



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**  
**LICITAÇÕES E CONTRATOS**

---

**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 405/2020**

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 005/2020**

**INEXIGIBILIDADE Nº 010/2020**

**CREDCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS  
LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS E PATOLÓGICAS**

**01 – PREÂMBULO:**

1.1 - **O MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS – PR** e Fundo Municipal de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde, através da Comissão Permanente de Licitação, designada pela Portaria Municipal nº001 de 02 de janeiro de 2020, de acordo com as disposições deste edital e nos termos da Lei 8.666/93 e todas as suas alterações, a Lei Federal nº 8080/90, e Parecer Jurídico e demais legislações aplicáveis, **TORNA PÚBLICA** a realização de credenciamento de pessoas jurídicas para prestação de serviços de Laboratórios de Análise Clínicas e Patológicas, objeto deste Instrumento, nos termos e condições a seguir:

**02- OBJETO:**

2.1 A prestação de serviços de diagnósticos laboratoriais e análises clínicas e toxicológicas, para o Departamento Municipal de Saúde, pelo período de 12 (doze) meses, seguindo a **TABELA UNIFICADA DE PREÇOS DO SUS**, conforme a necessidade.

**03- DAS CONDIÇÕES DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS:**

3.1 Os prestadores de serviços deverão ter, no mínimo, um posto de coleta na área urbana do município de Porto Amazonas/PR, em observância aos princípios da economicidade e da racionalidade, afim de evitar deslocamentos e gastos desnecessários para o município e também evitar transtornos ao usuário do SUS.

3.2 Os serviços deverão ser totalmente prestados pela empresa credenciada não possuindo o município responsabilidade pelo transporte de coletas e pela retirada dos laudos e/ou resultados dos exames realizados.

3.3 O contratado deverá prestar os serviços de plantões conforme cronograma que será estabelecido pelo Departamento de Saúde, estando no local para coleta de exames em meia hora após o chamado do Pronto Atendimento Municipal Menino Jesus, a qualquer horário do dia ou da noite, conforme escala, não tendo quantidade pré-determinada diariamente, devendo a empresa manter os funcionários a disposição das unidades por 24 horas. E sendo entregue os exames em uma hora nestas situações.

3.4 Para a realização dos exames referidos neste credenciamento o município emitirá autorização expressa, através de guias emitidas pelo setor de agendamentos que será apresentada pelo paciente quando da realização, do atendimento, sendo que o agendamento deste é de responsabilidade do paciente.

3.5 Em caso de haver mais de uma empresa credenciada para a realização do mesmo procedimento, é facultado ao paciente a escolha do prestador de serviço, salvo se esgotado a cota mensal daquele estabelecimento.



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**  
**LICITAÇÕES E CONTRATOS**

---

3.6 Em caso de haver mais de uma empresa credenciada, o Departamento Municipal de Saúde, fixara cota mensal de exames igualitária entres os credenciados devendo a credenciada cumprir tal obrigação, sob pena de não ser realizado o pagamento dos exames realizados a mais da cota.

3.7 A realização de exames excedentes as cotas mensais dependerão da autorização do Município.

3.8 O município reserva o direito de fiscalizar, de forma permanente, a prestação dos serviços pelos credenciados, podendo no proceder no descredenciamento, em caso de má prestação, apurada em processo administrativo específico, com garantia do contraditório e da ampla defesa;

3.9 A empresa credenciada deverá enviar mensalmente as Guias (requisições/autorizações) originais emitidas pelo Departamento de Saúde, devidamente assinadas e sem rasuras, juntamente com o relatório gerencial ou documento fiscal devidamente assinado pelo beneficiário e acompanhado da nota fiscal eletrônica para o Departamento de Saúde, o qual realizará a conferência e aprovação das mesmas. No relatório mensal deverá conter os valores unitários dos exames com base nos preços registrados em ata bem como os valores globais.

3.10 Exames que tiverem seu resultado descrito como indeterminado ou que necessitarem de nova coleta para contraprova, serão realizados em outro laboratório a ser contratado pelo Município pagos pela empresa credenciada.

3.11 O credenciamento a ser habilitado deverá adotar o sistemas oficial do Estado do Paraná e os exames relacionados as doenças de interesse em saúde pública e deverão ter suas requisições cadastradas, registradas e os resultados dos exames liberados no Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL, oficial do Ministério da Saúde implantado no Paraná e que atende todos os municípios, conforme pactuação.

#### **04 – FORMA DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO:**

4.1 Os interessados poderão inscrever-se para Credenciamento, a partir da publicação do presente termo, no Setor de Licitações e Contratos do Município de Porto Amazonas/PR.

4.2 Serão considerados credenciados os Laboratórios que apresentarem os documentos enumerados no item 6.1 deste Termo.

4.3 Os interessados poderão Credenciar, pelo período de (01) um ano, tendo início no dia 26/10/2020 a 25/10/2021, com análise da documentação das 08:00 às 17:00 horas. Sendo suas inscrições proporcionalmente adequadas ao período remanescente de vigência do Credenciamento.

4.4 Os interessados para atenderem o chamamento do credenciamento, poderão ter acesso aos modelos das seguintes formas:

a) acesso a internet – [www.portoamazonas.pr.gov.br](http://www.portoamazonas.pr.gov.br).

b) Secretaria Municipal de Administração - (Setor de Compras, Licitações e Contratos).

#### **05 – FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS:**

5.1 Os interessados deverão encaminhar os documentos relacionados no item 6.1 a Divisão de Licitações do Município de Porto Amazonas - PR, no horário das 08h00min às 17h00min, em dias de expediente, no seguinte endereço:

#### **PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO AMAZONAS – PR**

Rua Guilherme Schiffer, nº67 – Centro – CEP: 84140-000

Porto Amazonas – PR, em envelopes fechados com as seguintes indicações:



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**  
**LICITAÇÕES E CONTRATOS**

---

CRENCIAMENTO DE LABORATORIOS DE ANÁLISES CLINICAS

INTERESSADOS:

CNPJ:

ENDERECO COMPLETO:

TELEFONE PARA CONTATO:

**06 –DOCUMENTAÇÃO REFERENTE À HABILITAÇÃO:**

6.1 Para o credenciamento de prestação de serviços de laboratórios de análises clínicas deverão ser apresentados os seguintes documentos:

**6.1.1 Qualificação Técnica**

6.1.1.1 Apresentar 01 (um) Atestado de Capacidade Técnica (declaração ou certidão), fornecida por pessoa jurídica de direito público ou privada, onde comprove que o licitante teve ou está tendo um bom desempenho na prestação de serviços compatível com o objeto desta licitação;

6.1.1.2 Cópia do Certificado de Registro no Conselho Regional de Farmácia do Profissional/Técnico responsável (Farmacêutico/ Bioquímico). Caso o profissional seja Biomédico, este deverá apresentar cópia do Certificado de Registro no Conselho competente;

6.1.1.3 Certificado de Registro no Conselho Regional de Farmácia da Empresa licitante;

6.1.1.4 Comprovação de **Vínculo empregatício** do Farmacêutico/Bioquímico (ou outro profissional habilitado que possa realizar análises clínicas) através da cópia da CTPS ou Contrato particular com a proponente registrado em Cartório. (Na hipótese do profissional ser sócio da empresa, não haverá a necessidade de tal documento);

6.1.1.5 Cópia da **Licença sanitária** para funcionamento fornecido pelo Serviço de Vigilância Sanitária da Secretaria da Saúde Estadual ou Municipal da Sede do Licitante, em vigor;

6.1.1.6 **Alvará de Funcionamento** como prova de inscrição no cadastro de contribuintes municipal, relativo ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual, em seu período de validade;

6.1.1.7 **Declaração** da empresa de **disponibilidade** para prestação dos serviços, objeto desta Licitação (Anexo VI);

6.1.1.8 **Declaração** da empresa **tomando ciência e se comprometendo** com a realização de exames emergenciais, no Pronto Atendimento Municipal Menino Jesus (Anexo VII).

**6.2.2 Declarações**

6.2.2.1 Apresentar **Declaração de Idoneidade**, conforme modelo anexo II;

6.2.2.2 Apresentação de "**Declaração de Inexistência de Fatos Impeditivos**", conforme modelo anexo III;

6.2.2.3 Apresentar **Declaração de cumprimento do disposto no inciso V, do art. 27 da Lei nº 8.666/93**, conforme modelo anexo IV.



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**  
**LICITAÇÕES E CONTRATOS**

---

**6.2.3 Habilitação Jurídica:**

6.2.3.1 Cópia da cédula de identidade, no caso de empresa individual;

6.2.3.2 Registro comercial, no caso de empresa individual;

6.2.3.3 Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedades por ações, acompanhado da documentação de eleição dos seus administradores;

6.2.3.4 Inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova da diretoria em exercício;

6.2.3.5 Decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim exigir.

6.2.3.6 Apresentação da **Certidão Simplificada** expedida pela Junta Comercial do Estado sede do licitante. (PARA PARTICIPANTES ME, MEI E EPP)

**6.2.4 Regularidade Fiscal e Trabalhista:**

**6.2.4.1 Regularidade Fiscal:**

6.2.4.1.1 Comprovante de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ;

6.2.4.1.2 Certidão Negativa de Tributos Municipais do Município da Sede ou domicílio da Empresa Licitante;

6.2.4.1.3 Certidão Negativa de Tributos Estaduais;

6.2.4.1.4 Certidão Negativa de Tributos Federais;

6.2.4.1.5 Certidão Negativa do FGTS.

**6.2.4.2 Regularidade Trabalhista:**

6.2.4.2.1 Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas.

**6.2.5 Qualificação Econômico-Financeira**

**6.2.5.1 Certidão Negativa de Falência, Concordata, recuperação Judicial ou Extrajudicial**, expedida pelo distribuidor da Sede do Licitante. Caso não possuam prazos de validade, somente serão aceitas com data não excedente a 60 (sessenta) dias.

