



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PATROCÍNIO PAULISTA/SP**  
**Pça. Nossa Senhora do Patrocínio, 1168, Centro**  
**CNPJ 45.318.185/0001-15**

---

CHAMADA PÚBLICA DE N.º 02/2018  
PROCESSO N.º 870/2018

**Objeto: - CHAMADA PÚBLICA DE N.º 02/2018 PARA CREDENCIAMENTO DE LABORATORIOS DE ANÁLISES CLÍNICAS, DESTINADOS A REALIZAÇÃO DE EXAMES DE PATOLOGIA CLÍNICA DE ALTA, MÉDIA E BAIXA COMPLEXIDADE, DE ACORDO COM OS VALORES CONSTANTES DA TABELA UNIFICADA DE PROCEDIMENTOS DO SUS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.**

A Prefeitura do Município de Patrocínio Paulista - SP, com sede a Praça Nossa Senhora do Patrocínio, 1168- Centro Patrocínio Paulista, torna público para conhecimento dos interessados, de acordo com a legislação em vigor, Lei n.º 8.666 de 21/06/1993 e as respectivas alterações posteriores, por meio da Comissão Permanente de Licitações e Contratos, torna público, para o conhecimento dos interessados, que a partir das **14:00 horas do dia 28 de março de 2018**, na Sala de Licitações da Prefeitura Municipal de Patrocínio Paulista, Estado de São Paulo, sito a Praça Nossa Senhora do Patrocínio, se reunirá a Comissão Permanente de Licitações, com a finalidade de receber e avaliar a documentação dos interessados em prestar os serviços especificados no item 01 deste EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA, cujo processo e julgamento serão realizados de acordo com os procedimentos da Lei n.º. 8.666/93, e suas alterações.

## **1 – DO OBJETO**

O presente Edital de CHAMAMENTO tem como objeto a contratação de serviços de EXAMES DE PATOLOGIA CLINICA DE ALTA, MEDIA E BAIXA COMPLEXIDADE, para os pacientes usuários do SUS, residentes em Patrocínio Paulista, conforme Requisições emitidas pela Secretaria Municipal da Saúde de Patrocínio Paulista, conforme tabela, para o exercício fiscal de 2018, cujo processo e julgamento serão realizados de acordo com os preceitos da supra referida Lei.

## **2 - DO RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO**

A documentação será recebida em envelopes, fechados e com a seguinte descrição:

Ao

Município de Patrocínio Paulista – SP

Edital de Credenciamento 02/2018

Envelope n.º 01- DOCUMENTAÇÃO

NOME DA EMPRESA: .....

**2.1 não serão aceitas propostas enviadas pelo correio.**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PATROCÍNIO PAULISTA/SP**  
**Pça. Nossa Senhora do Patrocínio, 1168, Centro**  
**CNPJ 45.318.185/0001-15**

---

### **3 - DA HABILITAÇÃO**

#### **3.1 Documentos necessários para habilitação de Pessoas Jurídica:**

O envelope n.º 01 deverá conter os seguintes documentos:

- a) Contrato Social, Estatuto ou Declaração de empresa individual,
- b) Certificado de Regularidade junto ao FGTS;
- c) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);
- d) Prova de Regularidade junto ao INSS;
- e) Prova de Regularidade junto à Fazenda do Município sede do credenciado; nas hipóteses em que os Municípios emitam as certidões de cadastro mobiliário e imobiliário separadamente, a licitante deverá apresentar apenas a certidão referente ao mobiliário.
- e) Prova de Regularidade referente a Tributos e Contribuições Federais, emitida pelo Departamento da Receita Federal;
- f) Prova de Regularidade referente à Dívida Ativa da União, da Procuradoria da Fazenda Nacional;
- g) Prova de Regularidade junto à Fazenda Estadual;
- h) Prova de Regularidade Trabalhista, conforme disposto na Lei 14.440, de 07 de julho de 2.011.
- I) Certidão de Registro do responsável técnico junto ao respectivo Conselho de Classe (Conselho Regional de Biomedicina ou Conselho Regional de Bioquímica);
- j) Comprovação que o profissional responsável técnico faça parte do quadro permanente da empresa licitante, cuja comprovação se dará mediante contrato social, registro na carteira profissional, ficha de empregado ou contrato de trabalho (sendo possível à contratação de profissional autônomo que preencha os requisitos e se disponibilize tecnicamente pela execução dos serviços) ou ainda com a apresentação do Certificado de Responsabilidade Técnica expedida pelo Conselho Regional de Biomedicina ou Conselho Regional de Bioquímica, nos termos da Súmula nº 25 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, na data fixada para a apresentação da documentação, de forma a comprovar a supervisão em serviços de mesmas características às do objeto desta Licitação e que façam explícita referência.
- k) Alvará ou licença Sanitária;
- l) Atestados de Capacidade Técnica referente ao objeto deste edital, fornecidos por pessoas jurídicas públicas ou privadas, instaladas no território nacional.
- m) Declaração de ciência e concordância com os termos do edital.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PATROCÍNIO PAULISTA/SP**  
**Pça. Nossa Senhora do Patrocínio, 1168, Centro**  
**CNPJ 45.318.185/0001-15**

