



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARMAZÉM

ESTADO DE SANTA CATARINA

Praça 19 de Dezembro, 130 – Centro - Fone (48) 3645-0740.
CEP 88.740-000 – Armazém – SC

EDITAL DE CREDENCIAMENTO N° 01/2023/OU/FMSA **PROCESSO N° 06/2023/FMSA** **Credenciamento para serviços de Análises Clínicas**

O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARMAZÉM, através da Secretaria Municipal de Administração e Finanças, Estado de Santa Catarina, através de seu Prefeito Municipal o Sr. **LUIZ PAULO RODRIGUES MENDES**, no uso de suas atribuições legais e de conformidade com a Lei Federal n. ° 8.666/93 e posteriores alterações,

Faço saber e TORNA PÚBLICO para conhecimento dos interessados que o Município de Armazém estará procedendo a CREDENCIAMENTO, à partir do dia 10/03/2023, no horário das 7h às 13h, no Setor de Licitações do Município de Armazém, sito a Praça 19 de Dezembro, nº. 130, sede da Prefeitura Municipal de Armazém, para fins de CREDENCIAMENTO, de pessoas jurídicas para prestação de serviços na área da saúde.

1. OBJETO

1.1. O presente edital objetiva o credenciamento de pessoas jurídicas para a prestação de serviços de Laboratórios de análises clínicas para firmar com o Município contrato, de forma continuada, de serviços na área de saúde, Exames Laboratoriais, nos itens relacionados no ANEXO I e nos valores determinados.

1.2. É vedada a prestação do serviço credenciado em qualquer dependência do Município.

1.3. Os recursos federais repassados ao município para a realização dos exames será dividido em cotas mensais de exames entre as empresas credenciadas.

1.4. Todos os exames realizados pelas empresas credenciadas serão remunerados conforme valores constantes no Anexo I.

2. DO RECEBIMENTO DOS DOCUMENTOS

Os documentos necessários ao credenciamento e as propostas serão recebidos pela Comissão Permanente de Licitações, durante o período de vigência deste edital, durante o horário de funcionamento do setor administrativo da Prefeitura Municipal de Armazém - SC.

2.1 - As informações fornecidas serão conferidas, e, a pessoa que tiver sua habilitação rejeitada será comunicada oficialmente sobre os fatos que motivaram a rejeição.

2.2 - Para habilitação o licitante deverá apresentar:

- a) Registro comercial no caso de empresa individual;
- b) 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 documento de eleição de seus administradores.
- c) Prova de Inscrição no Cadastro de Contribuintes do Município (ALVARÁ), relativo ao domicílio ou sede do Licitado pertinente ao seu ramo de atividade;
- d) Prova de regularidade com a Fazenda Federal (certidão de regularidade com a Fazenda Federal deverá ser emitida pela Receita Federal);
- e) Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual;
- f) Prova de regularidade com a Fazenda Municipal;
- g) Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), demonstrando a situação regular no cumprimento dos encargos instituídos por Lei;
- h) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, nos termos da redação dada pela lei 12.440, de 7.7.2011, a CLT e a Lei 8666/93;



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARMAZÉM

ESTADO DE SANTA CATARINA

Praça 19 de Dezembro, 130 – Centro - Fone (48) 3645-0740.
CEP 88.740-000 – Armazém – SC

- i) Declaração sob as penas da lei, firmada pelo representante legal da licitante, de que não foi declarada inidônea para licitar e ou contratar com a Administração Pública.
- j) Alvará Sanitário emitido pela Coordenadoria Regional da Saúde;
- k) Declaração que não emprega menores de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, e menores de dezesseis anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos, nos termos do Art. 7º, XXXIII, da Constituição Federal; (Anexo V).
- l) Declaração que tem pleno conhecimento das condições para execução dos serviços. (Anexo III);
- m) relação dos serviços ambulatoriais que se propõe a realizar, observado o preço fixado no Anexo I deste edital;
- n) Capacidade máxima de atendimento diária para fins deste cadastramento;
- o) Certificado de registro da empresa no Conselho Regional de Farmácia do Estado de Santa Catarina (CRF/SC) e/ou em outro Conselho de Classe que regulamente profissões que possuam aptidão técnica para o exercício das funções objetivadas por este credenciamento, no âmbito deste Estado.
- p) Certificado de Responsabilidade Técnica da empresa junto ao CRF/SC;
- q) Comprovação de que o(s) bioquímico é sócio ou funcionário da empresa;
- r) Comprovação de que o(s) bioquímico(s) possuem registro no CRF/SC;

2.3 - Os documentos constantes do item acima poderão ser apresentados em original, por cópia autenticada por tabelião ou por funcionário do Município ou publicação em órgão de imprensa oficial. Sendo que os documentos extraídos de sistemas informatizados (internet) estarão sujeitos à comprovação de sua veracidade pela Administração, dispensando-se autenticação referida no início deste item.

3. DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

3.1 – Os serviços deverão ser prestados na sede da empresa credenciada, não possuindo o município responsabilidade pelo transporte dos pacientes e pela retirada dos laudos e/ou resultados dos exames realizados.

3.2. - Para a realização dos exames referidos neste cadastramento, o Município emitirá autorização expressa que será apresentada pelo paciente quando da realização do atendimento, sendo que o agendamento destes é de responsabilidade do paciente.