**6.2.5.2 Demonstrações contábeis do último exercício** social já exigível e na forma da lei, compostas, no mínimo, do **Balanco Patrimonial e da Demonstração do Resultado do Exercício**, que comprovem a boa situação financeira da empresa, vedada a sua substituição por balancete ou balanços provisórios, devidamente rubricados e assinados pelo (a) responsável da empresa e contador (a) cadastrado (a) no conselho competente;

6.2.5.3 Quando se tratar de pessoa jurídica constituída na forma de **sociedade anônima** admitir-se-á a apresentação do balanço patrimonial devidamente registrado, acompanhado de cópia da respectiva publicação na Imprensa Oficial.



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**  
**LICITAÇÕES E CONTRATOS**

---

6.2.5.4 As **empresas com menos de um ano de exercício social de existência** devem cumprir a exigência contida no "item 5.2", mediante a apresentação do Balanço de Abertura ou do último Balanço Patrimonial levantado.

**07 – PROCEDIMENTO DO CADASTRO:**

7.1 O Credenciamento será amplamente divulgado e estará aberto aos interessados, no período 26/10/2020 a 25/10/2021 com análise da documentação no horário das 08:00 às 17:00 horas. Com exposição na Prefeitura Municipal.

7.2 Os inscritos serão cadastrados segundo a avaliação técnica pelos elementos constantes da documentação relacionadas no item 6.1 do presente instrumento.

7.3 Para renovação do Credenciamento, o responsável pela unidade contratante deverá proceder, no mínimo anualmente, através da imprensa oficial e do jornal diário aforamento público para a atualização dos registros existentes e para o ingresso de novos interessados.

**08 – CRITERIO DE CADASTRAMENTO:**

8.1 Os prestadores de serviços serão inicialmente cadastrados pela ordem de apresentação dos envelopes contendo os documentos de habilitação, junto ao setor indicado no item 5.1 deste edital e posteriormente recadastrados conforme a ordem de execução dos serviços.

8.2 Ao requerer a inscrição no cadastro, ou atualização deste, a qualquer tempo, o interessado/prestador de serviços fornecera os elementos necessários a satisfação das exigências contidas no item 6.1 deste instrumento.

8.3 Aos inscritos será fornecido certificado, renovável sempre que atualizarem o registro.

8.4 A atuação do cadastramento no cumprimento de obrigações assumidas será anotada no respectivo registro cadastral.

8.5 A qualquer tempo o Termo de Credenciamento/Ordem de Serviço poderá ser alterado, visando adequar os serviços as condições de execução previstas pela Secretaria Municipal de Saúde.

8.6 O Termo de Credenciamento poderá ser suspenso ou cancelado, se ficar demonstrado que o inscrito deixou de satisfazer as exigências estabelecidas para o cadastramento, bem como se não atender as condições e os critérios mínimos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, visando o atendimento satisfatório, oportunidade em que haverá imediata abertura para inscrição de novos credenciados.

**09 – DO VALOR E PRAZO DE EXECUÇÃO:**

9.1 A renumeração pela prestação dos serviços será da tabela do SUS.

9.2 O valor disponível para realização dos serviços em sua vigência será estimada em R\$200.000,00 (duzentos mil reais), anual.

9.3 Os pagamentos pela execução dos serviços correrão por conta dos recursos dotação orçamentária:

**ORGÃO – 09 – Departamento de Saúde**

**UNIDADE – 09.001 – Fundo Municipal de Saúde**

**PROJETO/ATIVIDADE – 10.301.0029.2029 – Manutenção do Fundo Municipal de Saúde**

**ELEMENTO DE DESPESA – 3.3.90.39.50.99 – Demais despesas com serviço médico-hospitalar, odontológico e laboratorial**

9.4 O prazo de execução será de 12 (doze) meses, sendo que os credenciamentos efetivados a partir desta data inaugural serão efetivados e pagos em proporcionalidade e poderão ser prorrogados de acordo com a Lei Federal 8.666/93.

9.5 A credenciada deverá realizar os procedimentos contratados, sem cobrança de qualquer valor adicional ao usuário do SUS.



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**  
**LICITAÇÕES E CONTRATOS**

---

9.6 A prestação do serviço deve atender a demanda da Secretaria Municipal de Saúde e também em atendimento ambulatorial de urgência e emergência na Unidade de Pronto Atendimento Municipal Menino Jesus, de domingo a domingo, 24hs por dia, 30 dias pormês.

9.7 A coleta e a realização dos exames serão de responsabilidade da empresa credenciada, que assumira todos os ônus decorrentes dos procedimentos. O resultado dos exames dar-se-á no local onde foi realizada a coleta, observado o prazo estipulado neste regulamento.

9.8 A empresa credenciada será responsável pelo material necessário as coletas, incluindo nesse caso, todo e qualquer medicamento imprescindível para a realização do procedimento.

9.9 A coleta do material a ser analisado devera ser agendada para no Maximo 01(um) dia útil, sendo o responsável pelo agendamento o Fundo Municipal de Saúde/Departamento Municipal de Saúde.

9.10 A conferencia das faturas expedidas pelos credenciados ficará sob a responsabilidade do Departamento Municipal de Saúde.

a) Relatórios com as guias de requisição, devidamente autorizadas, com nome do paciente, exames realizados e respectivos valores.

9.11 A Credenciada deve permitir o acompanhamento e a fiscalização da Contratante ou da comissão designada para tal.

9.12 O Departamento Municipal de Saúde realizara avaliação dos cós prestados pelas empresas credenciadas.

9.13 A credenciada devera de imediato, quando solicitado, apresentar material biológico, documentos, prontuários ou demais informações necessárias ao acompanhamento da execução do contrato.

9.14 As áreas físicas destinadas a coleta e realização dos exames serão de responsabilidade da contratada, as suas expensas.

9.15 O transporte do material biológico devera ocorrer de forma adequada e de acordo com as normas de bio segurança expedidas pela ANVISA ou outro órgão fiscalizador.

## **10 – DA VIGÊNCIA:**

10.1 A vigência do Chamamento Publico nº005/2020 será de 12 (doze) meses, a contar da assinatura do contrato, podendo ser prorrogado de acordo com as normas legais.

10.2 Os credenciamentos efetivados apos serão efetivados e pagos em proporcionalidade ou período remanescente.

10.3 A vigência do presente Instrumento fica vinculada a existência de recursos orçamentários nos termos fixados pelo inciso II, do art., 57 da Lei de Licitações.

## **11 – CRITERIO DE REAJUSTE:**

11.1 O valor dos serviços serão os previstos na tabela do SUS.

11.2 Os valores indicados na Tabela Referencia fica ainda sujeito a alterações revisto com base nos índices oficiais, determinados pelo Ministério da Saúde, no mês subsequente a publicação pelo Governo Federal da referida tabela.

## **12 – SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E INADIMPLENTO DOS SERVIÇOS:**

12.1 Pela inexecução total ou parcial na prestação dos serviços, garantida a previadesa, serão aplicadas aos infratores as sanções do art.87 da Lei Federal 8.666/93.

12.2 Para apuração de eventuais casos de inadimplemento dos serviços, a credenciada manterá disponível ao usuário das Unidades de Saúde o serviço de denuncia na Secretaria Municipal de Saúde.



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**  
**LICITAÇÕES E CONTRATOS**

---

**13 – CONDIÇÕES DE PAGAMENTOS:**

13.1 O pagamento será realizado após 30 (trinta) dias de prestação de serviços, com avaliação técnica da execução dos serviços pelo Departamento Municipal de Saúde, mediante apresentação da Nota Fiscal e relatório de todos os exames realizados.

13.2 É vedada a cobrança de sobretaxas pelos credenciados, sendo motivo de descredenciamento.

**14 – RECURSOS ADMINISTRATIVOS:**

14.1 Aos credenciados será assegurado o direito de interposição de Recursos, nos termos do art. 109 da Lei Federal nº 8.666/93, o qual será recebido e processado nos termos ali estabelecidos.

14.2 A eventual impugnação ao presente Chamamento deve ser apresentada pelo interessado, considerando a natureza suplementar dos serviços de saúde, em razão de sua vinculação aos critérios previstos pela Resolução Normativa – RN nº 71/2004 – ANSS.

**15 – DISPOSIÇÕES GERAIS:**

15.1 Esclarecimentos relativos ao presente chamamento público e as condições para atendimento das obrigações necessárias ao cumprimento de seu objeto, somente serão prestados quando solicitados por escrito, encaminhados ao Setor de Licitações e Contratos do Município de Porto Amazonas - PR.

15.2 Fica eleito o foro da cidade de Palmeira, Estado do Paraná, com competência para dirimir todas as questões decorrentes do credenciamento.

**16 – ANEXOS:**

16.1 Os anexos I, II, IV e V abaixo relacionados, integrantes do presente Termo, deverão ser entregues com os demais documentos de habilitação, relacionados no item 6.1 deste Edital:

ANEXO I: TERMO DE REFERÊNCIA

ANEXO II: MODELOS DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

ANEXO III: MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATOS IMPEDITIVOS

ANEXO IV: MODELO DE DECLARAÇÃO DE QUE CUMPRE O DISPOSTO NO INCISO V, DO ARTIGO 27, DA LEI Nº 8.666/93

ANEXO V: MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO

ANEXO VI: DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

ANEXO VII: TERMO DE CIÊNCIA E COMPROMISSO EXAMES EMERGENCIAIS

ANEXO VIII: MINUTA DO CONTRATO DE FORNECIMENTO

Município de Porto Amazonas - PR, 21 de outubro de 2020.

**Antonio Altair Polato**  
Prefeito Municipal



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**  
**LICITAÇÕES E CONTRATOS**

---

**Gilmar Schuhli**

Presidente da Comissão Permanente de Licitações

**Thaís Hornung Sedlak**

Diretora do Departamento Municipal de Saúde





**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**  
**LICITAÇÕES E CONTRATOS**

---

**ANEXO I - TERMO DE REFERÊNCIA**

**1. DO OBJETO, DO PREÇO MÁXIMO.**

Credenciamento de pessoa Jurídica para prestação de serviços de diagnósticos laboratoriais de análises clínicas e toxicológicas, atendendo as necessidades do Departamento Municipal de Saúde pelo período de 12 (doze) meses.

