



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES

CHAMADA PÚBLICA Nº 02/2019
EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 02/2019

O **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES** - Estado de Santa Catarina, pessoa jurídica de direito público interno, CNPJ nº 83.102.319/0001-55, com sede na Rua Erich Gielow, nº 35, Centro, Luiz Alves - SC, representado pelo Prefeito Municipal, Excelentíssimo Senhor **MARCOS PEDRO WEBER**, torna público para quem possa interessar, que realizará, de acordo com as disposições deste Edital e nos termos da Lei 8.666/93 e todas as suas alterações, o credenciamento **MEDIANTE CHAMADA PÚBLICA VISANDO O CREDENCIAMENTO DE EMPRESAS PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS POR LABORATÓRIO OU POSTO DE COLETA ESTABELECIDO NO MUNICÍPIO DE LUIZ ALVES, CONFORME TABELA SUS.**

O credenciamento terá como início, o dia **08 de maio de 2019** e encerrará o recebimento dos envelopes no dia **22 de maio de 2019**, sendo que estes serão abertos no dia **23 de maio de 2019**, às **10h: 00min.**

A partir do dia **22 de maio**, contudo, será permitido o credenciamento, a qualquer tempo, de qualquer interessado, pessoa física ou jurídica, que preencha as condições mínimas exigidas neste edital, **até a data final de 08 de maio de 2020.**

Para ser credenciado, **além dos documentos exigidos neste edital**, o interessado deverá preencher todas as demais condições nele estabelecidas.

1. DO ENVELOPE

1.1 - Os documentos necessários ao **credenciamento**, que se compõe da **proposta** e da **habilitação**, serão disponibilizados, e encaminhados em **01 (um) único envelope**, caso não haja representante, lacrado e endereçado à Prefeitura Municipal da seguinte forma:

**PEDIDO DE CREDENCIAMENTO – FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE (FMS)
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 02/2019 / HABILITAÇÃO E PROPOSTA**

**SELEÇÃO DE PROPOSTAS MEDIANTE CHAMADA PÚBLICA VISANDO O
CREDENCIAMENTO DE EMPRESAS PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE
EXAMES LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS POR LABORATÓRIO OU
POSTO DE COLETA ESTABELECIDO NO MUNICÍPIO DE LUIZ ALVES,
CONFORME TABELA SUS.**

NOME DA INTERESSADA (CNPJ, ENDEREÇO, TELEFONE, E-MAIL):

1.2 – Em relação à retirada deste edital, a mesma far-se-á de **2ª a 6ª feira** (segunda-feira a sexta-feira), das **08h00min às 12h00min horas e das 13h00min às 17h00min horas**, no Setor de Licitações da Prefeitura Municipal sito a Rua Erich Gielow, nº 35, Centro, Luiz Alves – SC ou, **preferencialmente**, no site www.luizalves.sc.gov.br (ícone licitações).

1.3 – Caso a empresa se faça representar, **deverão ser entregues 02 (dois) envelopes separados**, indevassáveis, lacrados em seus fechos, cada um deles com identificação clara (digitada, datilografada ou manuscrita de forma legível) do proponente referente à licitação:



**ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES**

1.3.1 - DA SUBSCRIÇÃO DO ENVELOPE 01 – PROPOSTA

ENVELOPE Nº 01 – PROPOSTA (deverá conter a seguinte subscrição):

Sr. (a) Presidente de Comissão

Empresa - CNPJ:

Referente ao Edital de Credenciamento nº 02/2019 (Fundo Municipal de Saúde).

1.3.2 - DA SUBSCRIÇÃO DO ENVELOPE 02 – DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO

ENVELOPE Nº 02 – DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO (deverá conter a seguinte subscrição):

Sr. (a) Presidente de Comissão

Empresa - CNPJ:

Referente ao Edital de Credenciamento nº 02/2019 (Fundo Municipal de Saúde).

2. DETALHAMENTO DO OBJETO E APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA

2.1. DOS VALORES, DO PRAZO E DO TETO FINANCEIRO.

2.1.1 - Os valores a serem pagos pelos serviços contratados, constantes nas Tabelas discriminadas no **ANEXO II-A**, tem como referência a descrição da **TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS ESPECIAIS (OPM), DISPONÍVEL ATRAVÉS DO SIGTAP – SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA DE PROCEDIMENTOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.**

2.1.2 - As despesas decorrentes da contratação para a prestação dos serviços objetos deste Termo de Referência correrão por conta da dotação orçamentária prevista, sendo estipulado o valor global de **R\$ 216.000,00 (Duzentos e Dezesseis Mil Reais)** com **previsão de realização em 12 (doze) meses**, levando em conta a Programação Pactuada e Integrada – PPI do município, a disponibilidade de recursos federais, estaduais e próprios, e a necessidade apurada pela Secretaria Municipal de Saúde;

2.1.3 - Os recursos financeiros serão atendidos pela dotação do orçamento vigente, classificadas e codificadas sob nº:

3.3.90.39.50.00.00.00 (30)

3.3.90.39.50.00.00.00 (31)

3.3.90.39.50.00.00.00 (47)

3.3.90.39.50.00.00.00 (48)

3.3.90.39.50.00.00.00 (69)

2.2 - DA PROPOSTA (ENVELOPE 01).

2.2.1 - Ser formulada de **preferência**, no **MODELO DE PROPOSTA, ANEXO IX**, ou ainda, em papel timbrado da empresa, apresentada em uma via, constando o nome, endereço completo e carimbada com a Razão Social e o nº do CNPJ, contendo a (s) assinatura (s), a (s) qual (is) deverá (ão) ser identificada (s);

2.2.2 - Ser redigida em linguagem clara, sem rasuras, sem emendas, sem ressalvas e sem entrelinhas.

2.2.3 - Ser datada e ter validade de, **no mínimo, 60 (sessenta) dias.**



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES

2.2.4 - Os preços deverão ser cotados separadamente, **em até 02 (duas) casas decimais após a vírgula**, em moeda nacional, e já deverá estar incluída toda a incidência de impostos, transportes, custos diretos e indiretos relativos ao presente objeto, inclusive todos os encargos sociais, trabalhistas, previdenciários, securitários e tributários, ou quaisquer outros custos decorrentes ou que venham a serem devidos em razão do objeto deste Edital;

3. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

3.2 - **Não poderão participar** as pessoas jurídicas:

3.2.1 - declaradas inidôneas nos termos da lei;

3.2.2 - que tenham falência decretada ou estejam em recuperação judicial, bem como concordatária, concurso de credores, dissolução ou liquidação;

3.2.3 - impedidas de licitar, contratar ou transacionar com a Administração Pública, direta ou indireta;

3.2.4 - que tenham pendências financeiras ou contratuais para com o Município de Luiz Alves e suas entidades da administração direta ou indireta.

3.3 - No presente credenciamento é vedada a participação de empresas ou instituições que estejam em consórcio.