3.3 - Em caso de haver mais de uma empresa credenciada para a realização do mesmo procedimento, é facultado ao paciente a escolha do prestador do serviço, salvo se esgotado o número de atendimentos a que se propôs o credenciado.

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

3.5. A realização de exames excedentes as cotas mensais dependerá da autorização do Município.

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

3.7. Só poderão participar prestadores de serviços com matriz/filial no município de Armazém;

4 - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

4.1 As despesas decorrentes do objeto deste credenciamento correrão por conta dos recursos orçamentários do ano de 2023, sendo que cada contratação será de acordo com a necessidade do Fundo Municipal de Saúde, e será efetuado o devido empenhamento no item orçamentário específico.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARMAZÉM

ESTADO DE SANTA CATARINA

Praça 19 de Dezembro, 130 – Centro - Fone (48) 3645-0740.
CEP 88.740-000 – Armazém – SC

5. DO PAGAMENTO

5.1 - O pagamento será efetuado de forma mensal, mediante apresentação, até o décimo quinto dia útil ao mês subsequente à prestação dos serviços, de nota fiscal devidamente certificada pela Secretaria Municipal da Saúde, com retenção dos tributos e/ou contribuições, na forma da lei.

6. DA FORMALIZAÇÃO

6.1 – O credenciamento será formalizado mediante Termo próprio, contendo as cláusulas e condições previstas neste Edital.

7 – DO PESSOAL DA CREDENCIADA E DOS MATERIAIS A SEREM UTILIZADOS

7.1 - É de responsabilidade da credenciada, de forma exclusiva, a disponibilização de todos os meios, quer de pessoal como de equipamentos necessários a execução dos serviços que lhe forem determinados, incluindo encargos trabalhistas, previdenciárias, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações, em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o Município.

8 – DA REVISÃO DOS VALORES ESTIPULADOS

8.1 – Durante a vigência deste Cadastramento, os valores contratuais apenas poderão ser revistos no caso de alteração por parte do Governo Federal nos valores constantes no anexo I.

9 – DA FISCALIZAÇÃO

9.1 - Sem prejuízo de plena responsabilidade da credenciada, todos os serviços serão fiscalizados pelo Município, através da Secretaria Municipal de Saúde.

10 – DA IMPUGNAÇÃO

Qualquer interessado poderá impugnar o presente Edital por eventuais irregularidades, ficando para tanto estabelecido o prazo improrrogável de 03 (três) dias corridos após a sua publicação.

11 - CONSTITUEM-SE ANEXOS DESTE EDITAL

- I – Relação de exames laboratoriais (Anexo I);
- II – Critérios gerais a serem observados pela credenciada (Anexo II).
- III – Declaração de Conhecimento (Anexo III);
- IV - Termo de credenciamento para a prestação de serviços na área da saúde (Anexo IV)
- V – Declaração que não emprega menor (Anexo V).

Maiores Informações serão prestadas aos interessados no horário da 7h às 13h na Prefeitura Municipal de Armazém, sito na Praça 19 de Dezembro, nº. 130 na cidade de Armazém - SC, onde poderão ser obtidas cópia do edital e seus anexos, pelo e-mail: licitação@armazem.sc.gov.br ou telefone (48) 3645-0740.

Armazém - SC, 09 de Março de 2023.

LUIZ PAULO RODRIGUES MENDES
Prefeito Municipal de Armazém



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARMAZÉM

ESTADO DE SANTA CATARINA

Praça 19 de Dezembro, 130 – Centro - Fone (48) 3645-0740.
CEP 88.740-000 – Armazém – SC

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2023/OU/FMSA PROCESSO DE LICITAÇÃO Nº 06/2023/FMSA

ANEXO I

TABELA DE EXAMES I - EXAMES OFERECIDOS PELO SUS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR SUS EM R\$	COMPL.	VALOR FINAL SUS EM R\$
0202050017	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	3,70	1,00	4,70
0202080013	ANTIBIOGRAMA	4,98	1,02	6,00
0202080056	BACILOSCOPIA DIRETAP/ BAAR TUBERCULOSE (CONTROLE)	4,20	4,20	8,40
0202080048	BACILOSCOPIA DIRETAP/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	4,20	4,20	8,40
0202080072	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	2,80	1,50	4,30
0202050025	CLEARANCE DE CREATININA	3,51	4,49	8,00
0202050041	CLEARANCE DE UREIA	3,51	4,49	8,00
0202020029	CONTAGEM DE PLAQUETAS	2,73	-	2,73
0202020037	CONTAGEM DE RETICULÓCITOS	2,73	2,27	5,00
0202080080	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICAÇÃO	5,62	9,38	15,00
0202080137	CULTURA PARA IDENTIFICAÇÃO DE FUNGOS	4,19	15,01	19,20
0202030059	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	96,00	20,00	116,00
0202010023	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	2,01	14,99	17,00
0202030067	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	9,25	10,75	20,00
0202010040	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	3,63	18,37	22,00
0202010074	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	10,00	17,00	27,00
0202030075	DETERINACAO DE FATOR REUMATOIDE (QUANTITATIVO)	2,83	7,17	10,00
0202060012	DETERMINAÇÃO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	12,54	7,46	20,00
0202060020	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	12,54	22,00	34,54
0202060039	DETERMINACAO DE T3 REVERSO	14,69	25,31	40,00
0202020070	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	2,73	0,50	3,23
0202020096	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO - DUKE	2,73	0,50	3,23
0202020126	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA	2,85	8,40	11,25
0202020134	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (KPTT)	5,77	1,50	7,27
0202020142	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	2,73	1,50	4,23



