



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM LUGAR
Rua Manoel Severo, Centro Administrativo
C.N.P.J.: 01.611.400/0001-04



DESPACHO

Processo:	0901003/2023
Fls.:	221
Rubrica:	

À

Assessoria Jurídica

Anexo ao presente estamos encaminhando a V.Sa. a Minuta do Edital e anexos da Chamada Pública, oriundos do Processo Administrativo nº 0901003/2023, para análise e parecer dos mesmos, que versa sobre o CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS ESPECIALIZADAS NA ÁREA DE SAÚDE PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS, ELETROENCEFALOGRAMA, ENDOSCOPIA, ECOCARDIOGRAMA, ELETROCARDIOGRAMA E ULTRASSONOGRAFIAS DIVERSAS CONSTANTES DA TABELA SUS, de interesse da Secretaria Municipal de Saúde de Bom Lugar – MA, nos termos do parágrafo, único, do artigo 38, da Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações posteriores.

Bom Lugar – MA, 26 de maio de 2023.

VAIQUE MACHADO SANTOS

Secretário Municipal de Saúde



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM LUGAR
Rua Manoel Severo, Centro Administrativo
C.N.P.J.: 01.611.400/0001-04



EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº ____/202_.

Processo:	09040031/2023
Fls.:	222
Rubrica:	

OBJETO: CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS ESPECIALIZADAS NA ÁREA DE SAÚDE PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS, ELETROCEFALOGRAMA, ENDOSCOPIA, ECOCARDIOGRAMA, ELETROCARDIOGRAMA, E ULTRASSONOGRAFIAS DIVERSAS CONSTANTES DA TABELA SUS, de interesse da Secretaria Municipal de Saúde de Bom Lugar – MA.

DATA DA REALIZAÇÃO: ____ de ____ de 202_.

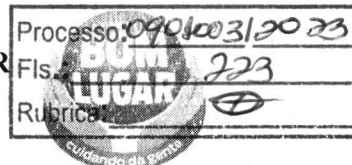
HORÁRIO: __: __ hs (____)

TERMO DE ABERTURA

Este volume do edital do Chamamento Público Nº ____/202_, possui 44 (quarenta e quatro) páginas, incluindo esta, numericamente ordenadas e assinadas por minha pessoa.

Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Bom Lugar,
Estado do Maranhão, em ____ de ____ de 20__.

VAIQUE MACHADO SANTOS
Secretário Municipal de Saúde



TERMO DE RECEBIMENTO DA CÓPIA INTEGRAL DO EDITAL

Chamamento Público Nº ____/20__.

Data da realização da Sessão Pública: ____ de _____ de 20__.

IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA (Preencher preferencialmente com letra de forma).

Razão Social: _____

CNPJ nº: _____ Insc. Estadual nº: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____

E-mail: _____

(DDD) Telefone: (_____) _____ (DDD) Fax: (_____) _____

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Nome completo: _____

Cédula de Identidade nº: _____ Órgão emissor: _____

CPF nº _____ (DDD) Telefone: (_____) _____

E-mail: _____

Cargo/função que exerce na empresa: () Sócio/Empresário; () Outros: _____

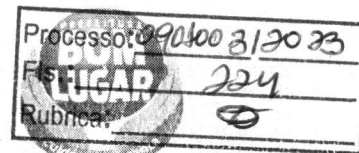
Data do recebimento do edital: ____/____/____.

Assinatura/rubrica do responsável: _____

COMO SUA EMPRESA OBTVEU CONHECIMENTO DO CHAMAMENTO? (Marcar X)

- () Publicação no quadro de avisos da prefeitura municipal;
- () Publicação na Imprensa Oficial (Diário Oficial do Município de Bom Lugar-DOM);
- () Publicação na Imprensa Oficial (Diário Oficial do Estado do Maranhão-DOE);
- () Publicação na Imprensa Oficial (Diário Oficial da União-DOU);
- () Publicação em jornal (Jornal Pequeno);
- () Publicação no site oficial desta Prefeitura Municipal (www.bomlugar.ma.gov.br);
- () Publicação no site oficial do Tribunal de Contas/MA (www.tce.ma.gov.br);
- () Outros meios: _____

Obs: A empresa interessada que retirar o edital deste Chamamento Público pela internet deverá enviar este formulário devidamente preenchido e assinado para o e-mail pmblicitacao@hotmail.com ou encaminhar/entregar na Prefeitura Municipal de Bom Lugar na Rua Manoel Severo, s/n - Centro. Tal medida far-se-á necessária para a Administração Municipal informar à empresa interessada quaisquer assuntos pertinentes ao referido chamamento.



EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº ____/20__

1 – PREÂMBULO

1.1 – O MUNICÍPIO DE BOM LUGAR-MA, através da Prefeitura Municipal de Bom Lugar, torna público que fica aberto no período de ____ de ____ de 202_ a ____ de ____ de 202_, o CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS ESPECIALIZADAS NA ÁREA DE SAÚDE PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS, ELETROCEFALOGRAMA, ENDOSCOPIA, ECOCARDIOGRAMA, ELETROCARDIOGRAMA, E ULTRASSONOGRAMAS DIVERSAS CONSTANTES DA TABELA SUS, de interesse da Secretaria Municipal de Saúde de Bom Lugar – MA. A Sessão Pública para julgamento do presente Chamamento será realizada às ____:____hs (____) do dia ____ de ____ de 202_, conforme descrito neste edital e seus anexos.

2 – OBJETO

2.1 – O presente Chamamento tem por objeto o CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS ESPECIALIZADAS NA ÁREA DE SAÚDE PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS, ELETROCEFALOGRAMA, ENDOSCOPIA, ECOCARDIOGRAMA, ELETROCARDIOGRAMA, E ULTRASSONOGRAMAS DIVERSAS CONSTANTES DA TABELA SUS, de interesse da Secretaria Municipal de Saúde de Bom Lugar – MA, que atenderá os usuários do Sistema Municipal de Saúde Pública.

3 – CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO

3.1 – Poderão participar deste processo de Credenciamento os prestadores de serviços, pessoas jurídicas cujo objeto social compreenda a atividade objeto do Credenciamento, desde que comprovem possuir os requisitos necessários à qualificação nos documentos especificados no item 6 deste edital de chamamento, vedados os que estiverem cumprindo sanções previstas nos incisos III e IV do art. 87 da Lei nº 8.666/93.

3.2 – Não será aceita documentação incompleta.

3.3 – Os inscritos serão credenciados, segundo a avaliação técnica obtida levando em conta os elementos constantes da documentação relacionadas no presente instrumento.

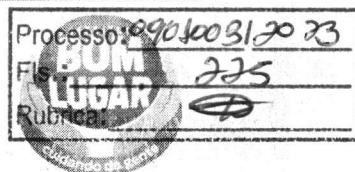
3.4 – O Credenciamento será formalizado pela ordem de chegada dos envelopes contendo os documentos de habilitação e proposta.

3.5 – O interessado que dentro do período citado acima, tiver seus documentos rejeitados somente terá seu pedido reavaliado com a apresentação de novo requerimento e novos documentos já livres dos vícios anteriormente identificados e que foram impeditivos do credenciamento anteriormente pretendido.

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

3.7 – Serão consideradas credenciadas as pessoas jurídicas que apresentarem os Documentos enumerados no item 6.1 deste instrumento.

4 – DA VISTORIA TÉCNICA



4.1 A Secretaria Municipal de Saúde de Bom Lugar designará servidor, para realizar visita técnica nas instalações de todos os interessados, independente de prévio agendamento, verificando o seguinte:

4.1.1 Instalações que estejam em conformidade com as normas da Vigilância Sanitária e que disponha de toda a estrutura necessária ao cumprimento do objeto do contrato;

4.1.2 Local adequado para os pacientes aguardarem ao atendimento.

4.2 Ao final da vistoria o servidor preencherá o Laudo de Avaliação, conforme Anexo XIV do presente instrumento.

4.3 As vistorias técnicas serão realizadas a qualquer momento, mesmo após a assinatura do contrato, a critério da Secretaria Municipal de Saúde de Bom Lugar/MA.

5 – FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

5.1 – Os interessados deverão apresentar os documentos de habilitação relacionados no item 6.1 à Comissão Permanente de Licitação, nos dias e hora estabelecidos no preâmbulo deste instrumento, numerados sequencialmente e rubricados, em envelope lacrado com o nome do proponente, o qual deverá externamente conter a indicação de que se trata de documentação necessária à habilitação do Edital de Chamamento Público nº ____/202_, da seguinte forma:

Razão social: _____

CNPJ nº: _____

Endereço: _____

À

Comissão Permanente de Licitação – CPL

Prefeitura Municipal de Bom Lugar

Rua Manoel Severo, s/nº, Centro, Cep 65.704-000, Bom Lugar, Maranhão, Brasil.

CHAMADA PÚBLICA Nº ____/202_ – “HABILITAÇÃO”.

5.2. No ato da entrega da documentação o interessado receberá protocolo atestando o recebimento do envelope devidamente lacrado.

5.3. O documento de protocolo de entrega da documentação não certificará que os preceitos estabelecidos neste Edital estão completos, ficando condicionada a efetiva análise pela Comissão.

5.4. Deverá ser entregue também, no mesmo ato, em envelope a parte – Envelope 2 - a proposta do interessado, com a devida indicação dos quantitativos ofertados, elaborado em conformidade com o formulário contido no Anexo II, o qual deverá externamente conter a indicação da seguinte forma:

Razão social: _____

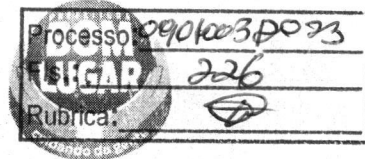
CNPJ nº: _____

Endereço: _____

À

Comissão Permanente de Licitação – CPL

Prefeitura Municipal de Bom Lugar



Rua Manoel Severo, s/nº, Centro, Cep 65.704-000, Bom Lugar, Maranhão, Brasil.

CHAMADA PÚBLICA Nº ____/202_ – “PROPOSTA DE PREÇOS”.

5.6. Terminada a fase habilitatória, a Comissão Permanente de Licitação, examinará a proposta de adesão, que deverá atender aos requisitos deste edital, e deixar claro que aceita todas as condições do credenciamento.

5.7. A proposta apresentada deverá conter prazo de validade de 60 (sessenta) dias consecutivos, a contar da data de sua apresentação;

6 – DOCUMENTAÇÃO PARA HABILITAÇÃO

6.1 – **Pessoa Jurídica** - apresentar os seguintes documentos:

6.1.1 HABILITAÇÃO JURÍDICA:

6.1.1.1. Cédula de identidade do empresário (no caso de empresário, ou empresa individual de responsabilidade limitada - EIRELI), ou de todos os sócios (no caso de sociedade civil ou empresa Ltda), ou do presidente (no caso de cooperativa, fundação ou sociedade anônima); e

6.1.1.2. Inscrição de Micro Empreendedor Individual-MEI; ou

6.1.1.3. Requerimento de Empresário, no caso de empresa individual; ou

6.1.1.4. Empresa Individual de Responsabilidade Limitada - EIRELI; ou

6.1.1.5. Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedade por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores.

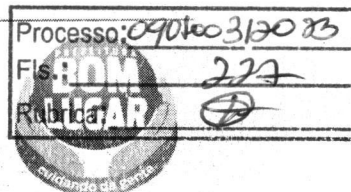
6.1.2. REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA:

6.1.2.1. Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Físicas (CPF) do empresário (no caso de micro empreendedor individual, ou empresário, ou empresa individual de responsabilidade limitada - EIRELI), ou de todos os sócios (no caso de sociedade civil ou empresa Ltda), ou do presidente (no caso de cooperativa, fundação ou sociedade anônima), comprovando a inscrição para com a Fazenda Federal.