3.4 - Os serviços deverão ser realizados por profissionais habilitados da contratada, em suas dependências e com a utilização de seus equipamentos.

4. DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA A HABILITAÇÃO (ENVELOPE 02)

4.1 - Os **pedidos de credenciamento deverão ser apresentados juntamente com a documentação necessária**, como segue:

4.1.1 - Da habilitação jurídica

4.1.1.1 - **Cópia do Contrato Social e Alterações posteriores**, e/ou cópia da **última Alteração Consolidada**, registrado na Junta Comercial do Estado, devidamente autenticado;

4.1.1.2 - Em se tratando de Firma Individual o **Registro Comercial**;

4.1.1.3 - Em se tratando de Sociedade por Ações, o **Ato Constitutivo** acompanhado da ata da eleição da diretoria em exercício.

4.1.1.4 – Todos os documentos relativos à habilitação jurídica deverão ser autenticados.

4.1.2 - Da regularidade fiscal e trabalhista

4.1.2.1 – Inscrição do **CNPJ**;

4.1.2.2 - Prova de regularidade com a **Fazenda Municipal** de origem da empresa;

4.1.2.3 - Prova de regularidade com a **Fazenda Estadual**;

4.1.2.4 – Prova de regularidade com os **débitos relativos aos tributos federais e a dívida ativa da união** que abrange os créditos tributários da Receita Federal do Brasil (RFB), da PGFN (Dívida Ativa da União Junto a Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional) e as contribuições



**ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES**

sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

4.1.2.5 - Prova de regularidade com FGTS;

4.1.2.6 – Prova de inexistência de **débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho**, mediante a apresentação de certidão negativa, emitida através do site: www.tst.jus.br/certidao.

4.1.3 - Qualificação Econômico-Financeira

4.1.3.1 - **Certidão Negativa de Falência ou Recuperação Judicial** expedida pelos distribuidores da sede do juízo da comarca da pessoa jurídica.

4.1.3.2 - **Considerando a implantação do sistema EPROC no Poder Judiciário de Santa Catarina, a partir de 1º/4/2019, as certidões dos modelos "Cível" e "Falência, Concordata e Recuperação Judicial" deverão ser solicitadas tanto no sistema EPROC quando no SAJ. As duas certidões deverão ser apresentadas conjuntamente, caso contrário não terão validade.**

4.1.4 - Qualificação Técnica

4.1.4.1 - **Alvará Sanitário** fornecido pelo Município da sede da pessoa jurídica;

4.1.4.2 - **Certidão de responsabilidade técnica** da empresa.

4.1.4.3 - **Certificado de Especialista**.

4.1.4.4 – **Deverão** apresentar também **os seguintes documentos:**

4.2 - **DEVERÃO APRESENTAR AINDA**, as declarações constantes nos anexos, assinadas por quem de direito, **e de preferência**, com carimbo da empresa com CNPJ.

4.2.1 - **DECLARAÇÃO DE QUE ATENDE O INCISO V DO ART. 27 DA LEI 8.666/93**, constante no ANEXO III, de que **NÃO POSSUI EM SEU QUADRO DE PESSOAL, EMPREGADOS MENORES DE 18 ANOS, EM TRABALHO NOTURNO, PERIGOSO OU INSALUBRE, OU EM QUALQUER TRABALHO, MENORES DE 16 ANOS, SALVO NA CONDIÇÃO DE APRENDIZ, A PARTIR DE 14 ANOS;**

4.2.2 - **DECLARAÇÃO NEGATIVA DE PARENTESCO QUE ATENDE O ARTIGO 9 SEUS INCISOS E PARÁGRAFOS DA LEI 8.666/93**, conforme modelo constante no ANEXO IV;

4.2.3 - **DECLARAÇÃO DE QUE ACEITA AS CONDIÇÕES IMPOSTAS PELO EDITAL** de credenciamento, conforme modelo constante no ANEXO V;

4.2.4 - **DECLARAÇÃO DE REGULARIDADE FISCAL**, conforme modelo constante do ANEXO VI deste Edital.

4.2.5 - **DECLARAÇÃO, SOB AS PENALIDADES CABÍVEIS, DE INEXISTÊNCIA DE FATO SUPERVENIENTE IMPEDITIVO DA HABILITAÇÃO**, conforme modelo constante do ANEXO VII deste Edital.

4.3 - **Não serão aceitas cópias tiradas em aparelho de fax**, devendo, todos os documentos oriundos de outros originais, **serem devidamente autenticados**, sendo que a verificação de autenticidade poderá ser realizada pela comissão, caso algum documento apresente fundada suspeita.



**ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES**

4.4 - **Todos os documentos que contenham prazo de validade deverão estar em plena vigência.** Para aqueles documentos sem data de vencimento, sua validade será de 90 (noventa) dias, contados da sua expedição.

4.5 - Serão desconsideradas as cópias rasuradas, ilegíveis, apagadas ou que apresentarem qualquer defeito capaz de colocar em dúvida a sua fidelidade.

4.6 – O credenciado, caso o contrato venha a ser prorrogado, ficará sujeito à comprovação das mesmas condições habilitatórias do início do contrato.

4.7 - **Os documentos para o credenciamento que necessitem de autenticação**, somente serão autenticados por esta municipalidade **até às 16h00min horas do último dia útil anterior à abertura dos envelopes**, marcada inicialmente para **23 de maio de 2019, às 10h: 00min**.

4.12 – DA HABILITAÇÃO DE MICROEMPREENDEDOR INDIVIDUAL (MEI), MICROEMPRESAS E EMPRESAS DE PEQUENO PORTE.

4.12.1 – Os Microempreendedores Individuais (MEI), as microempresas ou empresas de pequeno porte, para utilizarem-se dos benefícios introduzidos pela Lei Complementar nº 123/2006, de 14 de dezembro de 2006, deverão comprovar sua condição conforme constante no **ANEXO VIII (DECLARAÇÃO DE MICROEMPRESA OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE)** deste edital, através da apresentação anexada **JUNTAMENTE À HABILITAÇÃO (ENVELOPE 02)**, conforme o caso abaixo:

- a) Para as empresas registradas na Junta Comercial – Certidão de enquadramento expedida pela Junta Comercial, conforme Instrução Normativa nº 103/2007 do Departamento Nacional de Registro do Comércio, ou;
- b) Para as empresas registradas no Registro Civil de Pessoas Jurídicas – Declaração nos termos do **ANEXO VIII (DECLARAÇÃO DE MICROEMPRESA OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE)**;
- c) Para os Microempreendedores Individuais (MEI), apenas o Certificado de Condição de Microempreendedor Individual.

4.12.2 – A ausência da comprovação a que se refere o item 4.12.1 **não enseja a inabilitação do licitante**, mas não tendo, no entanto, os benefícios da Lei Complementar nº 123/2006 e alterações.

