

**ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SUCUPIRA DO RIACHÃO**

**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 0145.33/2018
INEXIGIBILIDADE Nº 01/2018/CPL
EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO Nº 01/2018**

Credenciamento de pessoas jurídicas para prestação de serviços na realização de exames laboratoriais, mediante contrato de empresas interessadas.

O Município de Sucupira do Riachão, Estado do Maranhão, através da Comissão Permanente de Licitação – CPL, torna público a abertura de credenciamento sob o nº 01/2018, a partir do dia **30 de maio de 2018 até dia 11 de junho de 2018**, de segunda a sexta-feira, das 08h:00m às 12h:00m, na sede da Prefeitura Municipal, situada na Rua São José, nº 477, centro – CEP: 65.668-000 – Sucupira do Riachão/MA, estará sendo recebida a documentação para o **CREDENCIAMENTO** e posterior formalização de contrato de pessoas jurídicas interessadas na prestação de serviços na realização de exames laboratoriais, **sendo que no dia 13 de junho de 2018, às 09:00 horas a CPL analisará a documentação dos interessados na prestação de serviços**, no mesmo endereço citado acima.

1 - OBJETO

1.1 - O presente Chamamento Público tem como objetivo o credenciamento de interessados para prestação de serviços na realização de exames laboratoriais, conforme lista e valores constantes no Anexo I deste edital.

2 - CONDIÇÕES PARA CREDENCIAMENTO

2.1. As pessoas jurídicas interessadas em prestar os serviços na realização de exames laboratoriais ao Município de Sucupira do Riachão, Estado do Maranhão, deverão apresentar os documentos, em original ou por cópia autenticada em cartório competente ou por servidor da administração ou publicação em órgão da imprensa oficial.

2.2. Os documentos deverão ser entregues em envelope fechado e lacrado de forma que não possa ser aberto sem que seja modificada a sua forma original, com a seguinte escrita:

**AO MUNICÍPIO DE SUCUPIRA DO RIACHÃO - MA
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO - CPL
CREDENCIAMENTO Nº 01/2018
PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS
ENVELOPE DE DOCUMENTAÇÃO
PROPONENTE (RAZÃO SOCIAL DA LICITANTE)**

2.3. Encerrado o prazo para entrega dos documentos de credenciamento, não será permitida a inclusão ou retirada de documentos, salvo o disposto no art. 48, §3º da Lei 8.666/93.

3 - DOCUMENTOS PARA PESSOAS JURÍDICAS

3.1.1) Registro comercial e/ou Requerimento de Empresário, no caso de empresa individual, devidamente registrado na Junta Comercial sede do licitante;

3.1.2) Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado na Junta Comercial sede do licitante, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedade por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;

3.1.3) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ/MF);

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

ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SUCUPIRA DO RIACHÃO

3.1.5) Prova de inscrição no Cadastro de Contribuintes do Estado ou do Município, se houver, relativo ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividades;

3.1.6) Certificado de Regularidade do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS - CRF, fornecido pela Caixa Econômica Federal;

3.1.7) Prova de regularidade conjunta de Tributos Federais e da Dívida Ativa da União, nos termos da Portaria Conjunta RFB/PGFN nº1.751/2014;

3.1.8) Certidão Negativa de Débito para com o Governo do Estado do domicílio ou sede a empresa;

3.1.9) Certidão Negativa de Débito para com o Município do domicílio ou sede da empresa;

3.1.10) Certidão Negativa de débitos Trabalhistas;

3.1.11) Certidão negativa de falência ou concordata expedida pelo distribuidor da sede do licitante, com data não superior a 60 (sessenta) dias, contados da data de apresentação da Proposta;

3.1.12) Declaração firmado por representante legal da empresa, de que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e que não emprega menor de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 anos, em atendimento ao disposto no inciso XXXIII do Artigo 7º da Constituição Federal, conforme em anexo, ou equivalente.

3.1.13) – Declaração de Inexistência de Vínculo;

3.1.14) – Declaração de Idoneidade da Empresa.

3.1.15) - Alvará ou Licença Sanitária, emitido por órgão de fiscalização estadual ou municipal;

3.1.16. Certificado de inscrição da empresa credenciada no respectivo Conselho de Classe Profissional;

3.1.17. Descrição dos recursos físicos e materiais disponíveis para a prestação do serviço de exames laboratoriais.

3.1.18. Relação contendo o nome e função de todos os profissionais envolvidos e/ou atuantes na prestação do serviço, acompanhado de cópia da Cédula de Identidade ou CPF e comprovante de inscrição no Conselho da Classe Profissional do Técnico Responsável.