**2. JUSTIFICATIVA**

Considerando o que dispõe a Constituição Federal de 1988, em especial o seu artigo 196, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação;

Considerando a lei 8.080, de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, entende-se como obrigação do Município o fornecimento de exames laboratoriais preconizado na tabela SUS que sejam da Atenção Primária.

Considerando que a Secretaria de Saúde não possui capacidade instalada para realizar os exames especializados de Análises Clínicas advindos do Município;

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações pelo Poder Público.

Em todo país, o SUS deve ter a mesma doutrina e a mesma forma de organização, sendo que é definido como único na Constituição, é princípios são: universalidades, equidade e integralidade.

Desta forma o Departamento de Saúde compreende de em atender a população seguindo sempre os princípios preconizados pelo SUS, buscando assim, oferecer um diagnóstico preciso aos munícipes atendidos nas Unidades de Estratégias Saúde da Família, Pronto Socorro Geral Municipal Menino Jesus de Porto Amazonas.

A contratação de serviços de laboratórios clínicos atende a necessidade anual do Departamento de Saúde, uma vez que precisamos dar suporte à equipe médica, mantendo assim os atendimentos e solucionando os problemas de saúde se internados no Pronto Socorro Geral Menino Jesus de Porto Amazonas, em tratamento clínico, sempre com eficácia, rapidez e qualidade.

Zelamos pelo tratamento preventivo, o que evita gastos maiores com sistema de saúde, portanto, necessidades contratar laboratório clínico para realizar exames de rotina e os de emergências, os quais são indispensáveis para determinar qual é a terapêutica correta a ser utilizada em cada situação.

Como se sabe, a regra geral para Administração Pública contratar serviços, realizar compras, obras e alimentação é a de que tais contratos sejam precedidos de procedimento licitatório, a teor do que dispõe o art. 37 XXI da Constituição Federal.

O procedimento licitatório visa garantir não apenas a seleção da proposta mais vantajosa para a Administração, mais sim, visa assegurar o princípio constitucional da isonomia entre os potenciais prestadores do serviço ou fornecedores do objeto pretendido pelo Poder Público.

Entretanto, a própria Constituição Federal, em seu art. 37, XXI, ao fazer a exigência da licitação, ressalva "os casos especificados na legislação". No art. 25 da Lei de Licitação estabelece que é inexigível a licitação quando houver inviabilidade de competição.



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**  
**LICITAÇÕES E CONTRATOS**

---

O referido comando legal dispõe que “inexigível a licitação quando houver inviabilidade de competição”, trazendo um rol exemplificativo de situações.

Entende-se que a ideia de “inviabilidade de competição” não poder ser configurada apenas quando o objeto ou o serviço pretendido só pudesse ser fornecido ou prestado por pessoa única, ou seja, quando apenas um determinado fornecedor, tido como exclusivo, pudesse satisfazer os interesses da Administração.

A interpretação da expressão “inviabilidade de competição” aqui, está presente não porque existe apenas um fornecedor, mas sim, porque existem vários prestadores do serviço e de todos contratados, atendendo assim o interesse público.

Nesta esteira vejamos os ensinamentos de Jorge Ulisses Jacoby (Coleção de Direito Público. 2008. Pg 538):

“Se a Administração convoca todos os profissionais de determinado setor, dispondo-se a contratar os que tiverem interesse e que satisfaçam os requisitos estabelecidos, ela própria fixando o valor que e dispõe a pagar os possíveis licitantes não competirão, no estrito sentido da palavra, inviabilizando, uma vez que a todos foi assegurada à contratação.”

Considerando ainda os protocolos de atendimentos das linhas guias que rege a Atenção Primária e os usuários que são atendidos no Pronto Socorro Geral Menino Jesus em situações de emergências. Através da linha guia de hipertensão SESA- PR o quantitativo de pessoas hipertensas no nosso município, através do atendimento farmacêutico, no total de 900 pessoas. Quantificamos em 400 pessoas especificamente com diabetes mellitus tipo I e II. Para esta estratificação será necessária uma gama específica de exames que listamos nas tabelas nº 01 e 02 em anexo.

Na linha guia Mãe Paranaense da SESA- PR, o quantitativo de gestantes estimadas para o ano são 70 pacientes. Em anexo a tabela nº03 consta os exames necessários para este acompanhamento.

Para a Saúde Mental de Porto Amazonas, através da estimativa de pacientes que fazem uso de medicamentos controlados e necessitam de acompanhamento especializado com o profissional da área, foi estimado pela assistência farmacêutica do município o quantitativo de 360 pacientes. Usamos a resolução SESA-PR nº 537/2018, com seu anexo instituindo a relação de exames laboratoriais necessários para a estratificação destes pacientes, os quais ficam informados na tabela nº 04 em anexo. Além de todas essas linhas fazemos uso da linha guia da saúde do idoso SESA – PR, onde constam na mesma resolução citada acima, a relação dos exames laboratoriais necessários para estratificação e cuidados dos mesmos.

Com relação aos demais atendidos como: crianças, pacientes sintomáticos sem doença crônica em atendimentos na UBS, foi padronizado os seguintes exames (rotina de urina, parasitológico de fezes e hemograma completo) quando necessários; pacientes que utilizam o Pronto Atendimento Municipal Menino Jesus, farão uso de exames em situações emergenciais.

Reiteramos que esta tomada de decisão se respalda em resoluções da SESA- PR, pontuadas em reuniões da CIB- PR, e pactuadas entre todos os municípios da 3ª Regional de Saúde. Em todos os momentos são definidos que o município tem obrigatoriedade para atender a atenção primária, e estes casos indicados são todos de prioridade da atenção primária. A não realização das ações elencadas pela atenção primária, através de exames laboratoriais causará danos na qualidade de atendimento prestados aos munícipes de Porto Amazonas.

Considerando o SISPACTO/ Indicadores de 2020 pactuados para desenvolver as ações e estratégias para melhoria destes indicadores, que refletem a organização, a qualidade e a resolutividade dos serviços locais de saúde, em especial a Atenção Primária.

Em virtude da Pandemia COVID-19 que assola o nosso município, visando ampliar a capacidade de diagnóstico, pois o teste é um instrumento vital para se estabelecer estratégias mais eficientes para a debelação da pandemia e identificar precocemente a ocorrência de casos da COVID-19.

Em base de números será executado para cada paciente 1 (uma) ou 02 (duas) series de exames conforme linhas guias do Estado do Paraná, de acordo com critério médico. Nossa estimativa para um ano, contínua de acordo com dados levantados no departamento com os



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**  
**LICITAÇÕES E CONTRATOS**

---

técnicos da área ficou estipulado para 40 (quarenta) gestantes; 600 (seiscentos) pacientes de saúde mental; 583 (quinhentos e oitenta e três) idosos; média dos demais pacientes a serem atendidos (crianças, adultos, adolescentes) 1200 (hum mil e duzentos) pacientes.

De acordo com dados levantados no Departamento, foram disponibilizados em 2019 exames diversos de laboratório conforme critério médico para mais de 8.000 (oito mil) pessoas do município que durante uma ou mais vezes no ano realizou exames laboratoriais, contabilizando este quantitativo.

Baseado nesse exposto, o município pretende convocar todos os prestadores interessados que preencham os requisitos exigidos, e por um preço previamente definido, com base na tabela SUS, por credenciamento, pois, de igual forma, não haverá competição entre os interessados, mas sendo contratado desta forma atenderá melhor ao interesse público.

### 3. DAS CARACTERÍSTICAS DO OBJETO

Lote	Item	Descrição	Und.	Qtde	Valor total (R\$)
1	1	Prestação de serviços de diagnósticos laboratoriais de análises clínica, com coletas emergenciais no Pronto Atendimento Menino Jesus, realizada por bioquímico responsável.	un	1,00	R\$ 200.000,00

#### 3.1 Relação de exames e valor unitário:

##### 3.1.1 Tabela Sus

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	Tabela SUS
02.02.01.002-3	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R\$ 2,01
02.02.01.003-1	DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS	R\$ 15,65
02.02.01.004-0	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 3,63
02.02.01.005-8	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA ( 5 DOSAGENS)	R\$ 6,55
02.02.01.006-6	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	R\$ 3,68
02.02.01.007-4	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	R\$ 10,00



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**  
**LICITAÇÕES E CONTRATOS**

02.02.01.008-2	DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE	R\$ 3,51
02.02.01.009-0	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	R\$ 3,51
02.02.01.010-4	DOSAGEM DE ACETONA	R\$ 1,85
02.02.01.011-2	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R\$ 2,01
02.02.01.012-0	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$ 1,85
02.02.01.014-7	DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$ 3,68
02.02.01.018-0	DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 2,25
02.02.01.020-1	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 2,01
02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 1,85
02.02.01.027-9	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 3,51
02.02.01.028-7	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 3,51
02.02.01.029-5	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 1,85
02.02.01.030-9	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R\$ 3,68
02.02.01.031-7	DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 1,85
02.02.01.032-5	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 3,68
02.02.01.033-3	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$ 4,12
02.02.01.034-1	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	R\$ 3,51
02.02.01.035-0	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	R\$ 3,51
02.02.01.036-8	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R\$ 3,68
02.02.01.037-6	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	R\$ 3,68
02.02.01.038-4	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 5,59
02.02.01.039-2	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$ 3,51
02.02.01.041-4	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	R\$ 2,01
02.02.01.042-2	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,01
02.02.01.043-0	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 1,85
02.02.01.044-9	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	R\$ 2,01
02.02.01.046-5	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,51
02.02.01.047-3	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 1,85
02.02.01.048-1	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	R\$ 3,68
02.02.01.050-3	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 7,86
02.02.01.051-1	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	R\$ 3,68
02.02.01.053-8	DOSAGEM DE LACTATO	R\$ 3,68
02.02.01.056-2	DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 2,01
02.02.01.060-0	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 1,85
02.02.01.061-9	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$ 1,40
02.02.01.062-7	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 1,85
02.02.01.063-5	DOSAGEM DE SODIO	R\$ 1,85
02.02.01.064-3	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 2,01
02.02.01.065-1	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 2,01