6.1.2.1.1. É facultada a apresentação da prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Físicas (CPF), se a numeração do mesmo estiver explícita na cédula de identidade.



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM LUGAR
Rua Manoel Severo, Centro Administrativo
C.N.P.J.: 01.611.400/0001-04



- 6.1.2.2. Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), através do Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral, emitido pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda, comprovando possuir situação cadastral ativa para com a Fazenda Federal.
- 6.1.2.3. Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual ou municipal, relativo ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual.
- 6.1.2.4. Certidão Conjunta Negativa, ou Certidão Conjunta Positiva com efeitos de Negativa, de Tributos e Contribuições Federais e Dívida Ativa da União e "Previdenciária", emitida pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda, comprovando a regularidade para com a Fazenda Federal e INSS, conforme Portaria MF 358, de 5 de setembro de 2014 (Ministério da Fazenda).
- 6.1.2.5. Certidão Negativa de Débitos, ou Certidão Positiva com efeitos de Negativa, expedida pelo Estado do domicílio ou sede da empresa licitante, comprovando a regularidade para com a Fazenda Estadual.
- 6.1.2.6. Certidão Negativa, ou Certidão Positiva com efeitos de Negativa, quanto à Dívida Ativa do Estado, expedida pelo Estado do domicílio ou sede da empresa licitante, comprovando a regularidade para com a Fazenda Estadual.
- 6.1.2.7. Certidão Negativa de Débitos, ou Certidão Positiva com efeitos de Negativa, relativa à atividade econômica, expedida pelo Município do domicílio ou sede da empresa licitante, comprovando a regularidade para com a Fazenda Municipal.
- 6.1.2.8. Certidão Negativa, ou Certidão Positiva com efeitos de Negativa, quanto à Dívida Ativa do Município, expedida pelo Município do domicílio ou sede da empresa licitante, comprovando a regularidade para com a Fazenda Municipal.
- 6.1.2.9. Certificado de Regularidade de Situação do FGTS – CRF, emitido pela Caixa Econômica Federal – CEF, comprovando a regularidade perante o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço.
- 6.1.2.10. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), ou Positiva com efeitos de Negativa, emitida pelo Tribunal



Superior do Trabalho ou Conselho Superior da Justiça do Trabalho ou Tribunais Regionais do Trabalho, comprovando a inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho.

6.1.3. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA:

6.1.3.1. Comprovação de aptidão técnica da empresa para o desempenho de atividade pertinente e compatível em características com o objeto do presente chamamento Público, conforme segue:

6.1.3.1.1. 01 (um) ou mais atestado(s) ou declaração(ões) de capacidade técnica, expedido(s) por pessoa(s) jurídica(s) de direito público ou privado, comprovando que a empresa prestou de forma satisfatória serviços compatíveis ou similares em característica com o objeto deste chamamento público.

6.1.3.1.2. Cópia do comprovante de inscrição no Conselho Profissional correspondente, do(s) profissional(is) que executará(ão) os serviços.

6.1.3.1.3. Cópia do Alvará Sanitário atualizado, expedido pela Vigilância Sanitária Municipal ou Estadual, devendo ser apresentado a cada renovação de contrato.

6.1.3.1.4 Comprovante de inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

6.1.4. QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA:

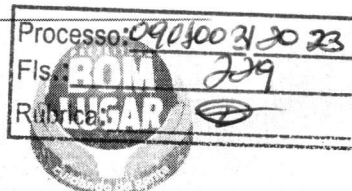
6.1.4.1. Balanço Patrimonial e Demonstrações Contábeis do último exercício social, já exigíveis e apresentados na forma da Lei, que comprovem a boa situação financeira, vedada sua substituição por balancetes ou balanços provisórios.

6.1.4.2. **Certidão negativa de falência** expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, com data não excedente a 60 (sessenta) dias de antecedência da data de apresentação da documentação quando não vier expresso na certidão;

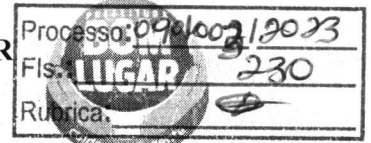
6.1.4.2.1. No caso de certidão positiva de recuperação judicial ou extrajudicial, o licitante deverá apresentar a comprovação de que o respectivo plano de recuperação foi acolhido judicialmente, na forma do art. 58, da Lei n.º 11.101, de 09 de fevereiro de 2005, sob pena de inabilitação, devendo, ainda, comprovar todos os demais requisitos de habilitação



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM LUGAR
Rua Manoel Severo, Centro Administrativo
C.N.P.J.: 01.611.400/0001-04



- 6.1.5. Declaração expressa de total concordância com os termos deste edital e seus anexos (Modelo no anexo IV deste edital).
 - 6.1.6. Declaração de aceitação dos preços praticados pela tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde – SUS (Modelo no anexo V deste edital).
 - 6.1.7. Cumprimento do disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal: Declaração assinada pelo representante legal da licitante de que está cumprindo o disposto no inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal, na forma da Lei nº 9.854/99, conforme modelo do Decreto nº 4.358/02 (Modelo no anexo VI deste edital).
 - 6.1.8. Declaração de Inexistência de fatos supervenientes impeditivos de habilitação, na forma do § 2º do artigo 32 da Lei Federal 8.666/93, assinada pelo representante legal da empresa licitante (Modelo no anexo VII deste edital).
 - 6.1.9. Declaração de localização e funcionamento (Modelo no anexo VIII deste edital), comprovando que a empresa possui local e instalações adequados e compatíveis para o exercício do ramo de atividade.
 - 6.1.10. Declaração que o(s) empresário / sócio(s) / dirigente(s) / responsável(éis) técnico(s) não é(são) servidor(es) público(s) do Município de Bom Lugar-MA. (Modelo no anexo IX deste edital).
 - 6.1.11. Relação de Profissionais que irão compor a equipe técnica (Modelo no anexo X deste edital).
 - 6.1.12. Declaração de idoneidade (Modelo no anexo XI deste edital).
 - 6.1.13. Requerimento para credenciamento, conforme modelo contido no Anexo III.
- 6.2. Os documentos necessários à habilitação poderão ser apresentados em via original, por qualquer processo de cópia legível, autenticada por cartório competente ou por servidor da Administração, ou publicação em órgão da imprensa oficial.
- 6.3. A Comissão Permanente de Licitação reserva-se o direito de solicitar o original de qualquer documento, sempre que tiver dúvida e julgar necessário.
- 6.4. Não serão aceitos protocolos de entrega ou solicitações de documentos em substituição aos documentos requeridos no presente Edital e seus anexos.
- 6.5. Caso a documentação de habilitação não esteja completa e correta ou contraria a qualquer dispositivo deste Edital e seus anexos, a Comissão considerará o proponente inabilitado.
- 6.6. Todos os documentos que contenham prazo de validade deverão estar em plena vigência. Para aqueles documentos sem data de vencimento, sua validade será de 60 (sessenta) dias, contados da sua expedição.
- 6.7. Os documentos deverão ser apresentados na mesma ordem de numeração dos documentos neste edital.



7. DO VALOR

7.1. A remuneração pelos serviços realizados será conforme Tabela de SUS.

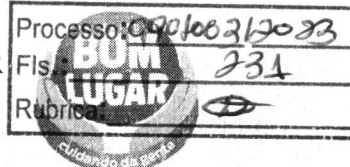
8 – CRITÉRIO DE REAJUSTE

8.1 – O valor dos procedimentos indicados no item 7.1 não sofrerá reajuste no período de vigência do contrato.

9 – CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

9.1 – Pela execução do objeto ora credenciado, o Município pagará à **CRENCIADA** o valor resultado dos serviços prestados no período de até trinta dias, mediante apresentação de autorizações prévias emitidas através de agente da Secretaria Municipal de Saúde, designado pelo Secretário(a) Municipal de Saúde para esse fim e apresentação de Nota Fiscal/Fatura, após a comprovação de que a contratada está em dia com as obrigações relativas a regularidade fiscal e trabalhista, para tanto, a contratada deverá, obrigatoriamente, apresentar no ato do pagamento as referidas certidões:

- 9.1.1. Certidão Conjunta Negativa, ou Certidão Conjunta Positiva com efeitos de Negativa, de Tributos e Contribuições Federais e Dívida Ativa da União e “Previdenciária”, emitida pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda, comprovando a regularidade para com a Fazenda Federal e INSS, conforme Portaria MF 358, de 5 de setembro de 2014 (Ministério da Fazenda).
- 9.1.2. Certidão Negativa de Débitos, ou Certidão Positiva com efeitos de Negativa, expedida pelo Estado do domicílio ou sede da empresa licitante, comprovando a regularidade para com a Fazenda Estadual.
- 9.1.3. Certidão Negativa, ou Certidão Positiva com efeitos de Negativa, quanto à Dívida Ativa do Estado, expedida pelo Estado do domicílio ou sede da empresa licitante, comprovando a regularidade para com a Fazenda Estadual.
- 9.1.4. Certidão Negativa de Débitos, ou Certidão Positiva com efeitos de Negativa, relativa à atividade econômica, expedida pelo Município do domicílio ou sede da empresa licitante, comprovando a regularidade para com a Fazenda Municipal.
- 9.1.5. Certidão Negativa, ou Certidão Positiva com efeitos de Negativa, quanto à Dívida Ativa do Município, expedida pelo Município do domicílio ou sede da empresa licitante, comprovando a regularidade para com a Fazenda Municipal.
- 9.1.6. Certificado de Regularidade de Situação do FGTS – CRF, emitido pela Caixa Econômica Federal – CEF, comprovando a regularidade perante o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço.



9.1.7. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), ou Positiva com efeitos de Negativa, emitida pelo Tribunal Superior do Trabalho ou Conselho Superior da Justiça do Trabalho ou Tribunais Regionais do Trabalho, comprovando a inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho.

9.2. O pagamento será creditado diretamente na conta bancária da contratada, abaixo especificada, no prazo não superior a 30 (trinta) dias, mediante a apresentação das certidões enumeradas no item 3.1 deste instrumento.

9.3. A perda de regularidade fiscal no curso da execução do presente contrato justifica a aplicação de sanções à contratada, mas não autoriza a retenção de pagamentos por produtos já executados, nos termos do Acórdão nº 964/2012-TCU-Plenário.

10. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

10.1 – As despesas decorrentes da execução dos serviços correrão por conta dos recursos específicos consignados no orçamento da Prefeitura Municipal de Bom Lugar - MA, classificada conforme abaixo especificado:

ORGÃO:	02 Poder Executivo
UNIDADE GESTORA:	0205 – Fundo Municipal de Saúde
FUNÇÃO PROGRAMÁTICA:	10.301.0036.2.014 Manutenção e Func. Da Atenção Básica – PAB.
CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA:	3.3.90.39.00 – Outros Serviços Terc. - Pessoa Jurídica.
FONTE DE RECURSO:	0114000001 – Transferência SUS Bloco de Manutenção.
VALOR DISPONÍVEL:	R\$ 745.280,50
Valor reforçado mediante abertura de crédito suplementar	

11. DO CONTRATO

11.1. A Administração convocará por escrito o credenciado para, no prazo de até 05 (cinco) dias úteis, assinar o instrumento contratual que obedecerá ao disposto neste Edital e as condições do Capítulo III da Lei nº 8.666/93 e alterações posteriores.