---

n) Declaração contendo a indicação das instalações, do aparelhamento e do pessoal técnico adequado para a realização do objeto desta licitação, bem como, da qualificação de cada um dos membros da equipe técnica que se responsabilizará pelos trabalhos.

#### **4 - DO PROCEDIMENTO**

4.1 Recebidos o envelope de documentos, a Comissão de Licitações fará à apreciação dos mesmos num prazo de até 05 (cinco) dias, contados da data do recebimento através do protocolo geral do Município;

4.2 Após a fase de habilitação, o credenciado será convocado para, no prazo de cinco dias úteis, celebrar termo de credenciamento e assinatura do termo contratual;

4.3 O resultado do julgamento da habilitação e do julgamento dos recursos administrativos interpostos pelos licitantes deste processo será publicado no hall de entrada do prédio do Setor de Licitações, sito à Praça Nossa Senhora do Patrocínio, nº 1168 - Centro- Patrocínio Paulista/SP e ainda no site [www.patrociniopaulista.sp.gov.br](http://www.patrociniopaulista.sp.gov.br).

#### **5 – DO PAGAMENTO**

5.1 O pagamento dos serviços será efetuado 10 (dez) dias após a apresentação da Nota Fiscal devidamente validada pelo Gestor do Contrato, o Sr. Valdeir Eurípedes Sanguino, Secretário do Departamento de Saúde.

5.2 Para o efetivo pagamento a empresa deverá apresentar mensalmente, juntamente com a respectiva nota fiscal, à Secretaria Municipal da Saúde, até o 5º dia útil do mês subsequente a prestação dos serviços, relatório listagem de prestação de contas, devidamente carimbada e assinada, contendo as seguintes informações:

a) Dados do paciente beneficiado, contendo:

- 1) Nome Completo;
- 2) Idade;
- 3) Nº do CPF ou RG;
- 4) Endereço com Telefone de contato;
- 5) Assinatura do paciente beneficiado.

b) Tipo de exame realizado;

c) Data e horário da realização do exame;

d) Documento de Encaminhamento do paciente à empresa, emitido pela Secretaria Municipal da Saúde;

5.3 O pagamento será efetuado por meio de transferência entre contas;



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PATROCÍNIO PAULISTA/SP**  
**Pça. Nossa Senhora do Patrocínio, 1168, Centro**  
**CNPJ 45.318.185/0001-15**

---

5.4 A despesa com a realização dos serviços, objeto do presente Edital, correrá pelas seguintes dotações, constantes da Lei Orçamentária Anual, para execução no exercício de 2018:

02.04.01 – Departamento de Saúde

10.302.0008.2007.0000– Manutenção de Serviços Assistência Médica

3.3.90.39.00 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica

110.000 – Recurso Municipal

02.04.01 – Departamento de Saúde

10.302.0008.2007.0000– Manutenção de Serviços Assistência Médica

3.3.90.39.00 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica

302.004 – MAC - Recurso Federal

5.5 O valor a ser pago por exame será aquele constante da tabela SAI/SUS e, terá cota máxima mensal de até R\$ 14.000,00 (catorze mil reais).

5.6 – A Prefeitura não fica obrigada a requisitar a totalidade de exames previstos na cota máxima mensal e somente pagará pelos exames requisitados e efetivamente realizados.

5.7 O valor a ser pago por exame será o constante da tabela unificada de procedimentos SUS do Ministério da Saúde (Tabela SAI/SUS)

5.8.- Durante a vigência deste Cadastramento, os valores contratuais apenas poderão ser revistos no caso de alteração por parte do Governo Federal nos valores constantes na Tabela Unificada de Procedimentos do SUS.

5.9. - O credenciado não poderá cobrar do paciente, ou de seu responsável, qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados

5.10 - Em caso de haver mais de uma empresa credenciada para a realização dos exames de rotina, de segunda a sexta feira, no horário de expediente, é facultado ao paciente a escolha do prestador do serviço, exceto para os exames de urgência e emergência, requisitados no período noturno e aos sábados, domingos e feriados, em que a Secretaria Municipal de Saúde, estabelecerá escala de plantão, de forma alternada, do prestador do serviço, sendo que nesse caso, deverá o laboratório escalado, manter responsável técnico pelo prazo de 24 (vinte e quatro) horas para a realização dos exames, cujos resultados deverão serem entregues diretamente ao médico plantonista requisitante, o prazo máximo de 02 (duas) horas, a contar da convocação para a realização dos exames.

