



**ESTADO DO TOCANTINS  
MUNICIPIO DE PORTO NACIONAL**

**CRENCIAMENTO 002/2017 FMS**

**PROCESSO Nº 17-001477**

O MUNICIPIO DE PORTO NACIONAL, através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO NACIONAL - TO**, com sede na Av. Presidente Kennedy, 1055, Setor Aeroporto em Porto Nacional - TO, CNPJ: 11.315.054/0001-62, por intermédio da Comissão Permanente de Licitação, torna público, para conhecimento dos interessados que estará recebendo do dia **25 a 30 de Maio de 2017** no horário das 08:00 às 12:00 e das 14:00 às 18:00 horas, no endereço à Av. Murilo Braga nº 1887, centro em Porto Nacional - TO, a documentação constante do ANEXO II deste Aviso, visando a **CONTRATAÇÃO DE EMPRESA(S) ESPECIALIZADA(S) PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES DE DIAGNOSTICOS POR IMAGEM, EXAMES LABORATORIAIS, CONSULTAS MÉDICAS EM ESPECIALIDADES, ATENDIMENTO EM FISIOTERAPIA, PARA ATENDER A DEMANDA DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO NACIONAL**, para prestação de serviços do objeto deste.

**1 – Do Objeto**

1.1 A presente instrução, regida pela Lei Federal 8.666/93 e suas alterações tem por objetivo estabelecer critérios para o credenciamento de pessoas jurídicas de direito público ou privado, entidades filantrópicas e entidades sem fins lucrativos, legalmente constituídas, para a execução de serviços e atividades referentes ao Sistema Único de Saúde – SUS e constantes na Tabela de procedimentos do SUS/MS, a serem prestados ao indivíduo que deles necessite, dentro dos limites financeiros que serão distribuídos por níveis de complexidade e por subgrupo de organização, respeitado o limite físico e financeiro do teto PPI assistencial do Município e de acordo com as normas do SUS aplicáveis.

1.2 – A compra de serviços ambulatoriais no Município deverá atender as especificações e condições abaixo discriminadas:

1.2.1 – Procedimentos ambulatoriais que fazem parte da tabela atualizada do SIA/SUS, em todos os seus grupos e subgrupos.

1.3 – Este regulamento subordina-se, também, às diretrizes da Lei Federal 8080/90, à Portaria 1286 de 26/10/96 do Ministério da Saúde, Resolução CIB de 23/08/2012 e Resolução Tripartite nº 04/2012 de 19/07/2012;

1.4 – As solicitações para esclarecimento de dúvidas quanto às disposições deste regulamento deverão ser dirigidas, por escrito, à Comissão Permanente de Licitação, Av. Murilo Braga, nº 1887, centro em Porto Nacional - TO e protocoladas no horário de 08:00 às 12:00 horas de segunda a sexta feira.

**2 – Do Credenciamento dos Serviços de Saúde**

2.1 – De acordo com o art. 199 da Constituição Federal, as instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde/SUS, segundo diretrizes desse mediante contrato de direito público, tendo preferência a entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

2.2 – O Credenciamento de serviços ambulatoriais de saúde no Município deverá atender às especificações e condições especiais, segundo normas da vigilância sanitária.

2.3 – O Credenciamento implica que a CONTRATADA se responsabilizará pela execução dos serviços descritos objeto deste, constante da Tabela SUS, estando devidamente habilitada.

2.4 – O credenciamento de outras entidades interessadas poderá ser realizado a qualquer tempo, desde que atendidas e aceitas todas as condições e todos os requisitos constantes deste Edital.



## **ESTADO DO TOCANTINS MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL**

2.5 – As unidades contratadas deverão atuar em conformidade com os programas, metas e indicadores determinados pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Nacional, atuais e futuros.

2.6 – O credenciamento observará em caso de mais de um prestador atender as exigências do edital, o critério de localização geográfica e o novo fluxo de determinação através de protocolos clínico e administrativo da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Nacional.

### **3 – Das Condições para participação**

3.1 – Poderão participar do SUS/TO, em caráter complementar, as pessoas jurídicas, entidades privadas, filantrópicas, sem fins econômicos e com fins lucrativas, legalmente constituídas, com capacidade técnica comprovada, idoneidade econômico-financeira, regularidade jurídico fiscal, que não estejam em processo de suspensão ou declaração de inidoneidade por parte do poder público e que satisfaçam as condições fixadas neste Edital e seus Anexos e que aceitem as exigências estabelecidas pelas normas do SUS e pela Lei Federal 8.666/93 e especial as seguintes condições:

3.1.1 – Não incorrer em qualquer das condições impeditivas discriminada abaixo:

a ) estar sob processo de falência ou concordata;

b) estar impedido de transacionar com a administração pública e qualquer de seus órgãos descentralizados, especialmente nos casos de:

b1) sócios e diretores que ocupem cargo ou função de chefia, assessoramento ou função de confiança no Sistema Único de Saúde/ Porto Nacional, nos termos do § 4º do art. 26 da Lei 8080/90;

b2) sócios e diretores que sejam servidores municipais da Prefeitura Municipal de Porto Nacional, nos termos do inciso III do art. 9º da Lei 8666/93.

### **4 – Do Pedido de Credenciamento**

4.1 – O Credenciamento será feito do dia **25 a 30 de Maio de 2017** no horário das 08:00 às 12:00 e das 14:00 às 18:00 horas no endereço especificado neste Edital, mediante protocolo de documentação, conforme documentação apresentada na forma do Anexo II, entregue pessoalmente pelo representante legal, ou por procurador munido do respectivo mandado, com firma reconhecida em cartório, que terá o direito de representar a empresa durante todo o andamento do Processo.

4.2 – Os interessados poderão solicitar credenciamento para os serviços discriminados no item 1.2.1 deste Aviso.

4.3 – Fica reservado à Secretaria Municipal de Saúde o direito de rejeitar todo e qualquer credenciamento que não atenda aos requisitos e às condições previstas no Edital de Credenciamento.

### **5 – Da Documentação**

5.1 – A documentação apresentada pela entidade será entregue em envelope fechado, em uma via, devidamente autenticadas, na forma disposta no Caput do art. 32 da Lei Federal 8.666/93, conforme documentação apresentada na forma do Anexo II deste, contendo em sua parte externa e frontal os seguintes dizeres:



**ESTADO DO TOCANTINS  
MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL**

**À COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO  
CREDENCIAMENTO Nº 002/2017 FMS  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO NACIONAL  
RAZÃO SOCIAL: \_\_\_\_\_  
CNPJ: \_\_\_\_\_**

5.2 Os documentos do Anexo II poderão ser apresentados nas condições legais dispostas no Caput do art. 32 da Lei Federal 8.666/93;

5.3 – A Comissão Permanente de Licitação e o Fundo Municipal de Saúde de Porto Nacional não se responsabilizarão por documentos encaminhados de forma diversa do estabelecido neste Edital, ou pelo extravio na entrega dos documentos feita em desacordo com as presentes instruções, ou antes, do seu recebimento.

5.4 – O prazo para entrega da documentação será encerrada às 18:00 horas do dia 30 de Maio de 2017.

5.5 – A documentação referente aos itens 9.3.1 ao 9.3.5, será de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Nacional, devendo ser juntada ao Credenciamento após o recebimento da documentação do prestador.

## **6 – Do Recebimento da Documentação**

6.1 – O recebimento e o exame da documentação apresentada pelos interessados serão feitos pela Comissão Permanente de Licitação auxiliada pela Secretaria Municipal de Saúde.

6.2 – A Comissão Permanente de Licitação receberá o ENVELOPE, contendo documentos apresentada na forma do Anexo II, devidamente lacrado; sendo que os documentos listados no Anexo II é de responsabilidade exclusiva de cada empresa.

## **7 – Do Recebimento, Análise e Julgamento da Documentação.**

7.1 – A Comissão receberá a documentação apresentada especificada no Anexo II do Edital, e se reunirá para análise e julgamento da Documentação.

7.2 Poderá a Comissão de Credenciamento proceder a diligências em documentos ou instalações ou equipamentos do interessado a fim de fundamentar seu parecer.

7.3 – A Comissão Permanente de Licitação, julgando necessário, poderá solicitar Parecer especializado de qualquer órgão, para subsidiar suas decisões, não só para o exame do documento, mas para a avaliação da capacidade técnica e operacional.

## **8 – Da Decisão da Comissão**

8.1 – Após análise da Documentação a Comissão de Licitação emitirá seu resultado da análise da documentação em Ata anexada aos autos do Processo de Credenciamento.

8.2 – A decisão quanto ao requerimento de credenciamento, sua alteração ou renovação, será publicada em placar do Município.

8.3 – Será credenciado para os serviços o interessados que obtiverem parecer favorável da Comissão de Credenciamento, devidamente homologado pela Secretária Municipal de Saúde mediante Parecer Jurídico, da Procuradoria Geral do Município.

8.4 – O credenciamento implica na obrigação de contratação pela Secretaria Municipal de Saúde



**ESTADO DO TOCANTINS**  
**MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL**

de todos os interessados devidamente credenciados.

8.5 – O Credenciamento poderá ser renovado bastando, para isso, atualização dos documentos vencidos. No caso de assinatura de Contrato, conforme definido no item 1.2.1, será obrigatória a renovação dos documentos com validade vencida.

8.6 – A atualização do Credenciamento será solicitada pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Nacional.

8.7 – A Secretaria Municipal de Saúde a qualquer tempo, garantida a prévia defesa, poderá alterar, suspender ou cancelar o Credenciamento de qualquer prestador de serviço que deixar de atender as condições jurídicas, fiscais, econômicas, financeiras ou técnicas e demais condições que originaram seu credenciamento ou ainda que venham a incorrer em qualquer das condições impeditivas para o credenciamento discriminadas no item 3.1.1 deste Aviso.

### **9 – Da Seleção das Empresas a serem Contratadas**

9.1 – A celebração de contratos com do credenciados far-se-á de acordo com as necessidades de atendimento do SUS, e considerando os critérios de seleção definidos no presente Aviso de Credenciamento.

9.2 – Será contratado em caráter complementar os prestadores privados que mais atender ao interesse público, considerando para avaliação dos serviços, critérios técnicos e um conjunto de fatores tais como regionalização, acessibilidade, resolutividade e disponibilidade de oferta de serviços.

**9.3 – Após a seleção, a Secretaria Municipal de Saúde, além do parecer acima citado providenciará e anexará ao Processo os seguintes documentos:**

**9.3.1 – Parecer da Procuradoria Geral do Município;**

**9.3.2 – Relatório de inspeção conclusivo da Vigilância Sanitária;**

**9.3.3 – Fichas Cadastrais atualizadas (FCES – Ficha de Cadastro de Estabelecimento de Saúde);**

**9.3.4 – Declaração de que o proprietário do estabelecimento a ser contratado não pertence ao quadro de servidores público (art. 9º, inciso II da Lei 8.666/93), e nem exerce cargo de chefia ou função de confiança no SUS (art. 26. Parágrafo 4º da Lei 8080/90).**

### **10 – Da Formalização da Contratação**

10.1 – Selecionado o prestador o Processo será submetido à autorização da Secretária Municipal de Saúde para Contratação cujo extrato será publicado no Diário Oficial do Estado.

10.2 – As quantidades e procedimentos a serem estabelecidos nos contratos serão definidos pela Secretaria Municipal de Saúde/Coordenação de Regulação, Controle e Avaliação.

10.3 – O regime de execução será o de empreitada por preços unitários.

10.4 – Admite-se a subcontratação por parte dos credenciados desde que devidamente aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde e que, atenda todos os requisitos e condições deste Credenciamento.

10.5 – O contrato a ser assinado se submeterá às disposições da Lei 8.666/93, de 21 de junho de 1993 e suas alterações, e terá o prazo até 31 de Dezembro de 2017, podendo ser prorrogado até 60 (sessenta) meses nos termos do inciso II do art. 65 da Lei 8.666/93, através de Termo Aditivo, de acordo com as disposições legais aplicáveis.

10.6 – As despesas decorrentes das contratações previstas neste Edital serão cobertas pela Dotação Orçamentária do Fundo Municipal de Saúde sob a rubrica:

**04.40.10.302.0075.2.088    3.3.90.39-405**



**ESTADO DO TOCANTINS**  
**MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL**

**11 – Da Execução dos Serviços**

11.1- Os serviços serão prestados nas dependências da Contratada que deverão fornecer todos os equipamentos materiais e mão de obra necessária à realização dos serviços.

11.2 – Os serviços deverão seguir as normalizações do Manual SIA/SUS e cronograma de entrega da produção estipulada pelo Ministério da Saúde bem como a entrega das Notas Fiscais.

11.3 – Os serviços deverão ser executados de acordo com as necessidades do SUS/Porto Nacional, mediante solicitação devidamente autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde, observadas as disponibilidades financeiras e orçamentárias.

11.4 – O encaminhamento de pacientes aos prestadores de serviços contratados é de competência exclusiva da Secretaria Municipal de Saúde. É de responsabilidade da Gestora do Fundo Municipal de Saúde, a gestão de todo sistema municipal incluindo a gestão sobre os serviços de saúde vinculados ao SUS.

11.5 – A prestação do serviço observará, no caso de mais de um prestador credenciado, o critério de localização geográfica e o novo fluxo de determinação através de protocolos clínico e administrativo da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Nacional.

11.6 – O Contratado se obriga:

1. Zelar pelo cumprimento rigoroso das normas, cláusulas e condições estabelecidas no Termo de Referência, responsabilizando-se integralmente pelos serviços contratados, nos termos da legislação vigente;

2. Realizar os procedimentos para os quais se contratou sem cobrança de qualquer valor adicional ou fornecimento de insumos necessários à boa assistência ao usuário do SUS, ficando a Instituição, por seu diretor, responsável civil e penalmente pelos atos de seus profissionais ou prepostos;

3. Assumir a responsabilidade pelo zelo e manutenção permanente da infraestrutura física dos equipamentos, para que se tenha como resultado o bom funcionamento dos mesmos, o uso adequado dos materiais e a boa qualidade dos serviços prestados;

4. Em caso de quebra ou defeito nos equipamento da Contratada, essa deverá continuar o atendimento aos pacientes, sendo de total responsabilidade da Contratada acordar e custear as despesas para outro estabelecimento atender aos pacientes por período em que o aparelho estiver em manutenção/conserto;

4.1. Os procedimentos realizados por estabelecimento terceiro do prestador, em conformidade com as especificações acima, deverão ser apresentados pela contratada e serão pagos no valor estipulado no Contrato realizado entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Contratada;

5. Os equipamentos são de propriedade da Contratada, sendo essa responsável pela manutenção preventiva e corretiva dos mesmos, com troca de peças dos equipamentos **(quando necessário)**;

6. Os serviços serão prestados diretamente por profissionais da contratada, considerando profissionais da mesma:

6.1 O membro de seu corpo técnico;

6.2 O profissional que tenha vínculo de emprego com a Contratada;

6.3 O profissional autônomo que presta serviço à CONTRATADA;

6.4 Equiparam-se ao profissional descrito no item 6.3, a empresa, o grupo, a sociedade ou conglomerado de profissionais que exerçam atividades na área da saúde, em seu estabelecimento;

7. A Contratada deverá fornecer aos municípios o recipiente adequado para condicionamento do material. E ainda, é de responsabilidade do prestador, o recolhimento desses materiais, encaminhando esses à sede da Contratada para realização do procedimento.

8. O período para entrega de resultados deverá ser de acordo com o Termo de Referência para cada especialidade;



**ESTADO DO TOCANTINS**  
**MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL**

9. A contratada deva apresentar a Secretaria Municipal de Saúde/Central de Regulação de Consultas e Exames, mensalmente a 2ª via do pedido de exames e os laudos dos resultados, com os dados de identificação do usuário, da Unidade e Médico solicitante, datado, assinado e carimbado pelo médico especialista ou responsável técnico pelo serviço apresentando também a logomarca do SUS assumindo o serviço, o ônus pela inclusão destes no impresso do laudo;
10. O faturamento será realizado pela Contratada que deverá seguir o fluxo estabelecido pela Coordenação de Regulação, Controle e Avaliação - SMS – Porto Nacional;
11. Apresentar **quando solicitado**, as certidões negativas, ou positivas com efeito negativo de débitos atualizadas, sob pena de suspensão do pagamento e/ou extinção do contrato;
12. Deverão estar a disposição da Secretaria Municipal de Saúde as solicitações de serviços para conferência, assim que solicitado:
  - 12.1 As guias de solicitação de exames e ou consultas deverão ser enviadas à Coordenação de Regulação, Controle e Avaliação/SEMUS – PORTO NACIONAL, ficando passível de punições a CONTRATADA que não o fizer;
  - 12.2 Após conferência em caso de divergências encontradas entre a produção enviada e as guias solicitadas, será emitido na competência subsequente um **BDP (Boletim de Diferença de Pagamento)**, sendo o mesmo de responsabilidade de CONTRATANTE sem comunicação prévia ao CONTRATADO;
  - 12.3 As guias de exames serão válidas se estiverem devidamente assinadas e carimbadas pelo profissional competente, em papel próprio da unidade, original e primeira via, autorizada pela Central de Regulação de Consultas e Exames. As mesmas terão um prazo válido de até 60 dias a contar da data de autorização nas mesmas;
  - 12.4 Ocorrerá o pagamento somente dos exames ou consultas utilizados de acordo com a autorização da Central de Consultas e Exames, sendo que deverão ser seguidos os protocolos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde/ Coordenação de Regulação, Controle e Avaliação.
  - 12.5 Não haverá qualquer tipo de compensação de exames;
  - 12.6 As autorizações da Central de Regulação será conforme, a demanda existente obedecendo ao limite orçamentário (financeiro).
13. A contratada deverá de imediato, **quando solicitado**, apresentar documentos, prontuários ou demais informações necessárias ao acompanhamento da execução do serviço contratado;
14. O transporte de qualquer material radioativo deverá ocorrer de forma adequada e de acordo com as normas de biossegurança regulamentada pela ANVISA, quando for o caso, sob responsabilidade da Contratada;
15. Os procedimentos deverão ser ofertados para os usuários de todas as faixas etárias;
16. Nos casos de urgência o CONTRATADO terá que assegurar o atendimento ao(s) usuário(s) independentemente se já tiver atingido seu limite orçamentário. E será faturado na competência subsequente.
17. Realizar os procedimentos nas dependências da Contratada (estabelecimento próprio), mediante o encaminhamento dos pacientes pela Secretaria Municipal de Saúde, sendo que a clínica especializada deverá ter sua sede instalada no município de Porto Nacional;
18. Manter cadastro dos usuários, assim como prontuários que permitam o acompanhamento, o controle e a supervisão dos serviços, pelo prazo mínimo de 05 (cinco) anos e os demais documentos pelo prazo legal;
19. Ter cadastro no CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e manter o registro atualizado;
20. Atender aos pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, cumprindo as diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH, ressaltando-se a vedação de solicitação de assinaturas em formulários em branco;
21. Não utilizar nem permitir que utilizem o paciente para fins de experimentação, limitando as práticas terapêuticas a procedimentos consagrados e reconhecidos pelos Conselhos de Classes;
22. Utilizar em seus impressos o logotipo do SUS, assumindo o ônus do serviço de inclusão;



**ESTADO DO TOCANTINS**  
**MUNICIPIO DE PORTO NACIONAL**

23. Esclarecer aos pacientes seus direitos e demais assuntos referentes aos serviços oferecidos, justificando aos mesmos, por escrito, as razões técnicas quando da não realização de qualquer ato profissional necessário à execução dos procedimentos previstos neste instrumento;
24. Atender a toda intercorrência que eventualmente vier a ocorrer durante a realização dos serviços e com encaminhamentos adequados, sem ônus à Secretaria Municipal de Saúde ou ao usuário do SUS;
25. Executar o objeto, responsabilizando-se exclusiva e integralmente pelo pessoal utilizado, incluindo os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais fiscais e comerciais, resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a CONTRATANTE;
26. Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;
27. Garantir a confidencialidade dos dados e informações dos pacientes;
28. A Contratada deverá dispor de todos os equipamentos, reagentes, insumos e produtos de uso *in vitro*, conforme técnicas de recomendação do fabricante com base científica comprovada para realização de exames;
29. A Contratada deverá manter atualizado e disponível a todos os funcionários as instruções por escrito de biosseguranças e normas de conduta de segurança;
30. A Contratada deverá manter instruções de uso de equipamentos e proteção individual (EPI) e proteção coletiva (EPC), procedimentos em casos de acidentes, manuseio e transporte de material e amostra;
31. A Contratada deverá realizar todas as despesas, tais como, insumos necessários à realização dos exames, fretes, impostos, taxas, encargos, enfim todos os custos diretos e indiretos necessários ao cumprimento do objeto ora contratado, inclusive os decorrentes de repetição dos serviços, que deverão ser atendidos dentro dos prazos solicitados;
32. A Contratada obriga-se a realizar suas atividades utilizando profissionais em número suficiente, cabendo-lhe total e exclusiva responsabilidade pela integral atendimento do objeto e de toda a legislação pertinente;
33. Para se credenciar o estabelecimento deverá comprovar que participa de pelo menos um Programa Nacional de Controle de Qualidade Externo;
34. Comunicar ao contratante a ocorrência de qualquer irregularidade de que tenha conhecimento.

## **12 – Do Controle e Avaliação dos Serviços**

1. A Contratante realizará fiscalização através de auditorias/ supervisões/ avaliações nos serviços ajustados, defina o fluxo de atendimento e de comprovação da realização dos procedimentos, podendo implantar e desenvolver com ampla liberdade seu sistema de administração em saúde (regulação, fiscalização, controle e avaliação);
2. A Contratada deverá emitir, mensalmente, relatórios de atendimento e apresentar, **quando solicitado**, outros documentos comprobatórios da execução dos serviços efetivamente prestados ou colocados à disposição.
3. O acompanhamento e a fiscalização da execução deste Contrato pelos Órgãos dos competentes do SUS não exclui, nem reduz a responsabilidade da Contratada, nos termos da legislação referente a licitações e contratos administrativos.
4. Fica a Contratada submetida ao Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS.
5. Caso o resultado dos exames de anatomia-patológica seja inconclusivo, ou seja, tenha necessidade de se realizar o exame de imunohistoquímica, em mais de 10% dos exames de anátomo realizados, o prestador poderá ser descredenciado a qualquer momento, pois será considerado serviço sem qualidade.



**ESTADO DO TOCANTINS**  
**MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL**

6. A Contratante pagará no máximo 06 marcadores para cada paciente, sendo que se em 60% dos exames for realizado 06 marcadores para cada pedido de exame, o prestador poderá ser descredenciado a qualquer momento. Essa verificação será realizada mensalmente.

**13 – Das Obrigações da Secretaria Municipal de Saúde.**

1. Efetuar o pagamento da CONTRATADA mensalmente após apresentação da Nota Fiscal e o aceite do Servidor Responsável pelo Recebimento, dos serviços;
2. Ficará a cargo da administração transmitir as normas interna, a fim de que sejam cumpridas, com objetivo de alcançar melhores resultados na prestação dos serviços;
3. Prestar as informações e os esclarecimentos que venham a ser solicitados pela contratada;
4. Exercer a fiscalização dos serviços por servidores especialmente designados, na forma da Lei Nº. 8.666/93 e suas alterações;
5. Recusar os serviços nas seguintes hipóteses:
  - a) Nota Fiscal com especificação, quantidades e sem atendimento e em desacordo com o discriminado no Edital e proposta adjudicada;
  - b) Entregues em desacordo com as especificações dos requisitos obrigatórios do Edital e seus anexos;
  - c) Apresentar vício de qualidade, ou impróprio para o uso e/ou outros problemas evidenciados em sua realização.

**14 – Do Direito de Recurso**

- 14.1 – Das decisões da Comissão Permanente de Licitação caberá recurso no prazo de 5 (cinco) dias úteis contados a partir da data de publicação ou da lavratura da Ata.
- 14.2 – A partir da publicidade, os autos do processo administrativo estarão com vista franqueada ao interessado na Prefeitura Municipal de Porto Nacional.
- 14.3 – O recurso será dirigido a Secretária Municipal de Saúde através da Comissão de Credenciamento, que poderá reconsiderar a decisão questionada no prazo de 5 (cinco) dias úteis, ou nesse prazo, fazê-lo subir devidamente informado para decisão superior da Secretária Municipal de Saúde que deverá ser proferida no prazo de 5 (cinco) dias úteis após os autos chegarem ao seu conhecimento.

**15 – Das penalidades**

- 15.1 – As pessoas jurídicas contratadas pelo Município seja por qualquer forma de ajuste, estarão sujeitas, garantida a prévia defesa, a aplicar em caso, as sanções previstas nos art. 86, 87 e 88 da Lei 8.666/93 combinado com o disposto no § 2º art. 7º, da Portaria 1286/93 no Ministério da Saúde:
- 15.1.1 – Advertência escrita;
  - 15.1.2 – Multa cujo índice será determinado pela Secretaria Municipal de Saúde, não podendo ultrapassar 5% (cinco por cento) do valor mensal do contrato;
  - 15.1.3 – Suspensão temporária dos encaminhamentos de usuários aos procedimentos contratados;
  - 15.1.4 – Suspensão temporária de contratar com a Administração Municipal até que seja restabelecida a condição legal do contrato;
  - 15.1.5 Rescisão contratual no caso de infração às normas dispostas no Aviso de Credenciamento.
  - 15.1.6 – Declaração de inidoneidade de contratação com a Administração Pública por 2 (dois) anos.

**16 – Da Denúncia dos Contratados**



## **ESTADO DO TOCANTINS MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL**

16.1 – A qualquer tempo poderá ser apresentada denúncia do Contrato pelos credenciados, obedecida a antecedência mínima de 30 (trinta) dias para a interrupção dos serviços.

16.2 – Ocorrendo qualquer uma das hipóteses previstas no art. 78 da Lei 8.666/93 poderá ser rescindido o contrato na forma estabelecida no art. 79 do mesmo diploma legal.

### **17 – Das Disposições Gerais**

17.1 – Fica eleito o foro da Comarca de Porto Nacional - TO, para dirimir as questões decorrentes deste instrumento, com renúncia de qualquer outro foro por mais privilegiado que seja.

17.2 – O Credenciamento poderá ser revogado por razões de interesse público decorrentes de fatos supervenientes.

17.3 – Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão de Credenciamento, ouvida a Procuradoria Geral do Município.

17.4 – A entrega da documentação será considerada pela Secretaria Municipal de Saúde como evidência de que o interessado:

17.4.1 – Tomou conhecimento de todas as condições para realização e cumprimento das obrigações estipuladas no presente instrumento.

17.4.2 – Examinou completamente todos os documentos entregues pelo Município, que os comparou entre si, e que obteve da secretaria Municipal de Saúde todas as informações e esclarecimentos que julgou necessário.

17.4.3 – Que não existe qualquer ponto que considere duvidoso.

17.5 – Quaisquer outras informações poderão ser obtidas pelos interessados, em dia útil, no horário de 08:00 às 12:00 horas, na Comissão Permanente de Licitação, no endereço Av. Murilo Braga nº 1887, centro em Porto Nacional - TO.

17.6 – Os requerentes responderão pela veracidade dos dados e declarações por eles fornecidos sob as penas da Lei.

### **18 - DOS ANEXOS DO EDITAL**

**18.1** Este Edital é composto pelos seguintes Anexos:

- ANEXO I** - TERMOS DE REFERENCIA POR AREA DE ATUAÇÃO
- ANEXO II** - RELAÇÃO DE DOCUMENTOS NECESSÁRIOS AO CREDENCIAMENTO
- ANEXO III** - DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E ESTIMATIVA ANUAL
- ANEXO IV** - MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTENCIA DE FATOS SUPERVENIENTES, SUSPENSÃO TEMPORÁRIA OU INIDONEIDADE PARA LICITAR
- ANEXO V** - DECLARAÇÃO DE QUE A PROPONENTE NÃO POSSUI EM SEU QUADRO DE PESSOAL EMPREGADOS COM IDADE INFERIOR A 18 (DEZOITO) ANOS EM TRABALHO NOTURNO, PERIGOSO OU INSALUBRE E DE 16 (DEZESSEIS) ANOS, EM QUALQUER TRABALHO, SALVO NA CONDIÇÃO DE APRENDIZ, A PARTIR DE QUATORZE ANOS (LEI 9.854/99 E ART. 7º XXXIII DA CF)
- ANEXO VI** - DECLARAÇÃO DE QUE NÃO POSSUI EM SEU QUADRO FUNCIONAL SERVIDOR (ES) OU DIRIGENTE (ES) DE ÓRGÃO OU ENTIDADE CONTRATANTE OU RESPONSÁVEIS PELA LICITAÇÃO, NA FORMA DO ART. 9º, INCISO III, DA LEI 8.666/93
- ANEXO VII** - DECLARAÇÃO DA EMPRESA INTERESSADA DE QUE NÃO POSSUI IMPEDIMENTO PARA LICITAR OU CONTRATAR COM A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA



**ESTADO DO TOCANTINS**  
**MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL**

- ANEXO VIII** - DECLARAÇÃO PARA MICROEMPRESA E EMPRESA DE PEQUENO PORTE  
**ANEXO IX** - PROPOSTA INDICANDO CLASSIFICAÇÃO E DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS COTADOS, COM TODOS OS ELEMENTOS NECESSÁRIOS PARA A AFERIÇÃO DA AVALIAÇÃO TÉCNICA DOS MESMOS  
**ANEXO X** - MINUTA DO CONTRATO

Porto Nacional – TO, 10 de Maio de 2017.

**Wilmington Izac Teixeira**  
Superintendente de Licitações, Contratos e Convenios



**ESTADO DO TOCANTINS  
MUNICIPIO DE PORTO NACIONAL**

**ANEXO I**

**TERMO DE REFERENCIA**



**ESTADO DO TOCANTINS  
MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL**

**ANEXO II**

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS NECESSÁRIOS AO CREDENCIAMENTO**

**A - DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO JURÍDICA:**

01 - Registro Comercial, no caso de empresa individual;

02 - Ato Constitutivo, estatuto ou contrato social e suas alterações em vigor, devidamente registrado em se tratando de sociedades comerciais, e no caso de sociedade de ações, acompanhadas de documentos de eleição de seus administradores (caso contrato social consolidado é dispensável a apresentação das alterações anteriores);

03 - Inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhadas de prova de diretoria em exercício.

04 - 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.

05 - Cópia do documento de identidade e do CPF ou outro documento equivalente com foto do proprietário ou sócios da empresa;

**B - DOCUMENTOS DE REGULARIDADE FISCAL:**

01 - Prova de Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) relativa a sua sede;

02 - Certificado de regularidade do FGTS - CRF;

03 - Certidão Negativa ou Positiva com Efeitos de Negativa de Débitos Relativos aos Tributos Federais e a Dívida Ativa da União, ou outra equivalente na forma da lei;

04 - Certidão Negativa de Débito Estadual do domicílio ou sede da licitante, ou outra equivalente na forma da Lei com prazo de validade em vigor;

05 - Certidão Negativa de Débito Municipal do domicílio ou sede da licitante, ou outra equivalente na forma da Lei com prazo de validade em vigor;

06 - CNDT - Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas.

07 - Prova de Inscrição no cadastro municipal - Alvará de Localização e Funcionamento dentro da validade;

08 - Alvará Sanitário emitido pela Vigilância Sanitária;

09 - O credenciado Pessoa Jurídica quando for estabelecido em outro município, deverá apresentar para contratação certidão negativa de débito com o município de Porto Nacional (Lei Orgânica do Município de Porto Nacional).



**ESTADO DO TOCANTINS**  
**MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL**

**C – DOCUMENTOS DE QUALIFICAÇÃO TÉCNICA:**

01 – Registro ou inscrição do estabelecimento na entidade profissional competente, CRF – Conselho Regional de Farmácia ou CRBM – Conselho Regional de Biomedicina ou CRM – Conselho Regional de Medicina, conforme área de atuação, devidamente atualizado;

02 - Comprovação de aptidão para o desempenho dos serviços por meio de atestado expedido por pessoa jurídica de direito público ou privado devidamente registrada na entidade profissional competente, para os quais a empresa esteja executando ou tenha executado serviços semelhante.

03 - Prova de que a licitante dispõe, integrando seu quadro de pessoal permanente, profissional de nível superior na área que requer seu credenciamento, que seja detentor de Atestado de Responsabilidade Técnica pela execução de serviços pertinentes e compatíveis com os serviços.

04 - Registro ou inscrição do Responsável Técnico no Conselho Regional de Classe competente.

05 - Apresentar certificado de credenciamento junto a Sociedade Brasileira de Análises Clínicas (SBAC), somente para os **Lotes 01; 19 e 20;**

05. 1 - Comprovante de Certificação em Controle de Qualidade Externo (CQE) da empresa garantindo a qualidade dos exames;

05.1.1 - Este documento deverá ser emitido por uma empresa habilitada pela ANVISA/REBLAS (Rede Brasileira de Laboratórios Analíticos em Saúde) para realizar este procedimento.

06 - **Comprovante de cadastramento no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)**, dos serviços que trata o Termo de Referência conforme área de atuação.

**D – OUTROS DOCUMENTOS:**

01 – **Anexo IV** – Declaração formal da inexistência de fato impeditivo da habilitação;

02 – **Anexo V** – Declaração de que a proponente não possui em seu quadro de pessoal empregados com idade inferior a 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e de 16 (dezesseis) anos, em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos (Lei 9.854/99 e Art. 7º XXXIII da CF);

03 – **Anexo VI** – Declaração de que não possui em seu quadro funcional servidor (es) ou dirigente (es) de órgão ou entidade contratante ou responsáveis pela licitação, na forma do art. 9º, inciso III, da Lei 8.666/93;

04 – **Anexo VII** - Declaração da empresa interessada de que não possui impedimento para licitar ou contratar com a Administração Pública;

05 – **Anexo VIII** – Declaração para Microempresa e Empresa de Pequeno Porte;

06 - **Anexo IX** - Proposta indicando classificação e discriminação dos serviços cotados, com todos os elementos necessários para a aferição da avaliação técnica dos mesmos.



**ESTADO DO TOCANTINS  
MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL**

**ANEXO III**

**DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E ESTIMATIVA ANUAL**

**LOTE 01**

<b>Serviço</b>	<b>Total Financeiro/mês</b>
Exames Bioquímicos	R\$ 3.250,00
<b>VALOR TOTAL/MÊS</b>	<b>R\$ 3.250,00</b>
<b>VALOR TOTAL/ANO</b>	<b>R\$ 39.000,00</b>

**Tabela de Exames a serem realizados na UPA**

<b>Ordem</b>	<b>Código</b>	<b>Descrição</b>	<b>Valor R\$ SUS</b>
1	02.02.02.038-0	Hemograma Completo	4,11
2	02.02.01.069-4	Dosagem de Ureia	1,85
3	02.02.01.031-7	Dosagem de Creatinina	1,85
4	02.02.01.063-5	Dosagem de Sódio	1,85
5	02.02.01.060-0	Dosagem de Potássio	1,85
6	02.02.05001-7	Análise de caracteres, elementos e sedimento da Urina - EAS	3,70
7	02.02.01.032-5	Dosagem de creatinofosfoquinase (CPK)	3,68
8	02.02.03.120-9	Dosagem de Troponina	9,00
9	02.02.01.033-3	Dosagem de Creatinofosfoquinase Fração MB (CKMB)	4,12
10	02.02.01.064-3	Dosagem de Transaminase Glutamico-Oxilacetica (TGO)	2,01
11	02.02.01.065-1	Dosagem de Transaminase Glutamico-Piruvica (TGP)	2,01
12	02.02.03.008-3	Determinação Quantitativa de proteína C Reativa (PCR)	9,25
13	02.02.01.047-3	Dosagem de Glicose	1,85



**ESTADO DO TOCANTINS**  
**MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL**

**LOTE 02**  
**Regiões referenciadas para o município de Porto Nacional**

**1 – Amor Perfeito**

<b>Município</b>	<b>Amor Perfeito</b>	<b>População Estado</b>	<b>Valor Total/Ano</b>
170370 Brejinho de Nazaré	5.451	1.515.126	8.643,70
170510 Chapada da Natividade	3.363	1.515.126	5.332,74
170755 Fátima	3.886	1.515.126	6.162,07
170980 Ipueiras	1.881	1.515.126	2.982,72
171270 Mateiros	2.524	1.515.126	4.002,33
171360 Monte do Carmo	7.535	1.515.126	11.948,32
171420 Natividade	9.291	1.515.126	14.732,83
171550 Oliveira de Fátima	1.098	1.515.126	1.741,11
171700 Pindorama do Tocantins	4.547	1.515.126	7.210,22
171790 Ponte Alta do Tocantins	7.793	1.515.126	12.357,44
171820 Porto Nacional	52.182	1.515.126	82.745,50
171890 Santa Rosa do Tocantins	4.794	1.515.126	7.601,89
172065 Silvanópolis	5.345	1.515.126	8.475,62
<b>Total</b>	<b>109.690</b>		<b>173.936,50</b>

**2 - Sudeste**

<b>Município</b>	<b>Sudeste</b>	<b>População Estado</b>	<b>Valor Total/Ano</b>
170240 Arraias	10.778	1.515.126	17.090,78
170555 Combinado	4.851	1.515.126	7.692,28
171800 Porto Alegre do Tocantins	3.039	1.515.126	4.818,97
172090 Taguatinga	16.238	1.515.126	25.748,75
<b>Total</b>	<b>34.906</b>		<b>55.350,78</b>



**ESTADO DO TOCANTINS  
MUNICIPIO DE PORTO NACIONAL**

**Procedimentos Oftalmológicos**

<b>ORD</b>	<b>Serviço</b>	<b>Total Físico/Mês</b>	<b>Valor unitário</b>	<b>Valor Compl.</b>	<b>Total Financeiro/mês</b>
1	ANESTESIA	13	R\$ 22,27	R\$ 177,73	R\$ 2.600,00
2	CONSULTA	5	R\$ 10,00	R\$ 40,00	R\$ 250,00
3	CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRURGICA	1	R\$ 116,42	-	R\$ 116,42
4	CAPSULOTOMIA A YAG LASER	1	R\$ 45,00	-	R\$ 45,00
5	CAUTERIZACAO DE CORNEA	1	R\$ 19,14	-	R\$ 19,14
6	CICLOCRIOCOAGULACAO / DIATERMIA	1	R\$ 335,72	-	R\$ 335,72
7	CICLODIALISE	1	R\$ 273,14	-	R\$ 273,14
8	CORRECAO DE ASTIGMATISMO SECUNDARIO	1	R\$ 19,14	-	R\$ 19,14
9	CORRECAO CIRURGICA DE HERNIA DE IRIS	1	R\$ 259,20	-	R\$ 259,20
10	EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA	1	R\$ 82,28	-	R\$ 82,28
11	FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR	1	R\$ 443,00	-	R\$ 443,00
12	FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR	1	R\$ 403,00	-	R\$ 403,00
13	FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RIGIDA	1	R\$ 543,00	-	R\$ 543,00
14	FOTOTRABECULOPLASTIA A LASER	1	R\$ 45,00	-	R\$ 45,00
15	IMPLANTE INTRA-ESTROMAL	1	R\$ 515,97	-	R\$ 515,97
16	IMPLANTE SECUNDARIO DE LENTE INTRA-OCULAR - LIO	1	R\$ 994,88	-	R\$ 994,88
17	INJECAO SUBCONJUTIVAL / SUBTENONIANA	1	R\$ 8,24	-	R\$ 8,24
18	IRIDECTOMIA CIRURGICA	2	R\$ 297,46	-	R\$ 594,92
19	IRIDOTOMIA A LASER	1	R\$ 45,00	-	R\$ 45,00
20	PARACENTESE DE CAMARA ANTERIOR	1	R\$ 82,28	-	R\$ 82,28
21	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	1	R\$ 98,44	-	R\$ 98,44



**ESTADO DO TOCANTINS**  
**MUNICIPIO DE PORTO NACIONAL**

22	RECONSTITUICAO DE FORNIX CONJUNTIVAL	2	R\$ 335,72	-	R\$ 671,44
23	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CAMARA ANTERIOR DO OLHO	1	R\$ 335,72	-	R\$ 335,72
24	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CORNEA	1	R\$ 25,00	-	R\$ 25,00
25	SINEQUIOLISE A YAG LASER	1	R\$ 45,00	-	R\$ 45,00
26	SUBSTITUICAO DE LENTE INTRA-OCULAR	1	R\$ 544,88	-	R\$ 544,88
27	SUTURA DE CONJUNTIVA	1	R\$ 82,28	-	R\$ 82,28
28	SUTURA DE CORNEA	1	R\$ 164,08	-	R\$ 164,08
29	TRABECULECTOMIA	1	R\$ 513,34	-	R\$ 513,34
30	TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO	2	R\$ 139,70	-	R\$ 279,40
31	FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL	11	R\$ 643,00	-	R\$ 7.073,00
32	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE CórNEA	1	R\$ 172,12	-	R\$ 172,12
33	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA	4	R\$ 14,81	-	R\$ 59,24
34	ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR/ ORBITA (MONOCULAR)	4	R\$ 24,20	-	R\$ 96,80
35	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	4	R\$ 24,24	-	R\$ 96,96
36	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	4	R\$ 12,34	-	R\$ 49,36
37	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO	4	R\$ 40,00	-	R\$ 160,00
38	CERATOMETRIA	4	R\$ 3,37	-	R\$ 13,48
39	CURVA DIARIA DE PRESSAO OCULAR CDPO (MINIMO 3 MEDIDAS)	1	R\$ 10,11	-	R\$ 10,11
40	ELETRO-OCULOGRAFIA	1	R\$ 24,24	-	R\$ 24,24
41	ELETRORETINOGRAMA	1	R\$ 24,24	-	R\$ 24,24
42	ESTESIOMETRIA	4	R\$ 3,37	-	R\$ 13,48
43	FUNDOSCOPIA	4	R\$ 3,37	-	R\$ 13,48



**ESTADO DO TOCANTINS  
MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL**

44	GONIOSCOPIA	1	R\$ 6,74	-	R\$ 6,74
45	MAPEAMENTO DE RETINA	4	R\$ 24,24	-	R\$ 96,96
46	MEDIDA DE OFUSCAMENTO E CONTRASTE	4	R\$ 3,37	-	R\$ 13,48
47	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA	4	R\$ 24,24	-	R\$ 96,96
48	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	4	R\$ 3,37	-	R\$ 13,48
49	POTENCIAL VISUAL EVOCADO	4	R\$ 24,24	-	R\$ 96,96
50	RETINOGRÁFIA COLORIDA BINOCULAR	4	R\$ 24,68	-	R\$ 98,72
51	RETINOGRÁFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	4	R\$ 64,00	-	R\$ 256,00
52	TESTE DE PROVOCACAO DE GLAUCOMA	2	R\$ 6,74	-	R\$ 13,48
53	TESTE DE SCHIRMER	2	R\$ 3,37	-	R\$ 6,74
54	TESTE DE VISÃO DE CORES	1	R\$ 3,37	-	R\$ 3,37
55	TESTE ORTÓPTICO	1	R\$ 12,34	-	R\$ 12,34
56	TESTE P/ ADAPTAÇÃO DE LENTE DE CONTATO	1	R\$ 12,34	-	R\$ 12,34
57	TONOMETRIA	5	R\$ 3,37	-	R\$ 16,85
58	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA	5	R\$ 24,24	-	R\$ 121,20
<b>VALOR TOTAL/MES</b>		<b>142</b>			<b>R\$ 19.107,04</b>
<b>VALOR TOTAL/ANO</b>		<b>1704</b>			<b>R\$ 229.284,48</b>

**LOTE 03**

<b>Serviço</b>	<b>Total Físico/mês</b>	<b>Valor unitário</b>	<b>Total Financeiro/mês</b>
Ultrassonografia dos demais sistemas	240	R\$ 24,20	R\$ 5.808,00
Ultrassonografia de Abdômen Total	74	R\$ 37,95	R\$ 2.808,30
Ultrassonografia Mamaria Bilateral	52	R\$ 24,20	R\$ 1.258,40
Ultrassonografia Obstétrica	161	R\$ 24,20	R\$ 3.896,20
Ultrassonografia de Próstata	35	R\$ 24,20	R\$ 847,00
<b>VALOR TOTAL/MÊS</b>	<b>562</b>		<b>R\$ 14.617,90</b>
<b>VALOR TOTAL/ANO</b>	<b>6.744</b>		<b>R\$ 175.414,80</b>



**ESTADO DO TOCANTINS**  
**MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL**

**LOTE 04**

<b>Serviço</b>	<b>Total Físico/mês</b>	<b>Valor unitário</b>	<b>Total Financeiro/mês</b>
Exames radiológicos da cabeça e pescoço	259	R\$ 5,15	R\$ 1.333,85
Radiologia Coluna Vertebral	286	R\$ 9,86	R\$ 2.819,96
Mediastino	07	R\$ 8,62	R\$ 60,34
Radiologia Tórax Mediastino	575	R\$ 8,62	R\$ 4.956,50
Exames radiológicos da cintura escapular e dos membros superiores	374	R\$ 6,86	R\$ 2.565,64
Radiológico Abdômen Avançado	02	R\$ 51,31	R\$ 102,62
Radiológico Abdômen Simples	118	R\$ 9,03	R\$ 1.065,54
Exames radiológicos da cintura pélvica e dos membros inferiores	470	R\$ 7,41	R\$ 3.482,70
<b>VALOR TOTAL/MÊS</b>	<b>2.091</b>		<b>R\$ 16.387,15</b>
<b>VALOR TOTAL/ANO</b>	<b>25.092</b>		<b>R\$ 196.645,80</b>

**LOTE 05**

<b>Serviço</b>	<b>Total Físico/mês</b>	<b>Valor unitário</b>	<b>Valor da Complementação</b>	<b>Total Financeiro/mês</b>
Esofagogastroduodenoscopia (Endoscopia)	49	R\$ 48,16	R\$ 91,84	R\$ 6.860,00
<b>VALOR TOTAL/MÊS</b>	<b>49</b>			<b>R\$ 6.860,00</b>
<b>VALOR TOTAL/ANO</b>	<b>588</b>			<b>R\$ 82.320,00</b>

**LOTE 06**

<b>Serviço</b>	<b>Total Físico/mês</b>	<b>Valor unitário</b>	<b>Valor da Complementação</b>	<b>Total Financeiro/mês</b>
Retossigmoidoscopia	08	R\$ 23,13	R\$ 116,87	R\$ 1.120,00
<b>VALOR TOTAL/MÊS</b>	<b>08</b>			<b>R\$ 1.120,00</b>
<b>VALOR TOTAL/ANO</b>	<b>96</b>			<b>R\$ 13.440,00</b>

**LOTE 07**

<b>Serviço</b>	<b>Total Físico/mês</b>	<b>Valor unitário</b>	<b>Valor da Complementação</b>	<b>Total Financeiro/mês</b>
Colonoscopia	07	R\$ 112,66	R\$ 187,34	R\$ 2.100,00
<b>VALOR TOTAL/MÊS</b>	<b>07</b>			<b>R\$ 2.100,00</b>
<b>VALOR TOTAL/ANO</b>	<b>84</b>			<b>R\$ 25.200,00</b>
Densitometria Óssea	08	R\$ 55,10	R\$ 13,77	R\$ 550,96
<b>VALOR TOTAL/MÊS</b>	<b>08</b>			<b>R\$ 550,96</b>
<b>VALOR TOTAL/ANO</b>	<b>96</b>			<b>R\$ 6.611,52</b>



ESTADO DO TOCANTINS  
MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL

**LOTE 08**

<b>Serviço</b>	<b>Total Físico/mês</b>	<b>Valor unitário</b>	<b>Valor da Complementação</b>	<b>Total Financeiro/mês</b>
Mamografia Bilateral para rastreamento	240	R\$ 45,00	R\$ 11,25	R\$ 13.500,00
<b>VALOR TOTAL/MÊS</b>	<b>240</b>			<b>R\$ 13.500,00</b>
<b>VALOR TOTAL/ANO</b>	<b>2.880</b>			<b>R\$ 162.000,00</b>
Mamografia Unilateral	66	R\$ 22,50	R\$ 5,62	R\$ 1.855,92
<b>VALOR TOTAL/MÊS</b>	<b>66</b>			<b>R\$ 1.855,92</b>
<b>VALOR TOTAL/ANO</b>	<b>792</b>			<b>R\$ 22.271,04</b>

**LOTE 09**

<b>Serviço</b>	<b>Total Físico/mês</b>	<b>Valor unitário</b>	<b>Valor da Complementação</b>	<b>Total Financeiro/mês</b>
Tomografia	99	R\$ 108,75	R\$ 27,19	R\$ 13.459,05
<b>VALOR TOTAL/MÊS</b>	<b>99</b>			<b>R\$ 13.459,05</b>
<b>VALOR TOTAL/ANO</b>	<b>1.188</b>			<b>R\$ 161.508,60</b>

**LOTE 11**

<b>Serviço</b>	<b>Total Físico/mês</b>	<b>Valor unitário</b>	<b>Valor da Complementação</b>	<b>Total Financeiro/mês</b>
Ressonância Magnética	24	R\$ 268,75	R\$ 67,19	R\$ 8.062,56
<b>VALOR TOTAL/MÊS</b>	<b>24</b>			<b>R\$ 8.062,56</b>
<b>VALOR TOTAL/ANO</b>	<b>288</b>			<b>R\$ 96.750,72</b>

**LOTE 12**

<b>Serviço</b>	<b>Total Físico/mês</b>	<b>Valor unitário</b>	<b>Total Financeiro/mês</b>
Eletrocardiograma	625	R\$ 5,15	R\$ 3.218,75
<b>VALOR TOTAL/MÊS</b>	<b>625</b>		<b>R\$ 3.218,75</b>
<b>VALOR TOTAL/ANO</b>	<b>7.500</b>		<b>R\$ 38.625,00</b>

**LOTE 13**

<b>Serviço</b>	<b>Total Físico/mês</b>	<b>Valor unitário</b>	<b>Total Financeiro/mês</b>
Eletroencefalograma	33	R\$ 25,00	R\$ 825,00
<b>VALOR TOTAL/MÊS</b>	<b>33</b>		<b>R\$ 825,00</b>
<b>VALOR TOTAL/ANO</b>	<b>396</b>		<b>R\$ 9.900,00</b>

**LOTE 14**

<b>Serviço</b>	<b>Total Físico/mês</b>	<b>Valor unitário</b>	<b>Total Financeiro/mês</b>
Ultrassonografia Doppler Colorido de Vasos	60	R\$ 39,60	R\$ 2.376,00
<b>VALOR TOTAL/MÊS</b>	<b>60</b>		<b>R\$ 2.376,00</b>
<b>VALOR TOTAL/ANO</b>	<b>720</b>		<b>R\$ 28.512,00</b>



**ESTADO DO TOCANTINS**  
**MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL**

**LOTE 15**

<b>Serviço</b>	<b>Total Físico/mês</b>	<b>Valor unitário</b>	<b>Total Financeiro/mês</b>
Avaliação Urodinâmica Completa (Estudo Urodinâmico)	12	R\$ 7,62	R\$ 91,44
<b>VALOR TOTAL/MÊS</b>	<b>12</b>		<b>R\$ 91,44</b>
<b>VALOR TOTAL/ANO</b>	<b>144</b>		<b>R\$ 1.097,28</b>

**LOTE 16**

<b>Serviço</b>	<b>Total Físico/mês</b>	<b>Valor unitário</b>	<b>Total Financeiro/mês</b>
Ecocardiografia Transtoracica (Ecocardiograma)	32	R\$ 39,94	R\$ 1.278,08
<b>VALOR TOTAL/MÊS</b>	<b>32</b>		<b>R\$ 1.278,08</b>
<b>VALOR TOTAL/ANO</b>	<b>384</b>		<b>R\$ 15.336,96</b>

**LOTE 17**

<b>Serviço</b>	<b>Total Físico/mês</b>	<b>Valor unitário</b>	<b>Total Financeiro/mês</b>
Holter 24 horas	06	R\$ 30,00	R\$ 180,00
<b>VALOR TOTAL/MÊS</b>	<b>06</b>		<b>R\$ 180,00</b>
<b>VALOR TOTAL/ANO</b>	<b>72</b>		<b>R\$ 2.160,00</b>

**LOTE 18**

<b>Serviço</b>	<b>Total Físico/mês</b>	<b>Valor unitário</b>	<b>Total Financeiro/mês</b>
Audiometria	36	R\$ 21,00	R\$ 756,00
<b>VALOR TOTAL/MÊS</b>	<b>36</b>		<b>R\$ 756,00</b>
<b>VALOR TOTAL/ANO</b>	<b>432</b>		<b>R\$ 9.072,00</b>

**LOTE 19**

<b>Serviço</b>	<b>Total Físico/mês</b>	<b>Valor unitário</b>	<b>Total Financeiro/mês</b>
Bioquímica Avançada	127	R\$ 12,48	R\$ 1.584,96
Bioquímica Intermediária	102	R\$ 9,16	R\$ 934,32
Bioquímica Simples	8.400	R\$ 2,31	R\$ 19.404,00
Hematologia Avançada	15	R\$ 6,25	R\$ 93,75
Hematologia Intermediária	38	R\$ 2,83	R\$ 107,54
Hematologia Simples	2.499	R\$ 3,69	R\$ 9.221,31
Citometria de Fluxo	24	R\$ 15,00	R\$ 360,00
Imunologia Avançada	55	R\$ 14,52	R\$ 798,60
Imunologia Diferenciada	325	R\$ 9,78	R\$ 3.178,50
Imunologia Simples	837	R\$ 8,42	R\$ 7.047,54
Perfil Torchev	238	R\$ 16,95	R\$ 4.034,10
Testes Cutaneos	12	R\$ 2,83	R\$ 33,96
Coprologia Simples	939	R\$ 1,65	R\$ 1.549,35
Uronálise Intermediária	392	R\$ 4,28	R\$ 1.677,76
Uronálise Simples	1.180	R\$ 3,67	R\$ 4.330,60
Dosagem de Paratormonio	04	R\$ 43,13	R\$ 172,52



**ESTADO DO TOCANTINS  
MUNICIPIO DE PORTO NACIONAL**

Hormonais Avançados	129	R\$ 11,22	R\$ 1.447,38
Hormonais Intermediários	326	R\$ 8,57	R\$ 2.793,82
Monitorização Terapeutica	10	R\$ 12,33	R\$ 123,30
Toxicologia	2	R\$ 24,38	R\$ 48,76
Microbiologia Avançada	19	R\$ 5,83	R\$ 110,77
Microbiologia Intermediária	10	R\$ 10,07	R\$ 100,07
Microbiologia Simples	818	R\$ 4,07	R\$ 3.329,26
Liquor	8	R\$ 1,89	R\$ 15,12
Exames Triagem Neonatal	93	R\$ 12,10	R\$ 1.125,30
Imunohematologicos Intermediários	9	R\$ 10,47	R\$ 94,23
Imunohematologicos Simples	580	R\$ 1,38	R\$ 800,40
<b>VALOR TOTAL/MÊS</b>	<b>17.455</b>		<b>R\$ 68.242,26</b>
<b>VALOR TOTAL/ANO</b>	<b>209.460</b>		<b>R\$ 818.907,12</b>

**LOTE 20**

<b>PROCEDIMENTOS TABELA SUS</b>			
<b>PROCEDIMENTO</b>		<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR TABELA SUS</b>
1	0202010015	CLEARANCE OSMOLAR	R\$ 3,51
2	0202010023	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R\$ 2,01
3	0202010031	DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS	R\$ 15,65
4	0202010040	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 3,63
5	0202010058	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA ( 5 DOSAGENS)	R\$ 6,55
6	0202010066	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	R\$ 3,68
7	0202010074	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	R\$ 10,00
8	0202010082	DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE	R\$ 3,51
9	0202010090	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	R\$ 3,51
10	0202010104	DOSAGEM DE ACETONA	R\$ 1,85
11	0202010112	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R\$ 2,01
12	0202010120	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$ 1,85
13	0202010139	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	R\$ 9,00
14	0202010147	DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$ 3,68
15	0202010155	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	R\$ 3,68
16	0202010163	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R\$ 3,68
17	0202010171	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	R\$ 3,68
18	0202010180	DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 2,25
19	0202010198	DOSAGEM DE AMONIA	R\$ 3,51
20	0202010201	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 2,01
21	0202010210	DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 1,85
22	0202010228	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$ 3,51
23	0202010236	DOSAGEM DE CAROTENO	R\$ 2,01
24	0202010244	DOSAGEM DE CATECOLAMINAS	R\$ 0,00
25	0202010252	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	R\$ 3,68
26	0202010260	DOSAGEM DE CLORETO	R\$ 1,85
27	0202010279	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 3,51



**ESTADO DO TOCANTINS**  
**MUNICIPIO DE PORTO NACIONAL**

28	0202010287	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 3,51
29	0202010295	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 1,85
30	0202010309	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R\$ 3,68
31	0202010317	DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 1,85
32	0202010325	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 3,68
33	0202010333	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$ 4,12
34	0202010341	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	R\$ 3,51
35	0202010350	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	R\$ 3,51
36	0202010368	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R\$ 3,68
37	0202010376	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	R\$ 3,68
38	0202010384	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 15,59
39	0202010392	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$ 3,51
40	0202010406	DOSAGEM DE FOLATO	R\$ 15,65
41	0202010414	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	R\$ 2,01
42	0202010422	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,01
43	0202010430	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 1,85
44	0202010449	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	R\$ 2,01
45	0202010457	DOSAGEM DE GALACTOSE	R\$ 3,51
46	0202010465	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,51
47	0202010473	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 1,85
48	0202010481	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	R\$ 3,68
49	0202010490	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	R\$ 3,68
50	0202010503	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 7,86
51	0202010511	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	R\$ 3,68
52	0202010520	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	R\$ 3,51
53	0202010538	DOSAGEM DE LACTATO	R\$ 3,68
54	0202010546	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	R\$ 3,51
55	0202010554	DOSAGEM DE LIPASE	R\$ 2,25
56	0202010562	DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 2,01
57	0202010570	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	R\$ 2,01
58	0202010589	DOSAGEM DE PIRUVATO	R\$ 3,68
59	0202010597	DOSAGEM DE PORFIRINAS	R\$ 3,51
60	0202010600	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 1,85
61	0202010619	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$ 1,40
62	0202010627	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 1,85
63	0202010635	DOSAGEM DE SODIO	R\$ 1,85
64	0202010643	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 2,01
65	0202010651	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 2,01
66	0202010660	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,12
67	0202010678	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 3,51
68	0202010686	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	R\$ 3,51
69	0202010694	DOSAGEM DE UREA	R\$ 1,85
70	0202010708	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 15,24
71	0202010716	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$ 3,68
72	0202010724	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 4,42
73	0202010732	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO	R\$ 15,65



**ESTADO DO TOCANTINS**  
**MUNICIPIO DE PORTO NACIONAL**

		BASE )	
74	0202010740	PROVA DA D-XILOSE	R\$ 3,68
75	0202010759	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	R\$ 6,55
76	0202010767	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 15,24
77	0202010775	DETERMINAÇÃO DE CREMATÓCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO	R\$ 1,53
78	0202010783	ACIDEZ TITULÁVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)	R\$ 3,04
79	0202020010	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	R\$ 6,48
80	0202020029	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 2,73
81	0202020037	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$ 2,73
82	0202020045	DETERMINAÇÃO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR	R\$ 2,73
83	0202020053	DETERMINAÇÃO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	R\$ 2,73
84	0202020061	DETERMINAÇÃO DE SULFO-HEMOGLOBINA	R\$ 2,73
85	0202020070	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	R\$ 2,73
86	0202020088	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	R\$ 2,73
87	0202020096	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R\$ 2,73
88	0202020100	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	R\$ 9,00
89	0202020118	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	R\$ 5,79
90	0202020126	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA	R\$ 2,85
91	0202020134	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 5,77
92	0202020142	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 2,73
93	0202020150	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO (VHS)	R\$ 2,73
94	0202020169	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R\$ 4,11
95	0202020177	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$ 6,48
96	0202020185	DOSAGEM DE FATOR II	R\$ 5,31
97	0202020193	DOSAGEM DE FATOR IX	R\$ 7,61
98	0202020207	DOSAGEM DE FATOR V	R\$ 4,73
99	0202020215	DOSAGEM DE FATOR VII	R\$ 8,09
100	0202020223	DOSAGEM DE FATOR VIII	R\$ 6,63
101	0202020231	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	R\$ 15,00
102	0202020240	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	R\$ 18,91
103	0202020258	DOSAGEM DE FATOR X	R\$ 6,66
104	0202020266	DOSAGEM DE FATOR XI	R\$ 9,11
105	0202020274	DOSAGEM DE FATOR XII	R\$ 10,51
106	0202020282	DOSAGEM DE FATOR XIII	R\$ 6,66
107	0202020290	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R\$ 4,60
108	0202020304	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 1,53
109	0202020312	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	R\$ 2,73
110	0202020320	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	R\$ 2,73
111	0202020339	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	R\$ 2,73
112	0202020347	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	R\$ 4,11
113	0202020355	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 5,41
114	0202020363	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R\$ 2,73



**ESTADO DO TOCANTINS**  
**MUNICIPIO DE PORTO NACIONAL**

115	0202020371	HEMATOCRITO	R\$ 1,53
116	0202020380	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11
117	0202020398	LEUCOGRAMA	R\$ 2,73
118	0202020401	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	R\$ 25,00
119	0202020410	PESQUISA DE CELULAS LE	R\$ 4,11
120	0202020428	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	R\$ 2,73
121	0202020436	PESQUISA DE FILARIA	R\$ 2,73
122	0202020444	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R\$ 2,73
123	0202020452	PESQUISA DE PLASMODIO	R\$ 0,00
124	0202020460	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	R\$ 2,73
125	0202020479	PROVA DE COMPATIBILIDADE PRE-TRANSFUSIONAL (MEIOS SALINOS, ALBUMINOSO E COOMBS)	R\$ 0,00
126	0202020487	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R\$ 4,11
127	0202020495	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R\$ 2,73
128	0202020509	PROVA DO LACO	R\$ 2,73
129	0202020517	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	R\$ 2,73
130	0202020525	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	R\$ 12,00
131	0202020533	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	R\$ 2,73
132	0202020541	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$ 2,73
133	0202030016	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	R\$ 15,00
134	0202030024	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	R\$ 15,00
135	0202030032	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	R\$ 15,00
136	0202030040	DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R\$ 65,00
137	0202030059	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	R\$ 96,00
138	0202030067	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	R\$ 9,25
139	0202030075	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 2,83
140	0202030083	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 9,25
141	0202030091	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$ 15,06
142	0202030105	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 16,42
143	0202030113	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$ 13,55
144	0202030121	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 17,16
145	0202030130	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$ 17,16
146	0202030148	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	R\$ 2,83
147	0202030156	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$ 17,16
148	0202030164	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 9,25
149	0202030172	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG)	R\$ 0,00
150	0202030180	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 17,16
151	0202030199	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	R\$ 9,25
152	0202030202	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 2,83
153	0202030210	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 298,48
154	0202030229	IMUNOELETOFORESE DE PROTEINAS	R\$ 17,16
155	0202030237	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$ 80,00
156	0202030245	INTADERMORREACAO COM DERIVADO PROTEICO PURIFICADO (PPD)	R\$ 0,00
157	0202030253	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10,00
158	0202030261	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10,00



**ESTADO DO TOCANTINS**  
**MUNICIPIO DE PORTO NACIONAL**

159	0202030270	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 8,67
160	0202030288	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$ 17,16
161	0202030296	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$ 85,00
162	0202030300	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 10,00
163	0202030318	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 18,55
164	0202030326	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R\$ 17,16
165	0202030334	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R\$ 5,74
166	0202030342	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$ 17,16
167	0202030350	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$ 18,55
168	0202030369	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$ 18,55
169	0202030377	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	R\$ 9,25
170	0202030385	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	R\$ 10,00
171	0202030393	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	R\$ 9,25
172	0202030407	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	R\$ 3,70
173	0202030415	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	R\$ 5,83
174	0202030423	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R\$ 10,00
175	0202030431	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL	R\$ 17,16
176	0202030440	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	R\$ 9,25
177	0202030458	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	R\$ 10,00
178	0202030466	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	R\$ 9,70
179	0202030474	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$ 2,83
180	0202030482	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	R\$ 10,00
181	0202030504	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	R\$ 10,00
182	0202030512	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	R\$ 10,00
183	0202030520	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	R\$ 17,16
184	0202030539	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	R\$ 4,10
185	0202030547	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	R\$ 5,50
186	0202030555	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$ 17,16
187	0202030563	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	R\$ 17,16
188	0202030571	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	R\$ 17,16
189	0202030580	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	R\$ 17,16
190	0202030598	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	R\$ 17,16
191	0202030601	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	R\$ 17,16
192	0202030610	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	R\$ 10,00
193	0202030628	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$ 17,16
194	0202030636	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 18,55
195	0202030644	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$ 18,55
196	0202030652	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	R\$ 7,78
197	0202030660	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	R\$ 9,71
198	0202030679	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 18,55
199	0202030687	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	R\$ 18,55



**ESTADO DO TOCANTINS**  
**MUNICIPIO DE PORTO NACIONAL**

200	0202030695	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	R\$ 9,25
201	0202030709	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	R\$ 4,10
202	0202030717	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO	R\$ 18,55
203	0202030725	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	R\$ 17,16
204	0202030733	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 2,83
205	0202030741	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,00
206	0202030750	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	R\$ 9,25
207	0202030768	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 16,97
208	0202030776	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25
209	0202030784	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)	R\$ 18,55
210	0202030792	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$ 30,00
211	0202030806	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55
212	0202030814	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16
213	0202030822	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 17,16
214	0202030830	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 17,16
215	0202030849	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 17,16
216	0202030857	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,61
217	0202030865	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	R\$ 10,00
218	0202030873	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,55
219	0202030881	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25
220	0202030890	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 18,55
221	0202030903	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$ 20,00
222	0202030911	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55
223	0202030920	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16
224	0202030938	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 17,16
225	0202030946	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 17,16
226	0202030954	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 17,16
227	0202030962	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$ 13,35
228	0202030970	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$ 18,55
229	0202030989	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R\$ 18,55
230	0202030997	PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)	R\$ 60,00



**ESTADO DO TOCANTINS**  
**MUNICIPIO DE PORTO NACIONAL**

231	0202031004	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	R\$ 2,83
232	0202031012	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$ 4,10
233	0202031020	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA	R\$ 10,00
234	0202031039	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	R\$ 9,25
235	0202031047	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R\$ 10,00
236	0202031055	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	R\$ 1,77
237	0202031063	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	R\$ 1,77
238	0202031071	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	R\$ 18,00
239	0202031080	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 168,48
240	0202031098	REACAO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 4,10
241	0202031101	REACAO DE MONTENEGRO ID	R\$ 2,83
242	0202031110	TESTE DE VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS	R\$ 2,83
243	0202031128	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00
244	0202031136	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00
245	0202031144	TESTES ALERGICOS DE CONTATO	R\$ 1,77
246	0202031152	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	R\$ 1,77
247	0202031179	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	R\$ 2,83
248	0202031187	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA	R\$ 18,55
249	0202031195	DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO	R\$ 17,16
250	0202031209	DOSAGEM DE TROPONINA	R\$ 9,00
251	0202031217	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	R\$ 13,35
252	0202040011	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	R\$ 1,65
253	0202040020	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	R\$ 3,04
254	0202040038	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	R\$ 3,04
255	0202040046	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	R\$ 1,65
256	0202040054	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	R\$ 1,65
257	0202040062	PESQUISA DE EOSINOFILOS	R\$ 1,65
258	0202040070	PESQUISA DE GORDURA FECAL	R\$ 1,65
259	0202040089	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	R\$ 1,65
260	0202040097	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R\$ 1,65
261	0202040100	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	R\$ 1,65
262	0202040119	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)	R\$ 1,65
263	0202040127	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 1,65
264	0202040135	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	R\$ 10,25
265	0202040143	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 1,65
266	0202040151	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	R\$ 1,65
267	0202040160	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	R\$ 1,65
268	0202040178	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	R\$ 1,65
269	0202050017	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$ 3,70
270	0202050025	CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 3,51
271	0202050033	CLEARANCE DE FOSFATO	R\$ 3,51
272	0202050041	CLEARANCE DE UREIA	R\$ 3,51



**ESTADO DO TOCANTINS**  
**MUNICIPIO DE PORTO NACIONAL**

273	0202050050	CONTAGEM DE ADDIS	R\$ 2,04
274	0202050068	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	R\$ 3,70
275	0202050076	IDENTIFICAÇÃO DE GLICÍDIOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA)	R\$ 3,70
276	0202050084	DOSAGEM DE CITRATO	R\$ 2,01
277	0202050092	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8,12
278	0202050106	DOSAGEM DE OXALATO	R\$ 3,68
279	0202050114	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 2,04
280	0202050122	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	R\$ 3,04
281	0202050130	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	R\$ 3,70
282	0202050149	PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	R\$ 3,70
283	0202050157	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	R\$ 2,04
284	0202050165	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	R\$ 3,70
285	0202050173	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	R\$ 2,04
286	0202050181	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	R\$ 2,40
287	0202050190	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	R\$ 2,04
288	0202050203	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	R\$ 2,04
289	0202050211	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	R\$ 3,70
290	0202050220	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	R\$ 2,04
291	0202050238	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	R\$ 2,04
292	0202050246	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	R\$ 3,36
293	0202050254	PESQUISA DE GONADOTROFINA CORIONICA	R\$ 0,00
294	0202050262	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	R\$ 2,04
295	0202050270	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	R\$ 2,04
296	0202050289	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	R\$ 3,70
297	0202050297	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	R\$ 2,04
298	0202050300	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	R\$ 4,44
299	0202050319	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	R\$ 2,04
300	0202050327	PROVA DE DILUICAO (URINA)	R\$ 2,04
301	0202060012	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	R\$ 12,54
302	0202060020	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	R\$ 12,54
303	0202060039	DETERMINACAO DE T3 REVERSO	R\$ 14,69
304	0202060047	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R\$ 10,20
305	0202060055	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	R\$ 6,72
306	0202060063	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	R\$ 6,72
307	0202060071	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	R\$ 6,72
308	0202060080	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$ 14,12
309	0202060098	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$ 11,89
310	0202060101	DOSAGEM DE AMP CICLICO	R\$ 12,01
311	0202060110	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$ 11,53
312	0202060128	DOSAGEM DE CALCITONINA	R\$ 14,38
313	0202060136	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 9,86
314	0202060144	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 11,25
315	0202060152	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 11,71
316	0202060160	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 10,15



**ESTADO DO TOCANTINS**  
**MUNICIPIO DE PORTO NACIONAL**

317	0202060179	DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$ 11,55
318	0202060187	DOSAGEM DE ESTRONA	R\$ 11,12
319	0202060195	DOSAGEM DE GASTRINA	R\$ 14,15
320	0202060209	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	R\$ 15,35
321	0202060217	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 7,85
322	0202060225	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$ 10,21
323	0202060233	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 7,89
324	0202060241	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 8,97
325	0202060250	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 8,96
326	0202060268	DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 10,17
327	0202060276	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 43,13
328	0202060284	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 15,35
329	0202060292	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 10,22
330	0202060306	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$ 10,15
331	0202060314	DOSAGEM DE RENINA	R\$ 13,19
332	0202060322	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$ 15,35
333	0202060330	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R\$ 13,11
334	0202060349	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 10,43
335	0202060357	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 13,11
336	0202060365	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$ 15,35
337	0202060373	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 8,76
338	0202060381	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 11,60
339	0202060390	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 8,71
340	0202060403	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	R\$ 12,01
341	0202060411	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	R\$ 12,01
342	0202060420	TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APOS GONADORRELINA	R\$ 12,01
343	0202060438	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	R\$ 12,01
344	0202060446	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	R\$ 12,01
345	0202060454	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	R\$ 12,01
346	0202060462	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	R\$ 8,43
347	0202060470	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	R\$ 12,15
348	0202070018	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	R\$ 2,06
349	0202070026	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	R\$ 2,23
350	0202070034	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	R\$ 3,68
351	0202070042	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	R\$ 2,04
352	0202070050	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R\$ 15,65
353	0202070069	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	R\$ 3,51
354	0202070077	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	R\$ 2,01
355	0202070085	DOSAGEM DE ALUMINIO	R\$ 27,50
356	0202070093	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	R\$ 10,00
357	0202070107	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	R\$ 10,00
358	0202070115	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	R\$ 10,00
359	0202070123	DOSAGEM DE BARBITURATOS	R\$ 13,13
360	0202070131	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	R\$ 13,48
361	0202070140	DOSAGEM DE CADMIO	R\$ 6,55



**ESTADO DO TOCANTINS**  
**MUNICIPIO DE PORTO NACIONAL**

362	0202070158	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$ 17,53
363	0202070166	DOSAGEM DE CARBOXYI-HEMOGLOBINA	R\$ 4,11
364	0202070174	DOSAGEM DE CHUMBO	R\$ 8,83
365	0202070182	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R\$ 58,61
366	0202070190	DOSAGEM DE COBRE	R\$ 3,51
367	0202070204	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R\$ 8,97
368	0202070212	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	R\$ 15,65
369	0202070220	DOSAGEM DE FENITOINA	R\$ 35,22
370	0202070239	DOSAGEM DE FENOL	R\$ 2,05
371	0202070247	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	R\$ 3,51
372	0202070255	DOSAGEM DE LITIO	R\$ 2,25
373	0202070263	DOSAGEM DE MERCURIO	R\$ 2,04
374	0202070271	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	R\$ 4,11
375	0202070280	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	R\$ 10,00
376	0202070298	DOSAGEM DE METOTREXATO	R\$ 10,00
377	0202070301	DOSAGEM DE QUINIDINA	R\$ 10,00
378	0202070310	DOSAGEM DE SALICILATOS	R\$ 2,01
379	0202070328	DOSAGEM DE SULFATOS	R\$ 3,51
380	0202070336	DOSAGEM DE TEOFILINA	R\$ 15,65
381	0202070344	DOSAGEM DE TIOCIANATO	R\$ 3,68
382	0202070352	DOSAGEM DE ZINCO	R\$ 15,65
383	0202080013	ANTIBIOGRAMA	R\$ 4,98
384	0202080021	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R\$ 13,33
385	0202080030	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	R\$ 13,33
386	0202080048	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$ 4,20
387	0202080056	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	R\$ 4,20
388	0202080064	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	R\$ 4,20
389	0202080072	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$ 2,80
390	0202080080	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 5,62
391	0202080099	CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO)	R\$ 5,62
392	0202080102	CULTURA P/ HERPESVIRUS	R\$ 4,33
393	0202080110	CULTURA PARA BAAR	R\$ 5,63
394	0202080129	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R\$ 10,25
395	0202080137	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$ 4,19
396	0202080145	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$ 2,80
397	0202080153	HEMOCULTURA	R\$ 11,49
398	0202080161	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	R\$ 5,63
399	0202080170	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	R\$ 4,33
400	0202080188	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	R\$ 2,80
401	0202080196	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$ 4,33
402	0202080200	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	R\$ 2,80
403	0202080218	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$ 4,33
404	0202080226	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	R\$ 2,80
405	0202080234	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	R\$ 5,04
406	0202080242	PROVA CONFIRMATÓRIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES	R\$ 5,62



**ESTADO DO TOCANTINS**  
**MUNICIPIO DE PORTO NACIONAL**

407	0202090019	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
408	0202090027	ADENOGRAMA	R\$ 5,79
409	0202090035	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	R\$ 4,33
410	0202090043	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	R\$ 4,33
411	0202090051	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89
412	0202090060	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89
413	0202090078	DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,56
414	0202090086	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 1,89
415	0202090094	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	R\$ 2,01
416	0202090108	DOSAGEM DE FRUTOSE	R\$ 2,01
417	0202090116	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	R\$ 2,01
418	0202090124	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
419	0202090132	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
420	0202090140	DOSAGEM DE SODIO E CLORO NO SUOR (C/ COLETA)	R\$ 0,00
421	0202090159	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	R\$ 5,23
422	0202090167	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,56
423	0202090175	ESPLENOGRAMA	R\$ 5,79
424	0202090183	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	R\$ 1,89
425	0202090191	MIELOGRAMA	R\$ 5,79
426	0202090213	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES ( ELISA )	R\$ 9,70
427	0202090221	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA	R\$ 2,01
428	0202090230	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$ 1,89
429	0202090248	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	R\$ 1,89
430	0202090256	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	R\$ 1,89
431	0202090264	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)	R\$ 4,80
432	0202090272	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
433	0202090280	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	R\$ 9,70
434	0202090299	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	R\$ 1,89
435	0202090302	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R\$ 1,89
436	0202090310	REACAO DE PANDY	R\$ 1,89
437	0202090329	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
438	0202090337	TESTE DE CLEMENTS	R\$ 1,89
439	0202090345	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS	R\$ 4,69
440	0202090353	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	R\$ 4,69
441	0202100014	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 32,48
442	0202100022	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 32,48
443	0202100030	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 32,48



**ESTADO DO TOCANTINS**  
**MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL**

444	0202100049	QUANTIFICAÇÃO/AMPLIFICAÇÃO DO HER-2	R\$ 120,00
445	0202100057	FOCALIZAÇÃO ISOELÉTRICA DA TRANSFERRINA	R\$ 0,00
446	0202100065	ANÁLISE DE DNA PELA TÉCNICA DE SOUTHERN BLOT	R\$ 0,00
447	0202100073	ANÁLISE DE DNA POR MLPA	R\$ 0,00
448	0202100081	IDENTIFICAÇÃO DE MUTAÇÃO/REARRANJOS POR PCR, PCR SENSÍVEL A METILAÇÃO, qPCR E qPCR SENSÍVEL A METILAÇÃO	R\$ 0,00
449	0202100090	FISH EM METÁFASE OU NÚCLEO INTERFÁSICO, POR DOENÇA	R\$ 0,00
450	0202100103	IDENTIFICAÇÃO DE ALTERAÇÃO CROMOSSÔNICA SUBMICROSCÓPICA POR ARRAY-CGH	R\$ 0,00
451	0202100111	IDENTIFICAÇÃO DE MUTAÇÃO POR SEQUENCIAMENTO POR AMPLICON ATÉ 500 PARES DE BASES	R\$ 0,00
452	0202100120	IDENTIFICAÇÃO DE GLICOSAMINOGLICANOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA EM CAMADA DELGADA, ELETROFORESE E DOSAGEM QUANTITATIVA	R\$ 0,00
453	0202100138	IDENTIFICAÇÃO DE OLIGOSSACARÍDEOS E SIALOSSACARÍDEOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA)	R\$ 0,00
454	0202100146	DOSAGEM QUANTITATIVA DE CARNITINA, PERFIL DE ACILCARNITINAS	R\$ 0,00
455	0202100154	DOSAGEM QUANTITATIVA DE AMINOÁCIDOS	R\$ 0,00
456	0202100162	DOSAGEM QUANTITATIVA DE ÁCIDOS ORGÂNICOS	R\$ 0,00
457	0202100170	ENSAIOS ENZIMÁTICOS NO PLASMA E LEUCÓCITOS PARA DIAGNÓSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO	R\$ 0,00
458	0202100189	ENSAIOS ENZIMÁTICOS EM ERITRÓCITOS PARA DIAGNÓSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO	R\$ 0,00
459	0202100197	ENSAIOS ENZIMÁTICOS EM TECIDO CULTIVADO PARA DIAGNÓSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO	R\$ 0,00
460	0202120015	DETERMINAÇÃO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETÁRIOS	R\$ 10,65
461	0202120023	DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37
462	0202120031	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	R\$ 10,65
463	0202120040	IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	R\$ 10,65
464	0202120058	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO MÉTODO DA ELUIÇÃO	R\$ 5,79
465	0202120066	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES 37°C	R\$ 5,79
466	0202120074	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES A FRIO	R\$ 5,79
467	0202120082	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37
468	0202120090	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$ 2,73
469	0202120104	TITULAÇÃO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	R\$ 5,79
470	0202090019	ÁCIDO ÚRICO LÍQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
471	0202090027	ADENOGRAMA	R\$ 5,79
472	0202090035	CITOLOGIA P/ CLAMÍDIA	R\$ 4,33
473	0202090043	CITOLOGIA P/ HERPESVÍRUS	R\$ 4,33
474	0202090051	CONTAGEM ESPECÍFICA DE CELULAS NO LÍQUOR	R\$ 1,89
475	0202090060	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LÍQUOR	R\$ 1,89
476	0202090078	DETERMINAÇÃO DE FOSFOLÍPIDIOS RELACIONADA LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LÍQUIDO AMNIÓTICO	R\$ 6,56



**ESTADO DO TOCANTINS  
MUNICIPIO DE PORTO NACIONAL**

477	0202090086	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 1,89
478	0202090094	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	R\$ 2,01
479	0202090108	DOSAGEM DE FRUTOSE	R\$ 2,01
480	0202090116	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	R\$ 2,01
481	0202090124	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
482	0202090132	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
483	0202090140	DOSAGEM DE SODIO E CLORO NO SUOR (C/ COLETA)	R\$ 0,00
484	0202090159	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	R\$ 5,23
485	0202090167	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,56
486	0202090175	ESPLENOGRAMA	R\$ 5,79
487	0202090183	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	R\$ 1,89
488	0202090191	MIELOGRAMA	R\$ 5,79
489	0202090213	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES ( ELISA )	R\$ 9,70
490	0202090221	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA	R\$ 2,01
491	0202090230	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$ 1,89
492	0202090248	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	R\$ 1,89
493	0202090256	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	R\$ 1,89
494	0202090264	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)	R\$ 4,80
495	0202090272	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
496	0202090280	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	R\$ 9,70
497	0202090299	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	R\$ 1,89
498	0202090302	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R\$ 1,89
499	0202090310	REACAO DE PANDY	R\$ 1,89
500	0202090329	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
501	0202090337	TESTE DE CLEMENTS	R\$ 1,89
502	0202090345	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS	R\$ 4,69
503	0202090353	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	R\$ 4,69

**LOTE 21**

<b>Serviço</b>	<b>Total Físico/mês</b>	<b>Valor unitário</b>	<b>Total Financeiro/mês</b>
Exames Citopatológico Cervico Vaginal/Microflora	1.465	R\$ 6,97	R\$ 10.211,05
<b>VALOR TOTAL/MÊS</b>	<b>1.465</b>		<b>R\$ 10.211,05</b>
<b>VALOR TOTAL/ANO</b>	<b>17.580</b>		<b>R\$ 122.532,60</b>



**ESTADO DO TOCANTINS**  
**MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL**

**LOTE 22**

<b>Serviço</b>	<b>Total Físico/mês</b>	<b>Valor unitário</b>	<b>Total Financeiro/mês</b>
Exames anatomopatológicos	95	31,08	2.952,60
<b>VALOR TOTAL/MÊS</b>	<b>95</b>		<b>2.952,60</b>
<b>VALOR TOTAL/ANO</b>	<b>1.140</b>		<b>35.431,20</b>

**LOTE 23**

<b>Serviço</b>	<b>Total Físico/mês</b>	<b>Valor unitário</b>	<b>Total Financeiro/mês</b>
Exames anatomopatológicos de Mama – Biopsia	18	R\$ 24,00	R\$ 432,00
<b>VALOR TOTAL/MÊS</b>	<b>18</b>		<b>R\$ 432,00</b>
<b>VALOR TOTAL/ANO</b>	<b>216</b>		<b>R\$ 5.184,00</b>

**LOTE 24**

<b>Serviço</b>	<b>Total Físico/mês</b>	<b>Valor unitário</b>	<b>Total Financeiro/mês</b>
Exames anatomopatológicos de Colo Uterino - Biopsia	48	R\$ 24,00	R\$ 1.152,00
<b>VALOR TOTAL/MÊS</b>	<b>48</b>		<b>R\$ 1.152,00</b>
<b>VALOR TOTAL/ANO</b>	<b>576</b>		<b>R\$ 13.824,00</b>

**LOTE 25**

**Exames e Consultas de Média e Alta Complexidade**

<b>Serviço</b>	<b>Total Físico/mês</b>	<b>Valor unitário</b>	<b>Total Financeiro/mês</b>
Colposcopia	40	R\$ 3,38	R\$ 135,20
Biopsia de Vagina	5	R\$ 18,33	R\$ 91,65
Biopsia de Vulva	5	R\$ 18,33	R\$ 91,65
Biopsia de Colo Uterino	5	R\$ 18,33	R\$ 91,65
Exeresse de Cisto Vaginal	5	R\$ 22,62	R\$ 113,10
Consulta com Nutricionista	40	R\$ 6,30	R\$ 252,00
Consulta em Psicologia	20	R\$ 6,30	R\$ 126,00
Sessão de Psicologia	200	R\$ 2,55	R\$ 510,00
<b>VALOR TOTAL/MÊS</b>	<b>280</b>		<b>R\$ 1.411,25</b>
<b>VALOR TOTAL/ANO</b>	<b>3.360</b>		<b>R\$ 16.935,00</b>

**LOTE 26**

**Atendimento em fisioterapia**

<b>Serviço</b>	<b>Total Físico/mês</b>	<b>Valor unitário</b>	<b>Total Financeiro/mês</b>
Assistência fisioterapêutica nas disfunções músculo esqueléticas	547	R\$ 4,93	R\$ 2.696,71



**ESTADO DO TOCANTINS  
MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL**

(todas as origens)			
Assistência fisioterapêutica nas alterações em neurologia	100	R\$ 5,47	R\$ 547,00
Assistência fisioterapêutica cardiovasculares e pneumo-funcionais	25	R\$ 5,19	R\$ 129,75
<b>VALOR TOTAL/MÊS</b>	<b>672</b>		<b>R\$ 3.373,46</b>
<b>VALOR TOTAL/ANO</b>	<b>8.064</b>		<b>R\$ 40.481,52</b>

**LOTE 27**

<b>Serviço</b>	<b>Total Físico/mês</b>	<b>Valor unitário</b>	<b>Valor da Complementação</b>	<b>Total Financeiro/mês</b>
Consultas Médicas Especializadas	1.360	R\$ 10,00	R\$ 66,38	R\$ 103.876,80
<b>VALOR TOTAL/MÊS</b>	<b>1.360</b>			<b>R\$ 103.876,80</b>
<b>VALOR TOTAL/ANO</b>	<b>16.320</b>			<b>R\$ 1.246.521,60</b>

**LOTE 28**

<b>Serviço</b>	<b>Total Físico/mês</b>	<b>Valor unitário</b>	<b>Valor da Complementação</b>	<b>Total Financeiro/mês</b>
Consultas de Profissional de Nível Superior por especialidade	480	R\$ 6,30	R\$ 34,70	R\$ 19.680,00
<b>VALOR TOTAL/MÊS</b>	<b>480</b>			<b>R\$ 19.680,00</b>
<b>VALOR TOTAL/ANO</b>	<b>5.760</b>			<b>R\$ 236.160,00</b>

**Especialidades Médicas**

<b>Número de Ordem</b>	<b>Descrição de Especialidades Médicas</b>
01	Médico Cardiologista
02	Médico Urologista
03	Médico Cirurgião Geral
04	Médico Clínico
05	Médico Dermatologista
06	Médico Endocrinologista e Metabolista
07	Médico Gastroenterologia
08	Médico Angiologista
09	Médico Neurologista
10	Médico Oftalmologista
11	Médico Ortopedista e Traumatologista
12	Médico Pediatra
13	Médico Psiquiatra
14	Médico Reumatologista
15	Médico Mastologista
16	Médico Otorrinolaringologista



**ESTADO DO TOCANTINS**  
**MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL**

17	Médico Ginecologista e Obstetra
18	Médico Cirurgião Buco Maxilo

**Especialidades**

<b>Número de Ordem</b>	<b>Descrição de Especialidades</b>
01	Assistente Social
02	Enfermeira
03	Fisioterapeuta
04	Fonoaudióloga
05	Nutricionista
06	Psicóloga



**ESTADO DO TOCANTINS  
MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL**

**ANEXO IV**

**DECLARAÇÃO DE INEXISTEM FATOS IMPEDITIVOS PARA SUA HABILITAÇÃO**

A empresa \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_, com sede na \_\_\_\_\_, por intermédio do seu representante legal o(a) Sr(a) \_\_\_\_\_, portador(a) do Documento de Identidade Registro Geral nº \_\_\_\_\_ SSP \_\_\_\_\_ e do CPF nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado à (endereço completo, rua, nº, Quadra, Lote, Setor, CEP, Cidade, CEP, Telefone(xx)xxx,

**DECLARA** sob as penalidades da lei e para fins de participação da presente licitação pública, **QUE** até a presente data **INEXISTEM FATOS IMPEDITIVOS PARA SUA HABILITAÇÃO;**

**DECLARA NÃO TER RECEBIDO SUSPENSÃO TEMPORÁRIA, IMPEDIMENTO DE CONTRATAR** e/ou **DECLARAÇÃO DE INIDONEIDADE** para licitar ou contratar com a Administração Pública no âmbito Federal, Estadual e Municipal, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

**DECLARA** ainda que recebeu o edital do **CRENCIAMENTO nº 002/2017 FMS** e seus respectivos Anexos tomando conhecimento de todas as informações e condições para o fornecimento do objeto do referido Pregão, sendo habilitada para o referido fornecimento

Cidade-UF, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2017.

**RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA**  
**Nome, Função na Empresa**  
**e Assinatura do Representante Legal**

**Obs.: Este documento é meramente exemplificativo devendo ser apresentado em papel timbrado da empresa licitante.**



**ESTADO DO TOCANTINS  
MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL**

**ANEXO V**

**DECLARAÇÃO  
EM ATENDIMENTO AO ART. 27, INC. V  
DA LEI Nº 8.666/93 E ART. 7º, INC. XXXIII DA CF.**

A empresa \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_, com sede na \_\_\_\_\_, por intermédio do seu representante legal o(a) Sr(a) \_\_\_\_\_, portador(a) do Documento de Identidade – RG nº \_\_\_\_\_ SSP \_\_\_\_\_ e do CPF nº \_\_\_\_\_, **DECLARA** para fins do disposto no inciso V, do Art. 27 da Lei Federal nº 8.666/93, acrescido pela Lei Federal nº 9.854/99, e **participação no CREDENCIAMENTO nº 002/2017 FMS**, que **não emprega menor de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, e não emprega menor de 16 (dezesseis) anos.**

- **Ressalva:** emprega menor, a partir de 14 (quatorze) anos, na condição de aprendiz ( ).

Cidade-UF, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2017.

**RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA**  
**Nome, Função na Empresa**  
**e Assinatura do Representante Legal**

**Obs.: Em caso afirmativo, assinalar a ressalva acima.**

**Obs.: Este documento é meramente exemplificativo devendo ser apresentado em papel timbrado da empresa licitante.**



**ESTADO DO TOCANTINS  
MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL**

**ANEXO VI**

**INEXISTÊNCIA DE SERVIDOR PÚBLICO NOS QUADROS DA EMPRESA**

Ao  
Fundo Municipal de Saúde de Porto Nacional  
CREDENCIAMENTO 002/2017/FMS

A Empresa (inserir razão social), inscrita no CNPJ nº (inserir número) por intermédio de seu representante legal o (a) Sr (a) (inserir nome), portador(a) da Carteira de Identidade nº (inserir número e órgão emissor) e do CPF nº (inserir número), DECLARA, que, não possui em seu quadro funcional servidor (es) ou dirigente (es) de órgão ou entidade contratante ou responsáveis pela licitação, na forma do art. 9º, inciso III, da Lei 8.666/93.

Por ser expressão de verdade, firmamos a presente.

Cidade-UF, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2017.

**RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA**  
***Nome, Função na Empresa***  
***e Assinatura do Representante Legal***

***Obs.: Este documento é meramente exemplificativo devendo ser apresentado em papel timbrado da empresa licitante.***



**ESTADO DO TOCANTINS  
MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL**

**ANEXO VII**

**DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE**

Ao  
Fundo Municipal de Saúde de Porto Nacional  
CREDENCIAMENTO 002/2017/FMS

A Empresa (inserir razão social), inscrita no CNPJ nº (inserir número) por intermédio de seu representante legal o (a) Sr (a) (inserir nome), portador(a) da Carteira de Identidade nº (inserir número e órgão emissor) e do CPF nº (inserir número), DECLARA, sob as penas da lei, que não foi considerada INIDÔNEA para licitar ou contratar com a Administração Pública.

Por ser expressão de verdade, firmamos a presente.

Cidade-UF, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2017.

**RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA**  
***Nome, Função na Empresa***  
***e Assinatura do Representante Legal***



**ESTADO DO TOCANTINS  
MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL**

**ANEXO VIII**

**MODELO DE DECLARAÇÃO  
DE MICROEMPRESA OU  
EMPRESA DE PEQUENO PORTE**

[Nome da empresa], [qualificação: tipo de sociedade (Ltda, S.A, etc.), endereço completo], inscrita no CNPJ sob o nº [xxxx], neste ato representada pelo [cargo] [nome do representante legal], portador da Carteira de Identidade nº [xxxx], inscrito no CPF sob o nº [xxxx], **DECLARA**, sob as penalidades da lei e para fins de participação do **CRENCIAMENTO Nº 002/2017 FMS, que se enquadra como Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte nos termos do art. 3º da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006**, estando apta a fruir os benefícios e vantagens legalmente instituídas por não se enquadrar em nenhuma das vedações legais impostas pelo § 4º do art. 3º da Lei Complementar nº 123/2006.

Cidade-UF, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2017.

**RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA**  
***Nome, Função na Empresa***  
***e Assinatura do Representante Legal***



**ESTADO DO TOCANTINS  
MUNICIPIO DE PORTO NACIONAL**

**ANEXO IX**

**APRESENTAÇÃO DE PROPOSTA - MODELO**

Ao  
Fundo Municipal de Saúde de Porto Nacional  
CREDENCIAMENTO 002/2017/FMS

Prezados Senhores

Apresentamos e submetemos a apreciação de Vossas Senhorias, a especificação dos serviços que temos a oferecer, conforme a capacidade de produção mensal que possuímos disponibilidade.

**LOTE xx**

<b>Serviço</b>	<b>Total Físico/mês</b>	<b>Valor unitário</b>	<b>Valor da Complementação</b>	<b>Total Financeiro/mês</b>
XXXXXXXXXX	XX	XX	XX	XX
<b>VALOR TOTAL/MÊS</b>	<b>xx</b>			<b>xx</b>
<b>VALOR TOTAL/ANO</b>	<b>xx</b>			<b>xx</b>

**LOTE xx**

<b>Serviço</b>	<b>Total Físico/mês</b>	<b>Valor unitário</b>	<b>Valor da Complementação</b>	<b>Total Financeiro/mês</b>
XXXXXXXXXX	XX	XX	XX	XX
<b>VALOR TOTAL/MÊS</b>	<b>xx</b>			<b>xx</b>
<b>VALOR TOTAL/ANO</b>	<b>xx</b>			<b>xx</b>

DECLARAMOS sob as penas da lei, que nos responsabilizamos pela prestação dos serviços em conformidade com a legislação pertinente e que concordamos em prestar serviços objeto deste edital, aceitando receber os valores constantes do Anexo III do edital de CREDENCIAMENTO PÚBLICO nº 002/2017 FMS, para os lotes \_\_\_\_\_.

Por ser expressão de verdade, firmamos o presente.

Cidade-UF, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2017.

**RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA**  
**Nome, Função na Empresa**  
**e Assinatura do Representante Legal**



**ESTADO DO TOCANTINS  
MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL**

**ANEXO X**

**MINUTA DE CONTRATO**

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**

TERMO DE CONTRATO Nº \_\_\_/2017, QUE ENTRE SI CELEBRAM O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO NACIONAL, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E A EMPRESA \_\_\_\_\_ PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EM CONFORMIDADE COM O CREDENCIAMENTO Nº002/2017 FMS, QUE SE REGERÁ PELA LEI FEDERAL 8.666/93 E SUAS ALTERAÇÕES, PELO ESTABELECIDO NO EDITAL, PARTE INTEGRANTE DESTES CONTRATOS.

**DAS PARTES:**

De um lado o Município de Porto Nacional, através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO NACIONAL**, inscrito no CNPJ nº 11.315.054/0001-62, com sede na Av. Presidente Kennedy, 1055, Setor Aeroporto em Porto Nacional - TO, neste Ato representado por sua gestora Sr<sup>a</sup> **ANNA CRYSTINA MOTA BRITO BEZERRA**, brasileira, Casada, Psicóloga, portadora da RG Nº 297.564 2ª via SSP-TO e CPF Nº 836.219.621-15, residente e domiciliada em Porto Nacional – TO à Rua Ananias Pinto, nº 1856, Setor Aeroporto, doravante denominada CONTRATANTE., e do outro, a empresa \_\_\_\_\_, com sede na Rua \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ \_\_\_\_\_, representada legalmente por \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_ doravante denominada CONTRATADA resolvem celebrar o presente Contrato, tendo em vista o disposto na Constituição Federal, em especial os seus artigos 196 e seguintes; na forma prevista na Lei n. 8.666, de 21-06-93, republicada em 06-07-94, no que couber, na Lei n.8.142, de 28-12-90 e Lei 8.080, de 19-09-90, Portaria n. 1286, de 26-10-93, do Ministério da Saúde/MS, demais normas e legislação específica, mediante as cláusulas e condições que se seguem:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

**CONTRATAÇÃO DE EMPRESA(S) ESPECIALIZADA(S) PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES DE DIAGNOSTICOS POR IMAGEM, EXAMES LABORATORIAIS, CONSULTAS MÉDICAS EM ESPECIALIDADES, ATENDIMENTO EM FISIOTERAPIA, PARA ATENDER A DEMANDA DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO NACIONAL.**

O presente Contrato tem por objeto a execução, pela CONTRATADA, de serviços e atividades referentes ao Sistema Único de Saúde – SUS e constantes na Tabela de procedimentos do SUS/MS, de DIAGNOSTICOS POR IMAGEM, EXAMES LABORATORIAIS, CONSULTAS MÉDICAS EM ESPECIALIDADES, ATENDIMENTO EM FISIOTERAPIA a serem prestados ao indivíduo que deles necessite, dentro dos limites financeiros que serão distribuídos por níveis de complexidade e por subgrupo de organização, respeitado o limite físico e financeiro do teto PPI assistencial do Município e de acordo com as normas do SUS aplicáveis.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO.**



**ESTADO DO TOCANTINS**  
**MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL**

Os serviços ora CONTRATADOS estão referidos a uma base territorial populacional, conforme Plano de Saúde da CONTRATANTE, com vistas à sua descentralização, e serão ofertados com base nas indicações técnicas do planejamento da saúde mediante compatibilização das necessidades da demanda com os parâmetros do SUS e a disponibilidade de recursos financeiros.

**PARÁGRAFO SEGUNDO.**

Os serviços serão prestados pela CONTRATADA, nos termos do Caput desta Cláusula, a indivíduos que sejam encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Nacional e dispor de serviços de admissão solicitando aos usuários do SUS ou a seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a de encaminhamento, se for o caso, especificada e de acordo com o fluxo estabelecido pela Gestora do Fundo Municipal de Saúde.

**CLÁUSULA SEGUNDA - DO ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO.**

A CONTRATANTE acompanhará a execução do presente Contrato, avaliando a CONTRATADA através dos Órgãos Competentes do SUS/TO, utilizando-se de procedimentos de supervisão indireta ou local, observando o cumprimento das Cláusulas e Condições estabelecidas neste Instrumento, e de quaisquer outros dados pertinentes ao controle e avaliação dos serviços prestados e sob critérios definidos em normatização complementar, e ainda, em casos específicos, determinar auditoria especializada.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO.**

Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidas pela CONTRATANTE sob a execução dos serviços descritos na Cláusula Primeira deste Instrumento, a CONTRATADA reconhece a prerrogativa de controle e a autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS, decorrentes da Lei Orgânica da Saúde.

**PARÁGRAFO SEGUNDO.**

A CONTRATADA facilitará à CONTRATANTE o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores da CONTRATANTE, designados para tal.

**PARÁGRAFO TERCEIRO.**

Em qualquer hipótese é assegurado à CONTRATADA amplo direito de defesa, nos termos das normas gerais da Lei Federal de Licitações contratos administrativos.

**CLÁUSULA TERCEIRA - DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS**

A CONTRATADA se responsabilizará pela execução dos serviços descritos no subgrupo Diagnóstico em Patologia Clínica em média complexidade constante da Tabela SUS e da PPI assistencial, estando devidamente habilitada de Alvará de Fiscalização de Vigilância Sanitária expedido pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Nacional - TO, sob o nº \_\_\_\_\_ com a Responsabilidade Técnica do Senhor \_\_\_\_\_.

**PARÁGRAFO ÚNICO.**

As eventuais mudanças de endereço do estabelecimento da CONTRATADA e/ou substituição do Diretor Clínico (ou Técnico) e do responsável pelos serviços auxiliares, de diagnóstico e terapia, deverão ser imediatamente comunicadas à CONTRATANTE, que analisará a manutenção dos serviços ora contratados em outro endereço, podendo a mesma rever as condições deste Instrumento e até mesmo rescindi-lo, conforme o disposto na Cláusula Décima Sexta deste Contrato.

**CLÁUSULA QUARTA - DAS NORMAS GERAIS**

Os serviços ora contratados serão prestados diretamente por profissionais do estabelecimento da CONTRATADA.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO.**



**ESTADO DO TOCANTINS**  
**MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL**

Para os efeitos deste contrato, consideram-se profissionais do estabelecimento CONTRATADO:

- I - o membro do corpo de profissionais da CONTRATADA;
- II - o profissional que tenha vínculo de emprego com a CONTRATADA;
- III - o terceiro que eventual ou permanentemente, presta serviços à CONTRATADA em suas dependências, independentemente da existência de vínculo Contratual.

**PARÁGRAFO SEGUNDO**

Equipara-se ao terceiro eventual, definido no inciso III, do parágrafo primeiro desta cláusula, a empresa, a cooperativa, o grupo, a sociedade, ou conglomerado de profissionais que exerçam atividades na área da saúde.

**PARÁGRAFO TERCEIRO**

A Contratada não poderá cobrar do paciente, ou seu acompanhante qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados nos termos deste Contrato.

**PARÁGRAFO QUARTO.**

Admite-se a subcontratação por parte dos credenciados desde que devidamente aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde e que, atenda todos os requisitos e condições do Credenciamento.

**PARÁGRAFO QUINTO.**

A Contratada deverá manter registro atualizado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - SCNES, através do envio de informações para a Contratante segundo as Normas do SUS.

**PARÁGRAFO SEXTO.**

A Contratada deverá atender aos protocolos técnicos e diretrizes estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS, através da Contratante.

**CLÁUSULA QUINTA - DAS OBRIGAÇÕES**

Para cumprimento do objeto deste contrato a CONTRATADA se obriga a oferecer ao paciente todo recurso necessário ao seu atendimento, a exemplo do discriminado abaixo:

- I - responsabilizar-se pela disponibilização de todo material necessário à realização dos exames;
- II- atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade na prestação de serviços e a obrigatoriedade de esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;
- III- afixar aviso, em local visível, de sua condição de entidade integrante do SUS, e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição, dentro dos limites especificados neste Contrato;
- IV- justificar ao paciente ou a seu responsável, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional necessários a execução dos procedimentos previstos neste contrato;
- V- notificar a CONTRATANTE de eventual alteração de sua razão social ou de seu controle acionário e de mudança em sua diretoria, Contrato ou Estatuto, enviando à CONTRATANTE, no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de registro da alteração, cópia autenticada da Certidão da Junta Comercial e do Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas;
- VI- fornecer ao paciente demonstrativos dos valores pagos pelo SUS, pelo seu atendimento, sendo facultativo o fornecimento de demonstrativos dos valores gastos pela CONTRATADA;
- VII - executar o objeto previsto na Cláusula Primeira deste Contrato, responsabilizando-se exclusiva e integralmente pelo pessoal utilizado, incluindo os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais fiscais e comerciais, resultantes de vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a CONTRATANTE ou para o MS;



**ESTADO DO TOCANTINS**  
**MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL**

VIII- na hipótese de atraso superior a 90 (noventa) dias no pagamento devido pelo Poder Público, a CONTRATADA fica exonerada da responsabilidade pelo não atendimento do paciente amparado pelo SUS, ressalvadas as situações de calamidade pública ou grave ameaça na ordem interna ou a situação de urgência e emergência, mediante Notificação com antecedência de 10 (dez) dias, se no decurso deste prazo não se utilizar do direito de suspensão previsto no inciso XV, do artigo 78, da Lei Federal n. 8666/93;

IX - respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;

X - nos casos que demandarem a utilização de equipamentos, que por ventura venham apresentar defeitos técnicos ou que necessitem de intervalos de uso para manutenção ou substituição, bem como a ausência temporária de profissionais, serão comunicados formalmente à Secretaria Municipal de Saúde de Porto Nacional;

XI - garantir a confidencialidade dos dados e informações dos pacientes;

XII - garantir atendimento diário ao paciente conforme autorização prévia da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Nacional;

XIII - realizar serviços contemplando todos os procedimentos contratuais e constantes da Tabela SUS - Subgrupo 02 (Diagnóstico em Laboratório Clínico) e, conforme PPI (Programação Pactuada e Integrada).

**CLÁUSULA SEXTA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONTRATADA**

A CONTRATADA é responsável pela indenização de dano causado ao paciente, decorrentes de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, praticados por seus empregados, ficando assegurado a CONTRATADA o direito de regresso.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO.**

O acompanhamento e a fiscalização da execução deste Contrato pelos Órgãos competentes do SUS não exclui nem reduz a responsabilidade da CONTRATADA nos termos da legislação referente a licitações e contratos administrativos.

**CLÁUSULA SETIMA – DO PREÇO**

O valor estimado mensal do presente CONTRATO é de R\$ \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), devendo ser pago à CONTRATADA pelos serviços efetivamente prestados e de acordo com os valores unitários de cada procedimento, conforme Tabela vigente do MS/SUS e segundo Plano Operativo, parte integrante deste Contrato.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO.**

O pagamento acima descrito será reajustado na mesma proporção, com índices concedidos pelo MS, garantindo o equilíbrio financeiro do Contrato, nos termos do art. 26, da Lei n. 8.080/90 e das normas gerais da Lei n. 8.666/93.

**PARÁGRAFO SEGUNDO**

O reajuste independe da celebração de Termo Aditivo, sendo, entretanto necessário constar no processo administrativo da CONTRATADA os respectivos cálculos, bem como a origem e a autorização do reajuste.

**PARÁGRAFO TERCEIRO**

O valor financeiro estimado não implica em nenhuma previsão de crédito em favor da CONTRATADA, que somente fará jus aos valores correspondentes aos serviços previamente autorizados pela CONTRATANTE e efetivamente prestados pela CONTRATADA.

**CLÁUSULA OITAVA – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS**

Os recursos orçamentários necessários ao cumprimento das despesas previstas neste Contrato ficam vinculados à transferência de recursos do Ministério da Saúde/MS, segundo o que dispõe o parágrafo segundo, do art. 5º, da portaria n. 1.286, de 26 de outubro de 1993, in verbis: "Enquanto couber à União a arrecadação de recursos destinados a financiar ações e serviços de saúde a serem executados por estados e municípios, o MS ficará responsável, perante os



**ESTADO DO TOCANTINS**  
**MUNICIPIO DE PORTO NACIONAL**

estados e municípios, pelos créditos que a estes atribuir para a contratação de serviços de saúde com o setor privado”.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO**

As despesas dos serviços realizados por força deste contrato correrão no presente Exercício, à conta da Dotação Orçamentária do Fundo Municipal de Saúde sob a rubrica:

**10.121.0029.2.050    3.3.90.39-41**

**PARÁGRAFO SEGUNDO**

Nos exercícios financeiros futuros, as despesas correrão à conta das dotações próprias que serão aprovadas para os mesmos.

**PARAGRAFO TERCEIRO**

Os recursos de custeio das atividades assistenciais consignados no Fundo Municipal de Saúde são provenientes de transferências federais mensais.

**PARÁGRAFO QUARTO**

O Fundo Municipal de Saúde/FMS é a Unidade Orçamentária responsável pelo pagamento de serviços CONTRATADOS até o montante declarado.

**PARÁGRAFO QUINTO**

A responsabilidade do FMS, como Pagador, refere-se apenas a esta Cláusula e seus parágrafos.

**CLAÚSULA NONA – DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

O preço estipulado neste contrato será pago da seguinte forma:

1. O prazo previsto para pagamento que será de até 30 (TRINTA) dias reais após a apresentação da Nota Fiscal/Fatura, devidamente atestado. Caso não apresente prazo de pagamento este será considerado;
2. Os pagamentos não serão efetuados através de boletos bancários, sendo a garantia do referido pagamento a Nota de Empenho;
3. Na ocorrência de rejeição da(s) Nota(s) Fiscal (is), motivada por erro ou incorreções, o prazo estipulado no item anterior, passará a ser contado a partir da data da sua representação;
4. Os valores a serem pagos pelos exames objeto desta contratação serão os constantes da Tabela SUS vigente, disponível no site: [www.saude.gov.br/sas](http://www.saude.gov.br/sas);
5. Todos os procedimentos serão descritos obrigatoriamente através do Boletim de Programação Ambulatorial – BPA, mensalmente para informação a fim de controle. Os valores serão custeados pelo Recurso Federal;
6. O faturamento será realizado pela Contratada seguindo fluxo estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde/Coordenação de Regulação, Controle e Avaliação.
7. Posteriormente ao processamento do faturamento realizado pela SEMUS, apresentar as notas fiscais, assim que for emitido o valor desse faturamento;
8. Apresentar **quando solicitado**, as certidões negativas ou positivas, com efeito negativo de débitos atualizadas, sob pena de suspensão do pagamento e/ou extinção do contrato;
9. Nos casos de urgências a Contratada terá que assegurar o atendimento ao usuário independentemente se já tiver atingido seu limite orçamentário, onde será faturado na competência subsequente;
10. O valor dos procedimentos somente será reajustado quando houver alteração na Tabela do SUS, cujo pagamento será efetuado após o repasse do Ministério da Saúde ao Contratante ou em virtude de resoluções da Comissão Intergestores Bipartite – CIB, nos termos que estas determinarem;

**CLAÚSULA DÉCIMA – DAS PENALIDADES**

A CONTRATADA ficará sujeita às sanções administrativas previstas nos artigos 86 e 87 da Lei Federal n. 8.666, de 21 de junho de 1993, de acordo com o especificado abaixo, e facultado a CONTRATADA ampla defesa nos termos do artigo 109, inciso I, letra F da Lei n. 8.666/93.



**ESTADO DO TOCANTINS**  
**MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL**

- I - advertência escrita;
- II - multa cujo índice será determinado pela Secretaria Municipal de Saúde, não podendo ultrapassar 5% (cinco por cento) do valor mensal do contrato;
- III - suspensão temporária dos encaminhamentos de usuários aos procedimentos contratados;
- IV - suspensão temporária de contratar com a Administração Municipal até que seja restabelecida a condição legal do contrato;
- V - rescisão contratual no caso de infração às normas dispostas no Aviso de Credenciamento.
- VI- declaração de inidoneidade de contratação com a Administração Pública por 2 (dois) anos.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO**

A imposição das penalidades previstas nesta cláusula, e dos termos do que dispuser o Regulamento do Sistema Municipal de Auditoria Assistencial dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstância objetivas em que ele ocorreu, através de auditoria assistencial ou inspeção, e dela serão notificadas à CONTRATADA.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DOS RECURSOS PROCESSUAIS**

Dos atos de aplicação de penalidade prevista neste Contrato ou de sua rescisão pela CONTRATANTE, cabe recurso no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a contar da intimação do ato, sendo assegurado a CONTRATADA, em qualquer hipótese, amplo direito de defesa nos termos das normas gerais e da Lei Federal de Licitações e Contratos Administrativos.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO**

A decisão da CONTRATANTE de rescindir o presente Contrato, cabe inicialmente pedido de reconsideração a ser apresentado oficialmente no prazo de 5 (cinco) dias úteis a contar da intimação do ato.

**PARÁGRAFO SEGUNDO.**

Sobre o pedido de reconsideração formulado nos termos do Parágrafo Primeiro, a CONTRATANTE deverá manifestar-se no prazo de 15 (quinze) dias e poderá, ao recebê-lo, atribuir-lhe eficácia suspensiva, desde que o faça motivadamente diante de razões de interesse público.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA**

O presente Contrato vigorará a partir de sua assinatura até 31 de Dezembro de 2017, e sua eficácia dar-se-á a partir da data de sua publicação, por extrato, no Diário Oficial do Estado respeitado o limite de 60 (sessenta) meses determinado pelo inciso II, do art. 57, da Lei Federal n. 8.666/93, ou alterado, mediante celebração de Termo Aditivo, de comum acordo entre as partes e justificativa devidamente aprovada pelo Gestor Municipal de Saúde.

**PARÁGRAFO ÚNICO.**

A CONTRATADA deverá manifestar-se oficialmente à CONTRATANTE, sobre o interesse em dar continuidade a prestação dos serviços de saúde em questão, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias anteriores ao término da vigência deste Instrumento, devendo atender ao mesmo critério e prazo, caso não haja interesse.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS ALTERAÇÕES**

A CONTRATANTE poderá alterar unilateralmente o presente contrato, acrescentando ou suprimindo do seu objeto, até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado, através de justificativa formal, respeitada a capacidade operacional da CONTRATADA, desconsiderando os acréscimos que se façam nos valores unitários dos serviços, decorrentes de atualizações e/ou correções da Tabela de Procedimentos do SUS.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO.**

Fica garantido à CONTRATADA o direito de, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, requerer a redução do quantitativo do valor do objeto do contrato, devidamente justificado.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA PUBLICAÇÃO**



**ESTADO DO TOCANTINS**  
**MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL**

Fica a cargo e responsabilidade da CONTRATANTE promover a publicação deste Contrato e quaisquer atos dele decorrentes no Diário Oficial do Estado.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA RESCISÃO**

A inexecução total ou parcial do presente contrato enseja a sua rescisão, com as consequências contratuais e as previstas em lei, reconhecendo a CONTRATADA, neste caso, todos os direitos da CONTRATANTE.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO.**

A qualquer tempo poderá ser feita rescisão do Contrato pela Secretaria Municipal de Saúde, obedecido ao direito de contraditório por parte da Contratada.

**PARÁGRAFO SEGUNDO.**

O presente contrato também poderá ser rescindido nas hipóteses previstas nos artigos 77 e 78 da Lei Federal n. 8.666/93.

**PARÁGRAFO TERCEIRO.**

Ocorrendo a rescisão pelo não cumprimento de cláusulas contratuais, especificações ou prazos, sujeitar-se-á a CONTRATADA às consequências previstas no artigo 80 da Lei Federal n. 8.666/93, sem prejuízo das sanções legais.

**PARÁGRAFO QUARTO.**

Este contrato poderá ser rescindido:

- I- de comum acordo, através de celebração de Termo de Encerramento;
- II- por superveniência de norma legal que venha torná-lo material ou formalmente impraticável;
- III- unilateralmente, de pleno direito, por interesse público;
- IV- por inadimplemento das disposições contidas neste Instrumento;
- V- atraso superior a 60 (sessenta) dias, em relação a solicitação;
- VI- paralisação, interdição ou eventualmente encerramento de atividades da CONTRATADA, em razão de decretação de falência, a instalação de insolvência civil e/ou dissolução da Sociedade;
- VII- inadimplemento da CONTRATADA em manter todas as condições técnicas, operacionais e financeiras exigidas no contrato.
- VIII – caracterização de risco pela Vigilância Sanitária Municipal e/ou Estadual.
- IX – recusa e/ou cobrança complementar aos usuários do SUS para a realização de procedimentos de Diagnóstico em Laboratório Clínico constantes da Tabela SUS e da PPI assistencial do Município, depois de autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Nacional, obedecendo à cota mensal, implicará no descredenciamento

**CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO FORO**

Fica eleito o Foro da Comarca de Porto Nacional, para dirimir quaisquer dúvidas suscitadas na execução deste Contrato, que não puderem ser resolvidas pelas partes e pelo “Conselho Municipal de Saúde”, e para definir responsabilidades e sanções em caso de inadimplência das partes.

E, por estarem justos e CONTRATADOS, de pleno acordo com as Cláusulas e Condições ora fixadas, firmou-se este Instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma e depois de lido e achado conforme pelas partes, na presença das testemunhas abaixo, vai por elas assinado.

Porto Nacional, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_ 2017.

**ANNA CRYSTINA MOTA BRITO BEZERRA**  
Secretária Municipal de Saúde/Gestora do FMS



**ESTADO DO TOCANTINS**  
**MUNICIPIO DE PORTO NACIONAL**

Empresa  
CNPJ:

Testemunhas: 1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_



**ESTADO DO TOCANTINS**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO NACIONAL**