



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL**

**EDITAL DE RETIFICAÇÃO Nº 001/2023
DO EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 004/2023**

O Município de Boa Vista do Sul/RS torna público que o Edital de Chamamento Público nº 004/2023, cujo objeto é o credenciamento de pessoas jurídicas para prestação de serviços de exames de laboratório a serem prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) do Município de Boa Vista do Sul, na sede das credenciadas, conforme demanda, sofreu alterações na tabela de valores do Edital, conforme segue:

1. No **Anexo I** do Edital (Tabela de Exames e Valores Unitários),

ONDE SE LÊ

DESCRIÇÃO DO TIPO DE EXAME	Quantidade estimada mensal	Valor unitário
1. Ac. Anti – HBS	5	R\$ 25,00
2. Ac. Anti – HCV	5	R\$ 33,93
3. Acido Fólico	2	R\$ 22,94
4. Acido Úrico	28	R\$ 4,70
5. Albumina	7	R\$ 5,40
6. Aldolase	1	R\$ 9,17
7. Alfafetoproteína	2	R\$ 26,94
8. Amilase	1	R\$ 6,96
9. Anti HBC – IGG e IGM	2	R\$ 27,07
10. Anti Hbe – IGG	2	R\$ 28,58
11. Anti HBS	6	R\$ 25,00
12. Anti HCV	1	R\$ 33,93
13. Anti HVA igm	1	R\$ 27,07
14. Antígeno Carcinoembrionario	1	R\$ 37,77
15. ASLO	1	R\$ 7,84
16. Bacteriológico	1	R\$ 12,93
17. Beta 2	1	R\$ 23,13
18. Beta HCG	5	R\$ 19,44
19. Bilirrubina Total + Frações	8	R\$ 5,73
20. BK	2	R\$ 11,63
21. Brucelose	1	R\$ 41,49
22. Cálcio	4	R\$ 4,70
23. Cálcio Ionico	1	R\$ 7,30
24. Calculo Urinario	1	R\$ 18,26
25. Capacidade Saturação Ferro	2	R\$ 13,41
26. Cisticercose	1	R\$ 46,14
27. Citológico diferencial	1	R\$ 7,98
28. CK – MB	1	R\$ 16,38
29. CK – total	12	R\$ 10,74
30. Clamidia (IgG)	3	R\$ 21,57
31. Clamidia (Igm)	1	R\$ 21,57
32. Coagulograma	1	R\$ 25,75
33. Colesterol HDL	92	R\$ 7,38
34. Colesterol LDL	11	R\$ 7,29
35. Colesterol total	110	R\$ 4,74
36. Coombs Direto	4	R\$ 8,96
37. Coombs Indireto	1	R\$ 8,96



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL

DESCRIÇÃO DO TIPO DE EXAME	Quantidade estimada mensal	Valor unitário
38. Coprocultura	2	R\$ 14,37
39. Creatinina	93	R\$ 4,74
40. Cultura BAAR	1	R\$ 36,63
41. Curva Glic. e Insulínica – 4 dosagem	1	R\$ 37,82
42. Curva Glicêmica 4 dosagem	1	R\$ 20,50
43. Depuração Creatinina Endógena (DCE)	1	R\$ 8,63
44. DHL – Desidrogenase Láctica ou LDH	4	R\$ 8,09
45. Eletrof. Hemoglobina	1	R\$ 21,56
46. EPF	8	R\$ 5,97
47. EQU- Qualitativo de Urina	71	R\$ 7,29
48. Espermograma	1	R\$ 18,22
49. Estradiol	4	R\$ 20,57
50. Exame a fresco	1	R\$ 7,19
51. FAN (Fator Anti Núcleo)	3	R\$ 16,49
52. Fator Reumatóide (Látex)	6	R\$ 7,57
53. Ferritina	19	R\$ 24,44
54. Ferro Serico	6	R\$ 5,76
55. Fosfatase Alcalina	8	R\$ 5,90
56. Fósforo	1	R\$ 4,70
57. FTA- ABS Imuno p/ Lues	1	R\$ 18,49
58. Gama – GT	48	R\$ 6,76
59. Gasometria Arterial	1	R\$ 46,06
60. Glicose 2h pos-prandial	1	R\$ 10,74
61. Glicose de jejum	117	R\$ 4,47
62. GOT (AST) ou TGO	79	R\$ 4,87
63. GPT (ALT) ou TGP	76	R\$ 4,87
64. HB e AG	1	R\$ 19,65
65. HBSAg	9	R\$ 21,80
66. HbsAg ou Antrigeno Austrália	1	R\$ 21,80
67. Hematocrito	1	R\$ 5,21
68. Hemoglobina	1	R\$ 5,21
69. Hemoglobina Glicosilada	44	R\$ 14,41
70. Hemograma	116	R\$ 10,82
71. HIV	5	R\$ 33,13
72. Hormônio Folículo Estimulante (FSH)	6	R\$ 17,81
73. Hormônio Luteinizante (LH)	1	R\$ 17,81
74. Hormônio Tireo Estimulante (TSH)	1	R\$ 16,24
75. IGE	1	R\$ 16,24
76. Índice Tiroxina Livre T4 Livre	1	R\$ 65,18
77. Leptospirose	2	R\$ 4,87
78. Leucocitos Fecais	1	R\$ 7,09
79. Lipase	1	R\$ 10,76
80. Litio	1	R\$ 5,56
81. Magnésio	5	R\$ 6,59
82. Mantoux	1	R\$ 18,77
83. Monoteste	1	R\$ 4,65
84. Mucoproteínas	1	R\$ 16,33
85. Parasitológico de Fezes (3 amostras)	1	R\$ 5,33
86. Parasitológico ou EPF	1	R\$ 11,63
87. Pesquisa de BAAR ou BK	1	R\$ 5,75
88. Pesquisa de Cristais	1	R\$ 5,46
89. Pesquisa de Oxiúros ou Enterobius	1	R\$ 9,01
90. Pesquisa Sangue Oculto Fecal	40	R\$ 19,01
91. Planoteste	1	R\$ 6,37



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL

DESCRIÇÃO DO TIPO DE EXAME	Quantidade estimada mensal	Valor unitário
92. Plaquetas	23	R\$ 6,38
93. Potássio	36	R\$ 21,14
94. Progesterona Plasmática	1	R\$ 20,14
95. Prolactina	3	R\$ 11,77
96. Proteína c. Reativa	13	R\$ 15,77
97. Proteínas Totais e Frações ou Proteinograma	2	R\$ 6,76
98. Proteinúria	1	R\$ 28,75
99. PSA	36	R\$ 28,08
100. PSA Livre	1	R\$ 23,32
101. Rotina no Liquor	1	R\$ 19,34
102. Rubéola IgG	1	R\$ 22,67
103. Rubéola IgM	1	R\$ 14,66
104. Saturação de Transferina	4	R\$ 6,38
105. Sódio	7	R\$ 16,91
106. T3 tri – iodotironina	3	R\$ 16,91
107. T4	1	R\$ 4,51
108. Tempo de Coagulação	2	R\$ 7,91
109. Tempo de Protrombina	18	R\$ 4,51
110. Tempo de Sangria (DUKE)	2	R\$ 9,51
111. Tempo de Trombina	1	R\$ 8,33
112. Tempo de Tromboplastina Parcial Ativado KTT	5	R\$ 27,96
113. Testosterona Livre	2	R\$ 39,26
114. Testosterona Total	4	R\$ 7,09
115. Tipagem sanguínea	8	R\$ 18,57
116. Tiroxina Livre (T4 Livre)	41	R\$ 24,31
117. Toxoplasmose IgG Método IFI	4	R\$ 18,31
118. Toxoplasmose IGM Método IFI	4	R\$ 19,10
119. Transferrina	1	R\$ 8,09
120. Triglicerídios	111	R\$ 18,57
121. TSH Ultra – sensível	96	R\$ 4,78
122. Uréia	15	R\$ 17,02
123. Urocultura com Antibiograma	35	R\$ 6,26
124. VDRL	5	R\$ 22,17
125. Vitamina B12	23	R\$ 4,18
126. VSG – Hemossedimentação	15	R\$ 10,48
127. WAALER – ROSE	1	R\$ 24,08
128. Widal – Reação	1	R\$ 45,30
129. Zinco Eritrocitário	4	R\$ 23,96
130. Zinco Sérico	1	R\$ 21,80
131. VIT D	41	R\$ 33,55

LEIA-SE

DESCRIÇÃO DO TIPO DE EXAME	Quantidade estimada mensal	Valor unitário
1. Ac. Anti – HBS	5	R\$ 25,00
2. Ac. Anti – HCV	5	R\$ 33,93
3. Acido Fólico	2	R\$ 22,94
4. Acido Úrico	28	R\$ 4,70
5. Albumina	7	R\$ 5,40
6. Aldolase	1	R\$ 9,17
7. Alfetoproteína	2	R\$ 26,94
8. Amilase	1	R\$ 6,96



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL

DESCRIÇÃO DO TIPO DE EXAME	Quantidade estimada mensal	Valor unitário
9. Anti HBC – IGG e IGM	2	R\$ 27,07
10. Anti Hbe – IGG	2	R\$ 28,58
11. Anti HBS	6	R\$ 25,00
12. Anti HCV	1	R\$ 33,93
13. Anti HVA igm	1	R\$ 27,07
14. Antígeno Carcinoembrionario	1	R\$ 37,77
15. ASLO	1	R\$ 7,84
16. Bacteriológico	1	R\$ 12,93
17. Beta 2	1	R\$ 23,13
18. Beta HCG	5	R\$ 19,44
19. Bilirrubina Total + Frações	8	R\$ 5,73
20. BK	2	R\$ 11,63
21. Brucelose	1	R\$ 41,49
22. Cálcio	4	R\$ 4,70
23. Cálcio Ionico	1	R\$ 7,30
24. Calculo Urinario	1	R\$ 18,26
25. Capacidade Saturação Ferro	2	R\$ 13,41
26. Cisticercose	1	R\$ 46,14
27. Citológico diferencial	1	R\$ 7,98
28. CK – MB	1	R\$ 16,38
29. CK – total	12	R\$ 10,74
30. Clamidia (IgG)	3	R\$ 21,57
31. Clamidia (Igm)	1	R\$ 21,57
32. Coagulograma	1	R\$ 25,75
33. Colesterol HDL	92	R\$ 7,38
34. Colesterol LDL	11	R\$ 7,29
35. Colesterol total	110	R\$ 4,74
36. Coombs Direto	4	R\$ 8,96
37. Coombs Indireto	1	R\$ 8,96
38. Coprocultura	2	R\$ 14,37
39. Creatinina	93	R\$ 4,74
40. Cultura BAAR	1	R\$ 36,63
41. Curva Glic. e Insulínica – 4 dosagem	1	R\$ 37,82
42. Curva Glicêmica 4 dosagem	1	R\$ 20,50
43. Depuração Creatinina Endógena (DCE)	1	R\$ 8,63
44. DHL – Desidrogenase Láctica ou LDH	4	R\$ 8,09
45. Eletrof. Hemoglobina	1	R\$ 21,56
46. EPF	8	R\$ 5,97
47. EQU- Qualitativo de Urina	71	R\$ 7,29
48. Espermograma	1	R\$ 18,22
49. Estradiol	4	R\$ 20,57
50. Exame a fresco	1	R\$ 7,19
51. FAN (Fator Anti Núcleo)	3	R\$ 16,49
52. Fator Reumatóide (Látex)	6	R\$ 7,57
53. Ferritina	19	R\$ 24,44
54. Ferro Serico	6	R\$ 5,76
55. Fosfatase Alcalina	8	R\$ 5,90
56. Fósforo	1	R\$ 4,70
57. FTA- ABS Imuno p/ Lues	1	R\$ 18,49
58. Gama – GT	48	R\$ 6,76
59. Gasometria Arterial	1	R\$ 46,06
60. Glicose 2h pos-prandial	1	R\$ 10,74
61. Glicose de jejum	117	R\$ 4,47
62. GOT (AST) ou TGO	79	R\$ 4,87