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**  
**LICITAÇÕES E CONTRATOS**

02.02.01.066-0	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,12
02.02.01.067-8	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 3,51
02.02.01.069-4	DOSAGEM DE UREIA	R\$ 1,85
02.02.01.070-8	DOSAGEM DE VITAMINA B12 e outras vitaminas	R\$ 15,24
02.02.01.071-6	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$ 3,68
02.02.01.072-4	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 4,42
02.02.01.074-0	PROVA DA D-XILOSE	R\$ 3,68
02.02.01.075-9	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	R\$ 6,55
02.02.01.076-7	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 15,24
02.02.02.002-9	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 2,73
02.02.02.012-6	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA	R\$ 2,85
02.02.02.013-4	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 5,77
02.02.02.014-2	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 2,73
02.02.02.015-0	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS)	R\$ 2,73
	DOSAGEM DE E.T.F GLOMERULAR	
02.02.02.016-9	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R\$ 4,11
02.02.02.017-7	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$ 6,48
02.02.02.030-4	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 1,53
02.02.02.031-2	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	R\$ 2,73
02.02.02.032-0	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	R\$ 2,73
02.02.02.033-9	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	R\$ 2,73
02.02.02.034-7	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	R\$ 4,11
02.02.02.035-5	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 5,41
02.02.02.036-3	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R\$ 2,73
02.02.02.037-1	HEMATOCRITO	R\$ 1,53
02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11
02.02.02.039-8	LEUCOGRAMA	R\$ 2,73
02.02.02.044-4	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R\$ 2,73
02.02.02.046-0	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	R\$ 2,73
02.02.02.048-7	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R\$ 4,11
02.02.02.049-5	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R\$ 2,73
02.02.02.050-9	PROVA DO LACO	R\$ 2,73
02.02.02.051-7	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	R\$ 2,73
02.02.02.054-1	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$ 2,73
02.02.03.001-6	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	R\$ 15,00



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**  
**LICITAÇÕES E CONTRATOS**

	COOMBS	
02.02.03.002-4	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	R\$ 15,00
02.02.03.003-2	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	R\$ 15,00
02.02.03.004-0	DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R\$ 65,00
02.02.03.005-9	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	R\$ 96,00
02.02.03.007-5	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 2,83
02.02.03.008-3	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 9,25
02.02.03.010-5	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 16,42
02.02.03.011-3	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$ 13,55
02.02.03.012-1	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 17,16
02.02.03.013-0	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$ 17,16
02.02.03.014-8	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	R\$ 2,83
02.02.03.015-6	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$ 17,16
02.02.03.016-4	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 9,25
02.02.03.018-0	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 17,16
02.02.03.020-2	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 2,83
02.02.03.021-0	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 298,48
02.02.03.022-9	IMUNOELETOFORESE DE PROTEINAS (inclusive Troponina)	R\$ 17,16
02.02.03.027-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 8,67
02.02.03.029-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$ 85,00
02.02.03.030-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 10,00
02.02.03.032-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R\$ 17,16
02.02.03.033-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R\$ 5,74
02.02.03.034-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$ 17,16
02.02.03.035-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$ 18,55
02.02.03.036-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$ 18,55
02.02.03.037-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	R\$ 9,25



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**  
**LICITAÇÕES E CONTRATOS**

02.02.03.038-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	R\$ 10,00
02.02.03.039-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	R\$ 9,25
02.02.03.040-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	R\$ 3,70
02.02.03.041-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	R\$ 5,83
02.02.03.042-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	R\$ 10,00
02.02.03.063-6	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 18,55
02.02.03.064-4	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$ 18,55
02.02.03.067-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 18,55
02.02.03.068-7	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	R\$ 18,55
02.02.03.069-5	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	R\$ 9,25
02.02.03.070-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	R\$ 4,10
02.02.03.071-7	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO	R\$ 18,55
02.02.03.072-5	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	R\$ 17,16
02.02.03.073-3	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 2,83
02.02.03.074-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,00
02.02.03.075-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	R\$ 9,25
02.02.03.076-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 16,97
02.02.03.077-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25
02.02.03.078-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)	R\$ 18,55
02.02.03.079-2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$ 30,00
02.02.03.080-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55
02.02.03.081-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16
02.02.03.082-2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 17,16
02.02.03.083-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS	R\$



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**  
**LICITAÇÕES E CONTRATOS**

	EPSTEIN-BARR	17,16
02.02.03.084-9	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 17,16
02.02.03.085-7	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,61
02.02.03.086-5	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	R\$ 10,00
02.02.03.087-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,55
02.02.03.088-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25
02.02.03.089-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 18,55
02.02.03.090-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$ 20,00
02.02.03.091-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55
02.02.03.092-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16
02.02.03.093-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 17,16
02.02.03.094-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 17,16
02.02.03.095-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 17,16
02.02.03.096-2	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$ 13,35
02.02.03.097-0	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$ 18,55
02.02.03.098-9	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R\$ 18,55
02.02.03.099-7	PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)	R\$ 60,00
02.02.03.100-4	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	R\$ 2,83
02.02.03.101-2	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$ 4,10
02.02.03.102-0	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLOURESCENCIA	R\$ 10,00
02.02.03.103-9	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	R\$ 9,25
02.02.03.104-7	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	R\$ 10,00
02.02.03.105-5	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	R\$ 1,77
02.02.03.106-3	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	R\$ 1,77





**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**  
**LICITAÇÕES E CONTRATOS**

02.02.03.107-1	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	R\$ 18,00
02.02.03.108-0	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 168,48
02.02.03.109-8	REACAO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 4,10
02.02.03.110-1	REACAO DE MONTENEGRO ID	R\$ 2,83
02.02.03.111-0	TESTE DE VDRL P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 2,83
02.02.03.112-8	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00
02.02.03.113-6	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00
02.02.03.114-4	TESTES ALERGICOS DE CONTATO (ATÉ 15 SUBSTÂNCIAS)	R\$ 1,77
02.02.03.115-2	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	R\$ 1,77
02.02.03.116-0	TESTES RAPIDOS P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00
02.02.03.117-9	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	R\$ 2,83
02.02.03.118-7	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA	R\$ 18,55
02.02.03.119-5	DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO	R\$ 17,16
02.02.04.001-1	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	R\$ 1,65
02.02.04.005-4	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	R\$ 1,65
02.02.04.008-9	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	R\$ 1,65
02.02.04.009-7	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R\$ 1,65
02.02.04.010-0	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	R\$ 1,65
02.02.04.012-7	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 1,65
02.02.04.013-5	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	R\$ 10,25
02.02.04.014-3	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 1,65
02.02.05.001-7	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$ 3,70
02.02.05.002-5	CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 3,51
02.02.05.003-3	CLEARANCE DE FOSFATO	R\$ 3,51
02.02.05.004-1	CLEARANCE DE UREIA	R\$ 3,51
02.02.05.005-0	CONTAGEM DE ADDIS	R\$ 2,04
02.02.05.006-8	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	R\$ 3,70
02.02.05.008-4	DOSAGEM DE CITRATO	R\$ 2,01
02.02.05.009-2	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8,12
02.02.05.010-6	DOSAGEM DE OXALATO	R\$ 3,68
02.02.05.011-4	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 2,04
02.02.05.012-2	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS	R\$ 3,04



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**  
**LICITAÇÕES E CONTRATOS**

	ORGANICOS	
02.02.05.022-0	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	R\$ 2,04
02.02.05.023-8	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	R\$ 2,04
02.02.05.024-6	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	R\$ 3,36
02.02.05.026-2	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	R\$ 2,04
02.02.05.027-0	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	R\$ 2,04
02.02.05.028-9	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	R\$ 3,70
02.02.05.029-7	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	R\$ 2,04
02.02.05.030-0	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	R\$ 4,44
02.02.05.031-9	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	R\$ 2,04
02.02.05.032-7	PROVA DE DILUICAO (URINA)	R\$ 2,04
02.02.06.001-2	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	R\$ 12,54
02.02.06.002-0	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	R\$ 12,54
02.02.06.003-9	DETERMINACAO DE T3 REVERSO	R\$ 14,69
02.02.06.004-7	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R\$ 10,20
02.02.06.005-5	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	R\$ 6,72
02.02.06.006-3	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	R\$ 6,72
02.02.06.007-1	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	R\$ 6,72
02.02.06.008-0	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$ 14,12
02.02.06.009-8	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$ 11,89
02.02.06.010-1	DOSAGEM DE AMP CICLICO	R\$ 12,01
02.02.06.011-0	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$ 11,53
02.02.06.012-8	DOSAGEM DE CALCITONINA	R\$ 14,38
02.02.06.013-6	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 9,86
02.02.06.014-4	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 11,25
02.02.06.015-2	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 11,71
02.02.06.016-0	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 10,15
02.02.06.017-9	DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$ 11,55
02.02.06.018-7	DOSAGEM DE ESTRONA	R\$ 11,12



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**  
**LICITAÇÕES E CONTRATOS**

02.02.06.019-5	DOSAGEM DE GASTRINA	R\$ 14,15
02.02.06.020-9	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	R\$ 15,35
02.02.06.021-7	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 7,85
02.02.06.022-5	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$ 10,21
02.02.06.023-3	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 7,89
02.02.06.024-1	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 8,97
02.02.06.025-0	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 8,96
02.02.06.026-8	DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 10,17
02.02.06.027-6	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 43,13
02.02.06.028-4	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 15,35
02.02.06.029-2	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 10,22
02.02.06.030-6	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$ 10,15
02.02.06.031-4	DOSAGEM DE RENINA	R\$ 13,19
02.02.06.032-2	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$ 15,35
02.02.06.033-0	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R\$ 13,11
02.02.06.034-9	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 10,43
02.02.06.035-7	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 13,11
02.02.06.036-5	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$ 15,35
02.02.06.037-3	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 8,76
02.02.06.038-1	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 11,60
02.02.06.039-0	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 8,71
02.02.06.040-3	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	R\$ 12,01
02.02.06.041-1	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	R\$ 12,01
02.02.06.042-0	TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APOS GONADORRELINA	R\$ 12,01
02.02.06.043-8	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	R\$ 12,01