4.13 - A **Comissão Permanente de Licitação** verificará, ainda, **sob pena de inabilitação**, da entidade prestadora dos referidos serviços:

4.13.1 - A existência de registros impeditivos da contratação, no CADASTRO NACIONAL DE EMPRESAS INIDÔNEAS E SUSPENSAS / CGU, disponível no Portal da Transparência - <http://www.portaltransparencia.gov.br/>, além da habitual pesquisa já realizada no módulo SICAF do sistema SIASG (consulta por CNPJ), em atenção ao art. 97, caput e parágrafo único da Lei nº 8.666/93;

4.13.2 - O CNIA (Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Ato de Improbidade Administrativa) – Cadastro Nacional do Conselho Nacional de Justiça – CNJ, mediante acesso no site http://www.cnj.jus.br/improbidade_adm/consultar_requerido.php, com consulta pelo CNPJ;

4.13.3 - Lista de declarados irregulares, inidôneos e inabilitados pelo Tribunal de Contas da União – TCU, disponível no site <https://portal.tcu.gov.br/responsabilizacao-publica/licitantes-inidoneos/>.



4.14 – Sendo constatado qualquer impedimento de licitar ou contratar por parte do licitante em qualquer das consultas anteriores, o mesmo será inabilitado.

4.15 - A Comissão Permanente de Licitação poderá consultar sítios oficiais de órgãos e entidades emissoras de certidões para verificar as condições de habilitação dos licitantes.

5. DESCRIÇÃO DO LOCAL DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

5.1 - A **descrição do local e execução dos serviços** obedecerá aos seguintes critérios:

5.1.1 - A Necessidade da Secretaria;

5.2 - A **capacidade instalada do Prestador**, observando-se o seguinte:

I - Qualificação Técnica e RH disponível

II – Parque tecnológico disponível, incluindo Unidades de Postos de, quando aplicável;

III – Localização da sede do serviço, de forma a proporcionar melhor acesso aos usuários, levando-se em conta a regionalização geográfica, consideradas a distancia e o acesso de transporte público ou facilidade de deslocamento;

IV - Capacidade de oferta, declarada pelo prestador.

Parágrafo Único: **Terão prioridade na contratação, as instituições filantrópicas as sem fins lucrativos, conforme previsto no art. 25 da Lei n.º. 8.080/90.**

5.3 - Os prestadores integram o Sistema Nacional de Regulação – SISREG, ou outro sistema utilizado pela SMS, destinando equipamentos necessários para operacionalização do mesmo e indicando os profissionais para receberem o treinamento necessário para operar o sistema, o qual será ministrado pela SMS de Luiz Alves, se submetendo, enfim, às regras do referido sistema;

5.4 - Os prestadores deverão atender somente pacientes agendados/autorizados pelo sistema de regulação adotado pelo município (SISREG – CELK e/ou outro a ser indicado), disponibilizando uma agenda de horários para consultas e coleta, em dias úteis, na proporção da capacidade instalada e do serviço contratado, calculado, especialmente em quantidade de exames contratados.

5.5 - Os prestadores deverão manter a área física da unidade credenciada de acordo com as normas da Vigilância Sanitária e outras afins.

5.6 - Os **prestadores deverão fornecer os resultados de exames em formulário próprio entregue ao paciente na sede do prestador, em um prazo máximo de 15 (quinze) dias úteis.**

5.7 - Os prestadores não poderão fazer qualquer distinção entre o atendimento destinado aos pacientes encaminhados pela SMS e os demais pacientes atendidos;

5.8 - Os prestadores receberão pelos serviços prestados exclusivamente os valores previstos na tabela, em conformidade com cada modalidade de exame de diagnose, os quais serão realizados, sem qualquer custo ao usuário do SUS, bem como nenhuma cobrança adicional para a SMS de material para coleta, realização e entrega dos resultados dos exames realizados, sendo que eventual cobrança de qualquer valor excedente dos pacientes ou seus responsáveis acarretará na



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES

imediate rescisão do contrato e sujeição à declaração de inidoneidade e responsabilização cível e criminal;

5.9 - Os prestadores deverão apresentar a produção realizada mensalmente, **entregando o Relatório de Produção para o Departamento de Compras da Secretaria Municipal de Saúde de Luiz Alves, até o 5º dia útil de cada mês**, subsequente à produção.

5.10 - Todos os prestadores contratados ficarão sujeitos à regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS durante a vigência do contrato.

5.11 - Os prestadores deverão participar de mutirões que possam vir a ser solicitados, pela SMS, mediante regras reguladas pela mesma, os quais serão pactuados previamente.

5.12 - Os prestadores encaminharão planilhas e relatórios que eventualmente sejam solicitados pela SMS, a fim de proporcionar análise e planejamento por parte dos sistemas regulatórios do município, relativamente aos exames autorizados pelo SUS.

5.13 - Seremos garantidos o acesso dos conselheiros de saúde nos estabelecimentos vinculados ao SUS, desde que devidamente identificados e com prévia comunicação ao prestador, de modo a garantir o exercício do controle social sobre o serviço contratado.

5.14 - O Fundo Municipal de Saúde reserva-se o direito de somente efetuar o pagamento à empresa credenciada, quando esta, houver cumprido a entrega da totalidade dos exames solicitados na ocasião, e obedecidos os prazos e metodologias constantes neste Termo de Referência.

5.15 - Fica reservada a Secretaria de Saúde a faculdade de cancelar, no todo ou em parte, adiar, revogar, prorrogar ou anular a presente Chamada Pública, de acordo com seus interesses, sem direito, às entidades, a qualquer reclamação, indenização, reembolso ou compensação.

5.16 - É facultada a Comissão Permanente de Licitação ou autoridade superior, em qualquer fase do processo, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução deste.

5.17 - Os serviços serão realizados por laboratório clínico ou posto de coleta estabelecido no Município de Luiz Alves com agendamento prévio através de Guia de Agendamento Regulada pela Secretaria de Saúde e expedida pela Secretaria e Unidades de Saúde;

5.17 - Os serviços deverão ser realizados por profissionais habilitados da contratada, em suas dependências e com a utilização de seus equipamentos, sem custo e despesas para a Secretaria de Saúde além do valor do procedimento conforme Tabela de Procedimentos do SUS;

5.18 - Os Prestadores deverão atender somente pacientes agendados/autorizados pelo sistema de regulação adotado pelo município (GEM-SAÚDE), disponibilizando uma agenda de horários para realização dos procedimentos, em dias úteis;

5.19 - Os Prestadores deverão manter a área física da unidade credenciada de acordo com as normas da Vigilância Sanitária e outras afins;

5.20 - Os Prestadores deverão fornecer os resultados de exames em formulário próprio entregue ao paciente na sede do prestador, em um prazo máximo de 15 (quinze) dias úteis;

5.21 - Os Prestadores não poderão fazer qualquer distinção entre o atendimento destinado aos pacientes encaminhados pela SMS e os demais pacientes atendidos.