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL

DESCRIÇÃO DO TIPO DE EXAME	Quantidade estimada mensal	Valor unitário
63. GPT (ALT) ou TGP	76	R\$ 4,87
64. HB e AG	1	R\$ 19,65
65. HBSAg	9	R\$ 21,80
66. HbsAg ou Antrigeno Austrália	1	R\$ 21,80
67. Hematocrito	1	R\$ 5,21
68. Hemoglobina	1	R\$ 5,21
69. Hemoglobina Glicosilada	44	R\$ 14,41
70. Hemograma	116	R\$ 10,82
71. HIV	5	R\$ 33,13
72. Hormônio Folículo Estimulante (FSH)	6	R\$ 17,81
73. Hormônio Luteinizante (LH)	1	R\$ 17,81
74. Hormônio Tireo Estimulante (TSH)	1	R\$ 16,24
75. IGE	1	R\$ 21,80
76. Índice Tiroxina Livre T4 Livre	1	R\$ 16,24
77. Leptospirose	2	R\$ 65,18
78. Leucocitos Fecais	1	R\$ 4,87
79. Lipase	1	R\$ 7,09
80. Lítio	1	R\$ 10,76
81. Magnésio	5	R\$ 5,56
82. Mantoux	1	R\$ 6,59
83. Monoteste	1	R\$ 18,77
84. Mucoproteínas	1	R\$ 4,65
85. Parasitológico de Fezes (3 amostras)	1	R\$ 16,33
86. Parasitológico ou EPF	1	R\$ 5,33
87. Pesquisa de BAAR ou BK	1	R\$ 11,63
88. Pesquisa de Cristais	1	R\$ 5,75
89. Pesquisa de Oxiúros ou Enterobius	1	R\$ 5,46
90. Pesquisa Sangue Oculto Fecal	40	R\$ 9,01
91. Planoteste	1	R\$ 19,01
92. Plaquetas	23	R\$ 6,37
93. Potássio	36	R\$ 6,38
94. Progesterona Plasmática	1	R\$ 21,14
95. Prolactina	3	R\$ 20,14
96. Proteína c. Reativa	13	R\$ 11,77
97. Proteínas Totais e Frações ou Proteinograma	2	R\$ 15,77
98. Proteinúria	1	R\$ 6,76
99. PSA	36	R\$ 28,75
100. PSA Livre	1	R\$ 28,08
101. Rotina no Liquor	1	R\$ 23,32
102. Rubéola IgG	1	R\$ 19,34
103. Rubéola IgM	1	R\$ 22,67
104. Saturação de Transferina	4	R\$ 14,66
105. Sódio	7	R\$ 6,38
106. T3 tri – iodotironina	3	R\$ 16,91
107. T4	1	R\$ 16,91
108. Tempo de Coagulação	2	R\$ 4,51
109. Tempo de Protrombina	18	R\$ 7,91
110. Tempo de Sangria (DUKE)	2	R\$ 4,51
111. Tempo de Trombina	1	R\$ 9,51
112. Tempo de Tromboplastina Parcial Ativado KTT	5	R\$ 8,33
113. Testosterona Livre	2	R\$ 27,96
114. Testosterona Total	4	R\$ 39,26
115. Tipagem sanguínea	8	R\$ 7,09
116. Tiroxina Livre (T4 Livre)	41	R\$ 18,57



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL

DESCRIÇÃO DO TIPO DE EXAME	Quantidade estimada mensal	Valor unitário
117. Toxoplasmose IgG Método IFI	4	R\$ 24,31
118. Toxoplasmose IGM Método IFI	4	R\$ 18,31
119. Transferrina	1	R\$ 19,10
120. Triglicerídios	111	R\$ 8,09
121. TSH Ultra – sensível	96	R\$ 18,57
122. Uréia	15	R\$ 4,78
123. Urocultura com Antibiograma	35	R\$ 17,02
124. VDRL	5	R\$ 6,26
125. Vitamina B12	23	R\$ 22,17
126. VSG – Hemossedimentação	15	R\$ 4,18
127. WAALER – ROSE	1	R\$ 10,48
128. Widal – Reação	1	R\$ 24,08
129. Zinco Eritrocitário	4	R\$ 45,30
130. Zinco Sérico	1	R\$ 23,96
131. VIT D	41	R\$ 33,55

2. No Item 2.1 do **Anexo III** do Edital (Minuta do Termo de Credenciamento), **ONDE SE LÊ**

“2.1. Ficam estipulados os valores unitários constantes abaixo para a prestação dos serviços:”

DESCRIÇÃO DO TIPO DE EXAME	Quantidade estimada mensal	Valor unitário
1. Ac. Anti – HBS	5	R\$ 25,00
2. Ac. Anti – HCV	5	R\$ 33,93
3. Acido Fólico	2	R\$ 22,94
4. Acido Úrico	28	R\$ 4,70
5. Albumina	7	R\$ 5,40
6. Aldolase	1	R\$ 9,17
7. Alfafetoproteína	2	R\$ 26,94
8. Amilase	1	R\$ 6,96
9. Anti HBC – IGG e IGM	2	R\$ 27,07
10. Anti Hbe – IGG	2	R\$ 28,58
11. Anti HBS	6	R\$ 25,00
12. Anti HCV	1	R\$ 33,93
13. Anti HVA igm	1	R\$ 27,07
14. Antígeno Carcinoembrionario	1	R\$ 37,77
15. ASLO	1	R\$ 7,84
16. Bacteriológico	1	R\$ 12,93
17. Beta 2	1	R\$ 23,13
18. Beta HCG	5	R\$ 19,44
19. Bilirrubina Total + Frações	8	R\$ 5,73
20. BK	2	R\$ 11,63
21. Brucelose	1	R\$ 41,49
22. Cálcio	4	R\$ 4,70
23. Cálcio Ionico	1	R\$ 7,30
24. Calculo Urinario	1	R\$ 18,26
25. Capacidade Saturação Ferro	2	R\$ 13,41
26. Cisticercose	1	R\$ 46,14
27. Citológico diferencial	1	R\$ 7,98
28. CK – MB	1	R\$ 16,38



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL

DESCRIÇÃO DO TIPO DE EXAME	Quantidade estimada mensal	Valor unitário
29. CK – total	12	R\$ 10,74
30. Clamidia (IgG)	3	R\$ 21,57
31. Clamidia (Igm)	1	R\$ 21,57
32. Coagulograma	1	R\$ 25,75
33. Colesterol HDL	92	R\$ 7,38
34. Colesterol LDL	11	R\$ 7,29
35. Colesterol total	110	R\$ 4,74
36. Coombs Direto	4	R\$ 8,96
37. Coombs Indireto	1	R\$ 8,96
38. Coprocultura	2	R\$ 14,37
39. Creatinina	93	R\$ 4,74
40. Cultura BAAR	1	R\$ 36,63
41. Curva Glic. e Insulínica – 4 dosagem	1	R\$ 37,82
42. Curva Glicêmica 4 dosagem	1	R\$ 20,50
43. Depuração Creatinina Endógena (DCE)	1	R\$ 8,63
44. DHL – Desidrogenase Láctica ou LDH	4	R\$ 8,09
45. Eletrof. Hemoglobina	1	R\$ 21,56
46. EPF	8	R\$ 5,97
47. EQU- Qualitativo de Urina	71	R\$ 7,29
48. Espermograma	1	R\$ 18,22
49. Estradiol	4	R\$ 20,57
50. Exame a fresco	1	R\$ 7,19
51. FAN (Fator Anti Núcleo)	3	R\$ 16,49
52. Fator Reumatóide (Látex)	6	R\$ 7,57
53. Ferritina	19	R\$ 24,44
54. Ferro Serico	6	R\$ 5,76
55. Fosfatase Alcalina	8	R\$ 5,90
56. Fósforo	1	R\$ 4,70
57. FTA- ABS Imuno p/ Lues	1	R\$ 18,49
58. Gama – GT	48	R\$ 6,76
59. Gasometria Arterial	1	R\$ 46,06
60. Glicose 2h pos-prandial	1	R\$ 10,74
61. Glicose de jejum	117	R\$ 4,47
62. GOT (AST) ou TGO	79	R\$ 4,87
63. GPT (ALT) ou TGP	76	R\$ 4,87
64. HB e AG	1	R\$ 19,65
65. HBSAg	9	R\$ 21,80
66. HbsAg ou Antrigeno Austrália	1	R\$ 21,80
67. Hematocrito	1	R\$ 5,21
68. Hemoglobina	1	R\$ 5,21
69. Hemoglobina Glicosilada	44	R\$ 14,41
70. Hemograma	116	R\$ 10,82
71. HIV	5	R\$ 33,13
72. Hormônio Folículo Estimulante (FSH)	6	R\$ 17,81
73. Hormônio Luteinizante (LH)	1	R\$ 17,81
74. Hormônio Tíreo Estimulante (TSH)	1	R\$ 16,24
75. IGE	1	R\$ 16,24
76. Índice Tiroxina Livre T4 Livre	1	R\$ 65,18
77. Leptospirose	2	R\$ 4,87
78. Leucocitos Fecais	1	R\$ 7,09
79. Lipase	1	R\$ 10,76
80. Litio	1	R\$ 5,56
81. Magnésio	5	R\$ 6,59
82. Mantoux	1	R\$ 18,77



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL

DESCRIÇÃO DO TIPO DE EXAME	Quantidade estimada mensal	Valor unitário
83. Monoteste	1	R\$ 4,65
84. Mucoproteínas	1	R\$ 16,33
85. Parasitológico de Fezes (3 amostras)	1	R\$ 5,33
86. Parasitológico ou EPF	1	R\$ 11,63
87. Pesquisa de BAAR ou BK	1	R\$ 5,75
88. Pesquisa de Cristais	1	R\$ 5,46
89. Pesquisa de Oxiúros ou Enterobius	1	R\$ 9,01
90. Pesquisa Sangue Oculto Fecal	40	R\$ 19,01
91. Planoteste	1	R\$ 6,37
92. Plaquetas	23	R\$ 6,38
93. Potássio	36	R\$ 21,14
94. Progesterona Plasmática	1	R\$ 20,14
95. Prolactina	3	R\$ 11,77
96. Proteína c. Reativa	13	R\$ 15,77
97. Proteínas Totais e Frações ou Proteinograma	2	R\$ 6,76
98. Proteinúria	1	R\$ 28,75
99. PSA	36	R\$ 28,08
100. PSA Livre	1	R\$ 23,32
101. Rotina no Liquor	1	R\$ 19,34
102. Rubéola IgG	1	R\$ 22,67
103. Rubéola IgM	1	R\$ 14,66
104. Saturação de Transferina	4	R\$ 6,38
105. Sódio	7	R\$ 16,91
106. T3 tri – iodotironina	3	R\$ 16,91
107. T4	1	R\$ 4,51
108. Tempo de Coagulação	2	R\$ 7,91
109. Tempo de Protrombina	18	R\$ 4,51
110. Tempo de Sangria (DUKE)	2	R\$ 9,51
111. Tempo de Trombina	1	R\$ 8,33
112. Tempo de Tromboplastina Parcial Ativado KTT	5	R\$ 27,96
113. Testosterona Livre	2	R\$ 39,26
114. Testosterona Total	4	R\$ 7,09
115. Tipagem sanguínea	8	R\$ 18,57
116. Tiroxina Livre (T4 Livre)	41	R\$ 24,31
117. Toxoplasmose IgG Método IFI	4	R\$ 18,31
118. Toxoplasmose IGM Método IFI	4	R\$ 19,10
119. Transferrina	1	R\$ 8,09
120. Triglicerídios	111	R\$ 18,57
121. TSH Ultra – sensível	96	R\$ 4,78
122. Uréia	15	R\$ 17,02
123. Urocultura com Antibiograma	35	R\$ 6,26
124. VDRL	5	R\$ 22,17
125. Vitamina B12	23	R\$ 4,18
126. VSG – Hemossedimentação	15	R\$ 10,48
127. WAALER – ROSE	1	R\$ 24,08
128. Widal – Reação	1	R\$ 45,30
129. Zinco Eritrocitário	4	R\$ 23,96
130. Zinco Sérico	1	R\$ 21,80
131. VIT D	41	R\$ 33,55

LEIA-SE

“2.1. Ficam estipulados os valores unitários constantes abaixo para a prestação dos serviços.”