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**  
**LICITAÇÕES E CONTRATOS**

02.02.06.044-6	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	R\$ 12,01
02.02.06.045-4	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	R\$ 12,01
02.02.06.046-2	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	R\$ 8,43
02.02.06.047-0	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	R\$ 12,15
02.02.07.001-8	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	R\$ 2,06
02.02.07.002-6	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	R\$ 2,23
02.02.07.003-4	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	R\$ 3,68
02.02.07.004-2	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	R\$ 2,04
02.02.07.005-0	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R\$ 15,65
02.02.07.006-9	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	R\$ 3,51
02.02.07.007-7	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	R\$ 2,01
02.02.07.009-3	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	R\$ 10,00
02.02.07.010-7	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	R\$ 10,00
02.02.07.011-5	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	R\$ 10,00
02.02.07.012-3	DOSAGEM DE BARBITURATOS	R\$ 13,13
02.02.07.013-1	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	R\$ 13,48
02.02.07.014-0	DOSAGEM DE CADMIO	R\$ 6,55
02.02.07.015-8	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$ 17,53
02.02.07.016-6	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	R\$ 4,11
02.02.07.017-4	DOSAGEM DE CHUMBO	R\$ 8,83
02.02.07.018-2	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R\$ 58,61
02.02.07.019-0	DOSAGEM DE COBRE	R\$ 3,51
02.02.07.020-4	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R\$ 8,97
02.02.07.021-2	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	R\$ 15,65
02.02.07.022-0	DOSAGEM DE FENITOINA	R\$ 35,22
02.02.07.023-9	DOSAGEM DE FENOL	R\$ 2,05
02.02.07.024-7	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	R\$ 3,51
02.02.07.025-5	DOSAGEM DE LITIO	R\$ 2,25
02.02.07.026-3	DOSAGEM DE MERCURIO	R\$ 2,04
02.02.07.027-1	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	R\$ 4,11
02.02.07.028-0	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	R\$ 10,00



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**  
**LICITAÇÕES E CONTRATOS**

02.02.07.029-8	DOSAGEM DE METOTREXATO	R\$ 10,00
02.02.07.030-1	DOSAGEM DE QUINIDINA	R\$ 10,00
02.02.07.031-0	DOSAGEM DE SALICILATOS	R\$ 2,01
02.02.07.032-8	DOSAGEM DE SULFATOS	R\$ 3,51
02.02.07.033-6	DOSAGEM DE TEOFILINA	R\$ 15,65
02.02.07.034-4	DOSAGEM DE TIOCIANATO	R\$ 3,68
02.02.07.035-2	DOSAGEM DE ZINCO	R\$ 15,65
02.02.08.001-3	ANTIBIOGRAMA	R\$ 4,98
02.02.08.002-1	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R\$ 13,33
02.02.08.003-0	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	R\$ 13,33
02.02.08.004-8	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$ 4,20
02.02.08.005-6	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	R\$ 4,20
02.02.08.006-4	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	R\$ 4,20
02.02.08.007-2	BACTEROSCOPIA (GRAM)	R\$ 2,80
02.02.08.008-0	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO sem identificação e autoclave	R\$ 5,62
02.02.08.009-9	CULTURA DO LEITE MATERNO (POS-PASTEURIZACAO)	R\$ 4,33
02.02.08.010-2	CULTURA P/ HERPESVIRUS	R\$ 4,33
	URUCULTURA	
02.02.08.011-0	CULTURA PARA BAAR	R\$ 5,63
02.02.08.012-9	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R\$ 10,25
02.02.08.013-7	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$ 4,19
02.02.08.014-5	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$ 2,80
02.02.08.015-3	HEMOCULTURA	R\$ 11,49
02.02.08.016-1	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	R\$ 5,63
02.02.08.017-0	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	R\$ 4,33
02.02.08.018-8	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	R\$ 2,80
02.02.08.019-6	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$ 4,33
02.02.08.020-0	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	R\$ 2,80
02.02.08.021-8	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$ 4,33
02.02.08.022-6	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	R\$ 2,80
02.02.08.023-4	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	R\$ 5,04
02.02.09.001-9	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**  
**LICITAÇÕES E CONTRATOS**

02.02.09.002-7	ADENOGRAMA	R\$ 5,79
02.02.09.003-5	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	R\$ 4,33
02.02.09.004-3	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	R\$ 4,33
02.02.09.005-1	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89
02.02.09.006-0	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89
02.02.09.007-8	DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,56
02.02.09.008-6	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 1,89
02.02.09.009-4	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	R\$ 2,01
02.02.09.010-8	DOSAGEM DE FRUTOSE	R\$ 2,01
02.02.09.011-6	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	R\$ 2,01
02.02.09.012-4	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
02.02.09.013-2	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
02.02.09.015-9	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	R\$ 5,23
02.02.09.016-7	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,56
02.02.09.017-5	ESPLENOGRAMA	R\$ 5,79
02.02.09.018-3	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	R\$ 1,89
02.02.09.019-1	MIELOGRAMA	R\$ 5,79
02.02.09.021-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES ( ELISA )	R\$ 9,70
02.02.09.022-1	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA	R\$ 2,01
02.02.09.029-9	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	R\$ 1,89
02.02.09.030-2	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R\$ 1,89
02.02.11.008-7	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 13,20
02.02.12.001-5	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	R\$ 10,65
02.02.12.002-3	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37
02.02.12.003-1	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	R\$ 10,65
02.02.12.008-2	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37
02.02.12.009-0	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$ 2,73



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**  
**LICITAÇÕES E CONTRATOS**

**3.1.2 Exames com valor zerado na TABELA SUS foi realizado orçamento com empresas:**

CÓDIGO	NOME DO EXAME	LABORATÓRIO VISÃO	LABORATÓRIO CORREIA MORAES	LABORATÓRIO SALUT	MENOR PREÇO LABORATÓRIO VISÃO
01	DOSAGEM DE E.T.F GLOMERULAR TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR, MEDIDA LABORATORIAL QUE PERMITE QUE O CLÍNICO GERAL E O NEFROLOGISTA AVALIEM O FUNCIONAMENTO DOS RINS DA PESSOA, SENDO ESSA MEDIDA IMPORTANTE PARA O DIAGNÓSTICO E VERIFICAÇÃO DO ESTÁGIO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC).	R\$ 10,00	R\$ 40,00	R\$ 56,00	R\$ 10,00
02	COOMBSAVALIA A PRESENÇA DE ANTICORPOS ESPECÍFICOS QUE ATACAM AS CÉLULAS VERMELHAS DO SANGUE, PROVOCANDO A SUA DESTRUIÇÃO E PODENDO LEVAR AO SURGIMENTO DE UM TIPO DE ANEMIA CONHECIDA COMO HEMOLÍTICA.	R\$ 7,50	R\$ 14,00	R\$ 18,00	R\$ 7,50
03	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE SARS-COVID-2	R\$ 120,00	R\$ 150,00	R\$ 180,00	R\$ 120,00
04	PESQUISA DE SARS COV-2 POR RT-PCR	R\$ 250,00	R\$ 250,00	R\$ 270,00	R\$ 250,00
05	SOROLOGIA ANTICORPOS IGM E IgG OU IgA E IgG NO SANGUE PARA COVID -19	R\$ 120,00	R\$ 150,00	R\$ 180,00	R\$ 120,00

**3.1.3. Média da taxa de coleta por paciente coletado:**

CÓDIGO	LABORATÓRIO VISÃO	LABORATÓRIO CORREIA MORAES	LABORATÓRIO SALUT	MENOR VALOR LABORATÓRIO VISÃO
01	R\$ 7,50	R\$ 10,00	R\$ 15,00	R\$ 7,50

**3.2 Das condições de prestação de serviços:**

3.2.1 Os prestadores de serviços deverão ter, no mínimo, um posto de coleta na área urbana do município de Porto Amazonas, em observância aos princípios da economicidade e da racionalidade, a fim de evitar deslocamentos e gastos desnecessários para o município e também evitar transtornos ao usuário do SUS. Se o credenciado não estiver com posto de coleta na cidade deverá dentro de um prazo máximo de 30 dias providenciar a instalação. Sendo que tão logo seja homologado o resultado da licitação.

3.2.2 Os serviços deverão ser totalmente prestados pela empresa credenciada não possuindo o município responsabilidade pelo transporte de coletas e pela retirada dos laudos e/ou resultados dos exames realizados.



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**  
**LICITAÇÕES E CONTRATOS**

---

3.2.3 O contratado deverá prestar os serviços de plantões conforme cronograma que será estabelecido pelo Departamento de Saúde, estando no local para coleta de exames em uma hora após o chamado do Pronto Socorro Geral Municipal Menino Jesus, a qualquer horário do dia ou da noite, conforme escala, não tendo quantidade pré-determinada diariamente, devendo a empresa manter os funcionários a disposição das unidades por 24 horas. E sendo entregue os exames em duas horas nestas situações.

3.2.4 Para a realização dos exames referidos neste credenciamento o município emitirá autorização expressa, através de guias emitidas pelo setor de agendamentos que será apresentada pelo paciente quando da realização, do atendimento, sendo que o agendamento deste é de responsabilidade do paciente.

3.2.5 Em caso de haver mais de uma empresa credenciada para a realização do mesmo procedimento, é facultado ao paciente a escolha do prestador de serviço, salvo se esgotado a cota mensal daquele estabelecimento.

3.2.6 Em caso de haver mais de uma empresa credenciada, o Departamento Municipal de Saúde, fixará conta mensal de exames igualitária entres os credenciados devendo a credenciada cumprir tal obrigação, sob pena de não ser realizado o pagamento dos exames realizados a mais da cota.