5.11 - O Município reserva o direito de fiscalizar, de forma permanente, a prestação dos serviços pelos credenciados, podendo proceder o descredenciamento, em caso de prestação de serviços em desacordo com as normas do presente edital e plano de trabalho que faz parte integrante, apurada em processo administrativo específico, com garantia do contraditório e da ampla defesa;

## **6. DOS SERVIÇOS DE CONSULTAS E EXAMES**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PATROCÍNIO PAULISTA/SP**  
**Pça. Nossa Senhora do Patrocínio, 1168, Centro**  
**CNPJ 45.318.185/0001-15**

---

6.1 O Credenciado deverá realizar as coletas de materiais biológicos, no horário de segunda à sexta feira, no horário compreendido entre às 6:00 e 17:00 horas, em estabelecimento que possuam estrutura física situada dentro do perímetro urbano do Município de Patrocínio Paulista, devidamente licenciado pela vigilância sanitária e inscrito no CNES, local em que deverão serem processados os exames e disponibilizados os seus resultados, tanto por meio físico, como através da internet, a qual deverá conter a senha do usuário para acesso.

6.2.- No período noturno e aos sábados, domingos e feriados, o credenciado no período de 24 (vinte e quatro) horas, obrigatoriamente deverá manter equipe de plantão, para o recebimento e realização de exames de urgência e emergência, sendo que nesse caso, o resultado dos exames requisitados, deverão serem entregues no prazo máximo de 02 (duas) horas.

6.3. – Não será admitido o credenciamento de postos de coletas, uma vez que em razão da urgência, emergência e plantões obrigatórios no período noturno e aos sábados, domingos e feriados, pelo período de 24 (vinte e quatro) horas, a coleta e resultado deverá se dar em estabelecimento localizado dentro do perímetro urbano do Município de Patrocínio Paulista, no prazo máximo de 02 (duas) horas, a contar da convocação para a realização dos exames.

6.4.- As despesas com todos os materiais de consumo e de equipamentos necessários a execução dos serviços, serão de responsabilidade exclusiva do credenciado.

6.5.- Os recursos humanos para a prestação dos serviços deverão serem disponibilizados pelo contratado, inclusive no que se refere aos profissionais e técnicos para a realização dos plantões, pelo período de 24 (vinte e quatro) horas, sem qualquer ônus para a contratante;

6.6.- Os uniformes, equipamentos de proteção individual (EPI) e objetos de uso necessários à prestação dos serviços, objeto do presente edital, são de responsabilidade do Credenciado;

6.7 O Credenciado somente atenderá pacientes do SUS, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Exames (SADT's), emitido pela Secretaria Municipal de Saúde, devidamente preenchido, assinado e autorizado pelo responsável;

6.8 O Credenciado deverá manter-se habilitado junto aos respectivos órgãos de fiscalização da sua categoria, sob pena de rescisão contratual;

6.9. Não serão objeto de pagamento os serviços não efetuados dentro da boa técnica profissional;

6.10 O Credenciado responderá por todos os serviços prestados no atendimento ao paciente encaminhado pela Secretaria Municipal da Saúde, isentando integralmente o Município de todo e qualquer ato falho em que o paciente sentir-se lesado, conforme art. 70 da Lei Federal 8.666/93;

6.11 - No atendimento aos pacientes, o Credenciado deverá usar somente materiais descartáveis e instrumental devidamente esterilizado;



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PATROCÍNIO PAULISTA/SP**  
**Pça. Nossa Senhora do Patrocínio, 1168, Centro**  
**CNPJ 45.318.185/0001-15**

---

6.12- O Credenciado será responsável por todos os encargos fiscais, previdenciários, trabalhistas e assinar carteira de seus funcionários e das pessoas subordinadas a ele e envolvidas no atendimento, isentando integralmente o Município;

6.13 - Os funcionários do Credenciado, serão diretamente subordinado a ele;

6.14- O credenciado deverá dar destinação apropriada e legal aos resíduos orgânicos e lixo produzido em seu estabelecimento.