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUÍZ ALVES

6. JUSTIFICATIVA

6.1 - Faz-se necessário selecionar e contratar entidades privadas, pessoas jurídicas, com ou sem fins lucrativos, prestadoras de serviços de saúde, interessadas em participar de forma complementar ao SUS - Sistema Único de Saúde do município de Luiz Alves, na oferta de exames laboratoriais de diagnose em patologia clínica, em caráter ambulatorial, pelo prazo de 12 meses, podendo ser prorrogável por mesmo período, caso haja necessidade.

7. DO PRAZO E DA FORMA DE PAGAMENTO

7.1 - Os prestadores receberão pelos serviços prestados exclusivamente os valores previstos na tabela, em conformidade com cada modalidade de exame de diagnose, os quais serão realizados, sem qualquer custo ao usuário do SUS, bem como nenhuma cobrança adicional para a SMS de material para coleta, realização e entrega dos resultados dos exames realizados, sendo que eventual cobrança de qualquer valor excedente dos pacientes ou seus responsáveis acarretará na imediata rescisão do contrato e sujeição à declaração de inidoneidade e responsabilização cível e criminal;

7.2 - **Os serviços serão medidos mensalmente**, de acordo com o número de requisições/autorizações emitidas pela Secretaria e Unidades de Saúde e atendidas pelo Credenciado;

7.3 - **Os Prestadores deverão apresentar a produção realizada mensalmente**, entregando o Relatório de Produção para o Departamento de Compras da Secretaria Municipal de Saúde de Luiz Alves, **até o 5º dia útil de cada mês, subsequente à produção**;

7.4 - **Os Prestadores deverão confirmar a realização dos exames via sistema GEM-SAÚDE para o processamento e pagamento desses exames**, sendo que não serão pagos os exames que não forem confirmados via sistema GEM-SAÚDE;

7.5 - O processamento dos exames terá início e término conforme cronograma disponibilizado no site <http://sia.datasus.gov.br/principal/index.php> e <http://cnes.datasus.gov.br/>;

7.6 - Após a entrega do relatório e da produção em sistema informatizado à Prefeitura, a credenciada deverá emitir a Nota Fiscal e o **pagamento será realizado em até 10 (dez) dias úteis** diretamente na conta corrente informada pela credenciada.

8 - DISPOSIÇÕES FINAIS

8.1 – Para que ninguém alegue ignorância foi o presente Edital afixado no mural de publicações da Prefeitura Municipal de Luiz Alves oficializado através do Decreto nº 040/2007 de 09/08/2007, junto a **Portaria nº 454/2018** de Nomeação da Comissão Permanente de Licitação, feita pela Secretaria de Administração da Prefeitura Municipal de Luiz Alves.

Luiz Alves, 06 de maio de 2019.

Marcos Pedro Veber
Prefeito Municipal

Juliana Rodrigues de Brito Wust
Secretária Municipal de Saúde



ANEXO I

CHAMADA PÚBLICA Nº 02/2019
EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 02/2019

MINUTA DE CONTRATO Nº ___/2019

O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES, inscrito no CNPJ sob n.º 83.102.319/0001-55, situado à Rua Erich Gielow, n.º 35 – Centro – Luiz Alves (SC), neste ato representado pelo **SENHOR PREFEITO MUNICIPAL MARCOS PEDRO WEBER**, no uso de suas atribuições, e, de outro lado, a empresa _____, inscrita no CNPJ sob o n.º _____, com sede à _____, doravante denominada **CREDENCIADA**, representada por _____, resolvem celebrar o presente Termo de Credenciamento para **CREDENCIAMENTO DE EMPRESAS PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS POR LABORATÓRIO OU POSTO DE COLETA ESTABELECIDO NO MUNICÍPIO DE LUIZ ALVES, CONFORME TABELA SUS**, sujeitando-se as partes às normas disciplinares da Lei n.º 8.666/93 e às seguintes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

CREDENCIAMENTO DE EMPRESAS PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS POR LABORATÓRIO OU POSTO DE COLETA ESTABELECIDO NO MUNICÍPIO DE LUIZ ALVES, CONFORME TABELA SUS.

Parágrafo Único: Para o desempenho de suas atividades, a CREDENCIADA, colocará para atendimento à população do Município de Luiz Alves, suas instalações, seus equipamentos e quadro técnico-profissional próprio, exceto quanto ao atendimento dos subitens 5.17 e 5.18 do edital.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

1. Os usuários do SUS serão atendidos nas dependências da CREDENCIADA, mediante o Guia de Agendamento Regulada expedida pela Secretaria Municipal de Saúde de Luiz Alves.
2. A CREDENCIADA compromete-se a prestar aos usuários do SUS, tratamento idêntico ao dispensado a particulares.
3. A CREDENCIADA deverá prestar o serviço, com agendamento prévio, sempre que solicitado pela Secretaria de Saúde no prazo máximo de 10 dias após o 1º contato, exceto em casos de prioridade que esta Secretaria poderá solicitar antecipação desse prazo.
4. Os prestadores deverão fornecer os resultados de exames em formulário próprio entregue ao paciente na sede do prestador, em um **prazo máximo de 15 (quinze) dias úteis.**

CLÁUSULA TERCEIRA – DOS PREÇOS E DOS CRITÉRIOS DE REAJUSTAMENTO E FORMA DE PAGAMENTO

1. O Fundo Municipal de Saúde de Luiz Alves pagará pelos serviços prestados conforme preços constantes no **ANEXO II-A / TABELA DE PROCEDIMENTOS.**
2. Quanto ao processamento, faturamento e forma de pagamento:



**ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES**

I – Após o cumprimento dos procedimentos do inciso anterior, a CREDENCIADA emitirá Nota Fiscal de Prestação de Serviços.

II – O pagamento se dará após a efetiva liquidação da despesa, obedecendo à ordem cronológica de pagamentos da Tesouraria Municipal.

III – O **preço máximo global** previsto para o período de **12 (doze) meses** será de **R\$ 216.000,00 (Duzentos e Dezesseis Mil Reais)**.

CLAUSULA QUARTA: DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

1. Quanto à dotação orçamentária, a despesa no presente exercício correrá à Conta do Fundo Municipal de Saúde de Luiz Alves, nos elementos de despesa:

3.3.90.39.50.00.00.00 (30)

3.3.90.39.50.00.00.00 (31)

3.3.90.39.50.00.00.00 (47)

3.3.90.39.50.00.00.00 (48)

3.3.90.39.50.00.00.00 (69)

CLÁUSULA QUINTA: DA RESPONSABILIDADE DO FUNDO MUNICIPAL DE LUIZ ALVES

1. Compromete-se a efetuar o pagamento das faturas conforme estrita ordem cronológica de pagamentos.

CLÁUSULA SEXTA: DA RESPONSABILIDADE E OBRIGAÇÃO DA CREDENCIADA

1. A CREDENCIADA é responsável por possíveis danos causados a Prefeitura Municipal de Luiz Alves e aos usuários do SUS, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução dos seus serviços, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização ou acompanhamento pela Prefeitura Municipal de Luiz Alves.