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL

DESCRIÇÃO DO TIPO DE EXAME	Quantidade estimada mensal	Valor unitário
1. Ac. Anti – HBS	5	R\$ 25,00
2. Ac. Anti – HCV	5	R\$ 33,93
3. Acido Fólico	2	R\$ 22,94
4. Acido Úrico	28	R\$ 4,70
5. Albumina	7	R\$ 5,40
6. Aldolase	1	R\$ 9,17
7. Alfafetoproteína	2	R\$ 26,94
8. Amilase	1	R\$ 6,96
9. Anti HBC – IGG e IGM	2	R\$ 27,07
10. Anti Hbe – IGG	2	R\$ 28,58
11. Anti HBS	6	R\$ 25,00
12. Anti HCV	1	R\$ 33,93
13. Anti HVA igm	1	R\$ 27,07
14. Antígeno Carcinoembrionario	1	R\$ 37,77
15. ASLO	1	R\$ 7,84
16. Bacteriológico	1	R\$ 12,93
17. Beta 2	1	R\$ 23,13
18. Beta HCG	5	R\$ 19,44
19. Bilirrubina Total + Frações	8	R\$ 5,73
20. BK	2	R\$ 11,63
21. Brucelose	1	R\$ 41,49
22. Cálcio	4	R\$ 4,70
23. Cálcio Ionico	1	R\$ 7,30
24. Calculo Urinario	1	R\$ 18,26
25. Capacidade Saturação Ferro	2	R\$ 13,41
26. Cisticercose	1	R\$ 46,14
27. Citológico diferencial	1	R\$ 7,98
28. CK – MB	1	R\$ 16,38
29. CK – total	12	R\$ 10,74
30. Clamidia (IgG)	3	R\$ 21,57
31. Clamidia (Igm)	1	R\$ 21,57
32. Coagulograma	1	R\$ 25,75
33. Colesterol HDL	92	R\$ 7,38
34. Colesterol LDL	11	R\$ 7,29
35. Colesterol total	110	R\$ 4,74
36. Coombs Direto	4	R\$ 8,96
37. Coombs Indireto	1	R\$ 8,96
38. Coprocultura	2	R\$ 14,37
39. Creatinina	93	R\$ 4,74
40. Cultura BAAR	1	R\$ 36,63
41. Curva Glic. e Insulínica – 4 dosagem	1	R\$ 37,82
42. Curva Glicêmica 4 dosagem	1	R\$ 20,50
43. Depuração Creatinina Endógena (DCE)	1	R\$ 8,63
44. DHL – Desidrogenase Láctica ou LDH	4	R\$ 8,09
45. Eletrof. Hemoglobina	1	R\$ 21,56
46. EPF	8	R\$ 5,97
47. EQU- Qualitativo de Urina	71	R\$ 7,29
48. Espermograma	1	R\$ 18,22
49. Estradiol	4	R\$ 20,57
50. Exame a fresco	1	R\$ 7,19
51. FAN (Fator Anti Núcleo)	3	R\$ 16,49
52. Fator Reumatóide (Látex)	6	R\$ 7,57
53. Ferritina	19	R\$ 24,44
54. Ferro Serico	6	R\$ 5,76



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL

DESCRIÇÃO DO TIPO DE EXAME	Quantidade estimada mensal	Valor unitário
55. Fosfatase Alcalina	8	R\$ 5,90
56. Fósforo	1	R\$ 4,70
57. FTA- ABS Imuno p/ Lues	1	R\$ 18,49
58. Gama – GT	48	R\$ 6,76
59. Gasometria Arterial	1	R\$ 46,06
60. Glicose 2h pos-prandial	1	R\$ 10,74
61. Glicose de jejum	117	R\$ 4,47
62. GOT (AST) ou TGO	79	R\$ 4,87
63. GPT (ALT) ou TGP	76	R\$ 4,87
64. HB e AG	1	R\$ 19,65
65. HBSAg	9	R\$ 21,80
66. HbsAg ou Antrigeno Austrália	1	R\$ 21,80
67. Hematocrito	1	R\$ 5,21
68. Hemoglobina	1	R\$ 5,21
69. Hemoglobina Glicosilada	44	R\$ 14,41
70. Hemograma	116	R\$ 10,82
71. HIV	5	R\$ 33,13
72. Hormônio Folículo Estimulante (FSH)	6	R\$ 17,81
73. Hormônio Luteinizante (LH)	1	R\$ 17,81
74. Hormônio Tireo Estimulante (TSH)	1	R\$ 16,24
75. IGE	1	R\$ 21,80
76. Índice Tiroxina Livre T4 Livre	1	R\$ 16,24
77. Leptospirose	2	R\$ 65,18
78. Leucocitos Fecais	1	R\$ 4,87
79. Lipase	1	R\$ 7,09
80. Lítio	1	R\$ 10,76
81. Magnésio	5	R\$ 5,56
82. Mantoux	1	R\$ 6,59
83. Monoteste	1	R\$ 18,77
84. Mucoproteínas	1	R\$ 4,65
85. Parasitológico de Fezes (3 amostras)	1	R\$ 16,33
86. Parasitológico ou EPF	1	R\$ 5,33
87. Pesquisa de BAAR ou BK	1	R\$ 11,63
88. Pesquisa de Cristais	1	R\$ 5,75
89. Pesquisa de Oxiúros ou Enterobius	1	R\$ 5,46
90. Pesquisa Sangue Oculto Fecal	40	R\$ 9,01
91. Planoteste	1	R\$ 19,01
92. Plaquetas	23	R\$ 6,37
93. Potássio	36	R\$ 6,38
94. Progesterona Plasmática	1	R\$ 21,14
95. Prolactina	3	R\$ 20,14
96. Proteína c. Reativa	13	R\$ 11,77
97. Proteínas Totais e Frações ou Proteinograma	2	R\$ 15,77
98. Proteinúria	1	R\$ 6,76
99. PSA	36	R\$ 28,75
100. PSA Livre	1	R\$ 28,08
101. Rotina no Liquor	1	R\$ 23,32
102. Rubéola IgG	1	R\$ 19,34
103. Rubéola IgM	1	R\$ 22,67
104. Saturação de Transferina	4	R\$ 14,66
105. Sódio	7	R\$ 6,38
106. T3 tri – iodotironina	3	R\$ 16,91
107. T4	1	R\$ 16,91
108. Tempo de Coagulação	2	R\$ 4,51



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL

DESCRIÇÃO DO TIPO DE EXAME	Quantidade estimada mensal	Valor unitário
109. Tempo de Protrombina	18	R\$ 7,91
110. Tempo de Sangria (DUKE)	2	R\$ 4,51
111. Tempo de Trombina	1	R\$ 9,51
112. Tempo de Tromboplastina Parcial Ativado KTT	5	R\$ 8,33
113. Testosterona Livre	2	R\$ 27,96
114. Testosterona Total	4	R\$ 39,26
115. Tipagem sanguínea	8	R\$ 7,09
116. Tiroxina Livre (T4 Livre)	41	R\$ 18,57
117. Toxoplasmose IgG Método IFI	4	R\$ 24,31
118. Toxoplasmose IGM Método IFI	4	R\$ 18,31
119. Transferrina	1	R\$ 19,10
120. Triglicerídios	111	R\$ 8,09
121. TSH Ultra – sensível	96	R\$ 18,57
122. Uréia	15	R\$ 4,78
123. Urocultura com Antibiograma	35	R\$ 17,02
124. VDRL	5	R\$ 6,26
125. Vitamina B12	23	R\$ 22,17
126. VSG – Hemossedimentação	15	R\$ 4,18
127. WAALER – ROSE	1	R\$ 10,48
128. Widal – Reação	1	R\$ 24,08
129. Zinco Eritrocitário	4	R\$ 45,30
130. Zinco Sérico	1	R\$ 23,96
131. VIT D	41	R\$ 33,55

3. Todos os demais itens e condições do Edital permanecem inalterados.

Boa Vista do Sul, 13 de abril de 2023.

ROBERTO MARTIM SCHAEFFER
PREFEITO MUNICIPAL

Carina Carminatti Milchareck
OAB/RS 98.592
Assessora Jurídica



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 004/2023
RETIFICADO

O **MUNICÍPIO DE BOA VISTA DO SUL/RS**, comunica aos interessados que está procedendo ao **CHAMAMENTO PÚBLICO**, no horário das 08h30min às 11h30min e das 13h às 17h, na Prefeitura Municipal de Boa Vista do Sul, sita à Rua Emancipação, nº 2.470, Centro, para fins de **CREDENCIAMENTO** de pessoas jurídicas para prestação de serviços de exames de laboratório.

Este processo visa atender à Solicitação de Materiais/Serviços nº 45/2023 e ao Memorando nº 121/2022, da Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social.

A coordenação deste processo ficará a cargo da Comissão Permanente de Licitações, designada pela Portaria nº 001/2023 ou da Agente de Contratação e sua equipe de apoio, designada pela Portaria nº 113/2023.

I – DO OBJETO

1.1 – É objeto deste Edital o **credenciamento de pessoas jurídicas para prestação de serviços de exames de laboratório** a serem prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) do Município de Boa Vista do Sul, na sede das credenciadas, conforme demanda, de acordo com relação de exames e valores constantes no Anexo I e demais condições deste Edital.

II - DAS CONDIÇÕES PARA O CREDENCIAMENTO:

2.1 – As empresas interessadas deverão se credenciar em todos os itens/exames, ou seja, de forma GLOBAL.