## **7. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

7.1 Os uniformes, equipamentos de proteção individual (EPI) e objetos de uso necessários à prestação dos serviços, objeto do presente edital, são de responsabilidade do Credenciado;

7.2 O Credenciado habilitado terá o prazo máximo de 05 (cinco) dias para assinar o contrato, sob pena da perda do direito objeto deste Edital. No ato da assinatura do contrato será exigido documentos de identidade do Credenciado;

7.3 Ao Prefeito fica assegurado o direito de, no interesse do Município, revogar ou anular o presente processo de credenciamento, sem que caiba aos licitantes quaisquer direitos a reclamações ou indenizações;

7.4 Aplica-se ao presente Edital de Credenciamento os dispositivos da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e suas alterações;

7.5 O presente Edital poderá ser acessado na rede mundial de computadores (internet) no site [www.patrociniopaulista.sp.gov.br](http://www.patrociniopaulista.sp.gov.br)

Patrocínio Paulista - SP, 22 de fevereiro de 2018.

Caroline Charelli da Silva  
Presidente Copel



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PATROCÍNIO PAULISTA/SP**  
**Pça. Nossa Senhora do Patrocínio, 1168, Centro**  
**CNPJ 45.318.185/0001-15**

---

ANEXO III

CONTRATO N. \_\_\_\_ 2018

MINUTA CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES PARA O  
MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO PAULISTA - SP

Pelo presente instrumento, a Prefeitura Municipal de PATROCÍNIO PAULISTA – SP , pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Praça Nossa Senhora do Patrocínio, 1168, inscrita no CNPJ/MF sob n.º45.318.185/0001-15, neste ato representado pelo Prefeito Municipal Sr. JOSÉ MAURO BARCELLOS, neste ato denominado CONTRATANTE, e \_\_\_\_\_, Pessoa Jurídica Inscrita no CNPJ sob n.º \_\_\_\_\_ , com sede na Rua \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, município de \_\_\_\_\_(SP), CEP \_\_\_\_\_, neste ato representada por seu \_\_\_\_\_, denominado CONTRATADO, tendo em vista a homologação do processo de Chamada Pública nº 02/2018 e em conformidade com a Lei Federal n.º 8.666/93 e alterações posteriores, firmam o presente termo contratual, mediante o estabelecimento das seguintes cláusulas:

CLAUSULA PRIMEIRA - O presente contrato tem como objeto a prestação de serviços pelo CONTRATADO, de exames laboratoriais de análises clínicas, com cota máxima mensal de R\$ 14.000,00 (catorze mil reais) /tabela SAI/SUS.

CLÁUSULA SEGUNDA – O valor a ser pago por cada exame será o estabelecido na tabela SIA/SUS.

CLAUSULA TERCEIRA – O pagamento dos serviços será efetuado 10 (dez) dias após a apresentação da Nota Fiscal, devidamente validada pelo Gestor o Contrato, Valdeir Euripedes Sanguino, Secretário do Departamento de Saúde.

§ 1º Na fatura/nota fiscal deverão estar destacados os valores relativos ao IR, INSS e ao ISSQN, caso ocorra o fato gerador destes ou outros impostos, sob pena de retenção dos valores no ato do pagamento.

§ 2º Fica expressamente estabelecido que no preço acima estão incluídos todos os custos diretos e indiretos requeridos para a execução do objeto especificado na cláusula primeira deste instrumento, constituindo-se na única remuneração devida.

CLAUSULA QUARTA – Somente serão pagos os serviços que estiverem em conformidade como objeto do presente contrato.

CLAUSULA QUINTA – Para o efetivo pagamento, o CONTRATADO deverá apresentar, juntamente com a respectiva nota fiscal, à Secretaria Municipal da Saúde, até o 5º dia útil do mês subsequente a prestação dos serviços, relatório listagem de prestação de contas, devidamente carimbada e assinada, contendo as seguintes informações:

a) Dados do paciente beneficiado, contendo:



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PATROCÍNIO PAULISTA/SP**  
**Pça. Nossa Senhora do Patrocínio, 1168, Centro**  
**CNPJ 45.318.185/0001-15**

---

- 1) Nome Completo;
  - 2) Idade;
  - 3) N° do CPF ou RG;) Endereço com Telefone de contato;
  - 5) Assinatura do paciente beneficiado.
- b) Tipo de exame realizado;
  - c) Data e horário da realização do atendimento;
  - d) Documento de Encaminhamento do paciente ao CONTRATADO, emitido pela Secretaria Municipal da Saúde;
  - e) n° do cartão SUS

PARAGRAFO UNICO - Não serão objeto de pagamento os serviços não efetuados dentro da boa técnica profissional.

CLAUSULA SEXTA – Caso haja substituição do Responsável Técnico da CONTRATADA, essa deverá imediatamente comunicar o fato à CONTRATANTE por ofício.