2. A CREDENCIADA obriga-se a manter, durante a inteira execução do Termo de Credenciamento, todas as condições de habilitação e regularidades exigidas, em compatibilidade com as obrigações assumidas por ocasião da assinatura do Termo de Credenciamento.

CLÁUSULA SÉTIMA: DA VIGÊNCIA E DA VALIDADE

1. A **vigência deste Termo de Credenciamento será de ____ de _____ de 2019 até 23 de maio de 2020**, podendo ser prorrogado obedecendo ao limite previsto no artigo 57, inciso II, da Lei nº 8.666/93.

2. A empresa prestará os referidos serviços no valor de **R\$ ____.**____,____, (_____).

3. O referido limite será regulado e controlado pela Secretaria Municipal de Saúde, através do SISREG, quando da autorização dos exames a serem realizados, bem como mediante a produção apresentada pela CREDENCIADA mensalmente, cabendo a Secretaria de Saúde comunicar ao Fundo Municipal de Saúde, bem como a CREDENCIADA, a descontinuidade dos serviços, pelo limite financeiro atingido.

CLÁUSULA OITAVA: DA FISCALIZAÇÃO

1. Todos os Prestadores contratados ficarão sujeitos à regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS durante a vigência do contrato;



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES

2. Os Prestadores serão obrigados a atender a todas as autorizações/requisições durante a vigência do contrato;
3. Os Prestadores serão obrigados a confirmar a realização dos exames no Sistema GEM-SAÚDE disponibilizado pela Secretaria de Saúde;
4. Os Prestadores deverão coletar o material para realização dos exames diariamente (segunda à sexta) no estabelecimento da Contratada;
5. Os Prestadores serão obrigados a orientar os pacientes quanto forma e preparo para a realização dos exames e disponibilizar os materiais utilizados na realização dos exames.

CLÁUSULA NONA: DA RESCISÃO

1. O não cumprimento de qualquer cláusula ou condição prevista no termo de Credenciamento ou ainda, a inobservância das previsões legais contidas nos artigos 58, II, 77, 78, I ao III e 86, §1º, todos da Lei 8.666/93, bem como futuras modificações ou acréscimos pertinentes à Lei que rege os contratos, administrativos, acarretará para o Fundo Municipal de Saúde de Luiz Alves, o direito de rescindi-lo. Poderá, ainda, o Fundo Municipal de Saúde de Luiz Alves a seu exclusivo critério, oportunidade e conveniência, rescindir unilateralmente o termo de Credenciamento, devendo para isso, avisar a CREDENCIADA com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.
2. A CREDENCIADA deverá comunicar, por escrito e com justificativa, a CONTRATANTE, qualquer fato superveniente que acarrete o descredenciamento, mediante aviso prévio mínimo de 30 (trinta) dias.

CLÁUSULA DÉCIMA: DAS SANÇÕES PARA O CASO DE INADIMPLEMENTO

1. Em caso de inexecução parcial ou total das condições fixadas neste processo, erros ou atrasos na execução do objeto e quaisquer outras irregularidades, a Prefeitura Municipal de Luiz Alves poderá, isolada ou cumulativamente, respeitado o contraditório e a ampla defesa, aplicar a adjudicatária as seguintes penalidades.

I – Advertência: sempre que forem observadas irregularidades de pequena monta para as quais tenha concorrido;

II – Multa Moratória: de 2% (dois por cento) por dia de atraso, calculada sobre o valor da obrigação não cumprida dentro do prazo contratual, na hipótese de atraso injustificado;

III – Multa Compensatória: nas seguintes ocorrências:

- a) de 20% (vinte por cento) do total de preços registrados, caso haja recusa em assinar o contrato.
- b) de 20% (vinte por cento) sobre o valor do (s) exame (s) não entregue (s) – observando-se que, independentemente da data de emissão do documento fiscal da empresa, a efetividade da prestação do serviço se dará no momento em que é atestado o recebimento e totalidade dos exames realizados, via Relatório apresentado pela empresa e aceito, hipótese esta caracterizada, conforme o caso, como inexecução parcial ou total do ajuste.
- c) de 20% (vinte por cento) sobre o valor adjudicado pelo inadimplemento de quaisquer outras cláusulas, também podendo caracterizar inexecução parcial ou total do ajuste, dependendo do caso.

Parágrafo único: Nos termos do § 3º do art. 86 e do § 1º do art. 87 da Lei nº 8.666/93, a multa, caso aplicada após o regular processo administrativo, será descontada do pagamento eventualmente devido à empresa detentora, e ainda, quando for o caso, cobrada judicialmente, em conformidade com a legislação específica.



**ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES**

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: DO FORO

1. Fica eleito o foro da cidade de **NAVEGANTES (SC)**, para dirimir qualquer dúvida oriunda da execução deste Termo de Credenciamento, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.
2. E para firmeza e validade do que foi pactuado, como prova indubitável do acordo de vontades que ora se bilateraliza, lavrou-se o presente Termo de Credenciamento em 03 (três) vias de igual teor e forma, para que surtam um só efeito, as quais depois de lidas são assinadas pelos representantes das partes.

Luiz Alves, _____ de _____ de 2019.

MARCOS PEDRO VEBER
PREFEITO MUNICIPAL

CRENCIADA



ANEXO II

CHAMADA PÚBLICA Nº 02/2019 EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 02/2019

TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO:

SELEÇÃO DE PROPOSTAS MEDIANTE CHAMADA PÚBLICA VISANDO A CREDENCIAMENTO DE EMPRESAS PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS POR LABORATÓRIO OU POSTO DE COLETA ESTABELECIDO NO MUNICÍPIO DE LUIZ ALVES, CONFORME TABELA SUS.

Com apoio contido no art. 16 da Lei 8080, de 19/09/1990, no que tange a elaboração de normas para regulação das relações entre o SUS e os serviços privados de assistência à saúde e a aplicabilidade da lei 8.666, de 21/06/1993 e da legislação complementar e da Portaria 399/GM de 22/02/2006, que aprova o Pacto pela Saúde, bem como a regulamentação promovida pela Portaria 699/GM, de 30/03/2006, das Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão e a previsão contida na Portaria 1034, de 05/05/2010, que *“dispõe acerca da participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência a saúde, no âmbito do Sistema único de Saúde”* a SMS de LUIZ ALVES faz saber que:

NECESSITA SELECIONAR E CONTRATAR ENTIDADES PRIVADAS, PESSOAS JURÍDICAS, COM OU SEM FINS LUCRATIVOS, PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE, INTERESSADAS EM PARTICIPAR DE FORMA COMPLEMENTAR AO SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE LUIZ ALVES, NA OFERTA DE EXAMES LABORATORIAIS DE DIAGNOSE EM PATOLOGIA CLÍNICA, EM CARÁTER AMBULATORIAL, PELO PRAZO DE 12 MESES, PODENDO SER PRORROGÁVEL POR MESMO PERÍODO, CASO HAJA NECESSIDADE.