3.1.19. Declaração que cumpre e aceita as condições contidas neste Edital e seus anexos.

4 - CONDIÇÕES PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

4.1. É vedado:

4.1.1 - O trabalho do credenciado em dependências ou setores próprios do Município;

4.1.2. Não poderá exercer a atividade, ainda que indiretamente, por meio do credenciamento, servidor ou dirigente de órgão ou entidade contratante ou responsável pela licitação, nos termos do art. 9º, inciso III e § 3º, da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

4.1.3. O credenciado deverá comunicar imediatamente à Administração o seu impedimento, fazendo jus à remuneração do trabalho até então realizado, de acordo com o fixado no Anexo I.

4.1.4. O credenciado que venha a se enquadrar nas situações previstas no item 4.1.1. e 4.1.2., terá suspensa a respectiva atividade, enquanto perdurar o impedimento.

4.2. O Município reserva-se o direito de fiscalizar, de forma permanente, a prestação dos serviços pelos credenciados, podendo proceder ao descredenciamento, em casos de má prestação dos serviços, verificada em processo administrativo específico, com garantia do contraditório e da ampla defesa;

4.3. O credenciamento, configurará uma relação contratual de prestação de serviços.

ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SUCUPIRA DO RIACHÃO

5 - DO VALOR

5.1. O valor a ser pago pelo Município por exame laboratorial será o constante da relação em anexo (Anexo I), em conformidade com Tabela Unificada do Sistema Único de Saúde – SUS/MS.

6 - DO PAGAMENTO

6.1 – Os pagamentos somente serão realizados mediante:

- a) Apresentação das autorizações para realização dos exames laboratoriais, emitida pela Secretaria Municipal de Saúde, ou por ela autorizada;
- b) Os valores serão depositados em conta bancária em nome da empresa CREDENCIADA, em até 30 (trinta) dias após à emissão e apresentação de documento fiscal;
- c) Os valores a serem pagos, somente serão liberados mediante a apresentação da fatura e/ou nota fiscal acompanhadas das certidões de regularidade, que deverá ser apresentado à Secretaria Municipal de Saúde, até o último dia útil do mês, em que o serviço foi prestado, que deverá estar em conformidade com os serviços realizados e devidamente comprovados, e, estarão sujeitos às retenções tributárias.

7 - VIGÊNCIA

7.1. O prazo de vigência do Termo de Credenciamento será de 12 (doze) meses a partir da data constante no Termo de Credenciamento, 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 8.666-93).

8 - DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

8.1. Para contratação do objeto desta licitação os recursos previstos correrão por conta das seguintes dotações orçamentárias:

Secretaria: 0216 – Fundo Municipal de Saúde – FMS.

Atividade: 10.122.0002.2.089 – Manutenção Funcionamento do FMS.

Rubrica: 3.3.90.39.00.00 – Outros serviços de terceiros – Pessoa Jurídica.

9 - DO PESSOAL DO CREDENCIADO

9.1. É de responsabilidade exclusiva e integral do credenciado, a utilização de pessoal para execução dos respectivos procedimentos, incluídos encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações, em nenhuma hipótese, poderão ser transferidos para o Município.

10 - FORMALIZAÇÃO

10.1. O credenciamento será formalizado mediante Contrato de Prestação de Serviços, contendo as cláusulas e condições previstas neste Edital e na Lei 8.666/93 e suas alterações posteriores.

11 - DAS PENALIDADES

11.1 Ocorrendo qualquer inadimplência em relação ao objeto contratado, a mesma será apurada através de Processo Administrativo Especial, concedendo ampla defesa, momento em que após a apuração dos fatos poderá ser aplicada as penalidades de advertência, suspensão e multa de no máximo 10% sobre o valor total dos exames.

11.2 As penalidades serão registradas no cadastro da contratada, quando for o caso.



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SUCUPIRA DO RIACHÃO

11.3 Não serão efetuados pagamentos pela Administração enquanto pendente de liquidação qualquer obrigação financeira que for imposta ao fornecedor em virtude de penalidade ou inadimplência contratual.