CLAUSULA SÉTIMA - O CONTRATADO somente atenderá os pacientes mediante apresentação da Guia de Solicitação de Exames, emitido pela Secretaria Municipal da Saúde Municipal da Saúde, devidamente preenchido, assinado e autorizado pelo responsável, designado pelo Secretário da Saúde;

CLAUSULA OITAVA - O CONTRATADO deverá manter-se habilitado junto aos respectivos órgãos de fiscalização da sua categoria, sob pena de rescisão contratual.

CLAUSULA NONA - O CONTRATADO responderá por todos os serviços prestados no atendimento aos pacientes encaminhados pela Secretaria Municipal da Saúde, isentando integralmente a CONTRATANTE de todo e qualquer ato falho em que o paciente sentir-se lesado, devendo atendê-lo com humanidade e educação todos os pacientes encaminhados aos cuidados do CONTRATADO.

CLAUSULA DECIMA - No atendimento aos pacientes o CONTRATADO deverá usar somente materiais descartáveis e instrumentais devidamente esterilizados.

CLAUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - Os funcionários do CONTRATADO serão diretamente subordinados a ele.

CLAUSULA DÉCIMA SEGUNDA – Os uniformes, EPC's, EPI's e objetos de uso necessários à prestação dos serviços objeto do presente termo contratual são de responsabilidade do CONTRATADO.





**PREFEITURA MUNICIPAL DE PATROCÍNIO PAULISTA/SP**  
**Pça. Nossa Senhora do Patrocínio, 1168, Centro**  
**CNPJ 45.318.185/0001-15**

---

CLAUSULA DÉCIMA TERCEIRA – O CONTRATADO será responsável por todas as obrigações sociais de proteção aos seus profissionais, bem como todas as despesas necessárias para a execução dos serviços credenciados, incluindo despesas com deslocamentos, estadia, alimentação, salários, encargos sociais, previdenciários, comerciais, trabalhistas, equipamentos de proteção individual e quaisquer outros que se fizerem necessários ao cumprimento das obrigações decorrentes deste contrato, isentando integralmente o CONTRATANTE de qualquer obrigação pertinente a esses custos.

CLAUSULA DÉCIMA QUARTA – O prazo de vigência do contrato de credenciamento será de 12 (doze) meses, a contar de sua assinatura, podendo ser prorrogado, por interesse do CREDENCIANTE e anuência da CREDENCIADA, por iguais e sucessivos períodos, consoante permissivo do art. 57, II da Lei nº 8666/93.

CLAUSULA DÉCIMA QUINTA - Em caso de inadimplemento de qualquer Cláusula do presente contrato, ao CONTRATADO estará sujeita ao pagamento de multa no valor de 10% da parte inadimplida, em favor da CONTRATANTE.

PARÁGRAGO ÚNICO - A multa poderá ser aplicada reiterada e cumulativamente, sempre que houver causa, sem prejuízo de quaisquer outras cominações cabíveis.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - Caberá rescisão do presente instrumento, sem que assista direito ao CONTRATADO indenização de qualquer espécie quando:

- a) O CONTRATADO não cumprir as obrigações assumidas no presente instrumento, tendo a parte inadimplente o prazo de 5 (cinco) dias para alegar o que entender de direito; b) A parte contratada transferir o presente contrato a terceiros, no todo ou em parte, sem prévia e expressa autorização do contratante;
- c) No caso de acordo entre as partes, atendida a conveniência dos serviços, mediante lavratura de termo próprio ou conclusão dos serviços credenciados ou por ocasião da conclusão destes, conforme objeto da licitação;
- d) Quando decorrido o prazo de vigência do presente contrato;
- e) Ocorrendo qualquer uma das hipóteses previstas nos artigos 77 a 80 da Lei n. 8.666/93

CLAUSULA DÉCIMA SÉTIMA - A despesa com a execução do presente contrato, para o exercício de 2018, está prevista nas seguintes dotações constantes da Lei Orçamentária Anual a ser executada no exercício de 2018:

02.04.01 – Departamento de Saúde  
10.302.0008.2007.0000 – Manutenção de Serviços Assistência Médica  
3.3.90.39.00 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica  
110.000 – Recurso Municipal

02.04.01 – Departamento de Saúde  
10.302.0008.2007.0000– Manutenção de Serviços Assistência Médica  
3.3.90.39.00 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PATROCÍNIO PAULISTA/SP**  
**Pça. Nossa Senhora do Patrocínio, 1168, Centro**  
**CNPJ 45.318.185/0001-15**

---

---

302.004 – MAC - Recurso Federal

CLAUSULA DÉCIMA OITAVA – Fica designado gestor do contrato, pela Contratante senhor Valdeir Euripedes Sanguino, Secretário do Departamento de Saúde e, pelo Contratado o Sr.