2. VALORES, PRAZO E TETO FINANCEIRO:

2.1 Os valores a serem pagos pelos serviços contratados, constantes nos lotes discriminados no Anexo I, tem como referência a descrição da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM), do Ministério da Saúde disponível através do **SIGTAP** – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde – SUS;

2.2 As despesas decorrentes da contratação para a prestação dos serviços objetos deste Termo de Referência correrão por conta da dotação orçamentária prevista, sendo estipulado o **valor global de R\$ 216.000,00 com previsão de realização em até 12 meses**, levando em conta a Programação Pactuada e Integrada – PPI do município, a disponibilidade de recursos federais, estaduais e próprios, e a necessidade apurada pela Secretaria Municipal de Saúde;

2.3 O limite financeiro será regulado e controlado pela Secretaria Municipal de Saúde, através do GEM-SAÚDE disponibilizado pela Secretaria de Saúde de Luiz Alves para a credenciada, quando da autorização dos exames a serem realizados, bem como mediante a produção apresentada pelos credenciados que ocorrerá mensalmente.

3. DESCRIÇÃO DO LOCAL E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS:



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES

3.1 Os serviços serão realizados por laboratório clínico ou posto de coleta estabelecido no Município de Luiz Alves com agendamento prévio através de Guia de Agendamento Regulada pela Secretaria de Saúde e expedida pela Secretaria e Unidades de Saúde;

3.2 Os serviços deverão ser realizados por profissionais habilitados da contratada, em suas dependências e com a utilização de seus equipamentos, sem custo e despesas para a Secretaria de Saúde além do valor do procedimento conforme Tabela de Procedimentos do SUS;

3.3 Os Prestadores deverão atender somente pacientes agendados/autorizados pelo sistema de regulação adotado pelo município (GEM-SAÚDE), disponibilizando uma agenda de horários para realização dos procedimentos, em dias úteis;

3.4 Os Prestadores deverão manter a área física da unidade credenciada de acordo com as normas da Vigilância Sanitária e outras afins;

3.5 Os Prestadores deverão fornecer os resultados de exames em formulário próprio entregue ao paciente na sede do prestador, em um prazo máximo de 15 (quinze) dias úteis;

3.6 Os Prestadores não poderão fazer qualquer distinção entre o atendimento destinado aos pacientes encaminhados pela SMS e os demais pacientes atendidos.

4. FORMA DE PAGAMENTO:

4.1 Os prestadores receberão pelos serviços prestados exclusivamente os valores previstos na tabela, em conformidade com cada modalidade de exame de diagnose, os quais serão realizados, sem qualquer custo ao usuário do SUS, bem como nenhuma cobrança adicional para a SMS de material para coleta, realização e entrega dos resultados dos exames realizados, sendo que eventual cobrança de qualquer valor excedente dos pacientes ou seus responsáveis acarretará na imediata rescisão do contrato e sujeição à declaração de inidoneidade e responsabilização cível e criminal;

4.2 Os serviços serão medidos mensalmente, de acordo com o número de requisições/autorizações emitidas pela Secretaria e Unidades de Saúde e atendidas pelo Credenciado;

4.3 Os Prestadores deverão apresentar a produção realizada mensalmente, entregando o Relatório de Produção para o Departamento de Compras da Secretaria Municipal de Saúde de Luiz Alves, até o 5º dia útil de cada mês, subsequente à produção;

4.4 Os Prestadores deverão confirmar a realização dos exames via sistema GEM-SAÚDE para o processamento e pagamento desses exames, sendo que não serão pagos os exames que não forem confirmados via sistema GEM-SAÚDE;

4.5 O processamento dos exames terá início e término conforme cronograma disponibilizado no site <http://sia.datasus.gov.br/principal/index.php> e <http://cnes.datasus.gov.br/>;

4.6 Após a entrega do relatório e da produção em sistema informatizado à Prefeitura, a credenciada deverá emitir a Nota Fiscal e o pagamento será realizado em até 10 (dez) dias úteis diretamente na conta corrente informada pela credenciada.

5. FISCALIZAÇÃO E OBRIGAÇÕES:

5.1 Todos os Prestadores contratados ficarão sujeitos à regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS durante a vigência do contrato;



**ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES**

5.2 Os Prestadores serão obrigados a atender a todas as autorizações/requisições durante a vigência do contrato;

5.3 Os Prestadores serão obrigados a confirmar a realização dos exames no Sistema GEM-SAÚDE disponibilizado pela Secretaria de Saúde;

5.4 Os Prestadores deverão coletar o material para realização dos exames diariamente (segunda à sexta) no estabelecimento da Contratada;

5.5 Os Prestadores serão obrigados a orientar os pacientes quanto forma e preparo para a realização dos exames e disponibilizar os materiais utilizados na realização dos exames.

6. DOCUMENTOS PARA HABILITAÇÃO / QUALIFICAÇÃO TÉCNICA:

6.1 Alvará Sanitário fornecido pelo Município da sede do estabelecimento ou documento equivalente;

6.2 Certidão de responsabilidade técnica da empresa;

6.3 Certificado de Especialista.

**JULIANA RODRIGUES DE BRITO WUST
SECRETÁRIA DE SAÚDE DE LUIZ ALVES**



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES

ANEXO II-A

DOS PROCEDIMENTOS

CHAMADA PÚBLICA Nº 02/2019
EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 02/2019

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR UN.
02.02.05.001-7	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$ 3,70
02.02.08.001-3	ANTIBIOGRAMA	R\$ 4,98
02.02.08.006-4	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (CONTROLE)	R\$ 4,20
02.02.08.004-8	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$ 4,20
02.02.08.007-2	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$ 2,80
02.02.09.003-5	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	R\$ 4,33
02.02.05.002-5	CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 3,51
02.02.05.005-0	CONTAGEM DE ADDIS	R\$ 2,04
02.02.03.001-6	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	R\$ 15,00
02.02.03.003-2	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	R\$ 15,00
02.02.02.002-9	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 2,73
02.02.02.003-7	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$ 2,73
02.02.08.008-0	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 5,62
02.02.08.011-0	CULTURA PARA BAAR	R\$ 5,63
02.02.03.004-0	DETECCAO DE ÁCIDOS NUCLEICOS DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R\$ 65,00
02.02.03.005-9	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	R\$ 96,00
02.02.01.002-3	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R\$ 2,01
02.02.03.006-7	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	R\$ 9,25
02.02.01.004-0	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 3,63
02.02.01.007-4	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	R\$ 10,00
02.02.03.007-5	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 2,83
02.02.02.007-0	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	R\$ 2,73
02.02.02.009-6	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R\$ 2,73
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 HEMOSSSEDIMENTACAO (VHS)	R\$ 2,73
02.02.06.004-7	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R\$ 10,20
02.02.01.076-7	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 15,24
02.02.01.012-0	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$ 1,85
02.02.01.012-0	DOSAGEM DE ACIDO URICO 24 HRS NA URINA	R\$ 1,85
02.02.07.005-0	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R\$ 15,65
02.02.06.008-0	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$ 14,12