11.2. Para celebrar o contrato a empresa habilitada deverá manter as mesmas condições de habilitação.

11.3. Os termos do instrumento de contratação vincular-se-ão estritamente às disposições deste instrumento.

12. PRAZO DE INSCRIÇÃO E VIGÊNCIA DO CREDENCIAMENTO

12.1. O Chamamento Público será amplamente divulgado e o credenciamento estará aberto aos interessados para inscrição e recebimento do envelope contendo a documentação de inscrição e habilitação no período de ___/___/202__ a ___/___/202__, sendo que ao requerer seu credenciamento o interessado deverá fornecer os elementos necessários à satisfação das exigências deste instrumento.

12.2. A Administração, a seu critério, poderá prorrogar o presente prazo caso necessário, com a devida publicação.



12.3. O presente credenciamento terá vigência pelo prazo de **10 (dez) meses**, a partir de sua assinatura, podendo ser prorrogado por períodos iguais, por interesse da administração, se houver interesse de ambas as partes, até o limite de 60 (sessenta) meses nos termos do art. 57, inciso II, da Lei nº 8.666, de 21/06/1993 e alterações subsequentes.

13 – RECURSOS

13.1 – Aos credenciados é assegurado o direito de Recurso, nos termos do art. 109 da Lei nº 8666/93.

13.1 As impugnações ou dúvidas quanto ao Edital e seus anexos, deverão ser solicitadas por escrito e dirigidos à Presidente da Comissão Permanente de Licitação e entregue mediante protocolo, durante o expediente normal de atendimento, na forma da Lei.

13.1.1 Apresentadas às impugnações ou dúvidas, as mesmas serão respondidas ao interessado, no prazo de três dias úteis depois de protocoladas.

13.1.2 A licitante, depois de informada das decisões da Comissão Permanente de Licitação, no tocante à habilitação ou julgamento de Proposta de Preço e se dela discordar, terá o prazo de cinco dias úteis para interposição de recurso, contados da intimação do ato ou da lavratura da ata, se presente no momento da abertura.

13.1.3 Interposto o recurso, dele se dará ciência aos demais licitantes que poderão impugná-lo no prazo de cinco dias úteis.

14. DAS CARACTERÍSTICAS DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

14.1 A quantidade de exames a ser realizado será definida de acordo com a demanda da Secretaria Municipal de Saúde e o número de laboratórios credenciados no período definido no preâmbulo deste edital. De modo que a efetiva demanda do serviço será igualmente distribuída entre as unidades credenciadas.

14.2 As cotas serão definidas de forma a minimizar a distância entre os Postos de Saúde e os laboratórios onde os exames serão realizados. O contratado deverá apresentar relatório mensal em três vias sendo que uma será encaminhada para a Prefeitura Municipal, juntamente com a Nota Fiscal de Prestação de Serviço; uma ficará na Secretaria de Saúde com o responsável pela fiscalização dos serviços; e, uma com a empresa.

14.3 Qualquer entendimento entre a fiscalização dos serviços e a contratada deverá ser feita por escrito e entregue mediante protocolo.

14.4 A fiscalização do contrato será feita por servidor indicado pelo Secretário Municipal de Saúde no momento da assinatura do contrato. A fiscalização do contratante não exclui nem reduz a responsabilidade do contratado perante a execução dos serviços.

15 – DIREITOS E RESPONSABILIDADES DAS PARTES

15.1 - Constituem responsabilidades do CONTRATANTE

15.1.1 Fiscalizar e acompanhar a execução deste contrato;

15.1.2. Efetuar o pagamento conforme estipulado na Cláusula do Pagamento;



15.1.3. Comunicar à contratada toda e qualquer ocorrência relacionada com a execução do contrato.

15.1.4. expedir as requisições/autorizações para que os interessados se encaminhem ao laboratório credenciado;

15.1.5. conferir e aprovar os serviços realizados;

15.1.6. prestar aos credenciados, todas as informações necessárias para o bom desempenho dos serviços.

15.2. Constituem responsabilidades da credenciada:

15.2.1. A indenização de dano causado ao usuário do SUS, decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência praticados por profissionais a ele vinculados.

15.2.2. A utilização de profissionais habilitados para a execução do objeto deste credenciamento, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais, resultantes de vínculo de qualquer natureza, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser repassados para o CREDENCIANTE.

15.2.3. Manter para os serviços, Profissional Técnico habilitado com posse de registro no respectivo Conselho Profissional, assim como o estabelecimento de responsabilidade da CREDENCIADA em conformidade com o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde - PNASS, conforme cronograma de execução do Ministério da Saúde.

15.2.4. Fornecer todos os insumos necessários para os serviços de coleta do material biológico a serem realizados pela CREDENCIADA.

15.2.5. Fornecer sistema de identificação SEGURO para etiquetamento dos tubos de coleta, e atendimento às normas técnicas vigentes;

15.2.6. Atender os usuários do SUS com dignidade e respeito, mantendo sempre a qualidade na prestação dos serviços;

15.2.7. Realizar o registro dos atendimentos dos usuários SUS em prontuário específico e individualizado;

15.2.8. A CREDENCIADA deverá manter cadastro dos usuários utilizando o Sistema CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE – Cartão SUS, assim como prontuários que permitam o acompanhamento, o controle e a supervisão dos serviços e o compromisso do órgão ou entidade executora apresentar, a qualquer tempo, quando solicitado pela Secretaria Municipal de Saúde, relatórios de atendimento e outros documentos comprobatórios da execução dos serviços efetivamente prestados ou colocados à disposição.

15.2.8.1. O sistema informatizado utilizado pela CREDENCIADA deverá ser capaz de impedir a execução de exames em duplicidade pelo mesmo usuário, utilizando como critério de filtro o número do CNS – Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS), e prestar



informações aos gestores do SUS nos padrões definidos pelas normas e regulamentos instituídos pelo Ministério da Saúde.

15.2.9. A CREDENCIADA compromete-se a NÃO divulgar, sob nenhuma forma, os cadastros e arquivos referentes às unidades de saúde, aos profissionais de saúde e aos usuários SUS que vierem a ter acesso.

15.2.10. Cumprir e fazer cumprir todas as normas regulamentares sobre Medicina e Segurança do Trabalho, obrigando seus empregados a trabalhar com equipamentos de proteção individual;

15.2.11. A CREDENCIADA fica obrigada a atender todos os pedidos de exames constantes da Tabela Unificada de Procedimentos SUS, a ela atribuídos, durante a vigência do Ajuste, mediante solicitação de profissional designado pela CREDENCIANTE, seguindo os formulários oficiais, protocolos e Regulação do SUS vigentes.

15.2.12. A CREDENCIADA se compromete a execução dos exames prazo máximo previsto no presente Termo de Referência.

15.2.12.1. O impresso padrão para solicitação dos exames deverá ser o LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL ou correspondente, ou o que vier a ser implantado que o substitua, seja por meio manual ou eletrônico.

15.2.13. A CREDENCIADA NÃO PODERÁ REALIZAR EXAMES CUJA DATA DA SOLICITAÇÃO SEJA POSTERIOR A 30 (TRINTA) DIAS, SALVO MEDIANTE AUTORIZAÇÃO EXPRESA DA CREDENCIANTE.

15.2.14. A CREDENCIADA compromete-se a executar os procedimentos sem gerar qualquer despesa adicional ao portador.

15.2.15 Manter durante toda execução dos serviços objeto deste procedimento, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no credenciamento.

16. DAS SANÇÕES E PENALIDADES

16.1 – O descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas pela empresa credenciada caracterizará sua inadimplência implicando, segundo a gravidade, em multa nos termos da Lei 8.666/93, reajustada até o momento da cobrança, descontado de logo, quando do pagamento da fatura apresentada pelo credenciado, ou se por este motivo impossível, será cobrada judicialmente.

16.2 – A aplicação de multa, segundo o caso, não eximirá a empresa credenciada de sofrer outras sanções previstas na Lei 8.666/93, especialmente as previstas no art. 87, I a IV.

16.3 – As multas não têm caráter compensatório, são independentes e cumulativas e não eximem a credenciada da prestação do serviço nos termos deste Edital.



16.4 Em qualquer dos casos em que incorra aplicação de sanção, será sempre garantido o contraditório e a ampla defesa, sempre em processo administrativo específico.

16.5 – Pela inexecução total ou parcial na prestação dos serviços, o **Município de Bom Lugar**, poderá, garantida a prévia defesa, aplicar aos credenciados as sanções previstas no art. 87 da Lei nº. 8666/93.

16.6 – Em caso de aplicação de multa, esta será de 2% (dois por cento) sobre o valor total dos serviços contratados.

17 – DOS CASOS DE DESCREDENCIAMENTO

17.1 – O presente Termo de Credenciamento poderá ser rescindido caso ocorram quaisquer dos fatos elencados no art. 78 e seguintes, da Lei 8.666/93.

17.2 – Pela instituição credenciada:

a) mediante solicitação escrita e devidamente justificada à Prefeitura, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

18 DAS CONDIÇÕES GERAIS

18.1 – O interessado no Credenciamento objeto deste edital poderá retirá-lo, gratuitamente, de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 12:00 horas, na sede da Prefeitura Municipal ou através do site: www.bomlugar.ma.gov.br.

18.2 No caso de eventual divergência entre o Edital e seus anexos, prevalecerão as disposições do primeiro.

18.3 A licitante deverá examinar detidamente as disposições contidas neste Edital e seus anexos, pois a simples apresentação da Documentação, subentende a aceitação incondicional de seus termos, independentemente de transcrição, bem como o conhecimento integral do objeto, não sendo aceitas alegações de desconhecimento de qualquer por menor.

18.4 A Comissão Permanente de Licitação poderá relevar erros formais em quaisquer documentos apresentados, desde que tais erros não alterem o conteúdo dos mesmos.

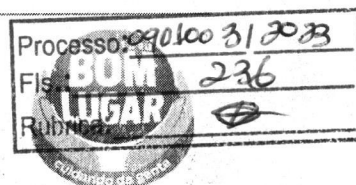
19 – DISPOSIÇÕES GERAIS

19.1 – Esclarecimentos relativos ao presente Chamamento e às condições para atendimento das obrigações necessárias ao cumprimento de seu objeto, serão prestados pela Comissão Permanente de Licitação, de segunda a sexta-feira, em horário de expediente.

19.2 – O foro da cidade de Bacabal/MA, será o único competente para dirimir questões decorrentes do Credenciamento.

19.3. Este edital e seus anexos estão à disposição dos interessados das seguintes formas:

19.3.1. Através de documento impresso e assinado digitalmente pela Comissão de Licitação, na sala da Comissão Permanente de Licitação, situada à Rua Manoel, s/nº, Centro, Bom Lugar-MA, de 2ª a 6ª feira, dias úteis, no horário das 08:00hs (oito horas) às 12:00hs (doze horas) onde poderão ser consultados ou obtidos gratuitamente. O



Edital também estará disponível no sitio oficial deste Poder Executivo (www.bomlugar.ma.gov.br), onde poderá ser consultado ou obtido gratuitamente.

20 – ANEXOS

20.1 – Fazem parte do presente Edital, os seguintes anexos:

- 20.1.1. Anexo I - Termo de referência com tabela de valores a serem pagos pelos procedimentos.
- 20.1.2. Anexo II. Modelo de Proposta de Adesão
- 20.1.3. Anexo III. Modelo de requerimento para credenciamento (Pessoa Jurídica)
- 20.1.4. Anexo IV – Modelo da declaração expressa de total concordância com os termos do edital;
- 20.1.5 Anexo V – Modelo da declaração de aceitação dos preços;
- 20.1.6. Anexo VI – Modelo da declaração de cumprimento do disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal;
- 20.1.7. Anexo VII – Modelo da declaração de inexistência de fatos supervenientes impeditivos de habilitação;
- 20.1.8. Anexo VIII – Modelo da declaração de localização e funcionamento;
- 20.1.9. Anexo IX – Modelo da declaração que o(s) empresário / sócio(s) / dirigente(s) / responsável(éis) técnico(s) não é(são) servidor(es) público(s) do Município de Bom Lugar-MA;
- 20.1.10. Anexo X – Relação de profissionais que compõem a equipe técnica;
- 20.1.11. Anexo XI – Modelo da declaração de idoneidade;
- 20.1.12. Anexo XII – Minuta do contrato;
- 20.1.13. Anexo XIII – Modelo da ordem de serviço;

Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Bom Lugar,
Estado do Maranhão, em ___ de _____ de 202_.