\_\_\_\_\_

CLAUSULA DÉCIMA NONA – Fica eleito o foro da comarca de Patrocínio Paulista - SP, como competente para solucionar eventuais pendências decorrentes do presente contrato, com renúncia a qualquer outro por mais privilegiado que seja ou venha a ser.

E, por estarem assim ajustados, assinam o presente instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e forma, para um só efeito declarando conhecer todas as Cláusulas contratadas.

Patrocínio Paulista/SP, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PATROCÍNIO PAULISTA

José Mauro Barcellos

Prefeito Municipal

CONTRATANTE

EMPRESA

Nome do Responsável

RG/CPF

CONTRATADA

**TESTEMUNHAS:**

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PATROCÍNIO PAULISTA/SP**  
**Pça. Nossa Senhora do Patrocínio, 1168, Centro**  
**CNPJ 45.318.185/0001-15**

---

**ANEXO I**

**PROJETO BÁSICO**

**OBJETO:** CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES DE PATOLOGIA CLÍNICA DE BAIXA, MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, PARA OS PACIENTES USUÁRIOS DO SUS, RESIDENTES EM PATROCÍNIO PAULISTA, A SER REALIZADOS CONFORME REQUISIÇÕES EMITIDAS PELA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE PATROCÍNIO PAULISTA, CONFORME RELAÇÃO QUE INTEGRA OS ANEXOS.

1. **INTRODUÇÃO/OBJETO:** – O Projeto Básico e Plano de Trabalho é parte integrante de credenciamento celebrado entre o gestor municipal e o prestador de serviço, tendo por objeto a contratação de Laboratório de Análises Clínicas destinados a realização de exames de patologia clínica de baixa, média e alta complexidade, para os pacientes usuários do SUS, residentes em Patrocínio Paulista, a ser realizados conforme requisições médicas emitidas pela Secretaria Municipal da Saúde de Patrocínio Paulista e remuneração de acordo com a tabela unificada do SUS, expedida pelo Ministério da Saúde (SIA/SUS).

2. **JUSTIFICATIVA:** Os exames de análises clínicas são serviços auxiliares no tratamento de doenças, possibilitando diagnosticar patologias, bem como preveni-las, estabelecendo seu estágio e gravidade, assumindo assim um papel preponderante na saúde da população assistida pela rede pública municipal. Destacamos que os exames de análises clínicas são de fundamental relevância para a qualidade da assistência prestada na atenção básica, já que subsidiam o monitoramento da saúde da população através das Equipes de Estratégia de Saúde da Família; das Equipes de Atenção Básica e dos Programas desenvolvidos em parcerias com o governo federal e estadual. A contratação destes exames através de credenciamento é indispensável, tendo em vista que o Município de Patrocínio Paulista não dispõe de laboratório de análises clínicas, destinado ao atendimento dos usuários dos serviços do SUS. Assim, considerando que a saúde é um direito de todos previsto na Constituição Brasileira, cabendo às três esferas de governo a responsabilidade por essa assistência e visando dar continuidade na execução dos exames de análises clínicas, permitindo a avaliação dos sintomas e colaborando na elucidação da patologia e no acompanhamento do tratamento, torna-se indispensável ao município a contratação de exames através de credenciamento.

3 - **Objetivo Geral:** Execução de exames de análises clínicas a serem prestados aos usuários atendidos pela rede pública municipal, consoante requisição médica, no período de 24 (vinte e quatro horas), sendo os exames de rotina realizados de segunda à sextas feiras, no horário de expediente e exames de urgência e emergência médica, durante o período noturno, sábados,



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PATROCÍNIO PAULISTA/SP**  
**Pça. Nossa Senhora do Patrocínio, 1168, Centro**  
**CNPJ 45.318.185/0001-15**

---

domingos e feriados, em qualquer horário, mediante requisição médica, com prazo de processamento de 02 (duas) horas para a entrega dos resultados.