2.2. – Durante o período do Chamamento Público, as empresas interessadas em prestar os serviços deverão apresentar os documentos constantes abaixo (**III – DOS DOCUMENTOS**), em original ou por cópia autenticada em tabelionato ou por servidor encarregado da Prefeitura Municipal, em envelope lacrado, não transparente, identificado conforme sugestão abaixo:

AO MUNICÍPIO DE BOA VISTA DO SUL/RS
EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 004/2023
DOCUMENTAÇÃO PARA CREDENCIAMENTO
PROPONENTE (NOME COMPLETO)

III - DOS DOCUMENTOS:

3.1. Ato constitutivo, estatuto ou **contrato social** em vigor, consolidado ou acompanhado de todas as alterações, devidamente registrado onde legalmente necessário e acompanhado, no caso de sociedades por ações, dos documentos de eleição de seus atuais administradores;

3.2. Prova da inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (**CNPJ**);

3.3. Prova de regularidade com o **FGTS**;



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL

- 3.4.** Prova de regularidade com a Dívida Ativa da União/Receita **Federal**;
- 3.5.** Prova de regularidade com a Fazenda **Estadual** da sede da licitante;
- 3.6.** Prova de regularidade com a Fazenda **Municipal** da sede da licitante;
- 3.7.** Prova de Inexistência de débitos inadimplidos perante a **Justiça do Trabalho**, mediante a apresentação de certidão negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto Lei nº 5.452, de 1º de Maio de 1943;
- 3.8.** Certidão negativa de **falências e recuperação judicial**, fornecida pelo distribuidor do foro da comarca da matriz da licitante e expedida em nome/CNPJ da matriz, ou emitida pela internet, com vencimento não superior a 90 (noventa) dias, contados a partir de sua emissão, quando esta não mencionar validade própria;
- 3.9.** Declaração de atendimento ao disposto no art. 7º, XXXIII, da Constituição Federal, emitida e assinada pelo representante legal da empresa, conforme **ANEXO II** do presente Edital;
- 3.10.** Declaração assinada pelo representante legal da licitante, de que a mesma não foi declarada **inidônea** para participar em licitações ou para contratar com o Poder Público (**Anexo IV** deste Edital);
- 3.11.** **Registro ou inscrição da empresa** na entidade profissional competente, em vigor;
- 3.12.** **Alvará de Saúde**, expedido pela Vigilância Sanitária Municipal, em vigor;
- 3.13.** **Declaração** de que os exames de bioquímica (hematologia, urinálise, imunologia e hormônios) serão realizados de forma automatizada pela credenciada, sob pena de descredenciamento pelo não atendimento a este item;
- 3.14.** **Documento** que comprove que a empresa está localizada a uma distância máxima de 25 (vinte e cinco) quilômetros do endereço do Posto de Saúde da Sede do Município (localizado na Rua Emancipação, nº 2452 – Centro).

IV - DAS CONDIÇÕES PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS:

4.1 – As empresas interessadas em efetuar seu cadastramento para prestação de serviços de exames laboratoriais deverão estar localizadas a uma **distância máxima de 25 (vinte e cinco) quilômetros** do endereço do Posto de Saúde da Sede do Município (localizado na Rua Emancipação, nº 2452 – Centro), tudo conforme solicitação da Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social.

4.2 - A execução do presente termo compreende os seguintes serviços:

a) Os exames somente poderão ser realizados mediante apresentação pelo usuário de termo de autorização expedido pela Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social de Boa Vista do Sul;

b) Os serviços deverão ser realizados nas dependências das empresas **CREDENCIADAS**, através de seus profissionais e equipamentos, devendo os atendimentos ser realizados diariamente, de segunda a sexta-feira;

c) As empresas credenciadas obrigam-se a fornecer sem custos adicionais os materiais (seringas, agulhas, recipientes para armazenamento de urina, fezes e sangue, etc.) para as coletas dos materiais a serem analisados, que deverão ser coletados por profissionais das prestadoras dos serviços.



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL**

- 4.3** - É vedado o trabalho do credenciado em dependências ou setores próprios do Município.
- 4.5** - O Município reserva-se o direito de fiscalizar, de forma permanente, a prestação dos serviços pelos credenciados, podendo proceder ao descredenciamento, em caso de má prestação ou fraude.
- 4.6** - O credenciamento configurará uma relação contratual de prestação de serviços.
- 4.7** - Ficam estipulados os valores unitários constantes na tabela do Anexo I para a prestação dos serviços. Os valores serão reajustados anualmente, pelo IPCA (IBGE) do período, iniciando após 12 (doze) meses da data de publicação deste Edital.
- 4.8** - As autorizações dos exames laboratoriais realizados pelo presente instrumento obedecerão ao teto mensal de R\$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais), controle que ficará a cargo da Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social. O valor do teto mensal será dividido entre todas as empresas credenciadas.
- 4.9** - As quantidades constantes no Anexo I são meramente estimadas, não ensejando obrigação em contratar a totalidade dos exames durante o período. Além disso, a quantidade será dividida entre todos os CREDENCIADOS, dentro do teto mensal, não havendo predefinição da quantidade de exames a serem executados por cada empresa, pois a escolha do laboratório credenciado ficará a cargo dos usuários/pacientes.
- 4.10** - As empresas credenciadas NÃO poderão cobrar dos pacientes qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços nos termos deste Edital.
- 4.11** - As credenciadas deverão utilizar o Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), para apresentação da produção ambulatorial mensal.
- 4.12** - O Relatório de Produção Mensal SIA/SUS – BPA deverá ser entregue em meio digital para o e-mail da Secretaria Municipal de Saúde (direcaosaude@boavistasul.rs.gov.br) até o 5ª (quinto) dia útil do mês subsequente à prestação do serviço.
- 4.11** - Os exames laboratoriais de bioquímica (hematologia, urinálise, imunologia e hormônios), deverão ser realizados de forma automatizada, sob pena de descredenciamento.

V. OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO

- 5.1** - As Credenciadas deverão responsabilizar-se pelo cumprimento, por parte de seus profissionais, de todas as normas disciplinares determinadas pelo Município.
- 5.2** - Os responsáveis das Credenciadas terão a obrigação de se reportar, quando houver necessidade, ao responsável pelo acompanhamento dos serviços designado pela Secretaria Municipal da Saúde e Assistência Social de Boa Vista do Sul, e tomar todas as providências pertinentes para que sejam corrigidas eventuais falhas detectadas.
- 5.3** - As Credenciadas obrigam-se a disponibilizar para os serviços contratados pessoas com a qualificação adequada ao objeto deste Edital.
- 5.4** - As Credenciadas são as únicas responsáveis por quaisquer danos materiais e/ou pessoais causados ao Município Credenciante, aos usuários ou terceiros, provocados por seus profissionais ou prepostos, ainda que por omissão involuntária, não excluindo ou reduzindo esta responsabilidade a fiscalização ou acompanhamento dos serviços pelo Município.
- 5.5** - As Credenciadas responsabilizar-se-ão, caso ocorra eventualmente à paralisação



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL**

dos serviços por parte dos seus profissionais, pela continuidade dos mesmos sem qualquer ônus ao Credenciante.

5.6 – Constituir-se-ão ainda OBRIGAÇÕES DAS CREDENCIADAS:

5.6.1 – Realizar os serviços credenciados com elevada qualidade e eficiência;

5.6.2 – Conhecer detalhadamente todas as cláusulas e condições contratuais;

5.6.3 – Realizar com seus próprios recursos todas as obrigações relacionadas com o objeto do credenciamento de acordo com as especificações determinadas, assumindo a responsabilidade técnica pelos serviços prestados.

5.6.4 – Cumprir as legislações federais, estaduais e municipais pertinentes, e se responsabilizar pelos danos e encargos de qualquer espécie decorrentes de ações ou omissões, culposas ou dolosas, que praticar;

5.6.5 – Pagar e recolher todos os impostos e demais encargos, tais como trabalhistas, previdenciários, sociais e comerciais, prêmios de seguro e de acidente de trabalho que forem devidos em decorrência do objeto do credenciamento;

5.6.6 – Manter, durante toda a execução do termo de credenciamento, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no mesmo.

5.7 – Será de responsabilidade exclusiva das credenciadas o ressarcimento de eventuais prejuízos decorrentes da má prestação dos serviços.

5.8 – Apresentar, quando solicitado pelo CREDENCIANTE, relação completa dos profissionais, indicando os cargos, funções e respectivos nomes completos, bem como, o demonstrativo do tempo alocado e cronograma respectivo;

5.9 – Manter as informações e dados dos pacientes em caráter de absoluta confidencialidade e sigilo, ficando expressamente proibida a sua divulgação para terceiros, por qualquer meio, obrigando-se, ainda, a efetuar a entrega para o CREDENCIANTE de todos os documentos envolvidos, em ato simultâneo à entrega do relatório final ou do trabalho contratado.

VI. OBRIGAÇÕES DO CREDENCIANTE:

6.1 – Realizar o controle da demanda de análises laboratoriais e emissão das autorizações aos usuários, conforme políticas públicas da Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social.

6.2 – Exercer a fiscalização da execução do contrato por meio de servidores devidamente designados nos termos do art. 67 da Lei 8.666/93.

6.3 – Prestar todas as informações e esclarecimentos necessários para a fiel execução contratual, que venham a ser solicitados pelos técnicos das credenciadas.

6.4 – Realizar os pagamentos conforme acordado no presente instrumento.

VII - DO PAGAMENTO:

7.1 – O pagamento pelos serviços prestados pelas credenciadas será efetuado mensalmente, obedecendo a ordem cronológica de pagamentos e ao previsto no Decreto nº 021/2016.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL

7.2 – O pagamento estará estritamente vinculado ao número de exames realizados, autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social, e conforme valores unitários constantes neste Edital.

7.3 – Para o pagamento, as empresas credenciadas deverão apresentar Nota Fiscal acompanhada da relação dos atendimentos, constando o nome do paciente, tipo de exame, data de realização do exame, quantidade e valor, além das respectivas requisições autorizadas pela Secretaria, até o último dia útil do mês da prestação dos serviços.

7.4 – A liquidação da Nota Fiscal deverá ocorrer até o último dia útil do mês de prestação dos serviços e o pagamento deverá ocorrer até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente.

7.5 - Os prestadores de serviços utilizarão o Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), para apresentação da produção ambulatorial mensal, que será validada e paga após a conferência com o Relatório de Pacientes atendidos.

7.6 – O Relatório de Produção Mensal SIA/SUS – BPA deverá ser entregue em meio digital para o e-mail da Secretaria Municipal de Saúde (direcaosaude@boavistadosul.rs.gov.br) até o 5ª (quinto) dia útil do mês subsequente à prestação do serviço.

7.7 – A CREDENCIADA, para recebimento das parcelas, deverá comprovar o recolhimento do FGTS e INSS, caso incida. A CREDENCIADA ficará sujeita a matrícula do INSS ou retenção para a seguridade Social, no que couber, sendo processadas as retenções a título de contribuição previdenciária conforme Instrução Normativa MPS/SRP nº 03, de 14 de julho de 2005. Caso não incida, a CREDENCIADA deverá comprovar a inexistência das retenções.

7.8 - O imposto sobre serviços será retido pelo Município, na forma e percentuais previstos nas Leis Municipais 388/2003 (Código Tributário Municipal) e 827/2017 ou, se for o caso, com base no que dispõe a legislação do Simples Nacional.

7.9 - Junto ao corpo da Nota Fiscal/Fatura é recomendado fazer constar, para fins de pagamento, informações relativas ao nome e número do banco, da agência e da c/c da CREDENCIADA, bem como, se a empresa é optante do “SIMPLES”.

7.10 - Em sendo optante do “SIMPLES” a CREDENCIADA deverá apresentar documento expedido pela Receita Federal demonstrando essa condição, bem como declaração firmada por Contador indicando em qual faixa de tributação e qual o percentual que deverá ser descontado referente ao ISSQN. O descumprimento da exigência contida neste parágrafo ocasionará o não pagamento do valor até a regularização desta reivindicação.

7.11 - Para fins de Imposto de Renda Retido na Fonte de que trata o art. 158, inciso I, da Constituição da República, o Município observará o disposto no art. 64 da Lei Federal nº 9.430/1996 e também a Instrução Normativa da Receita Federal do Brasil nº 1.234/2012.