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES

02.02.06.009-8	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$ 11,89
02.02.01.015-5	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	R\$ 3,68
02.02.01.016-3	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R\$ 3,68
02.02.03.009-1	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$ 15,06
02.02.01.018-0	DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 2,25
02.02.06.011-0	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$ 11,53
02.02.03.118-7	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA	R\$ 18,55
02.02.03.010-5	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA LIVRE)	R\$ 16,42
02.02.03.010-5	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA TOTAL)	R\$ 16,42
02.02.03.011-3	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$ 13,55
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
02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CALCIO 24HRS NA URINA	R\$ 1,85
02.02.01.022-8	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$ 3,51
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
02.02.03.012-1	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 17,16
02.02.03.013-0	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$ 17,16
02.02.06.013-6	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 9,86
02.02.06.013-6	DOSAGEM DE CORTISOL NA URINA 24HRS	R\$ 9,86
02.02.01.031-7	DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 1,85
02.02.01.031-7	DOSAGEM DE CREATININA NA URINA 24HRS	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
02.02.06.014-4	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 11,25
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
02.02.07.020-4	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R\$ 8,97
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
02.02.07.022-0	DOSAGEM DE FENITOINA	R\$ 35,22
02.02.01.038-4	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 15,59
02.02.01.039-2	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$ 3,51
02.02.02.029-0	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R\$ 4,60
02.02.01.040-6	DOSAGEM DE FOLATO	R\$ 15,65
02.02.01.042-2	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,01
02.02.01.043-0	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 1,85
02.02.01.043-0	DOSAGEM DE FOSFORO NA URINA 24HRS	R\$ 1,85
02.02.01.046-5	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,51



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES

02.02.01.047-3	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 1,85
02.02.01.047-3	DOSAGEM DE GLICOSE POS PRANDIAL	R\$ 1,85
02.02.06.021-7	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 7,85
02.02.02.030-4	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 1,53
02.02.01.050-3	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 7,86
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
02.02.03.015-6	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$ 17,16
02.02.03.016-4	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 9,25
02.02.03.017-2	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG)	R\$ 9,25
02.02.03.018-0	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 17,16
02.02.06.026-8	DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 10,17
02.02.01.053-8	DOSAGEM DE LACTATO	R\$ 3,68
02.02.01.055-4	DOSAGEM DE LIPASE	R\$ 2,25
02.02.07.025-5	DOSAGEM DE LITIO	R\$ 2,25
02.02.01.056-2	DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 2,01
02.02.01.056-2	DOSAGEM DE MAGNESIO NA URINA 24HRS	R\$ 2,01
02.02.07.027-1	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	R\$ 4,11
02.02.05.009-2	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8,12
02.02.01.057-0	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	R\$ 2,01
02.02.05.010-6	DOSAGEM DE OXALATO/OXALICO	R\$ 3,68
02.02.06.027-6	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 43,13
02.02.01.058-9	DOSAGEM DE PIRUVATO/PIRUVICO	R\$ 3,68
02.02.01.060-0	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 1,85
02.02.06.029-2	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 10,22
02.02.06.030-6	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$ 10,15
02.02.03.020-2	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 2,83
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
02.02.07.030-1	DOSAGEM DE QUINIDINA	R\$ 10,00
02.02.07.031-0	DOSAGEM DE SALICILATOS	R\$ 2,01
02.02.01.063-5	DOSAGEM DE SODIO	R\$ 1,85
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
02.02.07.033-6	DOSAGEM DE TEOFILINA	R\$ 15,65
02.02.06.035-7	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 13,11
02.02.06.034-9	DOSAGEM DE TESTOSTERONA TOTAL	R\$ 10,43
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
02.02.01.064-3	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 2,01



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES

02.02.01.065-1	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 2,01
02.02.01.066-0	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,12
02.02.01.067-8	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 3,51
02.02.06.039-0	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 8,71
02.02.01.069-4	DOSAGEM DE UREIA	R\$ 1,85
02.02.01.070-8	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 15,24
02.02.07.035-2	DOSAGEM DE ZINCO	R\$ 15,65
02.02.03.121-7	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	R\$ 13,35
02.02.02.035-5	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 5,41
02.02.01.072-4	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 4,42
02.02.02.036-3	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R\$ 2,73
02.02.08.014-5	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$ 2,80
02.11.04.003-7	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO DO CONTEUDO CERVICO VAGINAL	R\$ 2,80
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
02.02.03.025-3	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10,00
02.02.03.026-1	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10,00
02.02.03.042-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLOURESCENCIA) IGG	R\$ 10,00
02.02.03.042-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLOURESCENCIA) IGM	R\$ 10,00
02.02.03.027-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 8,67
02.02.09.021-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R\$ 9,70
02.02.03.047-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$ 2,83
02.02.03.030-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 10,00
02.02.03.031-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 18,55
02.02.03.053-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	R\$ 4,10
02.02.03.055-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$ 17,16
02.02.03.059-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	R\$ 17,16
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
02.02.03.062-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$ 17,16
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
02.02.03.065-2	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	R\$ 7,78
02.02.03.067-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 18,55
02.02.03.069-5	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	R\$ 9,25
02.02.03.072-5	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	R\$ 17,16
02.02.03.074-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,00
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



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES

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
02.02.03.083-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 17,16
02.02.03.084-9	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 17,16
02.02.03.078-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	R\$ 18,55
02.02.03.085-7	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,61
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	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
02.02.03.094-6	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
02.02.05.018-1	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	R\$ 2,40
02.02.09.026-4	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)	R\$ 4,80
02.02.03.101-2	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$ 4,10
02.02.12.008-2	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37
02.02.02.044-4	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R\$ 2,73
02.02.05.026-2	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	R\$ 2,04
02.02.03.103-9	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	R\$ 9,25
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
02.02.04.012-7	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 1,65
02.02.04.014-3	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 1,65
02.02.04.017-8	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	R\$ 1,65
02.02.03.104-7	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R\$ 10,00
02.02.02.049-5	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R\$ 2,73
02.02.02.050-9	PROVA DO LACO	R\$ 2,73
02.02.09.030-2	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R\$ 1,89
02.02.03.108-0	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 168,48
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
02.02.12.009-0	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$ 2,73



**ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES**

02.02.03.111-0	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 2,83
02.02.03.117-9	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTES	R\$ 2,83

VALOR TOTAL DE OUTROS RECURSOS/MAC (Oitenta e Nove Mil, Seiscentos e Noventa Reais e Noventa e Um Centavos).	R\$ 85.690,91
---	----------------------

VALOR TOTAL DE RECURSOS PRÓPRIOS/ORDINÁRIOS (Cento e Trinta Mil, Trezentos e Nove Reais e Nove Centavos).	R\$ 130.309,09
--	-----------------------