Vaique Machado Santos
Secretário Municipal de Saúde



Processo:	0901003/2023
Fis.:	237
Rubrica:	

TERMO DE REFERÊNCIA

1- OBJETO

1. 1.1. O presente Termo de Referência tem por objeto o CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS ESPECIALIZADAS NA ÁREA DE SAÚDE PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS, ELETROENCEFALOGRAMA, ENDOSCOPIA, ECOCARDIOGRAMA, ELETROCARDIOGRAMA, E ULTRASSONOGRAFIAS DIVERSAS CONSTANTES DA TABELA SUS, de interesse da Secretaria Municipal de Saúde de Bom Lugar – MA, observados os prazos e procedimentos descritos neste edital.

2 – JUSTIFICATIVA

2.1. Considerando o que dispõe o Art. 196 da Constituição Federal que “a saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação

2.2. A assistência à saúde é garantida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e para isto toda a linha de cuidado deve ser efetiva e eficaz, de forma organizada e hierarquizada, com foco na qualidade dos serviços prestados, segundo o grau de complexidade de assistência requerida. A atenção à saúde deve centrar as diretrizes na qualidade dos serviços prestados aos usuários, com atenção acolhedora, resolutiva e humanizada, com seus recursos humanos e técnicos oferecendo, segundo o grau de complexidade de assistência requerida e sua capacidade operacional, os serviços de saúde adequados.

2.3. A contratação complementar ora solicitada se justifica em função da demanda pelos serviços especializados na área, e o município não dispôr destes equipamentos para atender às necessidades da população do município.

2.4. Registramos o interesse do Fundo Municipal de Saúde na contratação dos serviços prestados por exames de imagens e laboratório de análises clínicas, visto que os exames a serem contratados são indispensáveis para prevenção, diagnóstico e tratamento ao indivíduo residente no município de Bom Lugar que deles necessite.

2.5 Os elementos técnicos descritos neste instrumento são os mínimos necessários para assegurar que a contratação se dê de forma satisfatória, com as mínimas condições técnicas e de qualidade exigidas, e ainda, assegurar o gasto racional dos recursos públicos. Desta forma as especificações constantes neste termo de referência e as exigências editalícias são necessárias e imprescindíveis para a obtenção de serviços de qualidade e que atendam às necessidades do Município.

3 – DESCRIÇÃO / UNIDADE / QUANTIDADE / VALOR:



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM LUGAR
Rua Manoel Severo, Centro Administrativo
C.N.P.J.: 01.611.400/0001-04



Processo: 0901003/2023
Fis.: 238
Rubrica:

ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	QTD	UNID	V.UNIT	V.TOTAL
1	202010120	Ácido Úrico, dosagem	1600	UNID	R\$ 1,85	R\$ 2.960,00
2	202080072	Bacterioscopia (Ziehl, Gram), por lâmina	500	UNID	R\$ 2,80	R\$ 1.400,00
3	202090329	Bacterioscopia a fresco, exame	600	UNID	R\$ 1,89	R\$ 1.134,00
4	202060217	Beta HCG qualitativo	800	UNID	R\$ 7,85	R\$ 6.280,00
5	202010201	Bilirrubina total, direta e indireta Toxoplasmose	800	UNID	R\$ 2,01	R\$ 1.608,00
6	202090035	CITOLOGIA ONCOTICA	1000	UNID	R\$ 4,33	R\$ 4.330,00
7	202030741	CITOMEGALOVIRUS	500	UNID	R\$ 11,00	R\$ 5.500,00
8	202020142	COAGULOGRAMA	2000	UNID	R\$ 2,73	R\$ 5.460,00
9	203010035	Coc Preventivo	500	UNID	R\$ 20,96	R\$ 10.480,00
10	202010279	Colesterol (HDL), dosagem	4000	UNID	R\$ 3,51	R\$ 14.040,00
11	202010287	Colesterol (LDL), dosagem	4000	UNID	R\$ 3,51	R\$ 14.040,00
12	202010295	Colesterol (TOTAL), dosagem	4000	UNID	R\$ 1,85	R\$ 7.400,00
13	202120090	Coombs indireto	500	UNID	R\$ 2,73	R\$ 1.365,00
14	604580010	CREATINA	2000	UNID	R\$ 0,98	R\$ 1.960,00
15	202010317	Creatinina, dosagem	2000	UNID	R\$ 1,85	R\$ 3.700,00
16	202050017	EAS (Caracteres físicos, químicos e sedimentoscopia)	5000	UNID	R\$ 3,70	R\$ 18.500,00
17	205010032	ECOCARDIOGRAMA	700	UNID	R\$ 67,86	R\$ 47.502,00
18	211020036	ELETROCARDIOGRAMA	1500	UNID	R\$ 5,15	R\$ 7.725,00
19	211050059	ELETROENCÉFALOGRAMA	300	UNID	R\$ 25,00	R\$ 7.500,00
20	407010254	ENDOSCOPIA	500	UNID	R\$ 29,84	R\$ 14.920,00
21	202010392	Ferro sérico, dosagem	500	UNID	R\$ 3,51	R\$ 1.755,00
22	202010759	GLICEMIA	4000	UNID	R\$ 6,55	R\$ 26.200,00
23	202010473	Glicose, dosagem	2500	UNID	R\$ 1,85	R\$ 4.625,00
24	202120082	GRUPO SANGUINEO	2500	UNID	R\$ 1,37	R\$ 3.425,00
25	202120023	Grupo sanguíneo ABO e fator RH	2200	UNID	R\$ 1,37	R\$ 3.014,00
26	202080056	Hansen, pesquisa de (por material)	300	UNID	R\$ 4,20	R\$ 1.260,00
27	202030679	HCV	1000	UNID	R\$ 18,55	R\$ 18.550,00
28	202110010	Hemoglobina glicada (Fração A1c), dosagem	2500	UNID	R\$ 8,80	R\$ 22.000,00
29	202020029	Hemograma com contagem de plaquetas	4000	UNID	R\$ 2,73	R\$ 10.920,00
30	202020380	HEMOGRAMA COMPLETO	4000	UNID	R\$ 4,11	R\$ 16.440,00
31	202030970	HEPATITE B	800	UNID	R\$ 18,55	R\$ 14.840,00
32	202030636	Hepatite B, HBS AG/Quimioluminescência (CMIA)	800	UNID	R\$ 18,55	R\$ 14.840,00



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM LUGAR
Rua Manoel Severo, Centro Administrativo
C.N.P.J.: 01.611.400/0001-04



Processo: 090100312023
Fls.: 239
Rubrica:

33	202030300	HIV	300	UNID	R\$ 10,00	R\$ 3.000,00
34	202030296	HIV I II/Quimioluminescência (CMIA)	300	UNID	R\$ 85,00	R\$ 25.500,00
35	202030768	IGG/Quimioluminescência (CMIA) Toxoplasmose	700	UNID	R\$ 16,97	R\$ 11.879,00
36	202030873	IGM/Quimioluminescência (CMIA)	500	UNID	R\$ 18,55	R\$ 9.275,00
37	202040127	Parasitológico nas fezes	4000	UNID	R\$ 1,65	R\$ 6.600,00
38	202010600	Potássio, dosagem	800	UNID	R\$ 1,85	R\$ 1.480,00
39	202030083	Proteína C reativa, quantitativa, dosagem	800	UNID	R\$ 9,25	R\$ 7.400,00
40	202030105	PSA total livre/Quimioluminescência (CMIS)	1000	UNID	R\$ 16,42	R\$ 16.420,00
41	202030814	RUBEOLA	500	UNID	R\$ 17,16	R\$ 8.580,00
42	202040143	Sangue oculto, pesquisa nas fezes	1000	UNID	R\$ 1,65	R\$ 1.650,00
43	202031128	Sífilis-VDRL	800	UNID	R\$ 10,00	R\$ 8.000,00
44	202010635	Sódio, dosagem	800	UNID	R\$ 1,85	R\$ 1.480,00
45	202060381	T4 livre/Químio Inocência.	500	UNID	R\$ 11,60	R\$ 5.800,00
46	202010643	Transaminase oxalacética, dosagem	100	UNID	R\$ 2,01	R\$ 201,00
47	202010651	Transaminase pirúvica, dosagem	50	UNID	R\$ 2,01	R\$ 100,50
48	202010678	Triglicerídeos, dosagem	4000	UNID	R\$ 3,51	R\$ 14.040,00
49	202060250	TSH/Quimioluminescência (CMIA)	500	UNID	R\$ 8,96	R\$ 4.480,00
50	205020038	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	1000	UNID	R\$ 24,20	R\$ 24.200,00
51	205020046	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	1200	UNID	R\$ 37,95	R\$ 45.540,00
52	205020054	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINARIO	1000	UNID	R\$ 24,20	R\$ 24.200,00
53	205020100	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	1000	UNID	R\$ 24,20	R\$ 24.200,00
54	205020127	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	800	UNID	R\$ 24,20	R\$ 19.360,00
55	205020135	ULTRASSONOGRRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	500	UNID	R\$ 24,20	R\$ 12.100,00
56	205020097	ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL	800	UNID	R\$ 24,20	R\$ 19.360,00
57	205020143	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA	1200	UNID	R\$ 24,20	R\$ 29.040,00
58	205020160	ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	500	UNID	R\$ 24,20	R\$ 12.100,00
59	604480016	UREIA	2000	UNID	R\$ 1,20	R\$ 2.400,00
60	202010694	Uréia, dosagem	800	UNID	R\$ 1,85	R\$ 1.480,00



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM LUGAR
Rua Manoel Severo, Centro Administrativo
C.N.P.J.: 01.611.400/0001-04



Processo: 090.000.3190/23
Fis.: 240
Rubrica:

61	202010767	VITAMINA D	800	UNID	R\$ 15,24	R\$ 12.192,00
62	205020062	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO	500	UNID	R\$ 24,20	R\$ 12.100,00
63	205020186	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	1000	UNID	R\$ 24,20	R\$ 24.200,00
64	205010040	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	500	UNID	R\$ 39,60	R\$ 19.800,00
65	205010059	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	500	UNID	R\$ 42,90	R\$ 21.450,00
VALOR TOTAL ESTIMADO:						R\$ 745.280,50

3.1 O valor total para prestação dos serviços será de **R\$ 745.280,50 (setecentos e quarenta e cinco mil duzentos e oitenta reais e cinquenta centavos)**.

3.2. Considerando que se trata de demanda espontânea e estimada, o valor mensal poderá variar para mais ou para menos.

4 – ESPECIFICAÇÕES DOS SERVIÇOS

4.1. Realizar os procedimentos contratados, sem cobrança de qualquer valor adicional ao usuário do SUS.

4.2 A coleta de material e realização dos exames deverá ser feita em horário comercial, atendendo as requisições e solicitações da Secretaria Municipal de Saúde, nas dependências das unidades de saúde e no local de coleta da própria credenciada.

4.3 A coleta e a realização dos exames e/ ou procedimentos e a distribuição dos resultados serão de responsabilidade da empresa credenciada, que assumirá todos os ônus decorrentes dos procedimentos.

4.4 A empresa credenciada será responsável pelo material necessário à prestação dos serviços bem como das coletas.

4.5 A coleta do material a ser analisado deverá ser agendada para no máximo 03 (três) dias úteis.

4.6 A entrega dos resultados dos exames e dos procedimentos, constantes do anexo I, dar-se-á no local onde foi realizada a coleta e ou procedimento, salvo nos casos de exames de Doenças Transmissíveis, que deverão seguir os protocolos determinados pela SMS – Secretaria Municipal de Saúde.

4.8 A conferência das faturas expedidas pelos Credenciados ficará sob a responsabilidade da Gerencia de Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria da SMS – Secretaria Municipal de Saúde.

4.9 A Credenciada deverá apresentar, mensalmente, relatório com as guias de requisição, devidamente autorizadas, com nome do paciente, exames realizados e respectivos valores e deixar a disposição para conferência da Secretaria Municipal de Saúde.



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM LUGAR
Rua Manoel Severo, Centro Administrativo
C.N.P.J.: 01.611.400/0001-04



Processo:	090400313023
Fls.:	244
Rubrica:	

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

4.11 A Secretaria Municipal de Saúde realizará avaliação dos serviços prestados pelas empresas credenciadas, através de servidores designados.

4.12 A Credenciada deverá de imediato, quando solicitado, apresentar material biológico, documentos, prontuários ou demais informações necessárias ao acompanhamento da execução do contrato.

4.13. As guias de requisição de exames deverão estar autorizadas pela Unidade de Saúde de referência do paciente, devidamente preenchidas, carimbadas e assinadas pelo médico ou enfermeiro, conforme protocolos do Ministério da Saúde.

4.14. As áreas físicas destinadas à coleta e realização dos exames, bem como, outros procedimentos constantes do anexo I, serão de responsabilidade da empresa credenciada, com a aprovação da Contratante, salvo os casos da coleta ser realizada nas dependências das unidades de saúde.

4.15 O transporte do material biológico deverá ocorrer de forma adequada e de acordo com as normas de biossegurança expedidas pela ANVISA ou outro órgão fiscalizador.

4.16. Atender os pacientes com dignidade e respeito e de modo universal e igualitário, mantendo-se a qualidade na prestação de serviços.

4.17. Responsabilizar-se por todos e quaisquer danos e/ou prejuízos que vier causar aos pacientes encaminhados para exames.

4.18. Executar, conforme a melhor técnica, os exames laboratoriais, obedecendo rigorosamente às normas técnicas respectivas.

4.19 Sobre a distribuição

4.19.1 A quantidade de exames a ser realizado será definida de acordo com a demanda da Secretaria Municipal de Saúde e o número de laboratórios credenciados no período definido no preâmbulo deste edital. De modo que a efetiva demanda do serviço será igualmente distribuída entre as unidades credenciadas.

4.19.1.1 O controle e a distribuição de vagas serão DETERMINADOS pela Secretaria Municipal de Saúde.

4.19.1.2 A(s) CREDENCIADA(S) poderão atender em sua sede ou local designado pela secretaria de saúde aos usuários cujos exames estejam previamente AUTORIZADOS pela Secretaria Municipal de Saúde, desde que respeitados os horários estabelecidos para coleta de material e de funcionamento da CREDENCIADA.

4.19.1.3 A prestação dos serviços se dará por igual período a todas as CREDENCIADAS presentes na sessão pública.

5 – LOCAL E PRAZO DE REALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

5.1 A coleta de material e realização dos exames deverá ser feita em horário comercial, atendendo as requisições e solicitações da Secretaria Municipal de Saúde, nas dependências das unidades de saúde e no local de coleta da própria credenciada.



Processo:	090100 3120 03
Fis.:	242
Rubrica:	

5.2. Os resultados dos exames deverão ser entregues nos seguintes prazos:

a) A CREDENCIADA se compromete a execução dos exames em, no máximo, 10 (dez) dias úteis de espera, a contar da data do respectivo agendamento.

b) O impresso padrão para solicitação dos exames deverá ser o LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL ou correspondente, ou o que vier a ser implantado que o substitua, seja por meio manual ou eletrônico.

c) A CREDENCIADA se responsabiliza pela entrega dos resultados de forma digital com acesso "on line" (via internet, de fácil acesso tanto para o paciente quanto para o CREDENCIANTE), com layout da empresa, assinatura e carimbo do especialista responsável, no prazo máximo de 05 (cinco) dias corridos, salvo os exames que denotam maior tempo para análise, devido à complexidade técnica (ex.: cultura microbiana, identificação de levedura, dentre outros). Para os exames de urgência e emergência, deverá ser considerado o prazo máximo de 02 (duas) horas.

d) A CREDENCIADA NÃO PODERÁ REALIZAR EXAMES CUJA DATA DA SOLICITAÇÃO SEJA POSTERIOR A 30 (TRINTA) DIAS, SALVO MEDIANTE AUTORIZAÇÃO EXPRESA DA CREDENCIANTE.

6 – ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS EXECUTADOS

6.1 O responsável pelo acompanhamento dos serviços será indicado pela secretaria municipal de saúde até a data da assinatura do contrato.

8 – RECURSO E FORMA DE PAGAMENTO

8.1 – Condições De Pagamento

8.1.1 - Pela execução do objeto ora credenciado, o Município pagará à CREDENCIADA o valor resultado dos serviços prestados no período de até trinta dias, mediante apresentação de autorizações prévias emitidas através de agente da Secretaria Municipal de Saúde, designado pelo Secretário(a) Municipal de Saúde para esse fim e apresentação de Nota Fiscal/Fatura, após a comprovação de que a contratada está em dia com as obrigações relativas a regularidade fiscal e trabalhista, para tanto, a contratada deverá, obrigatoriamente, apresentar no ato do pagamento as referidas certidões:

8.1.1.1 Certidão Conjunta Negativa, ou Certidão Conjunta Positiva com efeitos de Negativa, de Tributos e Contribuições Federais e Dívida Ativa da União e "Previdenciária", emitida pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda, comprovando a regularidade para com a Fazenda Federal e INSS, conforme Portaria MF 358, de 5 de setembro de 2014 (Ministério da Fazenda).

8.1.1.2 Certidão Negativa de Débitos, ou Certidão Positiva com efeitos de Negativa, expedida pelo Estado do domicílio ou sede da empresa licitante, comprovando a regularidade para com a Fazenda Estadual.



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM LUGAR
Rua Manoel Severo, Centro Administrativo
C.N.P.J.: 01.611.400/0001-04



Processo:	090400312073
Fls.:	243
Rubrica:	

- 8.1.1.3. Certidão Negativa, ou Certidão Positiva com efeitos de Negativa, quanto à Dívida Ativa do Estado, expedida pelo Estado do domicílio ou sede da empresa licitante, comprovando a regularidade para com a Fazenda Estadual.
- 8.1.1.4. Certidão Negativa de Débitos, ou Certidão Positiva com efeitos de Negativa, relativa à atividade econômica, expedida pelo Município do domicílio ou sede da empresa licitante, comprovando a regularidade para com a Fazenda Municipal.
- 8.1.1.5. Certidão Negativa, ou Certidão Positiva com efeitos de Negativa, quanto à Dívida Ativa do Município, expedida pelo Município do domicílio ou sede da empresa licitante, comprovando a regularidade para com a Fazenda Municipal.
- 8.1.1.6. Certificado de Regularidade de Situação do FGTS – CRF, emitido pela Caixa Econômica Federal – CEF, comprovando a regularidade perante o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço.
- 8.1.1.7. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), ou Positiva com efeitos de Negativa, emitida pelo Tribunal Superior do Trabalho ou Conselho Superior da Justiça do Trabalho ou Tribunais Regionais do Trabalho, comprovando a inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho.

8.1.2. O pagamento será creditado diretamente na conta bancária da contratada, abaixo especificada, no prazo não superior a 30 (trinta) dias, mediante a apresentação das certidões enumeradas no item 3.1 deste instrumento.

8.2. Da dotação orçamentária

8.2.1 – As despesas decorrentes da execução dos serviços correrão por conta dos recursos específicos consignados no orçamento da Prefeitura Municipal de Bom Lugar-MA, classificada conforme abaixo especificado:

ORGÃO:	02 Poder Executivo
UNIDADE GESTORA:	0205 – Fundo Municipal de Saúde
FUNÇÃO PROGRAMÁTICA:	10.301.0036.2.014 Manutenção e Func. Da Atenção Básica – PAB.
CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA:	3.3.90.39.00 – Outros Serviços Terc. - Pessoa Jurídica.
FONTE DE RECURSO:	0114000001 – Transferência SUS Bloco de Manutenção.
VALOR DISPONÍVEL:	R\$ 745.280,50



Processo:	090.00312023
Fis.:	244
Rubrica:	

9 – DIREITOS E RESPONSABILIDADES DAS PARTES

9.1 - Constituem responsabilidades do CREDENCIANTE

- 9.1.1 Fiscalizar e acompanhar a execução deste contrato;
- 9.1.2. Efetuar o pagamento conforme estipulado na Cláusula do Pagamento;
- 9.1.3. Comunicar à contratada toda e qualquer ocorrência relacionada com a execução do contrato.
- 9.1.4. Expedir as requisições/autorizações para que os interessados se encaminhem ao laboratório credenciado;
- 9.1.5. Conferir e aprovar os serviços realizados;
- 9.1.6. Prestar aos credenciados, todas as informações necessárias para o bom desempenho dos serviços.

9.2. Constituem responsabilidades da credenciada

- 9.2.1. A indenização de dano causado ao usuário do SUS, decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência praticados por profissionais a ele vinculados.
- 9.2.2. A utilização de profissionais habilitados para a execução do objeto deste credenciamento, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais, resultantes de vínculo de qualquer natureza, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser repassados para o CREDENCIANTE.
- 9.2.3. Manter para os serviços, Profissional Técnico habilitado com posse de registro no respectivo Conselho Profissional, assim como o estabelecimento de responsabilidade da CREDENCIADA em conformidade com o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde - PNASS, conforme cronograma de execução do Ministério da Saúde.
- 9.2.4. Fornecer todos os insumos necessários para os serviços de coleta do material biológico a serem realizados pela CREDENCIANTE.
- 9.2.5. Fornecer sistema de identificação SEGURO para etiquetamento dos tubos de coleta, e atendimento às normas técnicas vigentes;
- 9.2.6. Atender os usuários do SUS com dignidade e respeito, mantendo sempre a qualidade na prestação dos serviços;
- 9.2.7. Realizar o registro dos atendimentos dos usuários SUS em prontuário específico e individualizado;
- 9.2.8. A CREDENCIADA deverá manter cadastro dos usuários utilizando o Sistema CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE – Cartão SUS, assim como prontuários que permitam o acompanhamento, o controle e a supervisão dos serviços e o compromisso do órgão ou entidade executora apresentar, a qualquer tempo, quando solicitado pela Secretaria Municipal de Saúde, relatórios de atendimento e outros documentos comprobatórios da execução dos serviços efetivamente prestados ou colocados à disposição.
 - 9.2.8.1. O sistema informatizado utilizado pela CREDENCIADA deverá ser capaz de impedir a execução de exames em duplicidade pelo mesmo usuário, utilizando como



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM LUGAR
Rua Manoel Severo, Centro Administrativo
C.N.P.J.: 01.611.400/0001-04



Processo:	090100310023
Fls.:	215
Rubrica:	

critério de filtro o número do CNS – Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS), e prestar informações aos gestores do SUS nos padrões definidos pelas normas e regulamentos instituídos pelo Ministério da Saúde.

9.2.9. A CREDENCIADA compromete-se a NÃO divulgar, sob nenhuma forma, os cadastros e arquivos referentes às unidades de saúde, aos profissionais de saúde e aos usuários SUS que vierem a ter acesso.

9.2.10. Cumprir e fazer cumprir todas as normas regulamentares sobre Medicina e Segurança do Trabalho, obrigando seus empregados a trabalhar com equipamentos de proteção individual;

9.2.11. A CREDENCIADA fica obrigada a atender todos os pedidos de exames constantes da Tabela Unificada de Procedimentos SUS, a ela atribuídos, durante a vigência do Ajuste, mediante solicitação de profissional designado pela CREDENCIANTE, seguindo os formulários oficiais, protocolos e Regulação do SUS vigentes.

9.2.11.1. Entende-se ainda a obrigação de execução de exames não mencionados neste instrumento e pertencentes aos respectivos grupos da Tabela Unificada de Procedimentos SUS.

9.2.12. A CREDENCIADA se compromete a execução dos exames prazo máximo previsto no presente Termo de Referência.

9.2.12.1. O impresso padrão para solicitação dos exames deverá ser o LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL ou correspondente, ou o que vier a ser implantado que o substitua, seja por meio manual ou eletrônico.

9.2.13. A CREDENCIADA NÃO PODERÁ REALIZAR EXAMES CUJA DATA DA SOLICITAÇÃO SEJA POSTERIOR A 30 (TRINTA) DIAS, SALVO MEDIANTE AUTORIZAÇÃO EXPRESA DA CREDENCIANTE.

9.2.14. A CREDENCIADA compromete-se a executar os procedimentos sem gerar qualquer despesa adicional ao portador.

9.2.15 Manter durante toda execução dos serviços objeto deste Termo, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no credenciamento;

10 – DISPOSIÇÕES GERAIS/INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

10.1 Como exigência imprescindível para a formalização e manutenção do contrato, a empresa proponente/credenciada deve atender às seguintes condições:

- Está cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;
- Realizar todos os exames constantes da Tabela de Procedimentos SIA/SUS, constantes do anexo I, por valores iguais aos definidos na tabela vigente, disponível no site <http://sigtap.datasus.gov.br/>, do Ministério da Saúde.
- Apresentar e atualizar certidões ou qualquer outro documento sempre que solicitado pela Secretaria Municipal de Saúde.



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM LUGAR
Rua Manoel Severo, Centro Administrativo
C.N.P.J.: 01.611.400/0001-04



Processo:	090100312023
Fls.:	216
Rubrica:	

10.2. Fica estabelecido que os Credenciados realizarão todos os exames e procedimentos distribuídos pela Secretaria Municipal de Saúde em local indicado pela mesma (coleta).

10.3 A Credenciada fica proibida de ceder ou transferir para terceiros a realização de exames de rotina e procedimentos na tabela de Procedimentos SIA/SUS.

Observações:

- a) A CREDENCIADA fica obrigada a atender todos os pedidos de exames constantes da Tabela Unificada de Procedimentos SUS, a ela atribuídos, durante a vigência do Ajuste, mediante solicitação de profissional designado pela CREDENCIANTE, seguindo os formulários oficiais, protocolos e Regulação do SUS vigentes.

Bom Lugar, Estado do Maranhão, em 13 de janeiro de 2023.

Leone Farias de Oliveira

LEONE FARIAS DE OLIVEIRA
DIRETOR DE DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PORTARIA Nº 057/2021

Aprovado pela autoridade competente em 13/01 /2023.

Vaique Machado Santos

VAIQUE MACHADO SANTOS
Secretário Municipal de Saúde



Processo:	0901003/2023
Fls.:	247
Rubrica:	

CHAMADA PÚBLICA ____/202_
ANEXO II
"MODELO DE PROPOSTA DE ADESÃO"

A Comissão de Licitação da Prefeitura de Bom Lugar/MA.

PROPOSTA DE ADESÃO AOS PREÇOS – TABELA SUS

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº ____/202_.

Data da realização: ____ de _____ de 202_.

Prezado(a) senhor(a),

Pela presente, submetemos à vossa apreciação a nossa proposta relativa ao Chamamento público em epígrafe, assumindo inteira responsabilidade por quaisquer erros ou omissões que venham a ser verificados na preparação da mesma e declaramos ainda que, temos pleno conhecimento das condições em que se desenvolverão os trabalhos e concordamos com a totalidade das instruções e critérios de qualificação definidos no edital.

Item	Código	Descrição	Unid.	Quant.	Preço Unitário (R\$)	Preço Total (R\$)

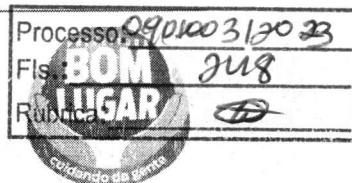
Proposta de Preços: Valor total: R\$ (.....).

Prazo de validade da proposta:

Dados Bancários (Banco/Agência/Conta-corrente):

.....(.....), de de

(nome e assinatura do solicitante)



CHAMADA PÚBLICA ____/202__

ANEXO III

“MODELO DE REQUERIMENTO”

A Comissão de Licitação da Prefeitura de Bom Lugar/MA.

REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº ____/202__.

Data da realização: ____ de ____ de 202__.

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DO LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS - CHAMAMENTO PÚBLICO Nº ____/202__, divulgado pelo **Município de Bom Lugar/MA**, objetivando o CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS ESPECIALIZADAS NA ÁREA DE SAÚDE PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS, ELETROCARDIOGRAMA, ENDOSCOPIA, ECOCARDIOGRAMA, ELETROCARDIOGRAMA, E ULTRASSONOGRAFIAS DIVERSAS CONSTANTES DA TABELA SUS, de interesse da Secretaria Municipal de Saúde de Bom Lugar – MA.

Nome: _____

Endereço: _____

CNPJ: _____

CEP Cidade Estado: _____

Profissional Responsável: _____

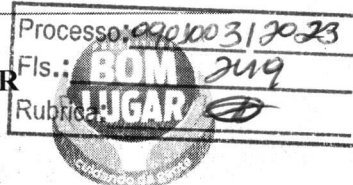
Nome: _____

CRM/ RG/ CPF: _____

Especialidade Procedimentos (Relacionar de acordo com a Tabela de SIA/SUS)

_____, ____ de ____ de 202__.

(nome e assinatura do solicitante)



CHAMADA PÚBLICA ____/202__
ANEXO IV
“MODELO DA DECLARAÇÃO”

A Comissão de Licitação da Prefeitura de Bom Lugar/MA.

**DECLARAÇÃO EXPRESSA DE TOTAL CONCORDÂNCIA COM OS TERMOS DO
EDITAL**

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº ____/202__.

Data da realização: ____ de ____ de 202__.

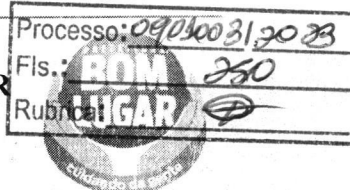
Prezado senhor,

____ (nome da empresa), CNPJ nº _____,
sediada em ____ (endereço completo), por intermédio de seu
representante legal Sr(a) _____, portador(a) da cédula de
identidade nº _____ e do CPF nº _____, declara para os
devidos fins, que concorda com todos os termos descritos no edital e seus anexos,
em especial aos critérios de habilitação/inabilitação, julgamento das propostas e que
temos pleno e total conhecimento deste Chamamento Público.

Declara ainda, ter ciência que “a falsidade de declaração, resultará na
inabilitação desta empresa e caracterizará o crime de que trata o Art. 299 do Código
Penal, sem prejuízo do enquadramento em outras figuras penais e das sanções
administrativas previstas na Lei nº 8.666/93 e alterações posteriores, bem como
demais normas pertinentes à espécie”.

.....(.....), de de

Assinatura do Responsável Legal pela Empresa Proponente.



CHAMADA PÚBLICA ____/202__
ANEXO V
“MODELO DA DECLARAÇÃO”

A Comissão de Licitação da Prefeitura de Bom Lugar/MA.

DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DOS PREÇOS

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº ____/202__.

Data da realização: ____ de ____ de 202__.

(nome da empresa) _____, CNPJ nº _____, sediada em

(endereço completo) _____, por intermédio de seu representante legal
Sr(a) _____, portador(a) da cédula de identidade nº
_____ e do CPF nº _____, em atenção ao Edital do
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº ____/202__, vem manifestar sua aceitação aos preços
praticados pela “Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde – SUS”, para
pagamento dos procedimentos contratados, estando ciente que os reajustes aplicados
aos referidos procedimentos obedecerão às determinações do Ministério da Saúde.

.....(.....), de de

Assinatura do Responsável Legal pela Empresa Proponente.



CHAMADA PÚBLICA ____/202__
ANEXO VI
"MODELO DA DECLARAÇÃO"

A Comissão de Licitação da Prefeitura de Bom Lugar/MA.

DECLARAÇÃO EM CUMPRIMENTO AO DISPOSTO NO INCISO XXXIII DO ART.
7º DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº ____/202__
Data da realização: ____ de _____ de 202__

Prezado senhor,

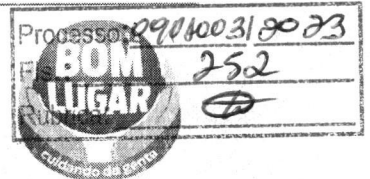
_____ (nome da empresa), CNPJ nº _____,
sediada em _____ (endereço completo), por intermédio de seu
representante legal Sr(a) _____, portador(a) da cédula de
identidade nº _____ e do CPF nº _____, declara para fins
do disposto no inciso V do art. 27 da Lei nº 8.666/93, acrescido pela Lei nº 9.854/99,
que não emprega menor de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou
insalubre e não emprega menor de 16 (dezesesseis) anos.

() Ressalva: emprega menor, a partir de 14 (quatorze) anos, na condição de aprendiz.
(Observação: em caso afirmativo, assinalar a ressalva acima).

Declara ainda, ter ciência que "a falsidade de declaração, resultará na
inabilitação desta empresa e caracterizará o crime de que trata o Art. 299 do Código
Penal, sem prejuízo do enquadramento em outras figuras penais e das sanções
administrativas previstas na Lei nº 8.666/93 e alterações posteriores, bem como
demais normas pertinentes à espécie".

.....(.....), de de

Assinatura do Responsável Legal pela Empresa Proponente



CHAMADA PÚBLICA ____/202__

ANEXO VI

“MODELO DA DECLARAÇÃO”

A Comissão de Licitação da Prefeitura de Bom Lugar/MA.

**DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATOS SUPERVENIENTES IMPEDITIVOS
DE HABILITAÇÃO**

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº ____/202__

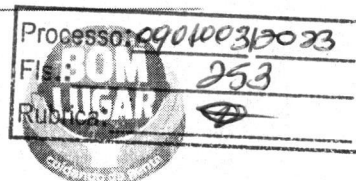
Data da realização: ____ de ____ de 202__

____ (nome da empresa), CNPJ nº _____,
sediada em _____ (endereço completo), por intermédio de seu
representante legal Sr(a) _____, portador(a) da cédula de
identidade nº _____ e do CPF nº _____, declara sob as
penas da lei, nos termos do § 2º, do art. 32, da Lei nº 8.666/93 que até esta data, não
ocorreu nenhum fato superveniente que seja impeditivo de sua habilitação no
Chamamento Público acima identificado.

Declara ainda, ter ciência que “a falsidade de declaração, resultará na
inabilitação desta empresa e caracterizará o crime de que trata o Art. 299 do Código
Penal, sem prejuízo do enquadramento em outras figuras penais e das sanções
administrativas previstas na Lei nº 8.666/93 e alterações posteriores, bem como
demais normas pertinentes à espécie”.