7.12 - As despesas oriundas deste edital correrão por conta da seguinte dotação orçamentária:

ÓRGÃO	06	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL
UNIDADE	01	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
ATIVIDADE	2060	Convênios e Contratos com Instituições e Profissionais de Saúde
FR STN	0500	Recursos não Vinculados de Impostos



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL**

FR GERENCIAL	0040	ASPS
3.3.90.39.50.00	6961	SERVICOS MÉDICO-HOSPITALAR, ODONTOLÓGICOS E LABORATORIAIS

VIII - DA FORMALIZAÇÃO, DA VIGÊNCIA E DO REAJUSTE:

8.1 - O credenciamento será formalizado mediante termo próprio, conforme minuta constante no Anexo III, contendo as cláusulas e condições previstas neste Edital e demais disposições.

8.2 – Os Termos de Credenciamento resultantes deste Edital terão validade de 12 (doze) meses a contar da data de sua assinatura, podendo ser prorrogados por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 (sessenta) meses de acordo com o Inciso II do Artigo 57 da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores.

8.3 – Os valores serão reajustados anualmente, pelo IPCA (IBGE) do período, iniciando após 12 (doze) meses da data de publicação deste Edital e assim sucessivamente a cada 12 (doze) meses, com base sempre na data de publicação deste Edital.

IX– DO PESSOAL DO CREDENCIADO

9.1 - É de responsabilidade exclusiva e integral do Credenciado, a disponibilização de pessoal e material para execução dos serviços, incluídos encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações, em nenhuma hipótese, poderão ser transferidos para o Município. Os credenciados fornecerão aos funcionários todos os equipamentos de proteção individual, EPI's, que se fizerem necessários com a conformidade da natureza dos serviços em execução.

X – DA SUSPENSÃO E RESCISÃO

10.1 – Constituem-se motivos externados pela CREDENCIADA para a suspensão temporária do Credenciamento:

- a) Atender aos beneficiários da CREDENCIANTE de forma discriminada e prejudicial, devidamente comprovada;
- b) Exigir garantia (cheque, promissórias etc.) para o atendimento aos beneficiários da CREDENCIANTE;
- c) Cobrar diretamente dos beneficiários valores referentes a serviços prestados a título de complementação de pagamento;
- d) Agir comprovadamente com má-fé, dolo ou fraude, causando prejuízos à CREDENCIANTE ou aos beneficiários;
- e) Deixar de atender ao beneficiário da CREDENCIANTE alegando atraso no recebimento dos valores já faturados;
- f) Ser reprovada em vistoria, eventualmente feita pelo CREDENCIANTE, durante a vigência do Termo de Credenciamento;
- g) Exigir que o beneficiário da CREDENCIANTE assine guia de atendimento ou de serviço em branco;
- h) Subcontratar, no todo ou em parte, os serviços objeto deste Termo de Credenciamento, sem prévia autorização do CREDENCIANTE.



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL**

10.2 – A critério do CREDENCIANTE o descredenciamento realizado com base nos motivos previstos nas alíneas anteriores deste Termo de Credenciamento, e no artigo 78, incisos I a VIII, da Lei Federal nº 8666/1993, impedirá a CREDENCIADA de pleitear novo credenciamento no interstício mínimo de 24 (vinte e quatro) meses.

10.3 – A CREDENCIADA poderá, desde que não prejudique a saúde dos usuários, solicitar da CREDENCIANTE, formalmente, o descredenciamento, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias corridos, observando-se as regras deste Termo, do Edital de Credenciamento e seus anexos.

10.4 – Estando em processo de apuração de irregularidades na prestação de seus serviços, a CREDENCIADA não poderá se utilizar do descredenciamento, enquanto não concluído o processo de apuração.

10.5 – As solicitações para descredenciamento não serão aceitas nos 60 (sessenta) dias que antecedem a data base para reajuste.

10.6 – A CREDENCIANTE poderá, em se verificando o descumprimento de normas estabelecidas neste Termo, no Edital de Credenciamento e em seus anexos, interromper temporariamente a execução do credenciamento até decisão exarada em processo administrativo sumário próprio que, observado o contraditório e a ampla defesa, comprovada a culpa ou dolo, decidirá pelo descredenciamento da CREDENCIADA.

10.7 – O Termo de Credenciamento será rescindido pela CREDENCIANTE, nos casos de suspensão anteriormente elencados e, a critério da Administração, quando a legislação assim não o impuser, naqueles casos descritos nos artigos 77 a 80 da Lei Federal nº 8.666/1993.

a) pela ocorrência de seu termo final;

b) por solicitação do(a) CREDENCIADO(A);

c) por acordo entre as partes;

d) unilateral, pelo CREDENCIANTE, após o devido processo legal, no caso de descumprimento de condição estabelecida no Edital ou no Termo de Credenciamento.

XI - DAS IMPUGNAÇÕES AO EDITAL E RECURSOS.

11.1 - Decairá do direito de impugnar perante a Administração Pública Municipal, os termos do presente Edital, o licitante que o tendo aceito sem objeção, venha a apontar depois do julgamento, falhas ou irregularidades que o viciariam, hipótese em que tal comunicação não terá efeito de recurso.

11.2 - A impugnação feita tempestivamente pelo licitante não o impedirá de participar do processo licitatório até trânsito em julgado da decisão a ele pertinente.

11.3 – Qualquer impugnação aos termos do presente edital deverá ser protocolada de acordo com o disposto no item 8.4, obedecido o prazo previsto nos parágrafos 1º e 2º do artigo 41 da Lei Federal n.º 8.666/93 com as alterações introduzidas pela Lei Federal n.º 8.883/94 e seguintes.

11.4 – Eventuais impugnações ao edital ou recursos contra as decisões proferidas deverão ser enviadas ao Setor de Licitações da Prefeitura Municipal de Boa Vista do Sul/RS, exclusivamente através do e-mail licitacao@boavistadosul.rs.gov.br.

11.5 – Para fins de recursos, em todas as fases da presente Licitação, serão



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL**

observadas as normas previstas nas alíneas, incisos e parágrafos do art. 109, da Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações posteriores.

11.6 – O recurso e o pedido de reconsideração interpostos fora do prazo não serão considerados.

11.7 – Os recursos e a representação devem ser datilografados ou digitados, devidamente fundamentados e assinados por representante legal do licitante devidamente constituído.

XII - DAS MULTAS E PENALIDADES:

12.1. Pelo inadimplemento das obrigações, seja na condição de participante do processo ou de CREDENCIADA, as empresas, conforme a infração, estarão sujeitas às seguintes penalidades:

12.1.1. Advertência;

12.1.2. Multa(s), independentes entre si, podendo ser aplicadas isoladas ou cumulativamente com os itens descritos abaixo, que deverá(ão) ser recolhida(s) por meio de Guia de Recolhimento Municipal, a ser preenchida de acordo com instruções fornecidas pela CONTRATANTE:

a) pelo atraso injustificado no início, na execução e/ou conclusão dos serviços, nos prazos previstos neste edital, será aplicada multa moratória na razão de 0,5% (cinco centésimo por cento) ao dia, sobre o valor da parcela inadimplida, até 30 (trinta) dias de atraso. Contudo, a qualquer momento, em decorrência do atraso, poderá, justificadamente, ser cancelada a nota de empenho, rescindido o contrato e/ou imputada à licitante vencedora a pena prevista no art. 87, III, da lei nº 8.666/93 e suas alterações, pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses;

b) pela não prestação dos serviços, de sua entrega e/ou de suas etapas, sem justa causa, será aplicado multa na razão de 15% (quinze por cento) da parcela inadimplida, podendo, também, ser cancelada a nota de empenho, rescindido o contrato e/ou imputada à licitante vencedora a pena prevista no art. 87, III, da Lei nº 8.666/93 e suas alterações.

c) quando da reincidência em irregularidade notificada pelo Município, sem a pronta adequação, será aplicada a multa correspondente a infração cometida conforme subitens anteriores, acrescido de 50% (cinquenta por cento) do valor da multa, podendo, ainda, ser cancelada a nota de empenho, rescindido o contrato e/ou imputada à licitante vencedora a pena prevista no art. 87, III, da lei nº 8.666/93 e suas alterações, pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses.

d) pela subcontratação de serviços não permitidos será aplicada multa na razão de 5% (cinco por cento) sobre o valor global da proposta, e no caso de reincidência será cancelada a nota empenho, rescindido o contrato e/ou imputada à licitante vencedora a pena prevista no art. 87, III, da lei nº 8.666/93 e suas alterações, pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses.

e) pela apresentação de documentação falsa, retardamento na execução do objeto, não manutenção da proposta, comportamento inidôneo e fraude ou falha na execução do contrato poderá ser cancelada a nota de empenho, rescindido o contrato e/ou imputada à licitante vencedora a pena prevista no art. 87, III, da lei nº 8.666/93 e suas alterações, pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses.

f) pelo descumprimento das normas relativas à segurança do trabalho, será aplicada multa na razão de 2% (dois por centos) até 10% (dez por cento) sobre o valor total deste contrato, conforme a gravidade da infração cometida pela licitante vencedor, podendo, também, ser



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL**

anulada a nota empenho, rescindido o contrato e/ou imputada à licitante vencedora a pena prevista no art. 87, III, da lei nº 8.666/93 e suas alterações, pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses.

12.2. Na aplicação das penalidades previstas no Edital, o Município considerará, motivadamente, a gravidade da falta, seus efeitos, bem como os antecedentes do licitante ou contratado, podendo deixar de aplicá-las, se admitidas as suas justificativas, nos termos do que dispõe o artigo 87, “caput”, da Lei nº 8.666/93.

12.3. As penalidades serão registradas no cadastro do contratado, quando for o caso.

12.4. Nenhum pagamento será efetuado enquanto pendente de liquidação qualquer obrigação financeira que for imposta ao fornecedor em virtude de penalidade ou inadimplência contratual.

XIII- DAS INFORMAÇÕES:

14.1 - Fazem parte do presente Edital os seguintes anexos: Anexo I – TABELA DE VALORES UNITÁRIOS DOS EXAMES LABORATORIAIS; Anexo II - DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO AO ART. 7º, XXXIII; Anexo III - MINUTA DE TERMO DE CREDENCIAMENTO; Anexo IV – DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE.

14.2 - Maiores informações serão fornecidas na sede da Prefeitura Municipal, na Rua Emancipação, nº 2.470 ou pelo telefone (054) 3435-5366, das 8h30min às 11h30min e das 13h às 17h.

Boa Vista do Sul, 27 de março de 2023.