**4. DOS SERVIÇOS:** O contratado deverá:

4.1- realizar as coletas de materiais biológicos para realização dos exames em estabelecimento que possuam estrutura física situada dentro do perímetro urbano do Município de Patrocínio Paulista, devidamente licenciado pela vigilância sanitária e inscrito no CNES, local em que deverão serem processados os exames e disponibilizados os seus resultados, tanto por meio físico, como através da internet, a qual deverá conter a senha do usuário para acesso

4.2- somente atender pacientes, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Exames (SADT'S), emitida pela Secretária Municipal da Saúde, devidamente preenchido, assinado e autorizado pelo responsável;

4.3- no atendimento aos pacientes, usar somente materiais descartáveis e instrumentais devidamente esterilizados;

4.4- utilizar equipamentos de proteção individuais (EPI) e coletivos (EPC) e objetos de uso necessários a prestação dos serviços;

4.5- responsabilizar-se por todos os encargos fiscais, previdenciários, trabalhistas de seus funcionários e pessoas físicas ou jurídicas subordinadas a ele e envolvidas no atendimento, isentando integralmente o Município;

4.6- responsabilizar e disponibilizar os recursos humanos necessários a prestação dos serviços, inclusive no que se refere aos profissionais e técnicos para a realização dos plantões, pelo período de 24 (vinte e quatro) horas, sem qualquer ônus para a contratante;

4.7- manter-se habilitado junto aos respectivos órgãos de fiscalização da sua categoria e observar os preceitos do código de ética de sua categoria profissional;

4.8- responder por todos os serviços prestados no atendimento ao paciente encaminhado pela Secretaria Municipal da Saúde, isentado integralmente o Município de todo e qualquer ato falho em que o paciente sentir-se lesado.

**5. DO DESENVOLVIMENTO DO PROJETO:** Integra a prestação dos serviços, quando requisitado:

5.1- a realização de exames de patologia clínica de baixa, média e alta complexidade, relacionados na tabela unificada do SUS para os pacientes usuários residentes no Município de Patrocínio Paulista;

5.2- coleta e processamento do material biológico (sangue, soro, urina, fezes, liquor e exudatos) na cidade de Patrocínio Paulista, exceto hormônios podendo o credenciado, utilizar serviço de apoio laboratorial;



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PATROCÍNIO PAULISTA/SP**  
**Pça. Nossa Senhora do Patrocínio, 1168, Centro**  
**CNPJ 45.318.185/0001-15**

---

5.3- emissão do laudo técnico, assinado por profissional devidamente inscrito no Conselho de Classe, a ser disponibilizado ao paciente no mesmo local da coleta.

Os serviços serão prestados mediante requisições expedidas, assinadas e autorizadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Patrocínio Paulista, consoante segue:

6. **DO VALOR**- Os exames de **patologia clínica de alta, média e baixa complexidade**, serão realizados mediante necessidade administrativa e requisições expedidas pela Secretaria Municipal de Saúde, com cota máxima mensal de até R\$ 14.000,00(catorze mil reais), sendo remunerado os efetivamente realizados de acordo com os valores da tabela unificada do SUS.

**7. DO PAGAMENTO:**

7.1 - O pagamento será efetuado até dia 10 do mês subsequente a prestação dos serviços, nota fiscal, acompanhada de relatório e listagem de prestação de contas, devidamente carimbada e assinada, contendo as seguintes informações e dados do paciente beneficiado, contendo:

- 1) Nome Completo;
- 2) Data de Nascimento;
- 3) Nº do CPF ou RG;
- 4) Endereço com telefone de contato;
- 5) Assinatura do paciente beneficiado;
- 6) Tipo de exame realizado;
- 7) Data e horário da realização do exame;
- 8) Documentação de Encaminhamento do paciente, emitido pela Secretaria Municipal da Saúde;

7.2-Somente serão pagos os serviços que estiverem em conformidade com o objeto do contrato, não ficando a Prefeitura Municipal de Patrocínio Paulista, obrigada a utilizar e requisitar a totalidade dos exames previstos na cota máxima mensal.

7.3- Em havendo mais de uma empresa credenciada para a realização dos exames de rotina, de segunda a sexta feira, no horário de expediente, é facultado ao paciente a escolha do prestador do serviço, exceto para os exames de urgência e emergência, requisitados no período noturno e aos sábados, domingos e feriados, em que a Secretaria Municipal de Saúde, estabelecerá escala de plantão, de forma alternada, do prestador do serviço, sendo que nesse caso, deverá o laboratório escalado, manter responsável técnico pelo prazo de 24 (vinte e quatro) horas para a realização dos exames, cujos resultados deverão serem entregues diretamente ao médico plantonista requisitante, o prazo máximo de 02 (duas) horas, a contar da convocação.

7.4- Os serviços serão remunerados exclusivamente de acordo com a Tabela Unificada do SUS (SIA/SUS), expedida pelo Ministério da Saúde, por cada exame realizado;

7.5-Para o efetivo pagamento a credenciada deverá apresentar mensalmente, juntamente com a respectiva nota fiscal, à Secretaria Municipal da Saúde, até 10 dias do mês subsequente a



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PATROCÍNIO PAULISTA/SP**  
**Pça. Nossa Senhora do Patrocínio, 1168, Centro**  
**CNPJ 45.318.185/0001-15**

---

prestação dos serviços, relatório listagem de prestação de contas, devidamente carimbada e assinada, contendo as informações descritas no plano de trabalho.