3.2.7 A realização de exames excedentes as cotas mensais dependerão da autorização do Município.

3.2.8 O município reserva o direito de fiscalizar, de forma permanente, a prestação dos serviços pelos credenciados, podendo no proceder no descredenciamento, em caso de má prestação, apurada em processo administrativo específico, com garantia do contraditório e da ampla defesa;

3.2.9 A empresa credenciada deverá enviar mensalmente as Guias (requisições/autorizações) originais emitidas pelo Departamento de Saúde, devidamente assinadas e sem rasuras, juntamente com o relatório gerencial ou documento fiscal devidamente assinado pelo beneficiário e acompanhado da nota fiscal eletrônica para o Departamento de Saúde, o qual realizará a conferência e aprovação das mesmas. No relatório mensal deverá conter os valores unitários dos exames com base nos preços registrados em ata bem como os valores globais.

3.3.0 Exames que tiverem seu resultado descrito como indeterminado ou que necessitem de nova coleta para contraprova, serão realizados em outro laboratório a ser contratado pelo Município pagos pela empresa credenciada.

3.3.1 O credenciamento a ser habilitado deverá adotar o sistemas oficial do Estado do Paraná e os exames relacionados as doenças de interesse em saúde pública e deverão ter suas requisições cadastradas, registradas e os resultados dos exames liberados no Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL, oficial do Ministério da Saúde implantado no Paraná e que atende todos os municípios, conforme pactuação e ou outro similar.

#### **4. ESTIMATIVA DE PREÇOS E GASTOS**

4.1 Foi utilizado como base de pesquisa o EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº001/2019 – PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 536/2019, onde tem uma previsão de gasto para 12 (doze) meses de R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais), para atender a demanda em 2020/2021. Foi especificado no item 3.1 deste termo que utilizaremos a tabela SIGTAP – SUS acrescida de R\$ 7,50 (sete reais e cinquenta centavos) de taxa de coleta por paciente. O valor proposto para atender nossa demanda será de R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais). Foram utilizados valores praticados no mercado local para os demais exames que não constam valor na tabela SIGTAP – SUS para este fim, com o menor preço. Foram considerados os quantitativos utilizados pelos protocolos de estratificação, que estão sendo aplicados na atenção básica.

#### **5. PAGAMENTOS**

5.1 O pagamento será efetuado em até 30 dias a contar do recebimento da nota fiscal no Departamento Financeiro/Contabilidade e inspeção do objeto pelo requisitante da aquisição, mediante depósito em conta bancária indicada pelo fornecedor.

5.2 O pagamento somente será liberado mediante apresentação das certidões que comprovem a manutenção da Regularidade Fiscal.





**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**  
**LICITAÇÕES E CONTRATOS**

---

Porto Amazonas, 21 de outubro de 2020.

**Thaís Hornung Sedlak**  
*Diretora do Departamento Municipal de Saúde*  
Portaria de nomeação nº004/2018



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**  
**LICITAÇÕES E CONTRATOS**

---

Tabela 01

Periodicidade da realização dos exames de acordo com a estratificação de risco			
Exames	Baixo Risco	Risco Intermediário	Alto Risco
Dosagem de glicose (em jejum)	Anual	Anual	Anual
Ácido úrico	Anual	Anual	Anual
Creatinina	Anual	Anual	Semestral
Estimativa da Taxa de Filtração Glomerular (estimativa <sup>1</sup> )	Anual	Anual	Semestral
Colesterol Total	Anual	Anual	Anual
LDL-Colesterol (cálculo <sup>2</sup> )	Anual	Anual	Anual
HDL-Colesterol	Anual	Anual	Anual
Triglicerídeos	Anual	Anual	Anual
Potássio	Anual	Anual	Semestral, se creatinina normal
Rotina de urina	Anual	Anual	Anual
Microalbuminúria em urina de 24 hs ou			
Relação albumina/creatinina em amostra isolada de urina	-	Anual	Anual
Eletrocardiograma	A cada dois anos	Anual	Anual

1. Estimar através da tabela de Taxa de filtração glomerular baseado na equação CKD-EPI  
2. Calcular o LDL-colesterol quando triglicerídeos <400 mg/dL pela fórmula: LDL-colesterol = colesterol total - HDL-colesterol - triglicerídeos/5  
Em caso de alteração nos exames, eles deverão ser repetidos com maior frequência, dependendo do tipo e do grau da alteração

A avaliação complementar está indicada em pacientes que apresentam elementos indicativos de hipertensão secundária, de lesão em órgãos-alvo ou doenças associadas, que devem ser investigadas por métodos específicos.

Fonte: Linha Guia de Hipertensão SESA – PR



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**  
**LICITAÇÕES E CONTRATOS**

---

Tabela 02

Periodicidade da realização dos exames de acordo com a estratificação de risco			
Exames	Risco Baixo	Risco Médio	Risco Alto
Dosagem de glicose (em jejum)	Anual	Semestral	Quadrimestral
Dosagem de glicose (pós-prandial)	Anual	Semestral	Quadrimestral
Hemoglobina glicada	Anual	Semestral	Semestral
Creatinina	Anual	Anual	Anual
Estimativa da Taxa de Filtração Glomerular (estimativa <sup>1</sup> )	Anual	Anual	Anual
Colesterol Total	Anual	Anual	Anual
LDL-Colesterol (cálculo <sup>2</sup> )	Anual	Anual	Anual
HDL-Colesterol	Anual	Anual	Anual
Triglicerídeos	Anual	Anual	Anual
Potássio	Anual	Anual	Anual
Rotina de urina	Anual	Anual	Anual
Microalbuminúria em urina de 24 hs ou Relação albumina/creatinina em amostra isolada de urina	Anual	Anual	Anual
Fundoscopia	Anual	Anual	Anual
Eletrocardiograma	A cada dois anos	Anual	Anual

1. Estimar através da tabela de Taxa de filtração glomerular baseado na equação CKD-EPI  
2. Calcular o LDL-colesterol quando triglicerídeos <400 mg/dL pela fórmula: LDL-colesterol = colesterol total - HDL-colesterol - triglicerídeos/5  
Em caso de alteração nos exames, eles deverão ser repetidos com maior frequência, dependendo do tipo e do grau da alteração

Fonte: Linha Guia Hiperdia SESA – PR



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**  
**LICITAÇÕES E CONTRATOS**

**Tabela 03**

**Procedimentos que devem ser realizados**

- História clínica;
- Anamnese;
- Preenchimento da Ficha de Identificação e Clínica do SISPRENATAL WEB e Preenchimento do E-SUS;
- Exame Físico: geral e ginecológico/obstétrico;
- Solicitação de exames laboratoriais listados a seguir;
- Orientação, avaliação dietética e prescrição, conforme Linha Guia do Mãe Paranaense, de acordo com a necessidade.

**Exames da Rotina Pré-natal Recomendados**

**QUADRO 1 – Exames da rotina pré-natal recomendados na Rede Mãe Paranaense**

Exames	1º Trimestre 1ª Consulta	2º Trimestre	3º Trimestre
Teste rápido de gravidez	X		
Teste rápido para HIV* ou pesquisa de anticorpos anti-HIV1 + HIV 2 (Elisa)	X	X	X
Teste rápido para sífilis (teste treponêmico)	X	X	X
VDRL* (teste não treponêmico)	X	X	X
FTA-ABS ou CMIA (testes treponêmicos)	X	X	X
Teste rápido de proteinúria	A critério médico		
Triagem sanguínea (grupos ABO, Fator Rh)	X		
Eletroforese de hemoglobina (teste da maçinha)	X		
Hemoglobina e Hematócrito	X	X	X

Cultura de urina (urocultura)	X	X	X
Urina I	X		
Cultura de Bactérias	A critério médico	A critério médico	A critério médico
Dosagem de glicose	X		
Teste oral de tolerância à glicose		X (entre 24 – 28 semanas)	
Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da Hepatite B (HBS AG)	X		
Ultrassonografia obstétrica	X	X	
Exame citopatológico cervico-vaginal/microflora	X		
Toxoplasmose (igG e igM)	X	X	X
Teste de avididade de igG para toxoplasmose***	***	***	***
Teste indireto de antígeno de superfície do vírus da Hepatite B (HBS AG)	X		
Parasitológico de fezes	X		
Pesquisa para hormônio tireoestimulante - TSH	X		

Nota:

\* O VDRL, com triagem para sífilis, deve ser realizado apenas em municípios que não dispõem de teste rápido, pois este exame apresenta risco de resultado falso negativo.

\*\* O FTA-Abs e o CMIA são testes que devem ser realizados para confirmação de resultados reagentes do teste rápido e de VDRL ou, ainda, podem substituir o teste rápido.

\*\*\* Este exame deve ser realizado, em caso de IgG e IgM reagentes para toxoplasmose, preferencialmente na mesma amostra de sangue da 1ª coleta e antes da 16ª semana de gestação.

\*\*\*\* Se o Coombs indireto quando testado no 3º trimestre fazer Imunoglobulina Anti Rh.

Fonte: Rede Mãe Paranaense SESA -PR

**Tabela nº 04**

**Anexo I da Resolução SESA nº 537/2018**

**EXAMES LABORATORIAIS**

**Linha Guia Mãe Paranaense.**

1. Pesquisa de anticorpos anti-HIV1 + HIV 2 (Elisa);
2. VDRL (teste não treponêmico);
3. FTA-ABS ou CMIA (testes treponêmicos);
4. Teste rápido de proteinúria;
5. Triagem sanguínea;
6. Pesquisa de Fator RH;
7. Eletroforese de hemoglobina;
8. Hemoglobina e hematócrito;
9. Hemograma;
10. Cultura de urina;
11. Urina I;
12. Cultura de bactérias;
13. Dosagem de Glicose;
14. Teste oral de tolerância à glicose (teste até 24 a 28 semanas);
15. Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da Hepatite B (HBS AG);
16. Toxoplasmose (igG e igM);
17. Teste indireto de anti-globulina humana (TIA);
18. Parasitológico de fezes;
19. Pesquisa para hormônio tireoestimulante – TSH;
20. Pesquisa de Streptococcus agalactiae .

Fonte: Resolução SESA nº 537/2018



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**  
**LICITAÇÕES E CONTRATOS**

---

Tabela nº 05

Nº	Exames
1.	Hemograma
2.	Velocidade de hemossedimentação
3.	Acido úrico
4.	Glicemia de jejum
5.	Perfil glicêmico
6.	Hemoglobina glicada
7.	Colesterol total
8.	HDL colesterol
9.	LDL Colesterol
10.	Triglicerídes
11.	Creatinina
12.	Microalbuminúria
13.	Sódio
14.	Potássio
15.	Parcial de urina com sedimento corado
16.	Proteínas totais e frações
17.	Urocultura com contagem de colônias e antibiograma se necessário
18.	Acido fólico
19.	Bilirrubinas totais e frações
20.	Transaminases glutâmico-piruvica (TGP)
21.	Transaminase oxalacética (TGO)
22.	Tempo de atividade da protrombina (TAP)
23.	Vitamina B 12
24.	Vitamina D
25.	Calcio
26.	Fosforo inorgânico
27.	Pesquisa de sangue oculto nas fezes
28.	Parasitológico de fezes – Rugai
29.	TSH
30.	T4 Livre
31.	T3
32.	PSA

Fonte: Resolução 537/2018 SESA - PR



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**  
**LICITAÇÕES E CONTRATOS**

---

**ANEXO II – MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE**

**Referente ao Credenciamento nº \_\_\_\_/2020 do Município de Porto Amazonas/PR**

Declaramos para os devidos fins de direito, na qualidade de Proponente do procedimento licitatório número \_\_\_\_/2020, sob a modalidade CREDENCIAMENTO, instaurado por esta Prefeitura, que não fomos declarados inidôneos para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas.

Local, data.

Assinatura do Representante Legal



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**  
**LICITAÇÕES E CONTRATOS**

**ANEXO III – MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATOS IMPEDITIVOS**

**Referente ao Credenciamento nº \_\_\_\_/2020 do Município de Porto Amazonas/PR.**

**DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATOS IMPEDITIVOS**

*(RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA), CNPJ/MF n.º \_\_\_\_\_, sediada (endereço completo), declara, sob as penas da lei, que até a presente data inexistem fatos impeditivos para sua habilitação no presente processo licitatório, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.*

*Local, data.*

*Assinatura do Representante Legal*

**ANEXO IV – MODELO DE DECLARAÇÃO DE QUE CUMPRE O DISPOSTO NO INCISO V, DO ARTIGO 27, DA LEI Nº 8.666/93**

**Referente ao Credenciamento nº \_\_\_\_/2020 do Município de Porto Amazonas/PR.**

**DECLARAÇÃO QUE CUMPRE O DISPOSTO NO INCISO V, DO ARTIGO 27, DA LEI Nº 8.666/93**

*.....(razão social da empresa)....., inscrita no CNPJ n.º....., por intermédio de seu representante legal o(a) Sr. (a)....., portador (a) da Carteira de Identidade n.º ..... e do CPF n.º....., DECLARA, para fins do disposto no inciso V do art. 27 da Lei n.º 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei n.º 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.*

*Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz ( ).*

*Local, data.*

*Assinatura do Representante Legal*



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**  
**LICITAÇÕES E CONTRATOS**

---

**ANEXO V**

**MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO**

Edital de Chamamento nº /2020

A Comissão Permanente de Licitação de Porto Amazonas – PR

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no Credenciamento de Laboratórios de Análise Clínica divulgado pelo Município de Porto Amazonas, objetivando a prestação de serviços na área de saúde nos termos do chamamento público.

**NOME DA EMPRESA:**  
**END. COMERCIAL: Nº**  
**Complemento: Bairro:**  
**CNPJ:**  
**FONE: Fixo ( ) Celular ( )**  
**EMAIL:**  
**CIDADE: ESTADO: CEP:**  
**LICENÇA SANITARIA Nº:**  
**NOME DO RESPONSÁVEL:**  
**Dias semanais disponíveis para coleta:**  
**Dados Bancário para Pagamento:**  
**Nº e nome do Banco:**  
**Nº da agência nº da conta corrente:**

Município de ,xxxx de 2020  
(carimbo da empresa e assinatura)





**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**  
**LICITAÇÕES E CONTRATOS**

---

**ANEXO VI**

**CRENCIAMENTO Nº \_\_\_\_/2020**

**DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE PARA INICIO DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS  
(MODELO)**

A Empresa \_\_\_\_\_, sob CNPJ nº \_\_\_\_\_, declara para os devidos fins e legais efeitos, que reúne todas as condições necessárias, para disponibilidade de posto de coleta com instalação no município de Porto Amazonas em até 30 (trinta) dias para atendimento de coleta dos pacientes, após homologação do processo licitatório Credenciamento nº \_\_\_\_/2020.

E, por ser expressão da verdade, firma o presente.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020

Carimbo do CNPJ e Assinatura do proponente



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**  
**LICITAÇÕES E CONTRATOS**

---

**ANEXO VII**

**CREENCIAMENTO Nº \_\_\_\_/2020**

**TERMO DE CIÊNCIA E COMPROMISSO EXAMES EMERGENCIAIS**

A Empresa \_\_\_\_\_, sob CNPJ nº \_\_\_\_\_, declara para os devidos fins e legais efeitos, que está ciente e se compromete que a coleta de emergência de exames dos pacientes em observação no Pronto Atendimento Municipal Menino Jesus, no tempo máximo de **30 (trinta) minutos** após a solicitação da mesma, independentemente do número de solicitações diárias.

E, por ser expressão da verdade, firma o presente.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020

Carimbo do CNPJ e Assinatura do proponente



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**  
**LICITAÇÕES E CONTRATOS**

---

**ANEXO VIII**

Minuta do Termo de Contrato de Prestação de  
Serviços que entre si celebram de um lado a  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS** e

---

Pelo presente instrumento, o **MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 76.179.837/0001-01, com sede na Rua Guilherme Schiffer, nº 67, em Porto Amazonas, Estado do Paraná, neste ato representada pelo Prefeito Municipal **SR. ANTONIO ALTAIR POLATO**, brasileiro, casado, RG nº 1978359 SSP/PR, CPF nº 372.348.119-15, residente e domiciliado nesta cidade, abaixo assinado, doravante designada **CONTRATANTE** de um lado, e de outro \_\_\_\_\_, empresa estabelecida na cidade de \_\_\_\_\_, Estado do \_\_\_\_\_, sito a Rua \_\_\_\_\_, Nº \_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob nº \_\_\_\_\_, neste ato representada por \_\_\_\_\_, nacionalidade, estado civil, profissão, inscrito no CPF nº \_\_\_\_\_, portador da cédula de identidade civil sob o nº \_\_\_\_\_, ao fim assinado, doravante designada **CONTRATADA**, estando as partes sujeitas as normas da Lei nº 10.520, de 17 de julho de 2002, publicada no D.O.U., de 18/07/02, e o Decreto nº 3.555, de 08 de agosto de 2000 e suas alterações, que regulamentam a modalidade Pregão Presencial e, a Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, e o Decreto Municipal nº 19/2009 de 01 de julho de 2009, e ainda, subsidiariamente naquilo que couber, a Lei nº 8.666/93 e suas alterações bem como pelas condições estabelecidas neste Edital e seus anexos e suas alterações subseqüentes, ajustam o presente **Contrato de Prestação de Serviços** decorrência do **Credenciamento nº \_\_\_\_/2020**, mediante as seguintes cláusulas e condições.

**CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO**

Contratação de pessoa(s) jurídica(s) para prestação de serviços de exames laboratoriais de análise clínicas e toxicológicas, para o Departamento Municipal de Saúde do Município de Porto Amazonas, conforme a necessidade deste, pelo período de 12 (doze) meses, conforme quadro abaixo.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** – A prestação de serviços será executada em estrita obediência ao presente Contrato, devendo serem observadas integral e rigorosamente as especificações fornecidas pela **CONTRATANTE** aprovado pelas autoridades competentes, assim como o **Credenciamento nº \_\_\_\_/2020** e seus anexos.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** – A Administração poderá reduzir ou ampliar as quantidades para atender ao interesse público de acordo com os limites estabelecidos na Lei Federal nº 8.666/93.

**PARÁGRAFOTERCEIRO** - A prestação de serviços é destinada ao atendimento do SUS nas Unidades de Saúde Municipais, sendo que, **em casos de pacientes em observação no Pronto Atendimento do Hospital e Maternidade Municipal Menino Jesus, a coleta deverá ser feita na respectiva unidade sem custo adicional ao preço do exame, sendo fixado o horário das 07h:00min às 08h00min da manhã para coleta no pronto atendimento do hospital dos pacientes em observação e a partir das 08h:00min da manhã para coleta dos demais pacientes no laboratório/posto de coleta da (as) empresa (as) contratada (as), sendo que este deverá localizar-se no Município de Porto Amazonas. Casos emergenciais deverão ser atendidos assim que requisitados pela Diretora de Departamento de Saúde ou pessoa por ele delegada.**



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**  
**LICITAÇÕES E CONTRATOS**

---

**PARÁGRAFO QUARTO** - Só terão validade às requisições objeto da presente assinadas pelo Diretor do Departamento de Saúde ou a pessoa por ele delegada na incumbência da função, em caso contrário, a prestação do serviço não poderá ser cobrada da contratante.

**PARÁGRAFO QUINTO** - Os exames deverão ser disponibilizados aos usuários e aos profissionais de saúde na forma impressa e/ou eletrônica em tempo hábil a sua análise, sob pena, de não serem pagos por perda do objeto.

**PARÁGRAFO SEXTO** - Os exames coletados no Pronto Atendimento Municipal Menino Jesus deverão ser entregues no próprio local para a administração hospitalar.

**PARÁGRAFO SÉTIMO** - Para os pacientes em observação no Pronto Atendimento Municipal Menino Jesus, o Departamento de Saúde emitirá a requisição/autorização de prestação de serviços devidamente preenchida e assinada por servidor autorizado que será entregue ao profissional que for realizar a coleta. Para os beneficiários que não estiverem em observação no Pronto Atendimento Municipal Menino Jesus, o Departamento de Saúde emitirá a requisição/autorização de prestação de serviços ao beneficiário devidamente preenchida e assinada por servidor autorizado, para que o próprio paciente se dirija ao laboratório/posto de coleta da (as) empresa (as) contratada (as) devidamente instalado dentro das normas sanitárias que deverá localizar-se dentro do Município de Porto Amazonas.

**PARÁGRAFO OITAVO** - O Departamento de Saúde de Porto Amazonas realizará o acompanhamento das prestações de serviços através dos cupons fiscais ou relatórios gerenciais que deverão vir assinados pelos beneficiários, com a respectiva autorização e anexados a nota fiscal de venda

**PARÁGRAFO NONO** - A empresa contratada deverá enviar mensalmente as Guias (requisições/autorizações de fornecimento) originais emitidas pelo Departamento de Saúde, devidamente assinadas e sem rasuras, juntamente com o relatório gerencial ou documento fiscal devidamente assinado pelo beneficiário e acompanhado da nota fiscal eletrônica para o Departamento de Saúde, o qual realizará a conferência e aprovação das mesmas. No relatório mensal deverá conter os valores unitários dos exames com base nos preços registrados em ata bem como os valores globais.

**PARÁGRAFO DÉCIMO** - Exames que tiverem seu resultado descrito como indeterminado ou que necessitarem de nova coleta para contraprova, será realizado em outro laboratório a ser contratado pelo Município.

#### **CLÁUSULA SEGUNDA - PREÇO**

**A CONTRATADA** se obriga a executar o fornecimento, objeto deste Contrato, pelo preço certo e ajustado de R\$ \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), conforme valores unitários constantes da proposta.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - Os produtos fornecidos ao Município por força deste Pregão não sofrerão reajuste.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - O pagamento de quaisquer taxas ou emolumentos concernentes ao objeto do presente contrato correrá por conta exclusiva da **CONTRATADA**, demais encargos inerentes à completa execução do presente contrato.

#### **CLÁUSULA TERCEIRA - PAGAMENTO**



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**  
**LICITAÇÕES E CONTRATOS**

---

O pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias da entrega da Nota Fiscal/Fatura, acompanhadas de certidões negativas de débitos federais, estadual, municipal e FGTS.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - Os recursos destinados ao pagamento desta prestação de serviços fluirão dos recursos consignados no Orçamento de 2020:

**ORGÃO – 09 – Departamento de Saúde**

**UNIDADE – 09.001 – Fundo Municipal de Saúde**

**PROJETO/ATIVIDADE – 10.301.0029.2029 – Manutenção do Fundo Municipal de Saúde**

**ELEMENTO DE DESPESA – 3.3.90.39.50.99 – Demais despesas com serviço médico-hospitalar, odontológico e laboratorial**

Nos exercícios seguintes, nas dotações orçamentárias consignadas nas respectivas Leis Orçamentárias Anuais.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** – As Notas fiscais faturas deverão ser apresentadas, devidamente regularizadas nos seus aspectos formais e legais.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - Nenhum pagamento isentará a **CONTRATADA** das responsabilidades assumidas na forma deste contrato, quaisquer que sejam, nem implicará na aprovação definitiva dos serviços prestados.

**PARÁGRAFO QUARTO** - Os pagamentos serão realizados através de depósito ou transferência bancária.

**PARÁGRAFO QUINTO** - Caso se verifique erro na Nota fiscal fatura, o pagamento será susgado até que as providências pertinentes tenham sido tomadas por parte da **CONTRATADA**.

**PARÁGRAFO SEXTO** - As Notas fiscais faturas deverão ser entregues na sede da **CONTRATANTE**, setor de contabilidade.

**PARÁGRAFO SÉTIMO** - Caso no dia previsto no item anterior não haja expediente na **PREFEITURA**, o pagamento será efetuado no primeiro dia útil subsequente a este.

#### **CLÁUSULA QUARTA - PRAZO**

O prazo para a início da prestação de serviços de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_, após homologação do procedimento licitatório.

#### **CLÁUSULA QUINTA – MULTA e PENALIDADES**

Em caso de inexecução do futuro contrato, erro de execução, execução imperfeita, mora de execução, inadimplemento contratual ou não veracidade das informações prestadas, a licitante vencedora estará sujeita às seguintes sanções administrativas:

a) Advertência por escrito;

b) Multas de mora de 0,5% (zero vírgula cinco por cento) ao dia de atraso, até o 5º (quinto) dia após a data fixada para entrega do material e 1% (um por cento) ao dia de atraso, a partir do 6º (sexto) dia, calculadas sobre o valor total do Contrato;

c) Multa compensatória equivalente a 25% (vinte e cinco por cento) sobre o valor total do Contrato, em caso de inexecução total da obrigação assumida, bem como também pela não



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**  
**LICITAÇÕES E CONTRATOS**

---

assinatura do Contrato nas condições e casos assinalados neste Edital, cujo recolhimento deverá ser efetuado no prazo máximo de 05 (cinco) dias contados da intimação da Contratante;

d) Suspensão temporária do direito de participar de licitações e contratar com a PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO AMAZONAS, por um período não superior a cinco anos e também será informado ao TCE-PR e Ministério Público Federal e Estadual;

e) Declaração da inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a licitante ressarcir a administração pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo de sanção aplicada com base na subitem "d".

f) As sanções previstas nos subitens "d" e "e" poderão também ser aplicadas ao(s) licitante(s) quando, em razão dos compromissos assumidos, pelo(s) seu (s) representante (s) legal (is):

g) Tenha(m) sofrido condenação criminal definitiva pôr prática de fraude fiscal no recolhimento de quaisquer tributos;

h) Praticar (em) ilícito (s) visando fraudar os objetivos da licitação, demonstrando não possuir idoneidade de contratar com a Administração Pública.

i) A penalidade estabelecida no subitem "e" é de competência exclusiva do Sr. Prefeito Municipal.

j) Não será aplicada multa se, comprovadamente, o atraso na entrega dos bens advier de caso fortuito ou motivo de força maior.

l) Em quaisquer dos casos previstos nestes subitens, é assegurado licitante vencedora o direito ao contraditório e a ampla defesa.

#### **CLÁUSULA SEXTA - RESCISÃO**

O presente contrato poderá ser rescindido de pleno direito, **independentemente** de notificação Judicial, nas seguintes hipóteses;

a) infringência de qualquer obrigação ajustada;

b) liquidação amigável ou judicial, concordata ou falência da **CONTRATADA**.

c) Se a **CONTRATADA**, sem previa autorização da **PREFEITURA**, transferir, caucionar ou transacionar qualquer direito decorrente deste contrato.

d) e os demais mencionados no **Artigo 77 da Lei nº 8.666/93**.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO - A CONTRATADA**, indenizará a **CONTRATANTE** por todos os prejuízos que esta vier a sofrer em decorrência da rescisão por inadimplemento de suas obrigações contratuais.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - No caso da **CONTRATANTE** precisar recorrer a via Judicial para rescindir o presente contrato, ficará a **CONTRATADA** sujeita a multa convencional de **10% (dez por cento)** do valor do contrato, além das perdas e danos, custas processuais e honorários advocatícios, estes fixados em **20% (vinte por cento)** do valor do contrato.



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**  
**LICITAÇÕES E CONTRATOS**

---

**CLÁUSULA SÉTIMA - DISPOSIÇÕES GERAIS**

Ao presente contrato se aplicam as seguintes disposições gerais:

- a) Nenhum serviço prestado fora do contratado poderá ser realizado, ainda que em caráter extraordinário, sem a prévia e expressa autorização da **CONTRATANTE**.
- b) Rescindido o contrato em razão do inadimplemento de obrigações da **CONTRATADA**, esta ficará impedida de participar de novos contratos de obras com a **CONTRATANTE**, além das penalidades previstas no **Artigo nº 87 da Lei 8.666/93**.
- c) **A CONTRATADA** assume exclusiva responsabilidade pelo cumprimento de todas as obrigações decorrentes da execução deste contrato, sejam de natureza trabalhista, previdenciária, comercial, civil ou fiscal, inexistindo solidariedade da **CONTRATANTE** relativamente a esses encargos, inclusive os que eventualmente advirem de prejuízos causados a terceiros.

**CLÁUSULA OITAVA - DAS PARTES INTEGRANTES**

As condições estabelecidas no **CREDENCIAMENTO N° \_\_\_\_/2020** e na proposta apresentada pela empresa ora **CONTRATADA**, são partes integrantes deste instrumento, independentemente de transcrição.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - Serão incorporadas a este contrato, mediante termos aditivos quaisquer modificações que venham a ser necessários durante a sua vigência, decorrentes das obrigações assumidas pela **CONTRATANTE** e **CONTRATADAS**, tais como a prorrogação de prazos e normas gerais de serviços.

**CLÁUSULA NONA - SUCESSÃO E FORO**

As partes firmam o presente instrumento em **02 (duas) vias** de igual teor e forma, na presença de 02 (duas) testemunhas abaixo, obrigando-se por si e seus sucessores, ao fiel cumprimento do que ora ficou ajustado, elegendo para Foro do mesmo a **Comarca de PALMEIRA, Estado do Paraná**, não obstante qualquer mudança de domicílio da **CONTRATADA**, que em razão disso é obrigada a manter um representante com plenos poderes para receber notificações, citação inicial e outras em direito permitidas.

Porto Amazonas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

Antonio Altair Polato  
Prefeito Municipal

\_\_\_\_\_  
Contratada

TESTEMUNHAS:

\_\_\_\_\_ RG N° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ RG N° \_\_\_\_\_