**ROBERTO MARTIM SCHAEFFER
PREFEITO MUNICIPAL**

Este edital encontra-se revisado e aprovado nos termos da Lei
Federal nº 8.666/93

Carina Carminatti Milchareck - OAB/RS 98.592
Assessora Jurídica



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL

ANEXO I
TABELA DE EXAMES E VALORES UNITÁRIOS

DESCRIÇÃO DO TIPO DE EXAME	Quantidade estimada mensal	Valor unitário
1. Ac. Anti – HBS	5	R\$ 25,00
2. Ac. Anti – HCV	5	R\$ 33,93
3. Acido Fólico	2	R\$ 22,94
4. Acido Úrico	28	R\$ 4,70
5. Albumina	7	R\$ 5,40
6. Aldolase	1	R\$ 9,17
7. Alfafetoproteína	2	R\$ 26,94
8. Amilase	1	R\$ 6,96
9. Anti HBC – IGG e IGM	2	R\$ 27,07
10. Anti Hbe – IGG	2	R\$ 28,58
11. Anti HBS	6	R\$ 25,00
12. Anti HCV	1	R\$ 33,93
13. Anti HVA igm	1	R\$ 27,07
14. Antígeno Carcinoembrionario	1	R\$ 37,77
15. ASLO	1	R\$ 7,84
16. Bacteriológico	1	R\$ 12,93
17. Beta 2	1	R\$ 23,13
18. Beta HCG	5	R\$ 19,44
19. Bilirrubina Total + Frações	8	R\$ 5,73
20. BK	2	R\$ 11,63
21. Brucelose	1	R\$ 41,49
22. Cálcio	4	R\$ 4,70
23. Cálcio Ionico	1	R\$ 7,30
24. Calculo Urinario	1	R\$ 18,26
25. Capacidade Saturação Ferro	2	R\$ 13,41
26. Cisticercose	1	R\$ 46,14
27. Citológico diferencial	1	R\$ 7,98
28. CK – MB	1	R\$ 16,38
29. CK – total	12	R\$ 10,74
30. Clamidia (IgG)	3	R\$ 21,57
31. Clamidia (Igm)	1	R\$ 21,57
32. Coagulograma	1	R\$ 25,75
33. Colesterol HDL	92	R\$ 7,38
34. Colesterol LDL	11	R\$ 7,29
35. Colesterol total	110	R\$ 4,74
36. Coombs Direto	4	R\$ 8,96
37. Coombs Indireto	1	R\$ 8,96
38. Coprocultura	2	R\$ 14,37
39. Creatinina	93	R\$ 4,74
40. Cultura BAAR	1	R\$ 36,63
41. Curva Glic. e Insulínica – 4 dosagem	1	R\$ 37,82
42. Curva Glicêmica 4 dosagem	1	R\$ 20,50
43. Depuração Creatinina Endógena (DCE)	1	R\$ 8,63
44. DHL – Desidrogenase Láctica ou LDH	4	R\$ 8,09
45. Eletrof. Hemoglobina	1	R\$ 21,56
46. EPF	8	R\$ 5,97
47. EQU- Qualitativo de Urina	71	R\$ 7,29
48. Espermograma	1	R\$ 18,22
49. Estradiol	4	R\$ 20,57
50. Exame a fresco	1	R\$ 7,19



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL

DESCRIÇÃO DO TIPO DE EXAME	Quantidade estimada mensal	Valor unitário
51. FAN (Fator Anti Núcleo)	3	R\$ 16,49
52. Fator Reumatóide (Látex)	6	R\$ 7,57
53. Ferritina	19	R\$ 24,44
54. Ferro Serico	6	R\$ 5,76
55. Fosfatase Alcalina	8	R\$ 5,90
56. Fósforo	1	R\$ 4,70
57. FTA- ABS Imuno p/ Lues	1	R\$ 18,49
58. Gama – GT	48	R\$ 6,76
59. Gasometria Arterial	1	R\$ 46,06
60. Glicose 2h pos-prandial	1	R\$ 10,74
61. Glicose de jejum	117	R\$ 4,47
62. GOT (AST) ou TGO	79	R\$ 4,87
63. GPT (ALT) ou TGP	76	R\$ 4,87
64. HB e AG	1	R\$ 19,65
65. HBSAg	9	R\$ 21,80
66. HbsAg ou Antrigeno Austrália	1	R\$ 21,80
67. Hematocrito	1	R\$ 5,21
68. Hemoglobina	1	R\$ 5,21
69. Hemoglobina Glicosilada	44	R\$ 14,41
70. Hemograma	116	R\$ 10,82
71. HIV	5	R\$ 33,13
72. Hormônio Folículo Estimulante (FSH)	6	R\$ 17,81
73. Hormônio Luteinizante (LH)	1	R\$ 17,81
74. Hormônio Tireo Estimulante (TSH)	1	R\$ 16,24
75. IGE	1	R\$ 21,80
76. Índice Tiroxina Livre T4 Livre	1	R\$ 16,24
77. Leptospirose	2	R\$ 65,18
78. Leucócitos Fecais	1	R\$ 4,87
79. Lipase	1	R\$ 7,09
80. Litio	1	R\$ 10,76
81. Magnésio	5	R\$ 5,56
82. Mantoux	1	R\$ 6,59
83. Monoteste	1	R\$ 18,77
84. Mucoproteínas	1	R\$ 4,65
85. Parasitológico de Fezes (3 amostras)	1	R\$ 16,33
86. Parasitológico ou EPF	1	R\$ 5,33
87. Pesquisa de BAAR ou BK	1	R\$ 11,63
88. Pesquisa de Cristais	1	R\$ 5,75
89. Pesquisa de Oxiúros ou Enterobius	1	R\$ 5,46
90. Pesquisa Sangue Oculto Fecal	40	R\$ 9,01
91. Planoteste	1	R\$ 19,01
92. Plaquetas	23	R\$ 6,37
93. Potássio	36	R\$ 6,38
94. Progesterona Plasmática	1	R\$ 21,14
95. Prolactina	3	R\$ 20,14
96. Proteína c. Reativa	13	R\$ 11,77
97. Proteínas Totais e Frações ou Proteinograma	2	R\$ 15,77
98. Proteinúria	1	R\$ 6,76
99. PSA	36	R\$ 28,75
100. PSA Livre	1	R\$ 28,08
101. Rotina no Liquor	1	R\$ 23,32
102. Rubéola IgG	1	R\$ 19,34
103. Rubéola IgM	1	R\$ 22,67
104. Saturação de Transferina	4	R\$ 14,66



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL

DESCRIÇÃO DO TIPO DE EXAME	Quantidade estimada mensal	Valor unitário
105. Sodio	7	R\$ 6,38
106. T3 tri – iodotironina	3	R\$ 16,91
107. T4	1	R\$ 16,91
108. Tempo de Coagulação	2	R\$ 4,51
109. Tempo de Protrombina	18	R\$ 7,91
110. Tempo de Sangria (DUKE)	2	R\$ 4,51
111. Tempo de Trombina	1	R\$ 9,51
112. Tempo de Tromboplastina Parcial Ativado KTT	5	R\$ 8,33
113. Testosterona Livre	2	R\$ 27,96
114. Testosterona Total	4	R\$ 39,26
115. Tipagem sanguínea	8	R\$ 7,09
116. Tiroxina Livre (T4 Livre)	41	R\$ 18,57
117. Toxoplasmose IgG Método IFI	4	R\$ 24,31
118. Toxoplasmose IGM Método IFI	4	R\$ 18,31
119. Transferrina	1	R\$ 19,10
120. Triglicerídios	111	R\$ 8,09
121. TSH Ultra – sensível	96	R\$ 18,57
122. Uréia	15	R\$ 4,78
123. Urocultura com Antibiograma	35	R\$ 17,02
124. VDRL	5	R\$ 6,26
125. Vitamina B12	23	R\$ 22,17
126. VSG – Hemossedimentação	15	R\$ 4,18
127. WAALER – ROSE	1	R\$ 10,48
128. Widal – Reação	1	R\$ 24,08
129. Zinco Eritrocitário	4	R\$ 45,30
130. Zinco Sérico	1	R\$ 23,96
131. VIT D	41	R\$ 33,55



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE QUE A EMPRESA NÃO EMPREGA MENOR DE IDADE

o nº _____, inscrito no CNPJ sob
o nº _____, por intermédio de seu representante legal o(a)
Sr(a). _____, portador(a) da Carteira de Identidade
nº _____, **DECLARA**, para fins do disposto no inciso V
do artigo 27 da Lei 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela lei 9.854, de 27 de
outubro de 1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno,
perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.

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

Local, ____ de _____ de 2023.

Assinatura

Nome:

(Observação: em caso afirmativo, assinalar a ressalva acima).



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL**

**ANEXO III
MINUTA DE TERMO DE CREDENCIAMENTO
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 004/2023**

O MUNICÍPIO DE BOA VISTA DO SUL, pessoa jurídica de direito público, com sede na Rua Emancipação, nº 2.470, inscrito no CNPJ sob nº 01.602.022/0001-94, neste ato representado pelo Prefeito Municipal, Sr. **XXXXXXXXXX**, xxxxx, xxxxxx, residente e domiciliado a Rua xxxxxxxx, inscrito no CPF/MF sob nº xxxxxxxx, portador da Cédula de Identidade nº xxxxxxxxx, doravante denominada simplesmente de **CREDENCIANTE**, e de outro lado, a empresa _____, com sede _____, inscrito no CNPJ sob nº _____, neste ato representada _____, nacionalidade, estado civil, profissão, residente e domiciliado na _____, inscrito no CPF sob nº _____, denominada simplesmente **CREDENCIADA**, ajustam o presente termo de credenciamento, que será executado de forma indireta, nos termos da Lei n.º 8666/93 e suas posteriores alterações, Chamamento Público nº 004/2023 e legislação aplicável, com a adoção das seguintes cláusulas:

1.0 DO OBJETO:

1.1. É objeto deste credenciamento a prestação de serviços de exames de laboratório a serem prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) do Município de Boa Vista do Sul, na sede da Credenciada, conforme demanda, de acordo com a relação de exames e valores constantes na Cláusula 2.0 deste Termo.

1.2. O credenciamento configurará uma relação contratual de prestação de serviços.

1.3. O CREDENCIANTE poderá credenciar com outras empresas, simultaneamente, a execução dos serviços do objeto deste Termo.

1.4. O laboratório da CREDENCIADA está localizado no seguinte endereço:, distante ... quilômetros do Posto de Saúde da Sede de Boa Vista do Sul.

2.0 DO PREÇO, PAGAMENTO E REAJUSTES:

2.1. Ficam estipulados os valores unitários constantes abaixo para a prestação dos serviços:

DESCRIÇÃO DO TIPO DE EXAME	Quantidade estimada mensal	Valor unitário
1. Ac. Anti – HBS	5	R\$ 25,00
2. Ac. Anti – HCV	5	R\$ 33,93
3. Acido Fólico	2	R\$ 22,94
4. Acido Úrico	28	R\$ 4,70
5. Albumina	7	R\$ 5,40
6. Aldolase	1	R\$ 9,17
7. Alfafetoproteína	2	R\$ 26,94
8. Amilase	1	R\$ 6,96
9. Anti HBC – IGG e IGM	2	R\$ 27,07
10. Anti Hbe – IGG	2	R\$ 28,58
11. Anti HBS	6	R\$ 25,00
12. Anti HCV	1	R\$ 33,93
13. Anti HVA igm	1	R\$ 27,07
14. Antígeno Carcinoembrionario	1	R\$ 37,77
15. ASLO	1	R\$ 7,84
16. Bacteriológico	1	R\$ 12,93
17. Beta 2	1	R\$ 23,13
18. Beta HCG	5	R\$ 19,44
19. Bilirrubina Total + Frações	8	R\$ 5,73
20. BK	2	R\$ 11,63
21. Brucelose	1	R\$ 41,49