.....(.....), de de

Assinatura do Responsável Legal pela Empresa Proponente



CHAMADA PÚBLICA ____/202__
ANEXO VIII

“MODELO DA DECLARAÇÃO”

A Comissão de Licitação da Prefeitura de Bom Lugar/MA.

DECLARAÇÃO DE LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº ____/202__.

Data da realização: ____ de ____ de 202__.

Prezado senhor,

Eu, _____ (nome do representante legal) _____, portador(a) da cédula de identidade nº _____ e do CPF nº _____, residente e domiciliado na _____ (endereço completo) _____, declaro sob as penalidades da lei, que a empresa _____ (nome da empresa) _____, CNPJ nº _____, está localizada e em pleno funcionamento na _____ (endereço completo) _____, cidade de _____, Estado do(a) _____, sendo o local e instalações adequados e compatíveis para o exercício do ramo de atividade da mesma.

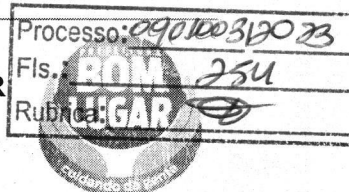
Declaro ter ciência que a ausência de sede/instalações adequadas e compatíveis, comprovada através de visita *in loco* (se houver) realizada pela Comissão Permanente de Licitação, ressalvada o direito a ampla defesa, ensejará automaticamente na inabilitação desta empresa.

Declaro que assumo inteira responsabilidade por todas as informações dispostas nesta declaração, eximindo a Prefeitura Municipal de Bom Lugar de qualquer responsabilidade sobre as informações prestadas por esta empresa.

Declaro ainda, ter ciência que “a falsidade de declaração, resultará na inabilitação desta empresa e caracterizará o crime de que trata o Art. 299 do Código Penal, sem prejuízo do enquadramento em outras figuras penais e das sanções administrativas previstas na Lei nº 8.666/93 e alterações posteriores, bem como demais normas pertinentes à espécie”.

..... (.....), de de

Assinatura do Responsável Legal pela Empresa Proponente



CHAMADA PÚBLICA ____/202_

ANEXO IX

“MODELO DA DECLARAÇÃO”

A Comissão de Licitação da Prefeitura de Bom Lugar/MA.

**DECLARAÇÃO QUE O(S) EMPRESÁRIO / SÓCIO(S) / DIRIGENTE(S) /
RESPONSÁVEL(ÉIS) TÉCNICO(S) NÃO É(SÃO) SERVIDOR(ES) PÚBLICO(S) DO
MUNICÍPIO DE BOM LUGAR-MA**

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº ____/202_.

Data da realização: ____ de ____ de 202_

Prezado senhor,

_____(nome da empresa)_____, CNPJ nº _____, sediada em _____(endereço completo)_____, por intermédio de seu representante legal Sr(a) _____, portador(a) da cédula de identidade nº _____ e do CPF nº _____, declara sob as penas da Lei, em observância a vedação prevista no art. 20, inciso XII, da Lei nº 12.465/2011, que o(s) empresário, sócio(s), dirigente(s) e/ou responsável(éis) técnico(s) não é(são) servidor(es) público(s) da administração pública municipal de Bom Lugar, não estando, portanto, enquadrados no art. 9º, inciso III, da Lei nº 8.666/93, na havendo, também, qualquer outro impeditivo para participar de licitações e firmar contrato com a administração pública.

Declara ainda, ter ciência que “a falsidade de declaração, resultará na inabilitação desta empresa e caracterizará o crime de que trata o Art. 299 do Código Penal, sem prejuízo do enquadramento em outras figuras penais e das sanções administrativas previstas na Lei nº 8.666/93 e alterações posteriores, bem como demais normas pertinentes à espécie”.

.....(.....), de de

Assinatura do Responsável Legal pela Empresa Proponente



CHAMADA PÚBLICA ____/202_
ANEXO X

“MODELO DA DOCUMENTO”

A Comissão de Licitação da Prefeitura de Bom Lugar/MA.

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº ____/202_.

Data da realização: ____ de ____ de 202_

RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS QUE COMPÕEM A EQUIPE TÉCNICA

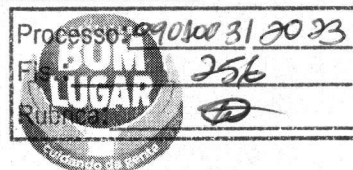
EMPRESA: _____

CNPJ: _____

NOME DO PROFISSIONAL	CPF	CARGO	NÚMERO NO CONSELHO PROFISSIONAL (quando for o caso)

.....(.....), de de

Assinatura do Responsável Legal pela Empresa Proponente



CHAMADA PÚBLICA ____/202__
ANEXO XI
"MODELO DA DECLARAÇÃO"

A Comissão de Licitação da Prefeitura de Bom Lugar/MA.

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº ____/202__

Data da realização: ____ de ____ de 202__

Prezado senhor,

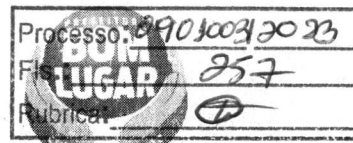
_____, (nome da empresa) _____, CNPJ nº _____, sediada em _____ (endereço completo) _____, por intermédio de seu representante legal Sr(a) _____, portador(a) da cédula de identidade nº _____ e do CPF nº _____, declara sob as penas da lei, que inexistente qualquer fato, seja suspensão ou inidoneidade, que a impeça de participar de licitações e/ou ser contratada por administração pública em quaisquer de suas esferas (Federal, Estaduais ou Municipais). Outrossim, declara serem autênticos todos os documentos apresentados.

Declara que ficamos obrigados a comunicar, a qualquer tempo, a ocorrência de qualquer fato impeditivo de habilitação desta empresa, de participar de licitações e/ou de ser contratada por administração pública.

Declara ainda, ter ciência que "a falsidade de declaração, resultará na inabilitação desta empresa e caracterizará o crime de que trata o Art. 299 do Código Penal, sem prejuízo do enquadramento em outras figuras penais e das sanções administrativas previstas na Lei nº 8.666/93 e alterações posteriores, bem como demais normas pertinentes à espécie".

.....(.....), de de

Assinatura do Responsável Legal pela Empresa Proponente.



CHAMADA PÚBLICA ____/202_
ANEXO XII

“MINUTA DO CONTRATO”

CONTRATO Nº ____
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº

CONTRATO DE SERVIÇOS DE REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS, ELETROCEFALOGRAMA, ENDOSCOPIA, ECOCARDIOGRAMA, ELETROCARDIOGRAMA E ULTRASSONOGRAFIAS DIVERSAS CONSTANTES DA TABELA SUS, QUE ENTRE SI FAZEM O MUNICÍPIO DE BOM LUGAR/MA e A EMPRESA _____.

Por este instrumento particular, o MUNICÍPIO DE BOM LUGAR-MA, através da PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM LUGAR, situada na Rua Manoel Severo, s/nº, Centro, Cep 65.704-000, Bom Lugar-MA, inscrita no CNPJ sob o nº 01.611.400/0001-04, neste ato representada pelo(a) _____, Sr(a). _____, portador(a) da cédula de identidade nº _____ e do CPF nº _____, a seguir denominada **CRENCIANTE (CONTRATANTE)**, e a empresa _____, situada na _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, neste ato representada pelo(a) _____, Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade nº _____ do CPF nº _____, a seguir denominada **CRENCIADA (CONTRATADA)**, acordam e justam firmar o presente Termo, nos termos da Lei 8.666 e suas alterações posteriores, assim como pelas cláusulas a seguir expressas:

CLÁUSULA PRIMEIRA
1 – OBJETO

1.1 - O presente Termo de Contrato tem como objeto a PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS, ELETROCEFALOGRAMA, ENDOSCOPIA, ECOCARDIOGRAMA, ELETROCARDIOGRAMA E ULTRASSONOGRAFIAS DIVERSAS CONSTANTES DA TABELA SUS, de interesse da Secretaria Municipal de Saúde de Bom Lugar – MA, a serem realizados pela **CRENCIADA**.

1.2 – Integram e completam o presente **TERMO DE CRENCIAMENTO**, para todos os fins de direito, obrigando as partes em todos os seus termos, as condições expressas no CHAMAMENTO PÚBLICO Nº ____/202_.

CLÁUSULA SEGUNDA

2 – REGIME DE EXECUÇÃO

2.1 - Os serviços credenciados serão executados de forma indireta, em regime de empreitada, por preço unitário.



2.2 – A coleta de material e realização dos exames deverá ser feita em horário comercial, atendendo as requisições e solicitações da Secretaria Municipal de Saúde, nas dependências das unidades de saúde e no local de coleta da própria credenciada, mediante requisição expedida pela Secretaria Municipal de Saúde, ficando assegurado ao paciente tratamento idêntico ao dispensado aos particulares. Qualquer tipo de discriminação dará causa à instalação de processo administrativo para aplicação das sanções previstas na Lei 8.666/93, garantida a defesa prévia.

CLÁUSULA TERCEIRA

3 – VALOR E FORMA DE PAGAMENTO

3.1 – Pela execução do objeto ora credenciado, o Município pagará à **CRENCIADA** o valor resultado dos serviços prestados no período de até trinta dias, mediante apresentação de autorizações prévias emitidas através de agente da Secretaria Municipal de Saúde, designado pelo Secretário(a) Municipal de Saúde para esse fim e apresentação de Nota Fiscal/Fatura, após a comprovação de que a contratada está em dia com as obrigações relativas a regularidade fiscal e trabalhista, para tanto, a contratada deverá, obrigatoriamente, apresentar no ato do pagamento as referidas certidões:

- 3.1.1. Certidão Conjunta Negativa, ou Certidão Conjunta Positiva com efeitos de Negativa, de Tributos e Contribuições Federais e Dívida Ativa da União e “Previdenciária”, emitida pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda, comprovando a regularidade para com a Fazenda Federal e INSS, conforme Portaria MF 358, de 5 de setembro de 2014 (Ministério da Fazenda).
- 3.1.2. Certidão Negativa de Débitos, ou Certidão Positiva com efeitos de Negativa, expedida pelo Estado do domicílio ou sede da empresa licitante, comprovando a regularidade para com a Fazenda Estadual.
- 3.1.3. Certidão Negativa, ou Certidão Positiva com efeitos de Negativa, quanto à Dívida Ativa do Estado, expedida pelo Estado do domicílio ou sede da empresa licitante, comprovando a regularidade para com a Fazenda Estadual.
- 3.1.4. Certidão Negativa de Débitos, ou Certidão Positiva com efeitos de Negativa, relativa à atividade econômica, expedida pelo Município do domicílio ou sede da empresa licitante, comprovando a regularidade para com a Fazenda Municipal.
- 3.1.5. Certidão Negativa, ou Certidão Positiva com efeitos de Negativa, quanto à Dívida Ativa do Município, expedida pelo Município do domicílio ou sede da empresa licitante, comprovando a regularidade para com a Fazenda Municipal.
- 3.1.6. Certificado de Regularidade de Situação do FGTS – CRF, emitido pela Caixa Econômica Federal – CEF, comprovando a regularidade perante o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço.



3.1.7. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), ou Positiva com efeitos de Negativa, emitida pelo Tribunal Superior do Trabalho ou Conselho Superior da Justiça do Trabalho ou Tribunais Regionais do Trabalho, comprovando a inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho.

3.2. O pagamento será creditado diretamente na conta bancária da contratada, abaixo especificada, no prazo não superior a 30 (trinta) dias, mediante a apresentação das certidões enumeradas no item 3.1 deste instrumento.