VALOR TOTAL (Duzentos e Dezesesseis Mil Reais).	R\$ 216.000,00
--	-----------------------

**JULIANA RODRIGUES DE BRITO WUST
SECRETÁRIA DE SAÚDE DE LUIZ ALVES**



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES

ANEXO III

CHAMADA PÚBLICA Nº 02/2019
EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 02/2019

MODELO DE DECLARAÇÃO DE REGULARIDADE
EM RELAÇÃO AO INCISO V DO ART. 27 DA LEI 8.666/93

At. - Comissão Municipal de Licitações e Julgamento

A empresa _____, estabelecida na _____, inscrita no CNPJ sob nº _____, neste ato representada pelo seu _____, no uso de suas atribuições legais, vem:

DECLARAR, para fins de participação no processo licitatório em pauta, sob as penas da Lei, que nos termos do § 6º inciso V do art. 27 da Lei nº 6.544, de 22 de março de 1989, encontra-se em situação regular perante o Ministério do Trabalho, no que se refere a observância do disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal do Brasil, não possuir em seu quadro funcional menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e nem menor de 16 (dezesesseis) anos em qualquer trabalho.

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

Luiz Alves, _____ de _____ de 2019.

Assinatura do Representante Legal



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES

ANEXO IV

CHAMADA PÚBLICA Nº 02/2019
EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 02/2019

MODELO DE DECLARAÇÃO
NEGATIVA DE PARENTESCO

At. - Comissão Municipal de Licitações e Julgamento

_____ (nome da empresa), inscrita no CNPJ sob o Nº _____ com sede na _____ (endereço da empresa), licitante no certame acima destacado, promovido por essa Prefeitura Municipal de Luiz Alves, declara, que atende o artigo 9 seus incisos e parágrafos da Lei 8.666/93, por intermédio de seu representante legal que:

NÃO POSSUI proprietário, sócios ou funcionários que sejam servidores ou agentes políticos do órgão ou entidade contratante ou responsável pela licitação; não possui proprietário ou sócio que seja cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, e por afinidade até o segundo grau, de agente político do órgão ou entidade contratante ou responsável pela licitação.

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

Luiz Alves, _____ de _____ de 2019.

Assinatura do Representante Legal



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES

ANEXO V

CHAMADA PÚBLICA Nº 02/2019
EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 02/2019

MODELO DE DECLARAÇÃO DE ACEITE
DAS CONDIÇÕES IMPOSTAS PELO EDITAL

At. - Comissão Municipal de Licitações e Julgamento

A empresa _____, estabelecida na _____, inscrita no CNPJ sob nº _____, neste ato representada pelo seu _____, no uso de suas atribuições legais, vem:

DECLARAR, para fins de participação no processo licitatório em pauta, sob as penas da Lei, que tomou conhecimento e aceita as condições do conteúdo do presente Edital e se submete ao disposto constante na Lei nº 8.666/93 e Diplomas Complementares.

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

Luiz Alves, _____ de _____ de 2019.

Assinatura do Representante Legal



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES

ANEXO VI

CHAMADA PÚBLICA Nº 02/2019
EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 02/2019

MODELO DE DECLARAÇÃO
DE REGULARIDADE FISCAL

At. - Comissão Municipal de Licitações e Julgamento

_____ (nome da empresa), com sede na
_____ (endereço da empresa), inscrita no CNPJ sob o nº
_____, licitante no certame acima destacado, promovido por
essa Prefeitura Municipal de Luiz Alves, **DECLARA**, por meio de seu representante legal infra-
assinado, R.G. nº _____, que se encontra em situação regular perante as
Fazendas Nacional, Estadual e Municipal, a Seguridade Social (FGTS e INSS), bem como
atende a todas as demais exigências de habilitação constantes do edital próprio.

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

Luiz Alves, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do Representante Legal



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES

ANEXO VII

CHAMADA PÚBLICA Nº 02/2019
EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 02/2019

MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO
SUPERVENIENTE IMPEDITIVO DA HABILITAÇÃO

At. - Comissão Municipal de Licitações e Julgamento

Licitante (nome, CNPJ), sediada na Rua _____, nº _____, bairro _____, cidade _____, estado _____, declara, sob as penas da lei, que não está impedida de participar de licitação em qualquer órgão ou entidade da Administração Pública, direta ou indireta, federal, estadual ou municipal.

DECLARA, também, que está obrigada sob as penas da lei, a declarar, quando de sua ocorrência, fatos supervenientes impeditivos de sua habilitação.

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

Luiz Alves, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do Representante Legal



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES

ANEXO VIII

CHAMADA PÚBLICA Nº 02/2019
EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 02/2019

MODELO DE DECLARAÇÃO
DE MICROEMPRESA OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE

At. - Comissão Municipal de Licitações e Julgamento

A empresa _____, estabelecida na _____, inscrita no CNPJ sob nº _____, neste ato representada pelo seu _____, no uso de suas atribuições legais, vem:

DECLARAR, sob as penas da lei, que se enquadra como Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte nos termos do artigo 3º da Lei Complementar nº 123 de 14 de dezembro de 2006, estando apta a se beneficiar das vantagens legalmente instituídas por não se enquadrar em nenhuma das vedações legais impostas pelo parágrafo 4º, do artigo 3º da Lei Complementar nº 123 de 14 de dezembro de 2006. Tendo conhecimento dos artigos 42 a 49 da Lei Complementar nº 123/2006, estando ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores impeditivas de tal habilitação, em cumprimento ao artigo 32, § 2º da Lei nº 8.666/93 e alterações posteriores.

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

Luiz Alves, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do Representante Legal



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUIZ ALVES

ANEXO IX

CHAMADA PÚBLICA Nº 02/2019
EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 02/2019

MODELO DE PROPOSTA

Razão Social:			
CNPJ:			
Endereço:			
Cidade/UF:		CEP:	
E-mail:		Fone:	

ITEM (DESCRIÇÃO)	VALOR REFERENCIAL DE MEDIDA	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS POR LABORATÓRIO OU POSTO DE COLETA	SERVIÇO MENSAL CONFORME DEMANDA	R\$ _____.____,____

Validade: _____ dias (mínima de 60 dias).

- DESCRIÇÃO DE EXAMES NÃO REALIZADOS (CONFORME TABELA DO ANEXO II-A):

ITEM (DESCRIÇÃO)	
ITEM (DESCRIÇÃO)	
ITEM (DESCRIÇÃO)	
ITEM (DESCRIÇÃO)	

Luiz Alves, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do Representante Legal

Dados para Depósito Bancário:

Banco:			
Agência:		Dígito:	
Conta:		Dígito:	

NOTA: A proposta de preços poderá ser apresentada nesta folha-modelo, ou, se preferir, a proponente poderá usar papel próprio, desde que nele constem todos os dados, **sem qualquer alteração**, apresentados neste modelo, obrigando-se inclusive a respeitar a ordem numérica dos itens, sendo que o seu descumprimento poderá acarretar o não credenciamento da entidade.