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARMAZÉM

ESTADO DE SANTA CATARINA

Praça 19 de Dezembro, 130 – Centro - Fone (48) 3645-0740.
CEP 88.740-000 – Armazém – SC

0202020150	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS)	2,73	0,50	3,23
0202120023	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	1,37	3,63	5,00
0202030083	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	9,25	7,46	16,71
0202060047	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	10,20	5,30	15,50
0202010767	DOSAGEM DE 25-HIDROXIVITAMINA D	15,24	5,26	20,50
0202060071	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	6,72	25,00	31,72
0202010112	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO (VITAMINA C)	2,01	77,99	80,00
0202070026	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	2,23	6,80	9,11
0202070042	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	2,04	5,24	7,28
0202010120	DOSAGEM DE ACIDO URICO	1,85	0,75	2,60
0202070050	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	15,65	0,50	16,15
0202010139	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	9,00	9,00	18,00
0202060080	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	14,12	4,50	18,62
0202010147	DOSAGEM DE ALDOLASE	3,68	6,32	10,00
0202060098	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	11,89	13,11	25,00
0202010155	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA (SORO)	3,68	8,43	12,11
0202010163	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	3,68	11,82	15,50
0202030091	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	15,06	0,50	15,56
0202070085	DOSAGEM DE ALUMINIO	27,50	0,50	28,00
0202010180	DOSAGEM DE AMILASE	2,25	1,25	3,50
0202060110	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	11,53	4,82	16,35
0202031187	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE RECOMBINANTE HUMANO IGA	18,55	26,45	45,00
0202030105	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	16,42	-	16,42
0202030105	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO LIVRE (PSA LIVRE)	16,42	-	16,42
0202020177	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	6,48	27,52	34,00
0202030113	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	13,55	0,95	14,50
0202010201	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	2,01	1,00	3,01
0202010210	DOSAGEM DE CALCIO	1,85	0,75	2,60
0202010228	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	3,51	0,99	4,50
0202070158	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	17,53	-	17,53
0202010252	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	3,68	11,88	15,56
0202070174	DOSAGEM DE CHUMBO (SORO OU URINA)	8,83	6,17	15,00
0202050084	DOSAGEM DE CITRATO URINA AMOSTRA ISOLADA E 24 HORAS	2,01	19,99	22,00
0202070190	DOSAGEM DE COBRE	3,51	16,49	20,00
0202010260	DOSAGEM DE CLORETO	1,85	0,25	2,10



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARMAZÉM

ESTADO DE SANTA CATARINA

Praça 19 de Dezembro, 130 – Centro - Fone (48) 3645-0740.
CEP 88.740-000 – Armazém – SC

0202010279	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	3,51	0,99	4,50
0202010287	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	3,51	0,99	4,50
0202010295	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	1,85	0,75	2,60
0202030121	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	17,16	-	17,16
0202030130	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	17,16	-	17,16
0202060136	DOSAGEM DE CORTISOL	9,86	4,14	14,00
0202060136	DOSAGEM DE CORTISOL URINÁRIO	9,86	4,14	14,00
0202010317	DOSAGEM DE CREATININA (SORO OU URINA ISOLADA)	1,85	0,75	2,60
0202010325	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	3,68	0,82	4,50
0202010333	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	4,12	25,88	30,00
0202030148	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	2,83	7,17	10,00
0202031004	DOSAGEM DE CRIOGLOBULINA	2,83	7,17	10,00
0202060144	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	11,25	6,75	18,00
0202010368	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA (LDH)	3,68	0,82	4,50
0202060152	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOSTERONA (DHT)	11,71	10,57	22,28
0202060160	DOSAGEM DE ESTRADIOL	10,15	1,85	12,00
0202060179	DOSAGEM DE ESTRIOL (TOTAL - E2)	11,55	30,45	42,00
0202060187	DOSAGEM DE ESTRONA	11,12	8,88	20,00
0202020240	DOSAGEM DO FATOR DE VON-WILLEBRAND ANTIGENO	18,91	131,09	150,00
0202020185	DOSAGEM DE FATOR II	5,31	151,69	157,00
0202020193	DOSAGEM DE FATOR IX	7,61	12,39	20,00
0202020207	DOSAGEM DE FATOR V	4,73	35,27	40,00
0202020215	DOSAGEM DE FATOR VII	8,09	71,91	80,00
0202020223	DOSAGEM DE FATOR VIII	6,63	38,37	45,00
0202020231	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	15,00	-	15,00
0202020258	DOSAGEM DE FATOR X	6,66	123,34	130,00
0202020266	DOSAGEM DE FATOR XI	9,11	150,89	160,00
0202020274	DOSAGEM DE FATOR XII	10,51	144,41	155,00
0202020282	DOSAGEM DE FATOR XIII	6,66	163,34	170,00
0202070220	DOSAGEM DE FENITOINA	35,22	-	35,22
0202010384	DOSAGEM DE FERRITINA	15,59	0,50	16,09
0202010392	DOSAGEM DE FERRO SÉRICO	3,51	0,99	4,50
0202020290	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	4,60	10,40	15,00
0202010406	DOSAGEM DE FOLATO (ÁCIDO FOLICO)	15,65	0,50	16,15
0202010414	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	2,01	7,69	10,00
0202010422	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	2,01	1,00	3,01
0202010430	DOSAGEM DE FOSFORO	1,85	0,75	2,60



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARMAZÉM

ESTADO DE SANTA CATARINA

Praça 19 de Dezembro, 130 – Centro - Fone (48) 3645-0740.
CEP 88.740-000 – Armazém – SC

0202010449	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	2,01	7,69	10,00
0202010465	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GGT)	3,51	0,99	4,50
0202010473	DOSAGEM DE GLICOSE	1,85	0,75	2,60
0202010481	DOSAGEM DE GLICOSE 6 FOSFATO DESIDROGENASE (G6PD)	3,68	31,32	35,00
0202060217	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG-BETA HCG) (QUALITATIVO OU QUANTITATIVO)	7,85	12,15	20,00
0202020304	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	1,53	3,47	5,00
0202010503	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	7,86	1,14	9,00
0202060225	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	10,21	4,00	14,21
0202060233	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	7,89	4,00	11,89
0202060217	DOSAGEM DE HORMONIO GONADOTROFICO QUANTITATIVO (BETA-HCG)	7,85	12,15	20,00
0202060241	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	8,97	1,03	10,00
0202060250	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	8,96	0,50	9,46
0202030156	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	17,16	-	17,16
0202030164	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	9,25	0,75	10,00
0202030172	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGG)	17,16	-	17,16
020203080	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	17,16	-	17,16
0202030199	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	9,25	30,75	40,00
0202060268	DOSAGEM DE INSULINA	10,17	2,00	12,17
0202010554	DOSAGEM DE LIPASE	2,25	1,25	3,50
0202070255	DOSAGEM DE LITIO	2,25	7,75	10,00
0202010562	DOSAGEM DE MAGNESIO	2,01	1,00	3,01
0202050092	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	8,12	2,88	11,00
0202010570	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	2,01	9,99	12,00
0202060276	DOSAGEM DE PARATORMONIO (PTH)	43,13	-	43,13
0202060284	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	15,35	4,93	20,28
0202010600	DOSAGEM DE POTASSIO	1,85	0,75	2,60
0202060292	DOSAGEM DE PROGESTERONA	10,22	1,78	12,00
0202060306	DOSAGEM DE PROLACTINA	10,15	2,00	12,15
0202030202	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA QUALITATIVO	2,83	1,17	4,00
0202050114	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	2,04	4,00	6,04
0202010619	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	1,40	1,10	2,50
0202010627	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	1,85	1,25	3,10
0202060314	DOSAGEM DE RENINA	13,19	68,81	82,00
0202010635	DOSAGEM DE SODIO	1,85	0,75	2,60
0202060322	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	15,35	1,00	16,35



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARMAZÉM

ESTADO DE SANTA CATARINA

Praça 19 de Dezembro, 130 – Centro - Fone (48) 3645-0740.
CEP 88.740-000 – Armazém – SC

0202060330	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	13,11	1,00	14,11
0202060349	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	10,43	2,00	12,43
0202060357	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	13,11	12,89	26,00
0202060365	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	15,35	3,00	18,35
0202060373	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	8,76	0,50	9,26
0202060381	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	11,60	0,50	12,10
0202010643	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	2,01	1,00	3,01
0202010651	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	2,01	1,00	3,01
0202010660	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	4,12	7,88	12,00
0202010678	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	3,51	0,99	4,50
0202060390	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	8,71	0,50	9,21
0202010694	DOSAGEM DE UREIA	1,85	0,75	2,60
0202010708	DOSAGEM DE VITAMINA B12	15,24	0,50	15,74
0202070352	DOSAGEM DE ZINCO	15,65	9,35	25,00
0202031217	DOSAGEM DO ANTIGENO CA 125	13,35	2,65	16,00
0202020355	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	5,41	24,59	30,00
0202010716	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	3,68	34,82	38,50
0202010724	ELETROFORESE DE PROTEINAS SERICA	4,42	11,58	16,00
0202020363	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	2,73	-	2,73
0202040038	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	3,04	21,45	24,46
0202080145	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	2,80	1,50	4,30
0202030210	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	298,48	91,52	390,00
0202020371	HEMATOCRITO	1,53	2,58	4,11
0202020380	HEMOGRAMA	4,11	3,23	7,34
0202020398	LEUCOGRAMA	2,73	1,38	4,11
0202060470	MACROPROLACTINA	12,15	9,85	22,00
0202030253	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	10,00	24,22	34,22
0202030261	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	10,00	24,22	34,22
0202030270	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA DUPLA HELICE	8,67	11,33	20,00
0202030458	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	10,00	8,00	18,00
0202030482	PESQUISA DE ANTICORPO ANTI-FIGADO (LKM 1)	10,00	15,00	25,00
0202030474	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	2,83	0,67	3,50
0202030512	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI ILHOTA DE LANGHANS	10,00	50,00	60,00
0202030288	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI IGG	17,16	2,84	20,00



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARMAZÉM

ESTADO DE SANTA CATARINA

Praça 19 de Dezembro, 130 – Centro - Fone (48) 3645-0740.
CEP 88.740-000 – Armazém – SC

0202030300	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI HIV 1 + HIV 2 (ELISA)	10,00	2,50	12,50
0202030318	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI HTLV 1 + HTLV 2	18,55	2,00	20,55
0202030520	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	17,16	20,84	38,00
0202030555	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS (ANTI TPO)	17,16	0,84	18,00
0202030563	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	17,16	2,84	20,00
0202030571	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	17,16	32,84	50,00
0202030580	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	17,16	2,84	20,00
0202030598	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO (FAN)	17,16	2,84	20,00
0202030326	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	17,16	7,84	25,00
0202030342	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	17,16	2,00	19,16
0202030350	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SSA (RO)	18,55	1,45	20,00
0202030369	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SSB (LA)	18,55	1,45	20,00
0202030628	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	17,16	1,00	18,16
0202030636	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	18,55	-	18,55
0202030644	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	18,55	1,00	19,55
0202030679	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	18,55	2,00	20,55
0202030733	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR (MONOTESTE)	2,83	10,00	12,83
0202030741	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	11,00	5,00	16,00
0202030768	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	16,97	-	16,97
0202030784	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC IGG)	18,55	-	18,55
0202030806	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	18,55	1,00	19,55
0202030814	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	17,16	-	17,16
0202030822	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA HERPES ZOSTER	17,16	5,84	23,00
0202030830	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	17,16	4,00	21,16
0202030849	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	17,16	8,84	26,00
0202030857	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	11,61	6,00	17,61
0202030873	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	18,55	-	18,55



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARMAZÉM

ESTADO DE SANTA CATARINA

Praça 19 de Dezembro, 130 – Centro - Fone (48) 3645-0740.
CEP 88.740-000 – Armazém – SC

0202030890	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC IGM)	18,55	-	18,55
0202030911	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGM)	18,55	1,00	19,55
0202030920	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	17,16	-	17,16
0202030938	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA HERPES ZOSTER	17,16	5,84	23,00
0202030946	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	17,16	4,00	21,16
0202030954	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	17,16	22,71	39,87
0202030962	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	13,35	0,65	14,00
0202030970	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	18,55	-	18,55
0202030989	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	18,55	-	18,55
0202040054	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	1,65	0,35	2,00
0202080196	PESQUISA DE ESTREPTOCOCCUS BETA-HEMOLITICO DO GRUPO B (cada)	4,33	20,67	25,00
0202031012	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WALLER-ROSE)	4,10	5,90	10,00
0202120082	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	1,37	3,63	5,00
0202040070	PESQUISA DE GORDURA FECAL	1,65	8,35	10,00
0202031039	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA (cada)	9,25	20,75	30,00
0202040089	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	1,65	0,35	2,00
0202040097	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	1,65	0,35	2,00
0202040100	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	1,65	0,35	2,00
0202040127	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	1,65	0,85	2,50
0202050300	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	4,44	23,56	28,00
0202040135	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	10,25	9,75	20,00
0202040143	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	1,65	13,35	15,00
0202090264	ESPERMOGRAMA PÓS VASECTOMIA	4,80	40,20	45,00
0202020495	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	2,73	-	2,73
0202090302	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	1,89	1,44	3,33
02020301080	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	168,48	40,00	208,48
0202060446	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APÓS DEXAMETASONA	12,01	-	12,01
0202311110	TESTE DE VDRL P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	2,83	1,17	4,00
0202031179	TESTE DE VDRL P/ DETECÇÃO DE SIFILIS (GESTANTE)	2,83	1,17	4,00
0202020541	COOMBS DIRETO	2,73	3,27	6,00
0202120090	COOMBS INDIRETO	2,73	3,27	6,00



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARMAZÉM

ESTADO DE SANTA CATARINA

Praça 19 de Dezembro, 130 – Centro - Fone (48) 3645-0740.
CEP 88.740-000 – Armazém – SC

0202031128	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	10,00	10,00	20,00
0202031136	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	10,00	12,00	22,00
0202030245	PPD (INTRADERMORREAÇÃO)	-	-	60,00
0203010019	CITOLOGIA ONCÓTICA	13,72	31,28	45,00
0202100014	CARIÓTIPO BANDA G	180,00	260,00	440,00

TABELA DE EXAMES II - COMPLEMENTARES OFERECIDOS EM ÂMBITO MUNICIPAL

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR EM R\$
01.01.001-01	ANCA C/P (ANTICORPOS ANTI CITOPLASMA DE NEUTROFILOS)	40,05
01.01.001-02	ANTI CARDIOLIPINA IGA	37,03
01.01.001-03	ANTI GLIADINA IGA	20,04
01.01.001-04	ANTI GLIADINA IGG	20,04
01.01.001-05	ANTI GLIADINA IGM	30,05
01.01.001-06	ÍNDICE HOMA BETA	26,03
01.01.001-07	SHBG	28,02
01.01.001-08	1,25 HIDROXI VITAMINA D	115,05
01.01.001-09	CALPROTECTINA FECAL	145,04
01.01.001-10	CARIÓTIPO X FRAGIL	700,10
01.01.001-11	T3 LIVRE	10,05
01.01.001-12	CHLAMIDIA TRACHOMATIS IGA	40,03
01.01.001-13	CHLAMIDIA TRACHOMATIS IGG	59,02
01.01.001-14	CHLAMIDIA TRACHOMATIS IGM	59,02
01.01.001-15	PAINEL DST (7 PATÓGENOS)	185,03
01.01.001-16	CITOMEGALOVIRUS, AVIDEZ DE IGG	110,05
01.01.001-17	CULTURA PARA MYCOPLASMA/UREAPLASMA	60,04
01.01.001-18	D-DIMERO	69,03
01.01.001-19	DOSAGEM DE ALFA 1 ANTRIPSINA FECAL	50,03
01.01.001-20	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE LÚPICO	34,55
01.01.001-21	DOSAGEM DE ANTITRANSGLUTAMINASE IGG	58,05
01.01.001-22	CLOSTRIDIUM DIFFICILE - TOXINA A + B	80,04
01.01.001-23	DOSAGEM DE HOMOCISTEÍNA	26,03
01.01.001-24	RESISTÊNCIA A PROTEÍNA C ATIVADA (RPCA)	250,05
01.01.001-25	DOSAGEM DO ANTIGENO CA 15-3	18,02
01.01.001-26	DOSAGEM DO ANTIGENO CA 19-9	18,02
01.01.001-27	ENDOMISIO IGA, ANTICORPOS ANTI	30,05
01.01.001-28	ENDOMISIO IGG, ANTICORPOS ANTI	30,05



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARMAZÉM

ESTADO DE SANTA CATARINA

Praça 19 de Dezembro, 130 – Centro - Fone (48) 3645-0740.
CEP 88.740-000 – Armazém – SC

01.01.001-29	ENDOMISIO IGM, ANTICORPOS ANTI	37,05
01.01.001-30	PAINEL DE TROMBOFILIAS: FATOR V DE LEIDEN (G1691A), PROTROMBINA (G20210A), MTHFR (C677T, A1298C)	550,10
01.01.001-31	HLA B27	66,05
01.01.001-32	IGA SECRETORA	30,03
01.01.001-33	IGFBP3	28,02
01.01.001-34	INDICE DE SATURAÇÃO DE TRANSFERRINA	18,03
01.01.001-35	PROTEÍNA S LIVRE	245,05
01.01.001-36	LEPTOSPIROSE IGG	50,03
01.01.001-37	LEPTOSPIROSE IGM	55,04
01.01.001-38	ANTI BETA 2 GLICOPROTEÍNA IGG e IGM	112,01
01.01.001-39	PATERNIDADE DUO (SUPOSTO PAI + FILHO)	485,05
01.01.001-40	PESQUISA DE ANTICORPO ANTI CCP	65,03
01.01.001-41	PESQUISA DE ANTICORPO ANTI CENTROMERO	20,04
01.01.001-42	PESQUISA DE ANTICORPO ANTI GAD	85,06
01.01.001-43	PESQUISA DE ANTICORPO ANTICHAGAS IGG E IGM (CADA)	20,02
01.01.001-44	PESQUISA DE GIARDIA ANTÍGENO FECAL	30,05
01.01.001-45	PROTEÍNA C FUNCIONAL	40,03
01.01.001-46	PROTEÍNA S FUNCIONAL	40,03
01.01.001-47	SELENIO	38,05
01.01.001-48	TESTE DE TOLERANCIA A LACTOSE	35,05
01.01.001-49	TESTE GENETICO DE TOLERANCIA A LACTOSE	190,06
01.01.001-50	TOXOPLASMOSE AVIDEZ IGG	35,05
01.01.001-51	TRAB - ANTI RECEPTOR DE TSH	35,03
01.01.001-52	VITAMINA A	88,03
01.01.001-53	VITAMINA B1	145,05
01.01.001-54	VITAMINA B6	155,08
01.01.001-55	VITAMINA E	48,06
01.01.001-56	VITAMINA K	330,07
01.01.001-57	HORMÔNIO ANTI MULLERIANO	297,02



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARMAZÉM

ESTADO DE SANTA CATARINA

Praça 19 de Dezembro, 130 – Centro - Fone (48) 3645-0740.
CEP 88.740-000 – Armazém – SC

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2023/OU/FMSA PROCESSO DE LICITAÇÃO Nº 06/2023/FMSA

ANEXO II

CRITÉRIOS GERAIS A SEREM OBSERVADOS PELA CREDENCIADA:

- 1- O Município reserva-se o direito de fiscalizar, de forma permanente, a prestação de serviços pelos credenciados, podendo proceder ao descredenciamento, em casos de má prestação, verificada em procedimentos administrativos específicos, com garantia do contraditório e da ampla defesa.
- 2- A prestação de serviços é exclusiva dos credenciados, vedada sua transferência a empresas alheias a relação contratual.
- 3- O credenciado não poderá cobrar do paciente, ou de seu responsável, qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados.
- 4- A credenciada deverá enviar mensalmente relatório de cada procedimento realizado com correspondente relação de pacientes atendidos, acompanhada das requisições emitidas pelo médico credenciado pelo SUS e com comprovante de realização do exame por parte do paciente devidamente assinado por este.
- 5- Somente poderá ser realizado exame a pacientes que sejam portadores de requisição emitidos por médico credenciado pelo Sistema Único de Saúde que prestam serviços ao Município de Armazém.
- 6- Em caso de haver mais de uma empresa credenciada, a Secretária Municipal de Saúde fixará cota mensal de exames igualitária entre os credenciados, devendo a credenciada cumprir tal obrigação, sob pena de não ser realizado o pagamento dos exames realizados a mais.
- 7- Todos os exames realizados pelas empresas credenciadas serão remunerados conforme valores constantes na tabela SUS.

LUIZ PAULO RODRIGUES MENDES
Prefeito Municipal de Armazém



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARMAZÉM

ESTADO DE SANTA CATARINA

Praça 19 de Dezembro, 130 – Centro - Fone (48) 3645-0740.
CEP 88.740-000 – Armazém – SC

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2023/OU/FMSA PROCESSO DE LICITAÇÃO Nº 06/2023/FMS

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO CREDENCIAMENTO Nº 01/2023/OU/FMSA

Através do presente, a empresa _____, CNPJ nº _____, com sede na _____, nº _____, neste ato representada por seu representante legal/procurador, que ao final subscreve, DECLARA, sob as penas da Lei, que tem pleno conhecimento das condições para execução dos serviços, não podendo alegar qualquer desconhecimento como elemento impeditivo do perfeito cumprimento do Termo de Credenciamento, bem assim, declara que terá a disponibilidade, de todos os meios necessários à execução dos serviços ora contratados.

Armazém - SC, ____ de _____ de 2023.

(representante legal / procurador)



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARMAZÉM

ESTADO DE SANTA CATARINA

Praça 19 de Dezembro, 130 – Centro - Fone (48) 3645-0740.
CEP 88.740-000 – Armazém – SC

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2023/OU/FMSA PROCESSO DE LICITAÇÃO Nº 06/2023/FMSA

ANEXO IV

TERMO DE CREDENCIAMENTO PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DA SAÚDE.

O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARMAZÉM, pessoa jurídica de direito público, com sede na Praça 19 de Dezembro, nº. 130, na cidade de Armazém - SC, neste ato representado pelo Prefeito Municipal LUIZ PAULO RODRIGUES MENDES, residente e domiciliada neste Município, doravante denominado de CREDENCIANTE e, _____, (qualificar), doravante denominada CREDENCIADA, tem justo e acordado este Termo de Credenciamento de conformidade com a Lei nº. 8.666/93 e suas alterações, consubstanciado no CREDENCIAMENTO Nº. 01/2023/OU/FMSA, e mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLAUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO: O presente termo tem por objeto a prestação, por parte da CREDENCIADA, para a prestação, de forma continuada, de serviços na área de saúde, Exames Laboratoriais, nos itens relacionados no ANEXO I e nos valores determinados pela tabela SUS.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A CREDENCIADA deverá realizar os atendimentos de acordo com a necessidade do Município, de segunda a sexta-feira, nos horários de atendimento do estabelecimento credenciado.

PARÁGRAFO SEGUNDO – O credenciado deverá certificar se o paciente é residente neste domicílio, uma vez que não serão pagos procedimentos realizados em pacientes que não residam no Município de Armazém e observada os critérios estabelecidos no Anexo II do Edital.

PARÁGRAFO TERCEIRO – Em caso de haver mais de uma empresa credenciada, a Secretária Municipal de Saúde fixará cota mensal de exames igualitária entre os credenciados, devendo a credenciada cumprir tal obrigação, sob pena de não ser realizado o pagamento dos exames realizados a mais.

PARÁGRAFO QUARTO – Todos os exames realizados pelas empresas credenciadas serão remunerados conforme valores constantes na tabela SUS.

PARÁGRAFO QUINTO – A prestação de serviços é exclusiva do credenciado, vedada sua transferência a empresas alheias a relação contratual.

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

PARÁGRAFO SÉTIMO – A credenciada deverá enviar mensalmente relatório de cada procedimento realizado com correspondente relação de pacientes atendidos, acompanhada das requisições emitidas pelo médico credenciado pelo SUS e com comprovante de realização do exame por parte do paciente devidamente assinado por este.

PARÁGRAFO OITAVO – Somente poderá ser realizado exame a pacientes que sejam portadores de requisição emitidos por médico credenciado pelo Sistema Único de Saúde que prestam serviços ao Município de Armazém.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARMAZÉM

ESTADO DE SANTA CATARINA

Praça 19 de Dezembro, 130 – Centro - Fone (48) 3645-0740.
CEP 88.740-000 – Armazém – SC

CLÁUSULA SEGUNDA – DO PRAZO: O prazo de vigência do credenciamento será até 31 de Março de 2024, a contar de sua assinatura, podendo ser prorrogado, por interesse do CREDENCIANTE e anuência da CREDENCIADA, por iguais e sucessivos períodos, até o limite de sessenta meses (art. 57, II da Lei nº. 8666/93), contados estes da data de lançamento do edital de credenciamento acima referido.

CLÁUSULA TERCEIRA - DA FORMA E DO PRAZO DE PAGAMENTO: O valor pelos serviços realizados pela CREDENCIADA será pago da seguinte forma:

PARÁGRAFO PRIMEIRO – Os serviços contratados por este Termo serão pagos, de acordo com o número de atendimentos efetuados durante o mês de referência, tendo como parâmetro a Tabela constante do Edital de Chamamento nº. 01/2023/OU/FMSA, sendo condição para a efetivação do pagamento a apresentação, pelo CREDENCIADO, da Nota Fiscal de Serviço, devidamente visada pela Secretaria Municipal da Saúde, a qual deverá ser apresentada até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês seguinte aquele em que os serviços foram prestados, juntamente com o relatório constante no parágrafo sétimo da clausula primeira deste contrato administrativo.

PARÁGRAFO SEGUNDO – Durante a vigência deste Cadastramento, os valores serão revisto a cada 12 meses contados da data do lançamento deste Edital, mediante a aplicação de variação que venha a ser aplicada nos preços referenciados na Tabela SUS.

CLÁUSULA QUARTA – DAS CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO

- I – O presente credenciamento caracteriza-se como uma relação contratual de prestação de serviços;
- II – O(A) CREDENCIADO(A) deverá manter, durante a vigência deste Termo, as condições de habilitação exigidas para a sua celebração;
- III – É de responsabilidade exclusiva e integral do (a) CREDENCIADO(A) a utilização de pessoal para a execução dos respectivos procedimentos, incluindo encargos trabalhistas, sociais e fiscais resultantes de vínculo empregatício ou comerciais, bem como eventuais indenizações deferidas em decorrência dos serviços prestados.
- IV - A contratada deverá realizar os atendimentos de acordo com a necessidade do Município de Armazém, e de acordo com o Anexo I.
- V - É facultada ao paciente a escolha do prestador do serviço em caso de haver mais de uma empresa credenciada para a realização do mesmo procedimento.
- VI - É vedado:
 - a) O trabalho do(a) CREDENCIADO(A) em ambientes de propriedade do município;
 - b) A transferência dos direitos e obrigações decorrentes desse Termo;
 - c) A cobrança de qualquer valor a título de diferença dos usuários dos serviços objetos deste Termo.

CLÁUSULA QUINTA - DA FISCALIZAÇÃO: O CREDENCIANTE realizará, subsidiariamente, fiscalização dos serviços decorrentes desse Termo, mediante ação da Secretaria Municipal de Saúde, a qual designará servidor para tanto, situação que não excluirá ou restringirá a responsabilidade da CREDENCIADA na prestação dos serviços, objeto deste Termo.

CLÁUSULA SEXTA – DAS PENALIDADES: À CREDENCIADA poderá ser aplicado, em caso de inadimplemento contratual, após assegurado o direito de ampla defesa, às penalidades previstas na Lei Federal nº 8.666/93 e expressas no edital de Chamamento acima referido.

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS DOTAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS: As despesas decorrentes do objeto deste credenciamento correrão por conta dos recursos orçamentários do ano de 2023 sendo que cada contratação será de acordo com a necessidade do Fundo Municipal de Saúde, e será efetuado o devido empenhamento no item orçamentário específico.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARMAZÉM

ESTADO DE SANTA CATARINA

Praça 19 de Dezembro, 130 – Centro - Fone (48) 3645-0740.
CEP 88.740-000 – Armazém – SC

CLÁUSULA OITAVA – DA RESCISÃO: A rescisão deste Termo poderá se dar numa das seguintes oportunidades:

- a) pela ocorrência de seu termo final;
- b) por solicitação da CREDENCIADA, cujo aviso formal deverá ser dado com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias;
- c) por acordo entre as partes;
- d) de forma unilateral pelo CREDENCIANTE, após o devido processo legal, no caso de descumprimento de condição estabelecida no edital ou neste Termo de Credenciamento.

CLÁUSULA NONA – DA VINCULAÇÃO DESTE INSTRUMENTO: Este instrumento esta vinculado ao Edital de CREDENCIAMENTO nº. 01/2023/OU/FMSA, sendo que as condições nele previstos, mesmo que não transcritas neste instrumento, obrigam as partes;

CLÁUSULA DÉCIMA – DO FORO: Fica eleito o Foro da Comarca de Armazém - SC, para dirimir as dúvidas oriundas deste Termo, quando não solvidas administrativamente.
E, por estarem justos e acordados, assinam o presente Termo, em três vias de igual teor e forma.

Armazém - SC,.....2023.

Contratante. xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Contratada

Testemunhas:

Nome: CPF:

Nome:

CPF



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARMAZÉM

ESTADO DE SANTA CATARINA

Praça 19 de Dezembro, 130 – Centro - Fone (48) 3645-0740.
CEP 88.740-000 – Armazém – SC

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2023/OU/FMSA PROCESSO DE LICITAÇÃO Nº 06/2023/FMSA

ANEXO V

MODELO DE DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO AO ART. 7º DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL

Ao Município de Armazém - SC CREDENCIAMENTO Nº. 01/2023/OU/FMSA – Credenciamento, de pessoas jurídicas para prestação de serviços na área da saúde. Declaramos para os fins de direito, na qualidade de licitante do procedimento licitatório sob a modalidade de CREDENCIAMENTO nº. 01/2023/OU/FMSA em cumprimento ao inciso XXXIII, do artigo 7º da Constituição Federal de que não possuímos em nosso quadro funcional, pessoas menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e, de menores de 16 (dezesesseis) anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir dos 14 (quatorze) anos. Por ser expressão da verdade, firmamos o presente.

Local e Data Razão Social:

Nome do Representante Legal
Carimbo e Assinatura