12. - INFORMAÇÕES

12.1. O Edital e maiores informações poderão ser obtidos no Setor de Licitações da Prefeitura Municipal de Sucupira do Riachão/MA, sito à Rua São José, nº 477 – Centro – CEP: 65.668-000 – Sucupira do Riachão/MA, de segundas às sextas-feiras, no horário das 08h00min às 12h00min podendo ser consultado e obtido o edital no site da Prefeitura Municipal: www.sucupiradoriachao.ma.go.br.

13 - DA DIVULGAÇÃO – Será divulgada a lista dos credenciados na Imprensa Oficial, logo após a análise da documentação apresentada.

Sucupira do Riachão - MA, 24 de maio de 2018.

HENRIQUE LUIS MONTEIRO DA COSTA
Presidente da CPL

**ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SUCUPIRA DO RIACHÃO**

**ANEXO I
RELAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS E VALOR**

Nº DE ORDEM	EXAME	VALOR UNITÁRIO
01	ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTOS NA URINA	3,70
02	ANTIBIOGRAMA	4,98
03	ANTIBIOGRAMA COM CONCENTRAÇÃO INIBITÓRIA MÍNIMA	13,33
04	ANTIBIOGRAMA PARA MICROBACTERIAS	13,33
05	BACILOSCOPIA DIRETA PARA BAAR (HANSENÍASE)	4,20
06	BACILOSCOPIA DIRETA PARA BAAR TUBÉRCULOS (CONTROLE)	4,20
07	BACILOSCOPIA DIRETA PARA TUBÉRCULOS	4,20
08	CONTAGEM DE LINFÓCITOS B	15,00
09	CONTAGEM DE PLAQUETAS	2,73
10	DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATÓIDE	2,83
11	DETERMINAÇÃO DE ÍNDICE DE TIROXINA LIVRE	12,54
12	DETERMINAÇÃO DE RETENÇÃO DE T3	12,54
13	DETERMINAÇÃO DE T3 REVERSO	14,69
14	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	2,73
15	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	2,73
16	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	2,73
17	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	9,00
18	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO- DUKE	2,73
19	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMÁCIAS	5,79
20	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA	2,85
21	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	5,77
22	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTAÇÃO (VHS)	2,73
23	DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	1,37
24	DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA	9,25
25	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	10,20
26	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	6,72
27	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTERIOIDES	6,72
28	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	15,24
29	DOSAGEM DE ÁCIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	6,72
30	DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO	1,85
31	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTRÓFICO (ACTH)	14,12
32	DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA)	16,42

**ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SUCUPIRA DO RIACHÃO**

33	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES	2,01
34	DOSAGEM DE CÁLCIO	1,85
35	DOSAGEM DE CALCITONINA	14,38
36	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	3,51
37	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	3,51
38	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	1,85
39	DOSAGEM DE COLINESTERASE	3,68
40	DOSAGEM DE CREATININA	1,85
41	DOSAGEM DE ESTRADIOL	10,15
42	DOSAGEM DE FERRITINA	15,59
43	DOSAGEM DE FERRO SÉRICO	3,51
44	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	2,01
45	DOSAGEM DE GALACTOSE	3,51
46	DOSAGEM DE GLICOSE	1,85
47	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	3,68
48	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIÔNICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	7,85
49	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	7,86
50	DOSAGEM DE HORMÔNIO DE CRESCIMENTO (HGH)	10,21
51	DOSAGEM DE HORMÔNIO FOLÍCULO-ESTIMULANTE (FSH)	7,89
52	DOSAGEM DE HORMÔNIO LUTEINIZANTE (LH)	8,97
53	DOSAGEM DE IMUNOGLOBINA E (IGE)	9,25
54	DOSAGEM DE IMUNOGLOBINA G (IGG)	0,00
55	DOSAGEM DE IMUNOGLOBINA M (IGM)	17,16
56	DOSAGEM DE INSULINA	10,17
57	DOSAGEM DE LIPASE	2,25
58	DOSAGEM DE PARATORMÔNIO	43,13
59	DOSAGEM DE POTASIO	1,85
60	DOSAGEM DE PROGESTERONA	10,22
61	DOSAGEM DE PROLACTINA	10,15
62	DOSAGEM DE PROTEÍNA C REATIVA	2,83
63	DOSAGEM DE PROTEÍNAS (URINA DE 24 HORAS)	2,04
64	DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS	1,40
65	DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES	1,85
66	DOSAGEM DE SÓDIO	1,85
67	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	13,11
68	DOSAGEM DE TIREOESTIMULANTE (TSH)	8,96
69	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	8,76
70	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	11,60
71	DOSAGEM DE TRANSMINASE GLUTÂMICO-OXALACETICA (TGO)	2,01
72	DOSAGEM DE TRANSMINASE GLUTÂMICO-PIRUVICA (TGP)	2,01
73	DOSAGEM DE TRIGLICERÍDEOS	3,51
74	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	8,71
75	DOSAGEM DE URÉIA	1,85
76	DOSAGEM DE VITAMINA B-12	15,24
77	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA	3,51

ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SUCUPIRA DO RIACHÃO

	GT)	
78	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	3,68
79	ELETROFORESE DE PROTEÍNAS	4,42
80	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	10,65
81	HEMATOCRITO	1,53
82	HEMOGRAMA COMPLETO	4,11
83	LEUCOGRAMA	2,73
84	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	1,65
85	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDA (POR IMUNOFLORESCENCIA)	10,00
86	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	2,83
87	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFÍGADO	10,00
88	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV 1 (WESTERN-BLOT)	85,00
89	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV1+HIV2 (ELISA)	10,00
90	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV1+HTLV2	18,55
91	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	18,55
92	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTÍGENO E DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	18,55
93	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	18,55
94	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	18,55
95	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DO SARAMPO	9,25
96	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDA	17,16
97	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VÍRUS EPSTEIN-BARR	2,83
98	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	11,00
99	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	9,25
100	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	16,97
101	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	9,25
102	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)	18,55
103	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVÍRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	30,00
104	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS DA EPSTEIN BARR	17,16
105	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	18,55
106	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS DA HERPES SIMPLES	17,16
107	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS DA RUBEOLA	17,16
108	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	17,16

ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SUCUPIRA DO RIACHÃO

109	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVÍRUS	11,61
110	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHIMANIAS	10,00
111	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	18,55
112	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	9,25
113	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	18,55
114	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVÍRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	20,00
115	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	18,55
116	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA RUBÉOLA	17,16
117	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	17,16
118	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS EPSTEIN-BARR	17,16
119	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS HERPES SIMPLES	17,16
120	PESQUISA DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	18,55
121	PESQUISA DE ANTÍGENO E DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	18,55
122	PESQUISA DE CÉLULAS LE	4,11
123	PESQUISA DE FATOR REUMATÓIDE (WAALER-ROSE)	4,10
124	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI O FRACO)	1,37
125	PESQUISA DE FILARIA	2,73
126	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	2,73
127	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLOURESCÊNCIA	10,00
128	PESQUISA DE IMUNOGLOBINA E (IGE) ALERGENO	9,25
129	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	2,73
130	PESQUISA DE TRYPNOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	10,00
131	PROVA DE DILUIÇÃO (URINA)	2,04
132	PROVA DE RETRAÇÃO DO COAGULO	2,73
133	PROVA DO LACO	2,73
134	PROVA DO LATEX PARA PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	1,89
135	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	1,75
136	REAÇÃO DE HEMAGLUTINAÇÃO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SÍFILIS	4,10
137	REAÇÃO DE MONTENEGRO ID	2,83
138	SUMARIO DE URINA	3,70
139	TESTE DE TOLERÂNCIA A INSULINA/HIPOGLICEMIANTES	6,55
140	TESTE PARA VDRL P/ DETECÇÃO DE SÍLIFIS	2,83
141	TITULAÇÃO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	5,79
142	VDRL PARA DETECÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTES	2,83

ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SUCUPIRA DO RIACHÃO

ANEXO II

MINUTA DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES LABORATORIAIS
INEXIGIBILIDADE Nº 01/2018/CPL

Contrato Nº ____/2018.

O MUNICÍPIO DE SUCUPIRA DO RIACHÃO, ESTADO DO MARANHÃO, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ/MF sob o nº _____, com sede administrativa na _____ neste ato representado por _____, portador do RG nº _____, inscrito no CPF nº _____, residente e domiciliado nesta Cidade, doravante denominado CONTRATANTE, e _____, inscrito no CNPJ-MF sob nº _____, sito a rua/Av. _____, nº _____, neste ato representado por seu sócio/proprietário Sr^o(a) _____, (estado civil), (profissão), portador da Cédula de Identidade Civil nº _____ e CPF/MF nº _____, residente e domiciliado na cidade de _____, doravante denominado CONTRATADO, têm justo e acordado este Contrato de Prestação de Serviços de Exames Laboratoriais, em conformidade com o Edital de Chamamento público para Credenciamento Nº 01/2018, e a Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações, e mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO E DO VALOR

O presente contrato tem por objeto a prestação serviços na realização dos seguintes exames laboratoriais pelo valor especificado para cada exame.

Nº DE ORDEM	EXAME	VALOR UNITÁRIO
01	ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTOS NA URINA	3,70
02	ANTIBIOGRAMA	4,98
03	ANTIBIOGRAMA COM CONCENTRAÇÃO INIBITÓRIA MÍNIMA	13,33
04	ANTIBIOGRAMA PARA MICROBACTERIAS	13,33
05	BACILOSCOPIA DIRETA PARA BAAR (HANSENÍASE)	4,20
06	BACILOSCOPIA DIRETA PARA BAAR TUBÉRCULOS (CONTROLE)	4,20
07	BACILOSCOPIA DIRETA PARA TUBÉRCULOS	4,20
08	CONTAGEM DE LINFÓCITOS B	15,00
09	CONTAGEM DE PLAQUETAS	2,73
10	DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATÓIDE	2,83
11	DETERMINAÇÃO DE ÍNDICE DE TIROXINA LIVRE	12,54
12	DETERMINAÇÃO DE RETENÇÃO DE T3	12,54
13	DETERMINAÇÃO DE T3 REVERSO	14,69
14	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	2,73
15	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	2,73
16	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	2,73
17	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	9,00
18	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO- DUKE	2,73
19	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMÁCIAS	5,79
20	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA	2,85
21	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	5,77
22	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTAÇÃO (VHS)	2,73

**ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SUCUPIRA DO RIACHÃO**

23	DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	1,37
24	DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA	9,25
25	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	10,20
26	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	6,72
27	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTERIOIDES	6,72
28	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	15,24
29	DOSAGEM DE ÁCIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	6,72
30	DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO	1,85
31	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTRÓFICO (ACTH)	14,12
32	DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA)	16,42
33	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES	2,01
34	DOSAGEM DE CÁLCIO	1,85
35	DOSAGEM DE CALCITONINA	14,38
36	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	3,51
37	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	3,51
38	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	1,85
39	DOSAGEM DE COLINESTERASE	3,68
40	DOSAGEM DE CREATININA	1,85
41	DOSAGEM DE ESTRADIOL	10,15
42	DOSAGEM DE FERRITINA	15,59
43	DOSAGEM DE FERRO SÉRICO	3,51
44	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	2,01
45	DOSAGEM DE GALACTOSE	3,51
46	DOSAGEM DE GLICOSE	1,85
47	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	3,68
48	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIÔNICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	7,85
49	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	7,86
50	DOSAGEM DE HORMÔNIO DE CRESCIMENTO (HGH)	10,21
51	DOSAGEM DE HORMÔNIO FOLÍCULO-ESTIMULANTE (FSH)	7,89
52	DOSAGEM DE HORMÔNIO LUTEINIZANTE (LH)	8,97
53	DOSAGEM DE IMUNOGLOBINA E (IGE)	9,25
54	DOSAGEM DE IMUNOGLOBINA G (IGG)	0,00
55	DOSAGEM DE IMUNOGLOBINA M (IGM)	17,16
56	DOSAGEM DE INSULINA	10,17
57	DOSAGEM DE LIPASE	2,25
58	DOSAGEM DE PARATORMÔNIO	43,13
59	DOSAGEM DE POTÁSIO	1,85
60	DOSAGEM DE PROGESTERONA	10,22
61	DOSAGEM DE PROLACTINA	10,15
62	DOSAGEM DE PROTEÍNA C REATIVA	2,83
63	DOSAGEM DE PROTEÍNAS (URINA DE 24 HORAS)	2,04
64	DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS	1,40
65	DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES	1,85
66	DOSAGEM DE SÓDIO	1,85
67	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	13,11
68	DOSAGEM DE TIREOESTIMULANTE (TSH)	8,96
69	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	8,76
70	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	11,60
71	DOSAGEM DE TRANSMINASE GLUTÂMICO-OXALACETICA (TGO)	2,01
72	DOSAGEM DE TRANSMINASE GLUTÂMICO-PIRUVICA (TGP)	2,01

ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SUCUPIRA DO RIACHÃO

73	DOSAGEM DE TRIGLICERÍDEOS	3,51
74	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	8,71
75	DOSAGEM DE URÉIA	1,85
76	DOSAGEM DE VITAMINA B-12	15,24
77	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	3,51
78	ELETOFORESE DE LIPOPROTEÍNAS	3,68
79	ELETOFORESE DE PROTEÍNAS	4,42
80	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	10,65
81	HEMATOCRITO	1,53
82	HEMOGRAMA COMPLETO	4,11
83	LEUCOGRAMA	2,73
84	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	1,65
85	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	10,00
86	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	2,83
87	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFÍGADO	10,00
88	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV 1 (WESTERN-BLOT)	85,00
89	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV1+HIV2 (ELISA)	10,00
90	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV1+HTLV2	18,55
91	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	18,55
92	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTÍGENO E DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	18,55
93	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	18,55
94	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	18,55
95	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DO SARAMPO	9,25
96	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDA	17,16
97	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VÍRUS EPSTEIN-BARR	2,83
98	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVÍRUS	11,00
99	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	9,25
100	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	16,97
101	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	9,25
102	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)	18,55
103	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVÍRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	30,00
104	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS DA EPSTEIN BARR	17,16
105	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	18,55
106	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS DA HERPES SIMPLES	17,16
107	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS DA RUBEOLA	17,16
108	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	17,16
109	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVÍRUS	11,61
110	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	10,00
111	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	18,55
112	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	9,25
113	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	18,55

ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SUCUPIRA DO RIACHÃO

114	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVÍRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	20,00
115	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	18,55
116	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA RUBÉOLA	17,16
117	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	17,16
118	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS EPSTEIN-BARR	17,16
119	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS HERPES SIMPLES	17,16
120	PESQUISA DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	18,55
121	PESQUISA DE ANTÍGENO E DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	18,55
122	PESQUISA DE CÉLULAS LE	4,11
123	PESQUISA DE FATOR REUMATÓIDE (WAALER-ROSE)	4,10
124	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI O FRACO)	1,37
125	PESQUISA DE FILARIA	2,73
126	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	2,73
127	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCÊNCIA	10,00
128	PESQUISA DE IMUNOGLOBINA E (IGE) ALERGENO	9,25
129	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	2,73
130	PESQUISA DE TRYPNOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	10,00
131	PROVA DE DILUIÇÃO (URINA)	2,04
132	PROVA DE RETRAÇÃO DO COAGULO	2,73
133	PROVA DO LACO	2,73
134	PROVA DO LATEX PARA PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	1,89
135	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	1,75
136	REAÇÃO DE HEMAGLUTINAÇÃO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SÍFILIS	4,10
137	REAÇÃO DE MONTENEGRO ID	2,83
138	SUMARIO DE URINA	3,70
139	TESTE DE TOLERÂNCIA A INSULINA/HIPOGLICEMIANTES	6,55
140	TESTE PARA VDRL P/ DETECÇÃO DE SÍLIFIS	2,83
141	TITULAÇÃO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	5,79
142	VDRL PARA DETECÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTES	2,83

CLÁUSULA SEGUNDA - DO PRAZO

O prazo de vigência do presente contrato será de 12 (doze) meses, a contar da data constante no contrato, podendo ser prorrogado, por interesse do CONTRATANTE e anuência do(a) CONTRATADA, por iguais e sucessivos períodos, até o limite de sessenta meses (art. 57, II, da Lei nº 8.666-93).

CLÁUSULA TERCEIRA - DA FORMA E DO PRAZO DO PAGAMENTO

Os serviços contratados serão pagos, de acordo com o número de exames realizados, e, para o pagamento, o CONTRATADO deverá apresentar a nota fiscal de serviço, acompanhada das autorizações emitidas pela Secretaria Municipal de Saúde, no último dia útil do mês em que foi prestado o serviço, para se efetivar aquele no prazo de até 10 dias úteis do mês seguinte.

**ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SUCUPIRA DO RIACHÃO**

CLÁUSULA QUARTA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes deste procedimento correrão à conta da seguinte Dotação Orçamentária:

Secretaria: 0216 – Fundo Municipal de Saúde – FMS.

Atividade: 10.122.0002.2.089 – Manutenção Funcionamento do FMS.

Rubrica: 3.3.90.39.00.00 – Outros serviços de terceiros – Pessoa Jurídica.

CLÁUSULA QUINTA - DAS CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO

I - O CONTRATADO caracteriza uma relação contratual de prestação de serviços;

II - O CONTRATADO deverá manter, durante a vigência do contrato às condições de habilitação exigidas para a sua celebração;

III - é de responsabilidade exclusiva e integral do CONTRATADO a utilização de pessoal para a execução dos respectivos procedimentos, incluídos encargos trabalhistas, previdenciários, sociais e fiscais resultantes de vínculo empregatício ou comerciais;

IV - A prestação de serviço deverá ser realizada em estabelecimento particular e adequado para o serviço, vedado a cedência da prestação de serviço e da prestação do serviço por terceiros.

V - É vedado:

- a) A prestação de serviços pelo CONTRATADO em repartições públicas municipais;
- b) Não poderá fazer parte do quadro social ou de empregados do CONTRATADO, sob pena de rescisão deste Contrato, servidor público, contratado sob qualquer título; ocupante de cargo eletivo ou com registro oficial de candidatura a cargo no Município CONTRATANTE;
- c) A transferência dos direitos e obrigações decorrentes desse contrato.

CLÁUSULA SEXTA - DA FISCALIZAÇÃO

O CONTRATANTE realizará, subsidiariamente, fiscalização dos serviços decorrentes desse Termo ficará a cargo da Secretaria Municipal da Saúde e Assistência Social, que designará servidor para tanto, não excluindo ou restringindo a responsabilidade do CONTRATADO na prestação do serviço, objeto desse contrato.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA RESCISÃO

O presente contrato será rescindido nas hipóteses previstas nos artigos 77, 78 E 79 da Lei Federal nº 8.666/93.

CLÁUSULA OITAVA - DO FORO

Fica eleito o foro da Comarca sede do Município CONTRATANTE para dirimir as dúvidas oriundas deste contrato, quando não solvidas administrativamente.

E, por estarem justos e acordados, assinam o presente contrato, em três vias de igual teor e forma.

Local e Data.

Contratante

Contratado

ANEXO III

DECLARAÇÃO QUE NÃO EMPREGA MENOR

À Comissão de Licitações
Chamamento Público para
Credenciamento N° 01/2018

....., inscrito no CNPJ/MF n°, por intermédio de seu representante legal o(a) Sr(a), portador(a) da Carteira de Identidade n° e do CPF n°, DECLARA, para fins do disposto no inciso V do art. 27 da Lei n° 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei n° 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz a partir dos 14 anos.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente.

Local e Data.

Assinatura do Representante Legal da Empresa

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE QUE CUMPRE OS REQUISITOS DO EDITAL

À Comissão de Licitações
Chamamento Público para
Credenciamento N° 01/2018

A empresa(nome da empresa), inscrita no CNPJ/MF N°(n° do CNPJ), sediada em (endereço completo), por intermédio de seu representante legal o(a) Sr (a)..... (nome do representante), portador(a) da Carteira de Identidade n°..... (n° da CI) e do CPF n°(n° do CPF), DECLARA, sob as penas da Lei que:

a) Cumpre todos os requisitos de habilitação exigidos no Edital de Credenciamento N° 01/2018, quanto às condições de qualificação jurídica, de Regularidade fiscal, e econômico-financeira, bem como de que está ciente e concorda com o disposto em Edital em referência;

Local e Data.

Assinatura do Representante Legal da Empresa

ANEXO V

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE DA EMPRESA

À Comissão de Licitações
Chamamento Público para
Credenciamento Nº 01/2018

A empresa....., inscrita no CNP sob nº....., estabelecida no endereço....., através de seu representante legal, DECLARA, sob as penas da lei, que não foi declarada inidônea para licitar ou contratar com a Administração Pública.

Por ser expressão da verdade, firmamos o presente.

Local e Data.

Assinatura do Representante Legal da Empresa

ANEXO VI

MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE VÍNCULO

À Comissão de Licitações
Chamamento Público para
Credenciamento N° 01/2018

Empresa....., CNPJ n°....., situada na Rua
....., n°....., na cidade de, neste ato
representado por seu(sua) titular Sr.(a)....., (nacionalidade), (estado civil),
portador da Carteira de Identidade Civil RS n°....., CPF n°.....,
declara que não possui em seu quadro societário, servidor público da ativa, ou empregado de
empresa pública ou de sociedade de economia mista.

Local e Data.

Assinatura do Representante Legal da Empresa