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL

DESCRIÇÃO DO TIPO DE EXAME	Quantidade estimada mensal	Valor unitário
22. Cálcio	4	R\$ 4,70
23. Cálcio Ionico	1	R\$ 7,30
24. Calculo Urinario	1	R\$ 18,26
25. Capacidade Saturação Ferro	2	R\$ 13,41
26. Cisticercose	1	R\$ 46,14
27. Citológico diferencial	1	R\$ 7,98
28. CK – MB	1	R\$ 16,38
29. CK – total	12	R\$ 10,74
30. Clamidia (IgG)	3	R\$ 21,57
31. Clamidia (Igm)	1	R\$ 21,57
32. Coagulograma	1	R\$ 25,75
33. Colesterol HDL	92	R\$ 7,38
34. Colesterol LDL	11	R\$ 7,29
35. Colesterol total	110	R\$ 4,74
36. Coombs Direto	4	R\$ 8,96
37. Coombs Indireto	1	R\$ 8,96
38. Coprocultura	2	R\$ 14,37
39. Creatinina	93	R\$ 4,74
40. Cultura BAAR	1	R\$ 36,63
41. Curva Glic. e Insulínica – 4 dosagem	1	R\$ 37,82
42. Curva Glicêmica 4 dosagem	1	R\$ 20,50
43. Depuração Creatinina Endógena (DCE)	1	R\$ 8,63
44. DHL – Desidrogenase Láctica ou LDH	4	R\$ 8,09
45. Eletrof. Hemoglobina	1	R\$ 21,56
46. EPF	8	R\$ 5,97
47. EQU- Qualitativo de Urina	71	R\$ 7,29
48. Espermograma	1	R\$ 18,22
49. Estradiol	4	R\$ 20,57
50. Exame a fresco	1	R\$ 7,19
51. FAN (Fator Anti Núcleo)	3	R\$ 16,49
52. Fator Reumatóide (Látex)	6	R\$ 7,57
53. Ferritina	19	R\$ 24,44
54. Ferro Serico	6	R\$ 5,76
55. Fosfatase Alcalina	8	R\$ 5,90
56. Fósforo	1	R\$ 4,70
57. FTA- ABS Imuno p/ Lues	1	R\$ 18,49
58. Gama – GT	48	R\$ 6,76
59. Gasometria Arterial	1	R\$ 46,06
60. Glicose 2h pos-prandial	1	R\$ 10,74
61. Glicose de jejum	117	R\$ 4,47
62. GOT (AST) ou TGO	79	R\$ 4,87
63. GPT (ALT) ou TGP	76	R\$ 4,87
64. HB e AG	1	R\$ 19,65
65. HBSAg	9	R\$ 21,80
66. HbsAg ou Antrigeno Austrália	1	R\$ 21,80
67. Hematocrito	1	R\$ 5,21
68. Hemoglobina	1	R\$ 5,21
69. Hemoglobina Glicosilada	44	R\$ 14,41
70. Hemograma	116	R\$ 10,82
71. HIV	5	R\$ 33,13
72. Hormônio Folículo Estimulante (FSH)	6	R\$ 17,81
73. Hormônio Luteinizante (LH)	1	R\$ 17,81
74. Hormônio Tireo Estimulante (TSH)	1	R\$ 16,24
75. IGE	1	R\$ 21,80



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL

DESCRIÇÃO DO TIPO DE EXAME	Quantidade estimada mensal	Valor unitário
76. Índice Tiroxina Livre T4 Livre	1	R\$ 16,24
77. Leptospirose	2	R\$ 65,18
78. Leucocitos Fecais	1	R\$ 4,87
79. Lipase	1	R\$ 7,09
80. Litio	1	R\$ 10,76
81. Magnésio	5	R\$ 5,56
82. Mantoux	1	R\$ 6,59
83. Monoteste	1	R\$ 18,77
84. Mucoproteínas	1	R\$ 4,65
85. Parasitológico de Fezes (3 amostras)	1	R\$ 16,33
86. Parasitológico ou EPF	1	R\$ 5,33
87. Pesquisa de BAAR ou BK	1	R\$ 11,63
88. Pesquisa de Cristais	1	R\$ 5,75
89. Pesquisa de Oxiúros ou Enterobius	1	R\$ 5,46
90. Pesquisa Sangue Oculto Fecal	40	R\$ 9,01
91. Planoteste	1	R\$ 19,01
92. Plaquetas	23	R\$ 6,37
93. Potássio	36	R\$ 6,38
94. Progesterona Plasmática	1	R\$ 21,14
95. Prolactina	3	R\$ 20,14
96. Proteína c. Reativa	13	R\$ 11,77
97. Proteínas Totais e Frações ou Proteinograma	2	R\$ 15,77
98. Proteinúria	1	R\$ 6,76
99. PSA	36	R\$ 28,75
100. PSA Livre	1	R\$ 28,08
101. Rotina no Liquor	1	R\$ 23,32
102. Rubéola IgG	1	R\$ 19,34
103. Rubéola IgM	1	R\$ 22,67
104. Saturação de Transferina	4	R\$ 14,66
105. Sódio	7	R\$ 6,38
106. T3 tri – iodotironina	3	R\$ 16,91
107. T4	1	R\$ 16,91
108. Tempo de Coagulação	2	R\$ 4,51
109. Tempo de Protrombina	18	R\$ 7,91
110. Tempo de Sangria (DUKE)	2	R\$ 4,51
111. Tempo de Trombina	1	R\$ 9,51
112. Tempo de Tromboplastina Parcial Ativado KTT	5	R\$ 8,33
113. Testosterona Livre	2	R\$ 27,96
114. Testosterona Total	4	R\$ 39,26
115. Tipagem sanguínea	8	R\$ 7,09
116. Tiroxina Livre (T4 Livre)	41	R\$ 18,57
117. Toxoplasmose IgG Método IFI	4	R\$ 24,31
118. Toxoplasmose IGM Método IFI	4	R\$ 18,31
119. Transferrina	1	R\$ 19,10
120. Triglicerídios	111	R\$ 8,09
121. TSH Ultra – sensível	96	R\$ 18,57
122. Uréia	15	R\$ 4,78
123. Urocultura com Antibiograma	35	R\$ 17,02
124. VDRL	5	R\$ 6,26
125. Vitamina B12	23	R\$ 22,17
126. VSG – Hemossedimentação	15	R\$ 4,18
127. WAALER – ROSE	1	R\$ 10,48
128. Widal – Reação	1	R\$ 24,08
129. Zinco Eritrocitário	4	R\$ 45,30



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL

DESCRIÇÃO DO TIPO DE EXAME	Quantidade estimada mensal	Valor unitário
130. Zinco Sérico	1	R\$ 23,96
131. VIT D	41	R\$ 33,55

2.2. Os valores serão reajustados anualmente, pelo IPCA (IBGE) do período, iniciando após 12 (doze) meses da data de publicação do Edital e assim sucessivamente a cada 12 (doze) meses, com base sempre na data de publicação do Edital de Chamamento Público nº 004/2023.

2.3. As autorizações dos exames laboratoriais realizados pelo presente instrumento obedecerão ao teto mensal de R\$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais), controle que ficará a cargo da Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social. O valor do teto mensal será dividido entre todas as empresas credenciadas.

2.4. As quantidades constantes na tabela acima são meramente estimadas, não ensejando obrigação em contratar a totalidade dos exames durante o período. Além disso, a quantidade será dividida entre todos os CREDENCIADOS, dentro do teto mensal, não havendo predefinição da quantidade de exames a serem executados por cada empresa, pois a escolha do laboratório credenciado ficará a cargo dos usuários/pacientes.

2.5. A CREDENCIADA não poderá cobrar dos pacientes qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços nos termos deste termo.

2.6. O pagamento pelos serviços prestados pela CREDENCIADA será efetuado mensalmente, obedecendo a ordem cronológica de pagamentos e ao previsto no Decreto nº 021/2016.

2.7. O pagamento pelos serviços será efetuado mensalmente, obedecendo a ordem cronológica de pagamentos e ao previsto no Decreto nº 021/2016.

2.8. O pagamento estará estritamente vinculado ao número de exames realizados, autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social, e conforme valores unitários constantes neste termo.

2.9. Para o pagamento, a CREDENCIADA deverá apresentar Nota Fiscal acompanhada da relação dos atendimentos, constando o nome do paciente, tipo de exame, data de realização do exame, quantidade e valor, além das respectivas requisições autorizadas pela Secretaria, até o último dia útil do mês da prestação dos serviços.

2.10. A liquidação da Nota Fiscal deverá ocorrer até o último dia útil do mês de prestação dos serviços e o pagamento deverá ocorrer até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente.

2.11. A CREDENCIADA, para recebimento das parcelas, deverá comprovar o recolhimento do FGTS e INSS, caso incida. A CREDENCIADA ficará sujeita a matrícula do INSS ou retenção para a seguridade Social, no que couber, sendo processadas as retenções a título de contribuição previdenciária conforme Instrução Normativa MPS/SRP nº 03, de 14 de julho de 2005. Caso não incida, a CREDENCIADA deverá comprovar a inexigibilidade das retenções.

2.12. O imposto sobre serviços será retido pelo Município, na forma e percentuais previstos nas Leis Municipais 388/2003 (Código Tributário Municipal) e 827/2017 ou, se for o caso, com base no que dispõe a legislação do Simples Nacional.

2.13. Junto ao corpo da Nota Fiscal/Fatura é recomendado fazer constar, para fins de pagamento, informações relativas ao nome e número do banco, da agência e da c/c da CREDENCIADA, bem como, se a empresa é optante do "SIMPLES".

2.14. Em sendo optante do "SIMPLES" a CREDENCIADA deverá apresentar documento expedido pela Receita Federal demonstrando essa condição, bem como declaração firmada por Contador indicando em qual faixa de tributação e qual o percentual que deverá ser descontado referente ao ISSQN. O descumprimento da exigência contida neste parágrafo ocasionará o não pagamento do valor até a regularização desta reivindicação.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL

2.15. Para fins de Imposto de Renda Retido na Fonte de que trata o art. 158, inciso I, da Constituição da República, o Município observará o disposto no art. 64 da Lei Federal nº 9.430/1996 e também a Instrução Normativa da Receita Federal do Brasil nº 1.234/2012.

2.16. As despesas oriundas deste termo correrão por conta da seguinte dotação orçamentária:

ÓRGÃO	06	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL
UNIDADE	01	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
ATIVIDADE	2060	Convênios e Contratos com Instituições e Profissionais de Saúde
FR STN	0500	Recursos não Vinculados de Impostos
FR GERENCIAL	0040	ASPS
3.3.90.39.50.00	6961	SERVICOS MÉDICO-HOSPITALAR, ODONTOLÓGICOS E LABORATORIAIS

2.17. Nenhum pagamento isentará a CREDENCIADA das responsabilidades assumidas neste termo, quaisquer que sejam.

3.0 DOS PRAZOS:

3.1. O presente Termo de Credenciamento terá vigência pelo período de 12 (doze) meses a contar da data de sua assinatura, podendo ser prorrogados por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 (sessenta) meses de acordo com o Inciso II do Artigo 57 da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores.

4.0 DA EXECUÇÃO, RESPONSABILIDADES E FISCALIZAÇÃO:

4.1 - A execução do presente termo compreende os seguintes serviços:

- a) Os exames somente poderão ser realizados mediante apresentação pelo usuário de termo de autorização expedido pela Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social de Boa Vista do Sul;
- b) Os serviços deverão ser realizados nas dependências da CREDENCIADA, através de seus profissionais e equipamentos, devendo os atendimentos serem realizados diariamente, de segunda a sexta-feira;
- c) A CREDENCIADA obriga-se a fornecer sem custos adicionais os materiais (seringas, agulhas, recipientes para armazenamento de urina, fezes e sangue, etc.) para as coletas dos materiais a serem analisados, que deverão ser coletados por profissionais da prestadora dos serviços.

4.2 - É vedado o trabalho da CREDENCIADA em dependências ou setores próprios do Município.

4.3 - O Município reserva-se o direito de fiscalizar, de forma permanente, a prestação dos serviços pelos credenciados, podendo proceder ao desc credenciamento, em caso de má prestação ou fraude.