3.3. A perda de regularidade fiscal no curso da execução do presente contrato justifica a aplicação de sanções à contratada, mas não autoriza a retenção de pagamentos por produtos já executados, nos termos do Acórdão nº 964/2012-TCU-Plenário.

- 3.2.1. Banco:
3.2.2. Agência:
3.2.3. Conta-corrente:

CLÁUSULA QUARTA

4 – RECURSOS FINANCEIROS

4.1 - As despesas decorrentes da execução dos serviços correrão por conta dos recursos específicos consignados no orçamento da Prefeitura Municipal de Bom Lugar-MA, classificada conforme abaixo especificado:

4.2. – Em caso de prorrogação contratual ou alteração/inclusão dos respectivos créditos orçamentários e/ou financeiros, as despesas decorrentes da execução do objeto correrão por conta dos recursos específicos consignados no orçamento vigente, devidamente classificadas em termo de aditamento de contrato.

CLÁUSULA QUINTA

5 - REAJUSTE

5.1 - Valores contratados pelo CHAMAMENTO PÚBLICO Nº ____/202_ não serão reajustados na vigência deste contrato.

CLÁUSULA SEXTA

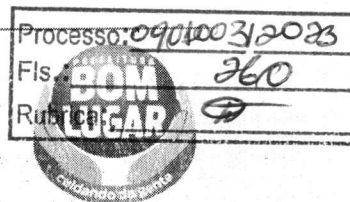
6 – PRAZOS

6.1 - O presente contrato iniciar-se-á na data de sua assinatura e terá vigência até ____ de (_____).

CLÁUSULA SÉTIMA

7 – DIREITOS E RESPONSABILIDADES DAS PARTES

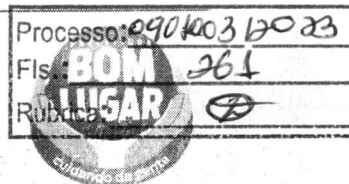
7.1 - Constituem responsabilidades do CREDENCIANTE



- 7.1.1 Fiscalizar e acompanhar a execução deste contrato;
- 7.1.2. Efetuar o pagamento conforme estipulado na Cláusula do Pagamento;
- 7.1.3. Comunicar à contratada toda e qualquer ocorrência relacionada com a execução do contrato.
- 7.1.4. expedir as requisições/autorizações para que os interessados se encaminhem ao laboratório credenciado;
- 7.1.5. conferir e aprovar os serviços realizados;
- 7.1.6. prestar aos credenciados, todas as informações necessárias para o bom desempenho dos serviços.

7.2. Constituem responsabilidades da credenciada

- 7.2.1. A indenização de dano causado ao usuário do SUS, decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência praticados por profissionais a ele vinculados.
- 7.2.2. A utilização de profissionais habilitados para a execução do objeto deste credenciamento, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais, resultantes de vínculo de qualquer natureza, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser repassados para o CREDENCIANTE.
- 7.2.3. Manter para os serviços, Profissional Técnico habilitado com posse de registro no respectivo Conselho Profissional, assim como o estabelecimento de responsabilidade da CREDENCIADA em conformidade com o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde - PNASS, conforme cronograma de execução do Ministério da Saúde.
- 7.2.4. **Fornecer todos os insumos necessários** para os serviços de coleta do material biológico a serem realizados pela CREDENCIANTE.
- 7.2.5. Fornecer sistema de identificação SEGURO para etiquetamento dos tubos de coleta, e atendimento às normas técnicas vigentes;
- 7.2.6. Atender os usuários do SUS com dignidade e respeito, mantendo sempre a qualidade na prestação dos serviços;
- 7.2.7. Realizar o registro dos atendimentos dos usuários SUS em prontuário específico e individualizado;
- 7.2.8. A CREDENCIADA deverá manter cadastro dos usuários utilizando o Sistema CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE – Cartão SUS, assim como prontuários que permitam o acompanhamento, o controle e a supervisão dos serviços e o compromisso do órgão ou entidade executora apresentar, a qualquer tempo, quando solicitado pela Secretaria Municipal de Saúde, relatórios de atendimento e outros documentos comprobatórios da execução dos serviços efetivamente prestados ou colocados à disposição.



7.2.8.1. O sistema informatizado utilizado pela CREDENCIADA deverá ser capaz de impedir a execução de exames em duplicidade pelo mesmo usuário, utilizando como critério de filtro o número do CNS – Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS), e prestar informações aos gestores do SUS nos padrões definidos pelas normas e regulamentos instituídos pelo Ministério da Saúde.

7.2.9. A CREDENCIADA compromete-se a NÃO divulgar, sob nenhuma forma, os cadastros e arquivos referentes às unidades de saúde, aos profissionais de saúde e aos usuários SUS que vierem a ter acesso.

7.2.10. Cumprir e fazer cumprir todas as normas regulamentares sobre Medicina e Segurança do Trabalho, obrigando seus empregados a trabalhar com equipamentos de proteção individual;

7.2.11. A CREDENCIADA fica obrigada a atender todos os pedidos de exames constantes da Tabela Unificada de Procedimentos SUS, a ela atribuídos, durante a vigência do Ajuste, mediante solicitação de profissional designado pela CREDENCIANTE, seguindo os formulários oficiais, protocolos e Regulação do SUS vigentes.

7.2.11.1. Entende-se ainda a obrigação de execução de exames não mencionados neste instrumento e pertencentes aos respectivos grupos da Tabela Unificada de Procedimentos SUS.

7.2.12. A CREDENCIADA se compromete a execução dos exames prazo máximo previsto no presente Termo de Referência.

7.2.12.1. O impresso padrão para solicitação dos exames deverá ser o LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL ou correspondente, ou o que vier a ser implantado que o substitua, seja por meio manual ou eletrônico.

7.2.13. A CREDENCIADA NÃO PODERÁ REALIZAR EXAMES CUJA DATA DA SOLICITAÇÃO SEJA POSTERIOR A 30 (TRINTA) DIAS, SALVO MEDIANTE AUTORIZAÇÃO EXPRESA DA CREDENCIANTE.

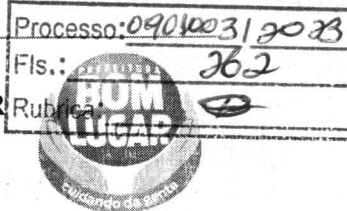
7.2.14. A CREDENCIADA compromete-se a executar os procedimentos sem gerar qualquer despesa adicional ao portador.

7.2.15 Manter durante toda execução dos serviços objeto deste Termo, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no credenciamento.

CLÁUSULA OITAVA

8 – SANÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA O CASO DE INADIMPLÊNCIA

8.1. O descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas pela empresa credenciada caracterizará sua inadimplência implicando, segundo a gravidade, em



multa nos termos da Lei 8.666/93, reajustada até o momento da cobrança, descontado de logo, quando do pagamento da fatura apresentada pelo credenciado, ou se por este motivo impossível, será cobrada judicialmente.

8.2 – A aplicação de multa, segundo o caso, não eximirá a empresa credenciada de sofrer outras sanções previstas na Lei 8.666/93, especialmente as previstas no art. 87, I a IV.

8.3 – As multas não têm caráter compensatório, são independentes e cumulativas e não eximem a credenciada da prestação do serviço nos termos deste Edital.

8.4 Em qualquer dos casos em que incorra aplicação de sanção, será sempre garantido o contraditório e a ampla defesa, sempre em processo administrativo específico.

8.5 – Pela inexecução total ou parcial na prestação dos serviços, o **Município de Bom Lugar**, poderá, garantida a prévia defesa, aplicar aos credenciados as sanções previstas no art. 87 da Lei nº. 8666/93.

8.6 – Em caso de aplicação de multa, esta será de 2% (dois por cento) sobre o valor total dos serviços contratados.

CLÁUSULA NONA

9 – RESCISÃO

9.1 - O presente Termo de Credenciamento poderá ser rescindido caso ocorram quaisquer dos fatos elencados no art. 78 e seguintes, da Lei 8.666/93.

9.2 - A **CRENCIADA** reconhece os direitos do **CRENCIANTE**, em caso da rescisão administrativa prevista no art. 77, da Lei 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA

10 – LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

10.1 - O presente Instrumento é regido pelas disposições expressas na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e pelos preceitos de direito público, lhe aplicando supletivamente os princípios da teoria geral dos contratos e as disposições de direito privado.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA

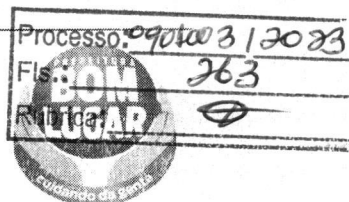
11 – CASOS OMISSOS

11.1 - Os casos omissos serão resolvidos à luz da Lei nº 8.666/93, suas alterações e dos princípios gerais de direito.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA

12 – DA PUBLICAÇÃO RESUMIDA DESTE INSTRUMENTO

12.1 Em conformidade com o artigo 61, parágrafo único, da Lei nº 8.666/93 e alterações posteriores, a publicação resumida deste instrumento de contrato e seus aditamentos (se houver), será efetuada na imprensa oficial (art. 6º, XIII, Lei nº 8.666/93 e alterações posteriores), até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura.



CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA

13 – FORO

13.1 - Fica eleito o Foro da Comarca de Bacabal - MA, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas da interpretação deste contrato com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem de acordo com as disposições contidas na presente ata, as partes assinam o presente instrumento, que foi impresso em 03 (três) vias de igual teor, na presença de duas testemunhas para que surtam seus legais e jurídicos efeitos.

Bom Lugar - MA, de de

município de Bom Lugar - MA
Prefeitura Municipal de Bom Lugar

Sr(a)

.....
Contratante

.....
Sr(a)

.....
Contratada

Testemunhas:

Nome: _____, CPF nº _____

Nome: _____, CPF nº _____



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM LUGAR
Rua Manoel Severo, Centro Administrativo
C.N.P.J.: 01.611.400/0001-04

Processo:	090100312023
Fls.:	264
Rubrica:	

CHAMADA PÚBLICA ____/202_

ANEXO XIII

LAUDO DE VISTORIA AO LABORATÓRIO CREDENCIADO

Identificação do Credenciado/Prestador:

CPF / CNPJ : _____

Razão Social : _____

Nome Fantasia (para divulgação): _____

Logradouro _____ Nº _____

Complemento _____

Bairro _____ Cidade _____ U.F. _____

CEP _____ Fone 1 _____ Fone 2 _____

Tipo de Edificação: () Casa () Prédio () Sala () Outro _____

Condições do estabelecimento em relação às normas da Vigilância Sanitária:

Sala de Espera: () Adequada () Necessita adequações

Observações:

Dados do Vistoriador:

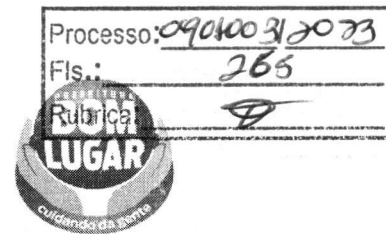
Nome: _____ Cargo: _____

Local e Data: _____

Assinatura: _____



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM LUGAR
Rua Manoel Severo, Centro Administrativo
C.N.P.J.: 01.611.400/0001-04



EDITAL DO CHAMAMENTO PÚBLICO Nº ____/202_

TERMO DE ENCERRAMENTO

Este volume do edital do Chamamento Público Nº ____/202_, possui 44 (quarenta e quatro) páginas, incluindo esta, numericamente ordenadas e assinadas por minha pessoa.

Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Bom Lugar,
Estado do Maranhão, em ____ de _____ de 202_.

Vaique Machado Santos
Secretário Municipal de Saúde