**8. DOS PRAZOS:**

8.1- o credenciado compromete-se a iniciar imediatamente os serviços após assinatura do contrato, devendo para tanto, possuir estabelecimento com estrutura física situado dentro do perímetro urbano do Município de Patrocínio Paulista, devidamente licenciado pela vigilância sanitária e inscrito no CNES, local em que serão processados os exames e disponibilizados os seus resultados, tanto por meio físico, como através da internet, a qual deverá conter a senha do usuário para acesso

8.2- o contrato terá vigência pelo prazo de 12 (doze) meses, a contar de sua assinatura, podendo ser prorrogado e aditado, por interesse da administração e anuência do contratado, por iguais e sucessivos períodos, nos termos do art. 57, II da Lei nº 8666/93.

Patrocínio Paulista/SP, 22 de fevereiro de 2018.

Valdeir Euripedes Sanguino  
Secretario Municipal de Saúde



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PATROCÍNIO PAULISTA/SP**  
**Pça. Nossa Senhora do Patrocínio, 1168, Centro**  
**CNPJ 45.318.185/0001-15**

---

---

**ANEXO III**

**DECLARAÇÃO DE CIENCIA E CONCONDARCIA**

CHAMADA PÚBLICA N° 002/2018

Através do presente, a empresa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, CNPJ n° \_\_\_\_\_,

com sede na \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, neste ato representada por seu representante legal, que ao final subscreve, DECLARA, sob as penas da Lei, que tem plena ciência e concordância das condições para execução dos serviços, não podendo alegar qualquer desconhecimento como elemento impeditivo do perfeito cumprimento do Termo de Credenciamento, bem assim, declara que terá a disponibilidade, de todos os meios necessários à execução dos serviços ora contratados, em especial da condição prevista no item 8.1 do edital, necessário a formalização do contrato, comprometendo-se após a convocação e no prazo assinalado, a promover e manter a instalação de Laboratório de Análises Clínicas no perímetro urbano do Município de Patrocínio Paulista, devidamente licenciado e de acordo com as normas da vigilância sanitária, bem como a realizar os plantões no período noturno, aos sábados, domingos e feriados, conforme escala elaborada pela Secretaria Municipal de Saúde.

Patrocínio Paulista, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Representante legal



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PATROCÍNIO PAULISTA/SP**  
**Pça. Nossa Senhora do Patrocínio, 1168, Centro**  
**CNPJ 45.318.185/0001-15**

---

---

**ANEXO IV**  
**TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO**

CONTRATANTE: \_\_\_\_\_

CONTRATADO: \_\_\_\_\_

CONTRATO Nº (DE ORIGEM): \_\_\_\_\_

OBJETO: \_\_\_\_\_

ADVOGADO (S)/ Nº OAB: (\*) \_\_\_\_\_

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

**1. Estamos CIENTES de que:**

- a) o ajuste acima referido estará sujeito a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
- b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;
- c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
- d) Qualquer alteração de endereço – residencial ou eletrônico – ou telefones de contato deverá ser comunicada pelo interessado, peticionando no processo.

**2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:**

- a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
- b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

**LOCAL e DATA:** \_\_\_\_\_

**GESTOR DO ÓRGÃO/ENTIDADE:**

Nome: \_\_\_\_\_





**PREFEITURA MUNICIPAL DE PATROCÍNIO PAULISTA/SP**  
**Pça. Nossa Senhora do Patrocínio, 1168, Centro**  
**CNPJ 45.318.185/0001-15**

---

---

Cargo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço residencial completo: \_\_\_\_\_

E-mail institucional \_\_\_\_\_

E-mail pessoal: \_\_\_\_\_

Telefone(s): \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Responsáveis que assinaram o ajuste:**

**Pelo CONTRATANTE:**

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço residencial completo: \_\_\_\_\_

E-mail institucional \_\_\_\_\_

E-mail pessoal: \_\_\_\_\_

Telefone(s): \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Pela CONTRATADA:**

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço residencial completo: \_\_\_\_\_

E-mail institucional \_\_\_\_\_



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PATROCÍNIO PAULISTA/SP**  
**Pça. Nossa Senhora do Patrocínio, 1168, Centro**  
**CNPJ 45.318.185/0001-15**

---

---

E-mail pessoal: \_\_\_\_\_

Telefone(s): \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Advogado:**

(\*) Facultativo. Indicar quando já constituído, informando, inclusive, o endereço eletrônico.