4.11 – As credenciadas deverão utilizar o Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), para apresentação da produção ambulatorial mensal.

4.12 – O Relatório de Produção Mensal SIA/SUS – BPA deverá ser entregue em meio digital para o e-mail da Secretaria Municipal de Saúde (direcaosaude@boavistasul.rs.gov.br) até o 5ª (quinto) dia útil do mês subsequente à prestação do serviço.

4.11 – Os exames laboratoriais de bioquímica (hematologia, urinálise, imunologia e hormônios), deverão ser realizados de forma automatizada, sob pena de desc credenciamento.

5.0 OBRIGAÇÕES DA CREDENCIADA

5.1. A CREDENCIADA deverá responsabilizar-se pelo cumprimento, por parte de seus profissionais, de todas as normas disciplinares determinadas pelo Município.

5.2. Os responsáveis da CREDENCIADA terão a obrigação de se reportar, quando houver necessidade, ao responsável pelo acompanhamento dos serviços designado pela Secretaria Municipal da Saúde e Assistência Social de Boa Vista do Sul, e tomar todas as providências pertinentes para que sejam corrigidas eventuais falhas detectadas.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL

5.3. A CREDENCIADA obriga-se a disponibilizar para os serviços contratados pessoas com a qualificação adequada ao objeto deste Termo.

5.4. A CREDENCIADA é a única responsável por quaisquer danos materiais e/ou pessoais causados ao Município CREDENCIANTE, aos usuários ou terceiros, provocados por seus profissionais ou prepostos, ainda que por omissão involuntária, não excluindo ou reduzindo esta responsabilidade a fiscalização ou acompanhamento dos serviços pelo Município.

5.5. A CREDENCIADA responsabilizar-se-á, caso ocorra eventualmente à paralisação dos serviços por parte dos seus profissionais, pela continuidade dos mesmos sem qualquer ônus ao CREDENCIANTE.

5.6. Constituir-se-ão ainda OBRIGAÇÕES DA CREDENCIADA:

5.6.1. Realizar os serviços credenciados com elevada qualidade e eficiência;

5.6.2. Conhecer detalhadamente todas as cláusulas e condições contratuais;

5.6.3. Realizar com seus próprios recursos todas as obrigações relacionadas com o objeto do credenciamento de acordo com as especificações determinadas, assumindo a responsabilidade técnica pelos serviços prestados.

5.6.4. Cumprir as legislações federais, estaduais e municipais pertinentes, e se responsabilizar pelos danos e encargos de qualquer espécie decorrentes de ações ou omissões, culposas ou dolosas, que praticar;

5.6.5. Pagar e recolher todos os impostos e demais encargos, tais como trabalhistas, previdenciários, sociais e comerciais, prêmios de seguro e de acidente de trabalho que forem devidos em decorrência do objeto do credenciamento;

5.6.6. Manter, durante toda a execução do termo de credenciamento, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no mesmo.

5.7. Será de responsabilidade exclusiva da CREDENCIADA o ressarcimento de eventuais prejuízos decorrentes da má prestação dos serviços.

5.8. Apresentar, quando solicitado pelo CREDENCIANTE, relação completa dos profissionais, indicando os cargos, funções e respectivos nomes completos, bem como, o demonstrativo do tempo alocado e cronograma respectivo;

5.9. Manter as informações e dados dos pacientes em caráter de absoluta confidencialidade e sigilo, ficando expressamente proibida a sua divulgação para terceiros, por qualquer meio, obrigando-se, ainda, a efetuar a entrega para o CREDENCIANTE de todos os documentos envolvidos, em ato simultâneo à entrega do relatório final ou do trabalho contratado.

6.0 OBRIGAÇÕES DO CREDENCIANTE:

6.1. Realizar o controle da demanda de análises laboratoriais e emissão das autorizações aos usuários, conforme políticas públicas da Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social.

6.2. Exercer a fiscalização da execução do presente Termo de Credenciamento, por meio do(a) servidor(a), designado(a) nos termos do art. 67 da Lei 8.666/93.

6.3. Prestar todas as informações e esclarecimentos necessários para a fiel execução contratual, que venham a ser solicitados pelos técnicos das credenciadas.

6.4. Realizar os pagamentos conforme acordado no presente instrumento.

7 - DAS MULTAS E PENALIDADES:

7.1. Pelo inadimplemento das obrigações, a CREDENCIADA, conforme a infração, estará sujeita às seguintes penalidades:

a) Advertência;

b) Multa(s), independentes entre si, podendo ser aplicadas isoladas ou cumulativamente com os itens descritos abaixo, que deverá(ão) ser recolhida(s) por meio de Guia de Recolhimento Municipal, a ser preenchida de acordo com instruções fornecidas pela CONTRATANTE:

i. pelo atraso injustificado no início, na execução e/ou conclusão dos serviços, nos prazos previstos neste edital, será aplicada multa moratória na razão de 0,5% (cinco



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL

centésimo por cento) ao dia, sobre o valor da parcela inadimplida, até 30 (trinta) dias de atraso. Contudo, a qualquer momento, em decorrência do atraso, poderá, justificadamente, ser cancelada a nota de empenho, rescindido o contrato e/ou imputada à CREDENCIADA a pena prevista no art. 87, III, da lei nº 8.666/93 e suas alterações, pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses;

ii. pela não prestação dos serviços, de sua entrega e/ou de suas etapas, sem justa causa, será aplicado multa na razão de 15% (quinze por cento) da parcela inadimplida, podendo, também, ser cancelada a nota de empenho, rescindido o contrato e/ou imputada à CREDENCIADA a pena prevista no art. 87, III, da Lei nº 8.666/93 e suas alterações.

iii. quando da reincidência em irregularidade notificada pelo Município, sem a pronta adequação, será aplicada a multa correspondente a infração cometida conforme subitens anteriores, acrescido de 50% (cinquenta por cento) do valor da multa, podendo, ainda, ser cancelada a nota de empenho, rescindido o contrato e/ou imputada à CREDENCIADA a pena prevista no art. 87, III, da lei nº 8.666/93 e suas alterações, pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses.

iv. pela subcontratação de serviços não permitidos será aplicada multa da razão de 5% (cinco por cento) sobre o valor global da proposta, e no caso de reincidência será cancelada a nota empenho, rescindido o contrato e/ou imputada à CREDENCIADA a pena prevista no art. 87, III, da lei nº 8.666/93 e suas alterações, pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses.

v. pela apresentação de documentação falsa, retardamento na execução do objeto, não manutenção da proposta, comportamento inidôneo e fraude ou falha na execução do contrato poderá ser cancelada a nota de empenho, rescindido o contrato e/ou imputada à CREDENCIADA a pena prevista no art. 87, III, da lei nº 8.666/93 e suas alterações, pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses.

vi. pelo descumprimento das normas relativas à segurança do trabalho, será aplicada multa na razão de 2% (dois por centos) até 10% (dez por cento) sobre o valor total deste contrato, conforme a gravidade da infração cometida pela CREDENCIADA, podendo, também, ser anulada a nota empenho, rescindido o contrato e/ou imputada à CREDENCIADA a pena prevista no art. 87, III, da lei nº 8.666/93 e suas alterações, pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses.

8.0 DA RESCISÃO:

8.1. O presente termo de credenciamento poderá ser rescindido nos seguintes casos:

- a) por ato unilateral ou escrito do CREDENCIANTE;
- b) não cumprimento ou cumprimento irregular das obrigações contratuais;
- c) paralisação, sem causa e sem prévia comunicação, dos serviços;
- d) subcontratação total ou parcial do objeto contratado, sem prévia autorização do CREDENCIANTE;
- e) razões de interesse público;
- f) judicialmente, nos termos da legislação processual vigente;
- g) liquidação judicial ou extrajudicial, concordata ou falência da CREDENCIADA.

8.2. Verificada a infração do contrato, o CREDENCIANTE notificará a CREDENCIADA, para que purgue a mora, no prazo fixado, sem prejuízo de responder por perdas e danos decorrentes dessa mora.

8.3. A CREDENCIADA indenizará o CREDENCIANTE por todos os prejuízos que este vier a causar em decorrência da rescisão deste Termo de Credenciamento por inadimplemento de suas obrigações, inclusive, perdas e danos porventura decorrentes para o Município.

8.4. Uma vez rescindido o presente termo, e desde que ressarcido de todos os prejuízos, o CREDENCIANTE poderá efetuar à CREDENCIADA o pagamento de serviços corretamente executados.

8.5. Em caso de procedimento judicial, para a rescisão do termo de credenciamento, sujeitará a CREDENCIADA à multa convencional de 10% (dez por cento) sobre o valor mensal deste Termo, multiplicado por doze, mais perdas e danos, custas e honorários advocatícios.



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL**

9.0 – DAS CONDIÇÕES DE HABILITAÇÃO

9.1. Fica a CREDENCIADA obrigada a manter, em compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, durante a execução do presente termo, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no processo que deu origem ao mesmo.

10.0 DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:

10.1. Toda e qualquer modificação somente poderá ser introduzida ao presente termos de credenciamento através de aditamento, expressamente autorizado pela autoridade competente.

10.2. A CREDENCIADA assume exclusiva responsabilidade pelo cumprimento de todas as obrigações decorrentes da execução do presente Termo, sejam de natureza trabalhista, fiscal, previdenciária, social, comercial, civil, inexistindo qualquer espécie de solidariedade do CREDENCIANTE relativamente a esses encargos, inclusive, os que contratualmente advierem de prejuízos causados a terceiros.

10.3. Ocorrendo o fato de algum tipo de serviço ter que ser realizado por terceiros, a CREDENCIADA assumirá integralmente estes custos, devendo, no entanto, sempre apresentar relatório específico dos serviços realizados, assumindo ainda, todos os custos da prestação deste serviço, e não podendo cobrar qualquer tipo de acréscimo decorrente desta terceirização dos serviços.

10.4. Todas as condições e exigências que constam do Edital de Chamamento Público nº 004/2023, fazem parte integrante do presente Termo, como se aqui estivessem transcritas.

10.5. As partes elegem o Foro da Comarca de Garibaldi/RS, para dirimirem as dúvidas acaso emergentes do presente Termo.

10.6. O presente Termo de Credenciamento obriga os CREDENCIADOS, seus herdeiros e/ou sucessores, ao integral cumprimento do aqui avençado.

E, por estarem assim, plenamente ajustados, firmam o presente Termo em 03 (três) vias de igual forma e teor, na presença de duas testemunhas instrumentais, para que produza os seus legais e jurídicos efeitos.

Boa Vista do Sul, ____ de _____ de _____.

MUNICÍPIO DE BOA VISTA DO SUL

XXXXXXX

XXXXXXXXX

CREDENCIANTE

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CREDENCIADA

TESTEMUNHAS:

Nome:
CPF:

Nome:
CPF:



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL**

**ANEXO IV
DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE**

DECLARAÇÃO

DADOS DA EMPRESA:

RAZÃO SOCIAL: _____

CNPJ/MF/Nº: _____ INSC. ESTADUAL: _____

ENDEREÇO: _____

Na qualidade de representante legal da empresa acima descrita, declaro sob as penas da lei e para os fins do Edital de Chamamento Público nº 004/2023, que a Empresa por mim apresentada, não está suspensa temporariamente da participação em licitações, nem impedida de contratar com o Poder Público. E, da mesma forma, não está na situação de empresa inidônea para licitar ou contratar com o Poder Público, na forma dos Incisos III e IV, do Artigo 87 da Lei Federal Nº 8.666/93 e alterações posteriores.

LOCAL, ____ de _____ de _____.

Assinatura

Nome: