidos ao presidente da Comissão Especial de Credenciamento, no endereço indicado no preâmbulo do presente Edital.

## **10 – DOS ENCAMINHAMENTOS DOS SERVIÇOS**

**10.1.** Todos os encaminhamentos para os serviços de saúde credenciados, deverão ser feitos através de requisição ou formulário próprio, **devidamente autorizados e assinados pela Secretaria Municipal de Saúde**.

**10.2.** No caso de haver mais de um prestador credenciado para o mesmo serviço de saúde, o Município não poderá indicar nominalmente às clínicas ou profissionais, devendo dispor de relação constando o nome, endereço e telefone de todos os serviços credenciados, **sendo a escolha do prestador dos serviços EXCLUSIVA do Usuário da rede municipal de saúde**.

## **11 – DA VIGÊNCIA DO CREDENCIAMENTO**

**11.1.** O credenciamento terá vigência de 12 (Doze) meses, a partir da assinatura do Termo de Credenciamento, prorrogável por igual período, limitado a 60 (Sessenta) meses, mediante justificativa da Secretaria Municipal de Saúde.

## **12 – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

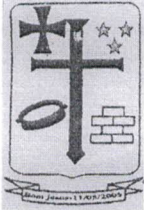
**12.1.** Ao Município de Bom Jesus/RN reserva-se o direito de, justificadamente, anular ou revogar o presente Edital, sem que caibam reclamações ou indenizações.

**12.2.** Fazem parte do presente Edital, a minuta do termo de credenciamento, e os respectivos anexos: Anexo I – Modelo de Declaração de idoneidade; Anexo II – Modelo de Declaração de comprimento ao artigo 7º, inciso XXXIII, da Constituição Federal; Anexo III - Declaração de Responsabilidade, Anexo IV Minuta de Contrato.

**12.3.** Mais informações poderão ser obtidas junto ao Departamento de Licitações da Prefeitura Municipal de Bom Jesus/RN, situada na Rua Manoel Andrade, 12, Centro, nesta cidade de Bom Jesus/RN, ou pelo telefone (84) 3253.2209 ou pelo e-mail: [licitacao@bomjesus.rn.gov.br](mailto:licitacao@bomjesus.rn.gov.br).

Bom Jesus/RN, 02 de fevereiro de 2016.

Felipe Augusto Ribeiro Figueredo  
Secretário Municipal de Saúde



Estado do Rio Grande do Norte  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS**  
GABINETE DO PREFEITO  
Rua Manoel Andrade, 12, Centro – CEP: 59270-000  
CNPJ 08.002.404/0001-26 Telefax: (84) 3253-2209  
<http://www.bomjesus.rn.gov.br>

ANEXO II - TABELA SUS		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	CÓDIGO	VALOR UNITÁRIO - Tabela SUS (R\$)
DOSAGEM DE PARATORMÔNIO	02.02.06.027-6	43,13
DOSAGEM DE POTÁSSIO	02.02.01.060-0	1,85
DOSAGEM DE PROGESTERONA	02.02.06.029-2	10,22
DOSAGEM DE PROLACTINA	02.02.06.030-8	10,15
DOSAGEM DE PROTEÍNA C REATIVA	02.02.03.020-2	2,83
DOSAGEM DE PROTEÍNAS (URINA DE 24 HORAS)	02.02.05.011-4	2,04
DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS	02.02.01.061-9	1,40
DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES	02.02.01.062-7	1,85
DOSAGEM DE SÓDIO	02.02.01.063-5	1,85
DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	02.02.06.032-2	15,35
DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	02.02.06.033-0	13,11
DOSAGEM DE TESTOSTERONA	02.02.06.034-9	10,43
DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	02.02.06.035-7	13,11
DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	02.02.06.037-3	8,76
DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	02.02.06.038-1	11,60
DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO PIRÚVICA (TGP)	02.02.01.065-1	2,01
DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO-OXALACÉTICA (TGO)	02.02.01.064-3	2,01
DOSAGEM DE TRANSFERRINA	02.02.01.066-0	4,12
DOSAGEM DE TRIGLICERÍDEOS	02.02.01.067-8	3,51
DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	02.02.06.039-0	8,71
DOSAGEM DE UREIA	02.02.01.069-4	1,85
DOSAGEM DE VITAMINA B12	02.02.01.070-8	15,24
DOSAGEM DE ZINCO	02.02.07.035-2	15,65
DOSAGEM GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	02.02.01.046-5	3,51
ELETROFORESE DE PROTEÍNAS	02.02.01.072-4	4,42
ERITROGRAMA (ERITRÓCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATÓCRITO)	02.02.02.036-3	2,73
GASOMETRIA (PH, PCO <sup>2</sup> PO <sup>2</sup> BICARBONATO AS <sup>2</sup> ) - EXCETO BASE	02.02.01.073-2	15,65
HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	4,11
INTRADERMORREACÇÃO COM DERIVADO PROTÉICO PURIFICADO (PPD)	02.02.03.024-5	0,00
LEUCOGRAMA	02.02.02.039-8	2,73
PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	02.02.03.025-3	10,00
PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	02.02.03.026-1	10,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	02.02.03.027-0	8,67
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	02.02.03.045-8	10,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTISTREPTOLISINA O (ASLO)	02.02.03.047-4	2,83
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	02.02.03.028-8	17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV 1 (WESTERN-BLOT)	02.02.03.029-6	85,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV1+HIV2 (ELISA)	02.02.03.030-0	10,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV1+HTLV2	02.02.03.031-8	18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-IGG CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IG)	02.02.03.078-4	18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	02.02.03.055-5	17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINÚCLEO	02.02.03.059-8	17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEÍNA (RNP)	02.02.03.032-6	17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SHISTOSOMAS	02.02.03.033-4	5,74
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	02.02.03.034-2	17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	02.02.03.035-0	18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	02.02.03.036-9	18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	02.02.03.062-8	17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITRYPANOSOMA CRUZI	02.02.03.077-6	9,25
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	02.02.03.063-6	18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS HETERÓFILOS CONTRA O VÍRUS EPSTEIN-BARR	02.02.03.073-3	2,83
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVÍRUS	02.02.03.074-1	11,00
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	02.02.03.076-8	16,97
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVÍRUS (DENGUE E FEBRE AMAERLA)	02.02.03.079-2	30,00
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	02.02.03.080-6	18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS DA RUBÉOLA	02.02.03.081-4	17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTI-CITOMEGALOVÍRUS	02.02.03.085-7	11,61
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	02.02.03.086-5	10,00
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	02.02.03.087-3	18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IG)	02.02.03.089-0	18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	02.02.03.091-1	18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA RUBÉOLA	02.02.03.092-0	17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES 370C	02.02.12.006-6	5,79
PESQUISA DE ANTÍGENO CARCINOEMBRIÔNÁRIO (CEA)	02.02.03.096-2	13,35
PESQUISA DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	02.02.03.097-0	18,55
PESQUISA DE ANTÍGENO E DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	02.02.03.098-9	18,55
PESQUISA DE ESPERMATOZÓIDES (APÓS VASECTOMIA)	02.02.09.026-4	4,80
PESQUISA DE FATOR REUMATÓIDE (WAALER-ROSE)	02.02.03.101-2	4,10
PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	02.02.12.008-2	1,37
PESQUISA DE GONADOTROFINA CORIÔNICA (TESTE DE GRAVIDEZ)	02.02.05.025-4	0,00
PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	02.02.02.044-4	2,73
PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	02.02.04.012-7	1,85



Estado do Rio Grande do Norte  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS**  
GABINETE DO PREFEITO  
Rua Manoel Andrade, 12, Centro – CEP: 59270-000  
CNPJ 08.002.404/0001-26 Telefax: (84) 3253-2209  
<http://www.bomjesus.rn.gov.br>

ANEXO II - TABELA SUS		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	CÓDIGO	VALOR UNITÁRIO - Tabela SUS (R\$)
ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTOS NA URINA	02.02.05.001-7	3,70
ANTIBIOGRAMA	02.02.08.001-3	4,98
BACILOSCOPIA DIRETA PARA BAAR	02.02.08.004-8	4,20
BACILOSCOPIA DIRETA PARA BAAR (TUBERCULOSE)	02.02.08.006-4	4,20
BACTERIOSCOPIA (GRAM)	02.02.08.007-2	2,80
CLEARANCE DE CREATININA	02.02.05.002-5	3,51
CONTAGEM DE PLAQUETAS	02.02.02.002-9	6,48
CONTAGEM DE RETICULÓCITOS	02.02.02.003-7	2,78
CULTURA DE BACTÉRIAS PARA IDENTIFICAÇÃO	02.02.08.008-0	5,62
CULTURA PARA BAAR	02.02.08.011-0	5,63
DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	02.02.01.002-3	2,01
DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (2 DOSAGENS)	02.02.01.004-0	3,63
DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA CLÁSSICA (5 DOSAGENS)	02.02.01.007-4	10,00
DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE	02.02.03.007-5	2,83
DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	02.02.02.007-0	2,73
DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO - DUKE	02.02.02.009-6	2,73
DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMÁCIAS	02.02.02.011-8	5,79
DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	02.02.02.014-2	2,73
DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO (VHS)	02.02.02.015-0	2,73
DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPOS ABO	02.02.12.002-3	1,37
DETERMINAÇÃO DO TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TPP ATIVADA)	02.02.02.013-4	5,77
DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA	02.02.03.008-3	9,25
DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO	02.02.01.012-0	1,85
DOSAGEM DE ÁCIDO VALPROÍCO	02.02.07.005-0	15,65
DOSAGEM DE ALDOLASE	02.02.01.014-7	3,68
DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEÍNA ÁCIDA	02.02.01.016-3	3,68
DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEÍNA	02.02.03.009-1	15,06
DOSAGEM DE AMILASE	02.02.01.018-0	2,25
DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	02.02.06.011-0	11,53
DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS	02.02.07.011-5	10,00
DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA)	02.02.03.010-5	16,42
DOSAGEM DE BARBITURATOS	02.02.07.012-3	13,13
DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	02.02.03.011-3	13,55
DOSAGEM DE BLIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES	02.02.01.020-1	2,01
DOSAGEM DE CÁLCIO	02.02.01.021-0	1,85
DOSAGEM DE CÁLCIO IONIZÁVEL	02.02.01.022-8	3,51
DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	02.02.07.015-8	17,53
DOSAGEM DE CITRATO	02.02.05.008-4	2,01
DOSAGEM DE CLORETO	02.02.01.026-0	1,85
DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	02.02.01.027-9	3,51
DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	02.02.01.028-7	3,51
DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	02.02.01.029-5	1,85
DOSAGEM DE COLINESTERASE	02.02.01.030-9	3,68
DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	02.02.03.012-1	17,16
DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	02.02.03.013-0	17,16
DOSAGEM DE CORTISOL	02.02.06.013-6	9,86
DOSAGEM DE CREATININA	02.02.01.031-7	1,85
DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	02.02.01.032-5	3,68
DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRAÇÃO MB	02.02.01.033-3	4,12
DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA	02.02.01.036-8	3,68
DOSAGEM DE ESTRADIOL	02.02.06.016-0	10,15
DOSAGEM DE FENITOÍNA	02.02.07.022-0	35,22
DOSAGEM DE FERRITINA	02.02.01.038-4	15,59
DOSAGEM DE FERRO SÉRICO	02.02.01.039-2	3,51
DOSAGEM DE FOLATO	02.02.01.040-6	15,65
DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	02.02.01.042-2	2,01
DOSAGEM DE FOSFORO	02.02.01.043-0	2,01
DOSAGEM DE GLICOSE	02.02.01.047-3	1,85
DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	02.02.01.048-1	3,68
DOSAGEM DE GONADOTROPINA CORIÔNICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	02.02.06.021-7	7,85
DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	02.02.01.049-0	3,68
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	02.02.01.050-3	7,86
DOSAGEM DE HORMÔNIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	02.02.06.023-3	7,89
DOSAGEM DE HORMÔNIO LUTEINIZANTE (LH)	02.02.06.024-1	8,97
DOSAGEM DE HORMÔNIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	02.02.06.025-0	8,96
DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	02.02.03.016-4	9,25
DOSAGEM DE INSULINA	02.02.06.026-8	10,17
DOSAGEM DE LIPASE	02.02.01.055-4	2,25
DOSAGEM DE MAGNÉSIO	02.02.01.056-2	2,01
DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	02.02.05.009-2	8,12
DOSAGEM DE MUCO-PROTEÍNAS	02.02.01.057-0	2,01
DOSAGEM DE OXALATO	02.02.05.010-6	3,68



Estado do Rio Grande do Norte  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS**  
GABINETE DO PREFEITO  
Rua Manoel Andrade, 12, Centro – CEP: 59270-000  
CNPJ 08.002.404/0001-26 Telefax: (84) 3253-2209  
<http://www.bomjesus.rn.gov.br>

ANEXO II - TABELA SUS		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	CÓDIGO	VALOR UNITÁRIO - Tabela SUS (R\$)
PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	02.02.04.014-3	1,65
PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	02.02.02.046-0	2,73
PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	02.02.04.017-8	1,65
PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLORESCÊNCIA)	02.02.03.104-7	10,00
PESQUISA PARA DOSAGEM DE AMINOÁCIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	02.02.05.014-9	3,70
PROVA DO LÁTEX PARA PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	02.02.09.030-2	1,89
TESTE DE VDRL PARA DETECÇÃO DE SÍFILIS	02.02.03.111-0	2,83
TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA	02.02.02.054-1	2,73
TESTE FTA-ABS IGM PARA DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS	02.02.03.113-6	10,00
TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	02.02.12.009-0	2,73
VDRL PARA DETECÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTE	02.02.03.117-9	2,83
QUANTITATIVO APROXIMADO DE 110.000 EXAMES ANUAIS		
FONTE TABELA SUS		



Estado do Rio Grande do Norte  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS**  
GABINETE DO PREFEITO  
Rua Manoel Andrade, 12, Centro – CEP: 59270-000  
CNPJ 08.002.404/0001-26 Telefax: (84) 3253-2209  
<http://www.bomjesus.rn.gov.br>

## ANEXO II

### MODELO SUGERIDO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

À  
Prefeitura Municipal de Bom Jesus/RN  
Comissão Especial de Credenciamento  
Chamada para Credenciamento nº 001/2017

### DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

(Razão Social e CNPJ da Pessoa Jurídica) ..... através de seu Diretor ou Responsável Legal, declara, sob as penas da lei que, até a presente data, não foi considerada **INIDÔNEA** para licitar ou contratar com a Administração Pública.

Por ser expressão de verdade, firmamos a presente.

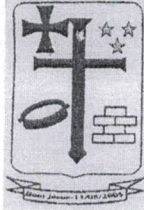
Local, ..... de ..... de 2017.

Assinatura do responsável

Nome (completo): .....

**(carimbo da empresa e/ou individual)**





Estado do Rio Grande do Norte  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS**  
GABINETE DO PREFEITO  
Rua Manoel Andrade, 12, Centro – CEP: 59270-000  
CNPJ 08.002.404/0001-26 Telefax: (84) 3253-2209  
<http://www.bomjesus.rn.gov.br>

**ANEXO III**

**MODELO SUGERIDO**

**Empregador Pessoa Jurídica**

**À**

**Prefeitura Municipal de Bom Jesus/RN**

**Comissão Especial de Credenciamento**

**Ref.: Chamada para Credenciamento nº 001/2017**

\_\_\_\_\_, inscrito no CNPJ nº \_\_\_\_\_, por intermédio de seu representante legal o(a) Sr. (a) \_\_\_\_\_, portador(a) da Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_ e do CPF nº \_\_\_\_\_, **DECLARA**, em cumprimento ao Inciso XXXIII, do Artigo 7º da Constituição Federal combinado ao inciso V do art. 27 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos em qualquer trabalho, Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz ( ).

(Observação: em caso afirmativo, assinalar a ressalva acima).

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(representante legal)

Assinatura do responsável

Nome (completo): .....

**(carimbo da empresa e/ou individual)**



Estado do Rio Grande do Norte  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS**  
GABINETE DO PREFEITO  
Rua Manoel Andrade, 12, Centro – CEP: 59270-000  
CNPJ 08.002.404/0001-26 Telefax: (84) 3253-2209  
<http://www.bomjesus.rn.gov.br>

#### ANEXO IV

### MODELO SUGERIDO DE DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

À  
Prefeitura Municipal de Bom Jesus  
Comissão Especial de Credenciamento  
Ref.: Chamamento para Credenciamento nº 001/2017

#### DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

A empresa e/ou profissional....., estabelecida(o) na Rua ....., cidade de....., inscrita no CNPJ e/ou CPF sob o nº ....., através do seu Responsável Técnico.....  
**DECLARA** sob as penas da lei, que se responsabiliza pela prestação dos serviços em conformidade com a legislação pertinente, e que concorda em prestar serviços objeto deste edital em seu estabelecimento, aceitando receber os valores constantes na tabela de procedimentos descritos no Anexo I deste edital, conforme preços estipulados na Tabela de SUS/SIGTAP.

Declaramos ainda, que dispomos de um laboratório equipado e de uma equipe técnica habilitada e capacitada a realizar os serviços solicitados.

Por ser expressão de verdade, firmamos o presente.

Local, ..... de ..... de 2017.

Assinatura do responsável  
Nome (completo): .....  
(carimbo da empresa e/ou individual)



Estado do Rio Grande do Norte  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS**  
GABINETE DO PREFEITO  
Rua Manoel Andrade, 12, Centro – CEP: 59270-000  
CNPJ 08.002.404/0001-26 Telefax: (84) 3253-2209  
<http://www.bomjesus.rn.gov.br>

## ANEXO V

### MINUTA DE CONTRATO DE CREDENCIAMENTO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Contrato nº .../2017 Processo Licitatório nº xxxxx/2017

O MUNICÍPIO DE BOM JESUS/RN, PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS/RN, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 08.002.404/0001-26, com sede à Rua Manoel Andrade, 12, Centro na cidade de Bom Jesus/RN, neste ato representado pelo prefeito Sr. Clécio da Câmara Azevedo, brasileiro, casado, residente e domiciliado na Fazenda Santa Rita nº 100 – Zona Rural – Bom Jesus/RN, nos termos do Edital de Chamamento para Credenciamento nº 001/2017, **CRENCENCIA**, através do presente, a empresa..... (nome, qualificação, endereço, identificação, CPF ou CNPJ), para **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS LABORATORIAIS**, de acordo com as seguintes condições:

#### CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1. O CREDENCIADO prestará serviço ao Município de BOM JESUS/RN, mediante encaminhamento através de requisição ou formulário próprio, oriundo da rede pública municipal de saúde de BOM JESUS/RN, obedecendo a tabela do SUS – SIGTAP, disponibilizada pela Secretaria Municipal de Saúde, devidamente autorizada pela mesma, os exames constates na Tabela SUS – SIGTAP.

**PARÁGRAFO ÚNICO** O CREDENCIAMENTO terá **vigência de 12 (Doze) meses**, a partir da assinatura do Termo de Credenciamento, podendo ser prorrogado por igual período, limitado a 60 (Sessenta) meses, mediante justificativa da Secretaria Municipal de Saúde.

#### CLÁUSULA SEGUNDA - DA REMUNERAÇÃO

2. O preço ajustado entre as partes para os procedimentos descritos na Cláusula Primeira, são os praticados conforme tabela do SUS – SIGTAP, os quais serão reajustados anualmente pela Secretaria Municipal de Saúde, e aceito pelo **CREDENCIADO**, estando inclusos taxas de administração, gastos com materiais, manutenção, impostos, taxas e outros dispêndios necessários à realização do objeto contratado.

#### CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO

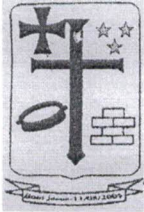
3. O Município de BOM JESUS/RN tem a obrigação de:

- 3.1. Efetuar o pagamento dos procedimentos executados ao CREDENCIADO, nos valores constantes da tabela da Cláusula Primeira deste instrumento - Preços Públicos - até o dia 10 (Dez) do mês subsequente da realização dos serviços, mediante a apresentação das requisições autorizadas e assinadas pelo usuário, bem como, a competente fatura emitida pelo CREDENCIADO, em documento fiscal idôneo ou equivalente.
- 3.2. O Município reserva-se o direito de fiscalizar de forma permanente, a prestação dos serviços realizados pelo CREDENCIADO, podendo proceder ao descredenciamento, em caso de má prestação, verificada em processo administrativo específico, com garantia do contraditório e da ampla defesa.
- 3.3. Efetuar a conferência técnica e administrativa das faturas e requisições apresentadas.
- 3.4. Fornecer formulários de receituários, requisições e atestados para o CREDENCIADO utilizar em seu consultório ou clínica particular, quando em atendimento a usuários do SUS, e exclusivamente a estes.
- 3.5. Fica vedado ao Município o pagamento de procedimentos que não tiverem devidamente descritos nas requisições próprias e não constarem no verso à assinatura do usuário.
- 3.6. No caso de haver mais de um prestador credenciado para o mesmo serviço de saúde, o Município não poderá indicar nominalmente às clínicas ou profissionais, devendo dispor de relação constando o nome, endereço e telefone de todos os serviços credenciados, **sendo a escolha do prestador dos serviços EXCLUSIVA do Usuário da rede municipal de saúde.**

#### CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO

4. São obrigações do **CREDENCIADO**

- 4.1. Atender todos os encaminhamentos habilitados pelo instrumento de credenciamento, feitos pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de Bom Jesus/RN, através das requisições próprias, devidamente autorizadas pela autoridade competente.
- 4.2. Preencher com clareza e exatidão todos os campos das requisições, atestados, receituários e demais formulários e documentos fornecidos pelo Município.
- 4.3. Utilizar os documentos referidos no Item 02 somente para usuários do SUS.
- 4.4. É de responsabilidade exclusiva e integral do **CREDENCIADO**, a utilização de pessoal (profissional bioquímico/farmacêutico, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, administrativos, outros), para



a realização dos procedimentos constantes deste instrumento, incluídos encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes do vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações, em nenhuma hipótese, poderão ser transferidos ao Município.

**4.5.** É de responsabilidade do **CRENCIADO** todos os encargos trabalhistas previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes da prestação de serviços a ser realizada por este, dentro do consultório e/ou clínica particular.

**4.6.** O pagamento pelos serviços prestados pelo credenciamento será efetuado mensalmente, de acordo com os valores estipulados na tabela da cláusula primeira deste instrumento, com a devida comprovação dos encaminhamentos, até o dia 10 (Dez) do mês subsequente, tendo em conta o número de exames efetivamente realizados, por encaminhamento da Secretaria Municipal de Saúde do Município, em requisições próprias, devidamente autorizadas, acompanhadas da respectiva fatura emitida pelo credenciado, em documento fiscal idôneo ou equivalente, anexando relação dos usuários atendidos, com o nome completo e origem da execução do objeto para o qual foi contratado.

**4.7.** Comunicar com antecedência de 10 (Dez) dias, a não disponibilidade de prestar serviços de saúde por motivos particulares, definindo o período do não atendimento.

**4.8.** O atendimento ao usuário deve ter o tempo ideal para que o profissional realize coletas para os exames laboratoriais, proporcionando ao paciente a mesma qualidade oferecida a outros convênios ou credenciamentos.

#### **CLÁUSULA QUINTA - DAS CONDIÇÕES GERAIS**

**5.1.** Em caso de atraso na entrega dos documentos pelo **CRENCIADO**, o pagamento feito pelo Município será retardado proporcionalmente.

#### **CLÁUSULA SEXTA**

**6.1.** Em nenhuma hipótese o **CRENCIADO** poderá cobrar do usuário qualquer importância, referente aos serviços constantes de requisição ou ordem de serviço emitida pelo Município, implicando em descredenciamento obrigatório, com as demais cominações legais.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA**

**7.1.** O Município reserva-se o direito de após a conferência técnica e administrativa dos documentos apresentados, efetuada pela Equipe da Secretaria Municipal de Saúde, ou por profissional habilitado indicado para tal função, solicitar perícias e informações adicionais, em justificando, glosar despesas e procedimentos.

#### **CLÁUSULA OITAVA**

**8.1.** A remuneração recebida pelo **CRENCIADO** não gerará direito adquirido, não caracterizando vínculo de natureza trabalhista e previdenciária para o Município de Bom Jesus.

#### **CLÁUSULA NONA**

**9.1.** O presente credenciamento poderá ser revogado a qualquer momento, a bem do interesse público, por parte do Município de Bom Jesus/RN sem que haja direito a indenização por parte do credenciado.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA**

**10.1.** O **CRENCIADO** poderá descredenciar-se, devendo comunicar ao Município com 30 (Trinta) dias de antecedência.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA**

**11.1.** O **CRENCIADO** não poderá delegar ou transferir a terceiros, no todo ou em parte, os serviços constantes deste termo.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA**

Pela inexecução total ou parcial do instrumento contratual o **CRENCIADO** sujeitar-se-á as seguintes sanções:

**12.1.** Advertência.

**12.2.** Multa por inexecução contratual parcial, até o limite de 20% (Vinte por cento) do valor já faturado, correspondente à gravidade da infração, garantida ao **CRENCIADO** ampla e prévia defesa, nos termos do Art. 87 da Lei 8666/93.



Estado do Rio Grande do Norte  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS**  
GABINETE DO PREFEITO  
Rua Manoel Andrade, 12, Centro – CEP: 59270-000  
CNPJ 08.002.404/0001-26 Telefax: (84) 3253-2209  
<http://www.bomjesus.rn.gov.br>

12.3. Multa por inexecução contratual de 5% (Cinco por cento) do valor já faturado, cabível na rescisão contratual por culpa do CREDENCIADO.

12.4. Suspensão temporária de participação em licitações e impedimento de contratar com a Administração Pública, pelo prazo de até 02 (Dois) anos.

12.5. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA**

13.1. As despesas decorrentes do presente CREDENCIAMENTO correrão por conta da Seguinte Dotação Orçamentária:

**08.701.10.302.0102.2036 – Programa Municipal de Assistência de Média e Alta Complexidade - MAC**  
**Fonte: 01650**

**Elemento de Despesa: 33.90.39 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA**

14.1. Fica o **CREDENCIADO** responsável civil e criminalmente, por todo e qualquer dano decorrente da execução do objeto contratado e, especialmente, por eventuais acidentes pessoais, devendo, para tanto, estar assegurado por apólice.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA**

15.1. Fica eleito o foro da COMARCA DE MACAÍBA para dirimir qualquer dúvida oriunda do presente Termo de Contrato de Credenciamento, o qual será emitido em 03 (três) vias de igual teor, sendo devidamente assinado pelas partes interessadas, na presença de duas testemunhas.

Bom Jesus/RN, ..... de ..... de .....

\_\_\_\_\_  
Clécio da Câmara Azevedo  
Prefeito Municipal

\_\_\_\_\_  
Empresa Credenciada  
Responsável – CPF

#### **Testemunhas:**

-----  
Identidade ou CPF

-----  
Identidade ou CPF