

## CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2024

### CRENCIAMENTO PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DA ÁREA DA SAÚDE PARA ATENDIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).

#### PREÂMBULO

1.1 – O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã – através da Comissão Permanente de Licitação, designada pela PORTARIA Nº 36/2023, publicada no Diário Oficial no dia 04 de dezembro de 2023 edição 1277, e em conformidade com a Lei nº 14.133/2021, suas alterações, Lei nº 8.080/90, Portaria nº 1286/93 de Ministério da Saúde e demais legislações aplicáveis, que instituem este chamamento, **torna público** a realização do **CRENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS NA ÁREA DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**, para prestação de serviços durante o exercício de 2024, conforme suas necessidades e de acordo com os serviços e valores oriundos da Tabela de Valores, Resolução 05/2024 publicada no site oficial do **CIS/IVAIPORÃ**, no dia 05 de fevereiro de 2024, edição nº 1297 referidas no item 2 – Objeto deste instrumento, nos termos e condições a seguir:

#### 2 – OBJETO

2.1 – O presente Chamamento Público tem por objeto o Credenciamento de pessoas jurídicas na área da saúde para atendimento do sistema único de saúde (SUS), para a realização dos procedimentos constantes no anexo I, conforme segue:

Nº	PROCEDIMENTO - FPO (SUS)	CÓDIGO SUS	VALOR
<b>PROCEDIMENTO CIRÚRGICOS (MÉDIA)</b>			
1	CURATIVO GRAU II COM OU SEM DEBRIDAMENTO	04.01.01.001-5	R\$ 32,40
<b>PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA (ALTA)</b>			
<b>RESSONÂNCIAS</b>			
2	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	02.07.01.002-1	R\$ 268,75
3	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	02.07.01.003-0	R\$ 268,75
4	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	02.07.01.004-8	R\$ 268,75
5	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	02.07.01.005-6	R\$ 268,75
6	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	02.07.01.006-4	R\$ 268,75
7	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	02.07.01.007-2	R\$ 268,75
8	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE	02.07.02.001-9	R\$ 361,25
9	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	02.07.02.002-7	R\$ 268,75
10	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	02.07.02.003-5	R\$ 268,75
11	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	02.07.03.001-4	R\$ 268,75
12	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	02.07.03.002-2	R\$ 268,75
13	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	02.07.03.003-0	R\$ 268,75
<b>TOMOGRÁFIAS</b>			
14	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	02 06 01 001-0	R\$ 86,76
15	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO SACRA	02 06 01 002-6	R\$ 101,10

16	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/OU S/ CONTRASTE	02.06.01.003-9	R\$ 86,76
17	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	02.06.01.007-9	R\$ 97,44
18	TOMOGRAFIA COMP. DE ARTICULAÇÃO DE MEMBRO SUPERIOR	02.06.02.001-5	R\$ 86,75
19	TOMOGRAFIA COMP. DE ARTICULAÇÃO DE MEMBRO INFERIOR	02.06.03.002-9	R\$ 86,75
20	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE/ BACIA / ABDÔMEN INFERIOR	02.06.03.003-7	R\$ 138,63
<b>PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA (LAB - MÉDIA)</b>			
<b>EXAMES LABORATÓRIAS</b>			
21	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	02.02.01.002-3	R\$ 2,01
22	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	02.02.01.007-4	R\$ 10,00
23	DOSAGEM DE ACIDO URICO	02.02.01.012-0	R\$ 1,85
24	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	02.02.01.013-9	R\$ 9,00
25	DOSAGEM DE ALDOLASE	02.02.01.014-7	R\$ 3,68
26	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	02.02.01.015-5	R\$ 3,68
27	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	02.02.01.016-3	R\$ 3,68
28	DOSAGEM DE AMILASE	02.02.01.018-0	R\$ 2,25
29	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	02.02.01.020-1	R\$ 2,01
30	DOSAGEM DE CALCIO	02.02.01.021-0	R\$ 1,85
31	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	02.02.01.022-8	R\$ 3,51
32	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	02.02.01.027-9	R\$ 3,51
33	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	02.02.01.028-7	R\$ 3,51
34	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	02.02.01.029-5	R\$ 1,85
35	DOSAGEM DE COLINESTERASE	02.02.01.030-9	R\$ 3,68
36	DOSAGEM DE CREATININA	02.02.01.031-7	R\$ 1,85
37	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	02.02.01.032-5	R\$ 3,68
38	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	02.02.01.033-3	R\$ 4,12
39	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	02.02.01.036-8	R\$ 3,68
40	DOSAGEM DE FERRITINA	02.02.01.038-4	R\$ 15,59
41	DOSAGEM DE FERRO SERICO	02.02.01.039-2	R\$ 3,51
42	DOSAGEM DE FOLATO	02.02.01.040-6	R\$ 15,65
43	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	02.02.01.042-2	R\$ 2,01
44	DOSAGEM DE FOSFORO	02.02.01.043-0	R\$ 1,85
45	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	02.02.01.046-5	R\$ 3,51
46	DOSAGEM DE GLICOSE	02.02.01.047-3	R\$ 1,85
47	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	02.02.01.048-1	R\$ 3,68
48	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	02.02.01.050-3	R\$ 7,86
49	DOSAGEM DE LACTATO	02.02.01.053-8	R\$ 3,68
50	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	02.02.01.057-0	R\$ 2,01
51	DOSAGEM DE POTASSIO	02.02.01.060-0	R\$ 1,85
52	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	02.02.01.061-9	R\$ 1,40
53	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	02.02.01.062-7	R\$ 1,85
54	DOSAGEM DE SODIO	02.02.01.063-5	R\$ 1,85
55	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	02.02.01.064-3	R\$ 2,01
56	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	02.02.01.065-1	R\$ 2,01
57	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	02.02.01.066-0	R\$ 4,12
58	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	02.02.01.067-8	R\$ 3,51
59	DOSAGEM DE UREIA	02.02.01.069-4	R\$ 1,85
60	DOSAGEM DE VITAMINA B12	02.02.01.070-8	R\$ 15,24
61	ELETROFORESE DE PROTEINAS	02.02.01.072-4	R\$ 4,42
62	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE)	02.02.01.073-2	R\$ 15,65

63	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	02.02.01.076-7	R\$ 15,24
64	CONTAGEM DE PLAQUETAS	02.02.02.002-9	R\$ 2,73
65	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	02.02.02.003-7	R\$ 2,73
66	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	02.02.02.007-0	R\$ 2,73
67	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	02.02.02.009-6	R\$ 2,73
68	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	02.02.02.013-4	R\$ 5,77
69	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	02.02.02.014-2	R\$ 2,73
70	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSIDIMENTAÇÃO (VHS)	02.02.02.015-0	R\$ 2,73
71	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	02.02.02.017-7	R\$ 6,48
72	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	02.02.02.030-4	R\$ 1,53
73	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	02.02.02.030-4	R\$ 1,53
74	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	02.02.02.036-3	R\$ 2,73
75	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	R\$ 4,11
76	PROVA DE RETRAÇÃO DO COAGULO	02.02.02.049-5	R\$ 2,73
77	PROVA DO LACO	02.02.02.050-9	R\$ 2,73
78	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	02.02.02.054-1	R\$ 2,73
79	DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO (CH50)	02.02.03.006-7	R\$ 6,25
80	DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE	02.02.03.007-5	R\$ 2,83
81	DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	R\$ 9,25
82	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	02.02.03.009-1	R\$ 15,06
83	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	02.02.03.010-5	R\$ 16,42
84	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	02.02.03.011-3	R\$ 13,55
85	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	02.02.03.012-1	R\$ 17,16
86	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	02.02.03.013-0	R\$ 17,16
87	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	02.02.03.014-8	R\$ 2,83
88	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	02.02.03.015-6	R\$ 17,16
89	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	02.02.03.016-4	R\$ 9,25
90	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	02.02.03.018-0	R\$ 17,16
91	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	02.02.03.025-3	R\$ 10,00
92	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	02.02.03.026-1	R\$ 10,00
93	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	02.02.03.027-0	R\$ 8,67
94	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	02.02.03.030-0	R\$ 10,00
95	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	02.02.03.031-8	R\$ 18,55
96	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	02.02.03.032-6	R\$ 17,16
97	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	02.02.03.034-2	R\$ 17,16
98	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	02.02.03.035-0	R\$ 18,55
99	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	02.02.03.036-9	R\$ 18,55
100	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	02.02.03.038-5	R\$ 10,00
101	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	02.02.03.041-5	R\$ 5,83
102	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	02.02.03.045-8	R\$ 10,00
103	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	02.02.03.047-4	R\$ 2,83
104	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	02.02.03.051-2	R\$ 10,00
105	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	02.02.03.055-5	R\$ 17,16
106	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	02.02.03.059-8	R\$ 17,16
107	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	02.02.03.063-6	R\$ 18,55
108	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	02.02.03.064-4	R\$ 18,55
109	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	02.02.03.067-9	R\$ 18,55
110	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	02.02.03.074-1	R\$ 11,00

111	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	02.02.03.075-0	R\$ 9,25
112	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	02.02.03.076-8	R\$ 16,97
113	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)	02.02.03.078-4	R\$ 18,55
114	PESQUISA ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	02.02.03.079-2	R\$ 30,00
115	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	02.02.03.080-6	R\$ 18,55
116	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	02.02.03.081-4	R\$ 17,16
117	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	02.02.03.082-2	R\$ 17,16
118	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	02.02.03.083-0	R\$ 17,16
119	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	02.02.03.084-9	R\$ 17,16
120	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	02.02.03.085-7	R\$ 11,61
121	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	02.02.03.086-5	R\$ 10,00
122	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	02.02.03.087-3	R\$ 18,55
123	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	02.02.03.089-0	R\$ 18,55
124	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	02.02.03.090-3	R\$ 20,00
125	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	02.02.03.091-1	R\$ 18,55
126	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	02.02.03.092-0	R\$ 17,16
127	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	02.02.03.093-8	R\$ 17,16
128	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	02.02.03.094-6	R\$ 17,16
129	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	02.02.03.095-4	R\$ 17,16
130	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	02.02.03.096-2	R\$ 13,35
131	PESQUISA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	02.02.03.097-0	R\$ 18,55
132	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	02.02.03.098-9	R\$ 18,55
133	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	02.02.03.100-4	R\$ 2,83
134	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	02.02.03.101-2	R\$ 4,10
135	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECÍFICA	02.02.03.103-9	R\$ 9,25
136	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	02.02.03.104-7	R\$ 10,00
137	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	02.02.03.112-8	R\$ 10,00
138	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	02.02.03.113-6	R\$ 10,00
139	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	02.02.04.005-4	R\$ 1,65
140	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	02.02.04.009-7	R\$ 1,65
141	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	02.02.04.010-0	R\$ 1,65
142	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	02.02.04.012-7	R\$ 1,65
143	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	02.02.04.013-5	R\$ 10,25
144	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	02.02.04.014-3	R\$ 1,65
145	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS/SEDIMENTO/ URINA	02.02.05.001-7	R\$ 3,70
146	CLEARANCE DE CREATININA	02.02.05.002-5	R\$ 3,51
147	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	02.02.05.009-2	R\$ 8,12
148	DOSAGEM DE OXALATO	02.02.05.010-6	R\$ 3,68
149	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	02.02.06.004-7	R\$ 10,20
150	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	02.02.06.007-1	R\$ 6,72
151	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	02.02.06.008-0	R\$ 14,12
152	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	02.02.06.011-0	R\$ 11,53
153	DOSAGEM DE CORTISOL	02.02.06.013-6	R\$ 9,86
154	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	02.02.06.014-4	R\$ 11,25



155	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	02.02.06.015-2	R\$ 11,71
156	DOSAGEM DE ESTRADIOL	02.02.06.016-0	R\$ 10,15
157	DOSAGEM DE ESTRIOL	02.02.06.017-9	R\$ 11,55
158	DOSAGEM DE ESTRONA	02.02.06.018-7	R\$ 11,12
159	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	02.02.06.021-7	R\$ 7,85
160	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	02.02.06.022-5	R\$ 10,21
161	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	02.02.06.023-3	R\$ 7,89
162	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	02.02.06.024-1	R\$ 8,97
163	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	02.02.06.025-0	R\$ 8,96
164	DOSAGEM DE INSULINA	02.02.06.026-8	R\$ 10,17
165	DOSAGEM DE PARATORMONIO	02.02.06.027-6	R\$ 43,13
166	DOSAGEM DE PROLACTINA	02.02.06.030-6	R\$ 10,15
167	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	02.02.06.032-2	R\$ 15,35
168	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	02.02.06.033-0	R\$ 13,11
169	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	02.02.06.034-9	R\$ 10,43
170	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	02.02.06.035-7	R\$ 13,11
171	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	02.02.06.036-5	R\$ 15,35
172	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	02.02.06.037-3	R\$ 8,76
173	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	02.02.06.038-1	R\$ 11,60
174	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	02.02.06.039-0	R\$ 8,71
175	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	02.02.06.047-0	R\$ 12,15
176	ANTIBIOGRAMA	02.02.08.001-3	R\$ 4,98
177	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSEIASE)	02.02.08.005-6	R\$ 4,20
178	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	02.02.08.006-4	R\$ 4,20
179	BACTEROSCOPIA (GRAM)	02.02.08.007-2	R\$ 2,80
180	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	02.02.08.008-0	R\$ 5,62
181	CULTURA PARA BAAR	02.02.08.011-0	R\$ 5,63
182	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	02.02.08.013-7	R\$ 4,19
183	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	02.02.08.014-5	R\$ 2,80
184	HEMOCULTURA	02.02.08.015-3	R\$ 11,49
185	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	02.02.08.021-8	R\$ 4,33
186	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	02.02.12.002-3	R\$ 1,37
187	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	02.02.12.008-2	R\$ 1,37
188	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	02.02.12.009-0	R\$ 2,73
189	DOSAGEM DE TROPONINA	02.02.03.120-9	R\$ 9,00
190	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	02.02.03.111-0	R\$ 2,83

### 3 – CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO

3.1 – Poderão participar do Credenciamento 2024 os profissionais nas áreas da saúde indicadas no item 2.1, desde que, atendidos os requisitos exigidos no item 6.1 do instrumento convocatório.

3.2 – É vedada a participação no Credenciamento de interessados que estejam cumprindo sanções administrativas previstas na Lei nº 14.133/21 e Resolução nº 09/2023 do CIS Ivaiporã, ou legislações congêneres.

3.3 – Não poderão participar do Credenciamento os profissionais concursados que integrarem o quadro de pessoal efetivo do CIS/IVAIPORÃ - **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ.**

3.4 – Não poderão participar do Credenciamento os anteriormente descredenciados pelo CIS- IVAIPORÃ, por descumprimento de cláusulas contratuais ou irregularidades na execução dos serviços prestados.

#### **4 – FORMAS DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO**

4.1 – Os interessados poderão inscrever-se a partir da publicação do presente instrumento.

4.2 – Serão considerados credenciados, os profissionais, pessoas jurídicas, que apresentarem no prazo todos os Documentos elencados no item 6.1 deste instrumento, devendo obrigatoriamente participar do processo de inexigibilidade a ser realizado.

4.3 – Os interessados poderão inscrever-se para Credenciamento 03/2024, a **partir do dia 19/02/2024.**

4.4 – Os interessados poderão solicitar a inscrição no Setor de Licitações e Contratos e acesso à internet – [www.cisvaipora.com.br](http://www.cisvaipora.com.br) a qualquer momento, sendo sua contratação realizada conforme necessidade do **CIS/ IVAIPORÃ.**

#### **5 – FORMAS DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS**

5.1 – Os interessados deverão encaminhar os documentos relacionados no item 6.1 ao Setor de Licitações e Contratos, na sede administrativa do **CIS/ IVAIPORÃ**, localizado na Rua Diva Proença, nº 500 – centro, no horário das 08h30min às 11h30min e das 13h30min às 16h30min em dias de expediente, devendo os mesmos ser envelopados, contendo no seu bojo o que segue:

##### **CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS NA ÁREA DA SAÚDE**

**CREDENCIAMENTO:**

**EMPRESA INTERESSADA:**

**ENDEREÇO:**

**TELEFONE PARA CONTATO:**

Parágrafo único: serão protocolados somente os pedidos de credenciamento que apresentarem a documentação completa exigida no edital.

#### **6 – DOCUMENTAÇÕES REFERENTES À HABILITAÇÃO**

6.1 – Para o credenciamento, os profissionais, pessoa jurídica, deverão apresentar ao setor de licitações e contratos do **CIS/ IVAIPORÃ – CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ** a documentação informada abaixo, devendo ser entregue em 01 (uma) via, por processo de cópia simples acompanhada do documento original para autenticação no **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ**, conforme exigência do artigo 12, IV da Lei 14.133/2021.

## 6.2. – DOCUMENTAÇÃO:

### PARA COMPROVAR A REGULARIDADE DA EMPRESA FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR OS SEGUINTE DOCUMENTOS:

a) Anexos II, III, IV e V, VI, VII em papel timbrado da empresa, conforme modelo disponível em anexo.

b) Registro comercial em caso de empresa individual, ou Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social em caso de Instituição. Sendo apresentado Estatuto Social deverá ser apresentada juntamente a cópia da Ata de Eleição do representante legal da Instituição;

c) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CARTÃO CNPJ);

d) Alvará de licença para funcionamento e licença sanitária do local onde serão realizados os atendimentos, devidamente atualizado e válido a época do requerimento.

e) Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Estadual;

f) Prova de regularidade fiscal com a Fazenda Federal, conforme Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751/14 (que regulamenta a Portaria do Ministério da Fazenda nº 358/14), unificaram as certidões de regularidade fiscal de tributos federais e de contribuições previdenciárias;

g) Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Municipal da cidade sede da empresa;

h) Prova de regularidade fiscal relativo ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);

i) 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.

j) Certificado de Inscrição de Empresa Credenciada no respectivo Conselho da Classe Profissional;

**Observação:** *Somente serão aceitos certificados de regularidade de Inscrição de Pessoa Jurídica de outros Conselhos de Classe, quando o requerimento para credenciamento se destinar a procedimentos diversos da medicina.*

k) Cédula de identidade do representante legal da empresa interessada e do profissional responsável técnico na prestação de serviços;

l) CPF do representante legal da empresa interessada e do profissional responsável técnico na prestação de serviços;

m) Certidão de participação ativa em ensaio de proficiência (Conforme Resolução SESA 368/2013, publicada no Diário Oficial do Estado em 12/06/2013, aplicável aos laboratórios de análises clínicas);

### 6.3 PROFISSIONAIS ATUANTES

a) Cédula de identidade dos profissionais atuantes;

b) CPF dos profissionais atuantes;

c) Comprovante de residência dos profissionais atuantes.

d) Comprovante de inscrição no Conselho Regional da Categoria dos profissionais atuantes;

e) Número de inscrição no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde dos profissionais atuantes

f) Diploma de curso superior do responsável técnico pela prestação de serviços, devidamente registrado no Conselho da Classe Profissional, (frente e verso);

g) Certificado de especialidade na área pretendida, (residência médica e ou certificado de especialidade com no mínimo 360 horas), quando exigido, do Profissional Responsável técnico pela prestação de serviços, devidamente registrado no Conselho da Classe Profissional, (frente e verso).

h) Certidão de conduta ético-profissional emitida pelo respectivo Conselho da Classe Profissional, válida para o ano.

i) Cartão Nacional do SUS.

j) Comprovação de vínculo de todos os profissionais com a empresa;

j1) Profissional da saúde: sócio proprietário ou cotista, em caso de exercer direção técnica da empresa, cópia do contrato social e suas modificações em vigor ou última ata de eleição da diretoria devidamente registrada no órgão competente;

j2) Profissional da saúde, com vínculo empregatício com a empresa, cópia do registro em carteira de trabalho ou ficha de registro de empregados;

j3) Profissional da saúde, credenciado ou prestador de serviço autônomo, com vínculo contratual com a empresa; cópia do contrato de prestação de serviço ou termo de declaração conforme anexo VI;

**PARÁGRAFO UNICO:** São de inteira responsabilidade da empresa credenciada, manter atualizados todos documentações exigidas no Item 6.2 desse instrumento, principalmente no que



diz respeito às certidões negativas de débito, antes a expiração da data de validade, bem como informar e encaminhar ao **CIS/ IVAIPORÃ** - toda e qualquer alteração ocorrida na empresa após o credenciamento.

## **7 – PROCEDIMENTOS DO CREDENCIAMENTO**

7.1 – O credenciamento será amplamente divulgado e estará permanentemente aberto aos interessados, obrigando-se a unidade por ele responsável a proceder, no mínimo anualmente, através da imprensa oficial e de jornal diário a chamamento público para a atualização dos registros existentes e para o ingresso de novos interessados, conforme art. 87, §1º da Lei nº 14.133/2021.

7.1.1 – O inteiro teor deste Chamamento Público nº 03/2024 também estará fixado em edital interno e acessível ao público nas repartições administrativas do **CIS/ IVAIPORÃ - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ**, na Rua Professora Diva Proença, 500, na cidade de Ivaiporã- PR.

7.2 – Ao requerer a inscrição no Setor de Licitações e Contratos, ou atualização deste, a qualquer tempo, o interessado fornecerá os elementos necessários à satisfação das exigências contidas no item 6.2 deste instrumento. Posteriormente o **CIS/ IVAIPORÃ - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ** fará uma avaliação das condições técnicas do credenciado, o qual deverá atender às necessidades e especificações exigidas a cada caso.

7.3 – Somente serão considerados credenciados os prestadores que foram aprovados pela avaliação técnica, realizada pela assessoria jurídica e Comissão de Contratação do CIS.

7.4 – A qualquer tempo o credenciamento poderá ser alterado, suspenso ou cancelado. Do mesmo modo o **CIS/ IVAIPORÃ - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ** poderá cancelar o atendimento do credenciado que deixar de satisfazer as exigências estabelecidas para o credenciamento, desde que comunicado por escrito com 30 (trinta) dias de antecedência, bem como do credenciado que suspender o atendimento por motivo irrelevante ou administrativo, sendo que ao suspender sem justificativa plausível terá seu credenciamento cancelado e de acordo com a Lei nº 14.133/2021, especialmente no art. 156, que dispõe sobre as sanções de impedimento de licitar e contratar e declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a administração.

7.5 – Quanto ao credenciamento de procedimentos de análises clínicas, a quantidade de exames e procedimentos estão determinados na tabela anexo I, devendo ser respeitadas as pactuações advindas do recurso, ou seja, os procedimentos e exames por município, conforme escolha das Secretarias de Saúde dos Municípios consorciados conforme o recurso repassado pelo Ministério da Saúde e sua dotação orçamentária.

7.6- O quantitativo estimado traduz a expectativa de contratação do CIS para o período em questão, de forma que eventuais atas de registro de preços não geram qualquer direito adquirido à contratação, como dispõe o art. 83 da Lei nº 14.133/2021.

a) O quantitativo estimado, foi baseado no montante executado, por procedimento, no exercício financeiro anterior.

7.7- Quantitativos propostos superiores ao limite máximo de contratações serão desconsiderados, sendo adotado como limite máximo o valor fixado pelo CIS.

7.7.1 - Permite-se a proposta cujo quantitativo seja inferior à expectativa de necessidade prevista.

7.7.2 - Diante da impossibilidade de se prever a quantidade de credenciados, além de se tratar de contratação dependente de critério de seleção de terceiros (art. 79, II, da Lei nº 14.133/2021), as atas de registro de preços serão celebradas tendo por limite máximo a expectativa total de contratação prevista.

7.7.3 - Caberá ao interessado no credenciamento apresentar PROPOSTA nos exatos moldes disponibilizados pelo CIS/IVAIPORÃ, indicados ao Anexo a1), o qual resta disponível no formato Excel no endereço eletrônico [www.cisivaipora.com.br](http://www.cisivaipora.com.br) aba CHAMAMENTO PUBLICO, pasta referente a 2024, Chamamento Publico nº03/2024 a fim de facilitar o preenchimento. **Não será aceito outra forma de preenchimento de proposta a não ser a planilha em Excel**

7.8 – De igual forma, a lista das empresas credenciadas será repassada diretamente às Secretarias de Saúde dos Municípios consorciados, de modo que, os agendamentos mensais possam ser efetivados por meio do sistema de saúde.

7.9 – Em nenhum caso, o **CIS/ IVAIPORÃ - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ** indicará a qualquer pessoa, Secretarias de Saúde, autoridades, dentre outros, os profissionais credenciados, sendo excluída, portanto, a vontade da Administração na demanda por credenciado.

7.10 – A quantidade de atendimentos/exames constantes na programação do **CIS/ IVAIPORÃ - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ** não significa contratação imediata.

7.11 – Fica autorizada confecção de ata suplementar nos casos de esgotamento de saldo, sendo obrigatório obedecer à dotação orçamentaria estipulado no chamamento.

7.12 – Em caso de atraso ou suspensão do repasse, os atendimentos serão automaticamente suspensos e/ou cancelados, tendo em vista a vinculação deste programa com o recurso determinado na referida portaria, e a pactuação firmada pelos municípios.

## **8 – CRITÉRIOS DE CREDENCIAMENTO**

8.1 – As empresas serão cadastradas de acordo com a ordem de apresentação dos envelopes junto Comissão de Contratação.

8.2 – O Setor de Licitações e Contratos após a entrega dos documentos exigidos no presente edital protocolará cada envelope recebido em um livro de protocolo que contém sequência numérica, informando o dia, vinculando ao chamamento referente, e a especialidade da apresentação da referida documentação.

## **9 – DA CONTRATAÇÃO E ASSINATURA:**

9.1 - A contratação será efetuada por meio de processo de Inexigibilidade, de acordo com art. 74, IV da Lei 14.133/2021, mediante Registro de Preços, nos termos do Artigo 82, §6º da Lei 14.133/2021.

9.2 – Estando regular a documentação apresentada, será celebrada Ata de Registro de Preços para fornecimento dos serviços ora contratados.

9.3 – A Ata de Registro de Preços terá validade de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogada, se houver saldo disponível para tanto, bem como se assim convencionarem as partes, mediante a lavratura do Termo Aditivo.

9.4 - A Contratada terá o prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados a partir da data de sua convocação, para assinar a Ata de Registro de Preços, sob pena de decair do direito à contratação, sem prejuízo das sanções previstas neste Edital.

## **10- DO VALOR E PRAZO DE EXECUÇÃO**

10 – A remuneração pela prestação de serviços será de acordo com a Tabela de Procedimentos constantes no Anexo I deste edital, com valores referenciais **Tabela SUS para o exercício**, e enquanto perdurar o repasse de recurso, devendo ser obedecida os valores referenciais para 2024 de acordo com Resolução nº05/2024 com valores referenciais para 2024 conforme publicada no site oficial do **CIS/IVAIPORÃ**, no dia 05 de fevereiro de 2024, edição nº 1297, que habilitaram os procedimentos aptos a serem realizados, no preço pré-fixado.

10.1 - O Valor disponível para realização dos serviços constará no orçamento para o exercício de 2024.

10.2 – Os Pagamentos pela execução dos serviços correrão por fontes dos recursos ao qual estará contido no orçamento para exercício de 2024.

10.3 – O Prazo de execução será até 20/02/2025, contando da data de recebimento do recurso, e podendo ser cancelado se houver a suspensão ou não repasse do recurso pelo Ministério da Saúde.

## **10 – CRITÉRIOS DE REAJUSTE, INCLUSÃO OU EXCLUSÃO.**

10.1 – O valor dos procedimentos indicados no Anexo I não sofrerão reajustes, nem serão excluídos ou incluídos novos procedimentos, devendo ser respeitadas as pactuações de cada município com o procedimento a ser realizado, devendo ser

respeitado o valor da Tabela SUS, em se tratando de repasse de recurso do Governo Federal, e conforme plano de programação aprovado, incluso neste procedimento.

## **11 – SANÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA O CASO DE INADIMPLEMENTO DOS SERVIÇOS**

11.1 – Pela inexecução total ou parcial na prestação dos serviços contratados, o Consórcio Intermunicipal de Saúde, poderá garantir a prévia defesa, aplicando aos credenciados as sanções previstas no art. 156 da Lei nº 14.133/2021.

11.2 – O prestador de serviço credenciado pelo CIS- **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ**, não poderá em hipótese alguma cobrar qualquer valor dos usuários de saúde, referente aos atendimentos realizados **ou mesmo indicar consultórios particulares para realização dos mesmos, sob pena de descredenciamento.**

11.3 - Todos os pagamentos serão realizados exclusivamente pelo **CIS/ IVAIPORÃ**, **mediante recebimento de repasse de recurso SUS.**

## **12 – CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

12.1 – Os valores a serem pagos serão apurados de acordo com o número de consultas, exames, procedimentos, efetivamente realizados e devidamente autorizados previamente pelo **CIS/ IVAIPORÃ - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ**. A produção do período deverá ser comprovada através da apresentação de Fatura/Relatório e guias de autorização emitida pelo sistema de marcação do **CIS/ IVAIPORÃ**

12.2 – **Deverão ser respeitadas pelo prestador de serviços as datas de validade das autorizações dos procedimentos, sendo que qualquer procedimento realizado fora do mês de execução dos serviços serão glosados por esse Consórcio.**

12.3 - **Para faturamento as guias deverão ser encaminhadas em ordem de dia, e ordem alfabética, sem rasuras, bem como todas elas deverão ser assinadas pelos pacientes, e os pedidos médicos deverão vir anexados.**

12.4 – Todos os credenciados deverão possuir em seu consultório um computador com acesso a internet, para acessar o programa de atendimento do Consórcio, que será usado para a recepção dos pacientes, faturamento e relatórios diversos.

12.5 – De acordo com a legislação vigente, somente serão admitidas **NOTAS FISCAIS ELETRÔNICAS**, exceto para os prestadores onde os municípios não possibilitem a emissão de nota fiscal eletrônica, neste caso será aceito nota fiscal manual juntamente com declaração da Tributação do respectivo município.



12.6 – A contratada deverá observar o contido na Resolução nº 34/2023, que disciplina que o CIS Ivaiporã fica obrigado a proceder à retenção do Imposto de Renda (IR), com base na Instrução Normativa RFB n.º 1.234, de 11 de janeiro de 2012.

**12.7 - O pagamento dos serviços prestados ocorrerá em até 20 (vinte) dias após a entrega da nota fiscal eletrônica ao setor de faturamento do CIS/ IVAIPORÃ, devidamente acompanhada das certidões fiscais dentro da validade, que serão pagas após verificação mediante transferência em conta no Banco do Brasil, por ser banco oficial, sendo obrigatória conta neste banco.**

**12.7.1- Caso a pessoa jurídica não possua conta bancária junto ao Banco do Brasil, deverá providenciar a emissão de boleto para pagamento, sendo que tanto no caso de emissão de boleto, como no caso de transferência bancária em conta no Banco do Brasil, a referida conta bancária deverá pertencer à pessoa jurídica credenciada.**

12.8- Todos os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais decorrentes da prestação de serviços, serão de responsabilidade da empresa credenciada.

12.8- Fica condicionado o pagamento dos serviços prestados, a regular situação do cadastro da empresa no **CIS/ IVAIPORÃ**, tendo essa que apresentar regularmente a esse consorcio os documentos com validade, antes mesmo que expire o prazo de validade dos mesmos, conforme item 6.2 desse edital.

12.9 - Os pagamentos decorrentes da execução dos serviços correrão por conta dos recursos das seguintes dotações orçamentárias:

Red- 16 -02.001.10.122.0002.2005.3.3.90.39.00.00- OUTRO SERVIÇOS PESSOA JURIDICA

## **13 – RECURSOS**

13.1 – Aos credenciados é assegurado o direito de interposição de Recurso, nos termos do art. 165 da Lei nº 14.133/2021.

13.2 – Qualquer cidadão e/ou usuários poderão denunciar toda e qualquer irregularidade verificada na prestação de serviços e/ou no faturamento, mediante denúncia no Setor de controle interno do **CIS/ IVAIPORÃ** pelo fone (43) 3472 0649 no endereço Rua Professora Diva Proença nº500, na cidade de Ivaiporã, Estado do Paraná, no setor de Ouvidoria.

## **14 – DISPOSIÇÕES GERAIS**

14.1 – Fica eleito o foro da cidade de **IVAIPORÃ**, Estado do Paraná, como competente para dirimir todas as questões decorrentes do credenciamento.

14.2 – Este Edital de Chamamento Público entra em vigor na data de sua publicação.

14.3 – Integram o presente instrumento, os seguintes anexos:

**a) Anexo I - Tabela de Valores**

**b) Anexo II - Modelo de requerimento para credenciamento;**

b1) Anexo II – Planilha de Excel site do CIS.

**c) Anexo III - Modelo declaração de idoneidade;**

**d) Anexo IV - Modelo de declaração de Observância ao Disposto no Inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal.**

**e) Anexo V – Declaração de vínculo do corpo clínico.**

**f) Anexo VI- Termo de responsabilidade – login e senha**

**g) Anexo VII – condição de participação**

**e) Anexo VIII- Minuta ata de Registro de preço Prestação de Serviços.**

Ivaiporã/PR, 19 de fevereiro de 2024.

\_\_\_\_\_  
**Presidente da Comissão de Contratação**  
**Natasha Mayara Vieira**

## ANEXO I - TABELA DE VALORES – SUS – SIGTAP EXAMES E PROCEDIMENTOS

Nº	PROCEDIMENTO - FPO (SUS)	CÓDIGO SUS	VALOR
<b>PROCEDIMENTO CIRÚRGICOS (MÉDIA)</b>			
1	CURATIVO GRAU II COM OU SEM DEBRIDAMENTO	04.01.01.001-5	R\$ 32,40
<b>PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA (ALTA)</b>			
<b>RESSONÂNCIAS</b>			
2	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	02.07.01.002-1	R\$ 268,75
3	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	02.07.01.003-0	R\$ 268,75
4	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	02.07.01.004-8	R\$ 268,75
5	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	02.07.01.005-6	R\$ 268,75
6	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	02.07.01.006-4	R\$ 268,75
7	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	02.07.01.007-2	R\$ 268,75
8	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE	02.07.02.001-9	R\$ 361,25
9	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	02.07.02.002-7	R\$ 268,75
10	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	02.07.02.003-5	R\$ 268,75
11	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	02.07.03.001-4	R\$ 268,75
12	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	02.07.03.002-2	R\$ 268,75
13	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	02.07.03.003-0	R\$ 268,75
<b>TOMOGRÁFIAS</b>			
14	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	02 06 01 001-0	R\$ 86,76
15	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO SACRA	02 06 01 002-6	R\$ 101,10
16	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/OU S/ CONTRASTE	02 06 01 003-9	R\$ 86,76
17	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	02.06.01.007-9	R\$ 97,44
18	TOMOGRAFIA COMP. DE ARTICULAÇÃO DE MEMBRO SUPERIOR	02 06 02 001-5	R\$ 86,75
19	TOMOGRAFIA COMP. DE ARTICULAÇÃO DE MEMBRO INFERIOR	02 06 03 002-9	R\$ 86,75
20	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE/ BACIA / ABDÔMEN INFERIOR	02 06 03 003-7	R\$ 138,63
<b>PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA (LAB - MÉDIA)</b>			
<b>EXAMES LABORATÓRIAS</b>			
21	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	02.02.01.002-3	R\$ 2,01
22	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	02.02.01.007-4	R\$ 10,00
23	DOSAGEM DE ACIDO URICO	02.02.01.012-0	R\$ 1,85
24	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	02.02.01.013-9	R\$ 9,00
25	DOSAGEM DE ALDOLASE	02.02.01.014-7	R\$ 3,68
26	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	02.02.01.015-5	R\$ 3,68
27	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	02.02.01.016-3	R\$ 3,68
28	DOSAGEM DE AMILASE	02.02.01.018-0	R\$ 2,25
29	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	02.02.01.020-1	R\$ 2,01
30	DOSAGEM DE CALCIO	02.02.01.021-0	R\$ 1,85
31	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	02.02.01.022-8	R\$ 3,51
32	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	02.02.01.027-9	R\$ 3,51
33	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	02.02.01.028-7	R\$ 3,51

34	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	02.02.01.029-5	R\$ 1,85
35	DOSAGEM DE COLINESTERASE	02.02.01.030-9	R\$ 3,68
36	DOSAGEM DE CREATININA	02.02.01.031-7	R\$ 1,85
37	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	02.02.01.032-5	R\$ 3,68
38	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	02.02.01.033-3	R\$ 4,12
39	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	02.02.01.036-8	R\$ 3,68
40	DOSAGEM DE FERRITINA	02.02.01.038-4	R\$ 15,59
41	DOSAGEM DE FERRO SERICO	02.02.01.039-2	R\$ 3,51
42	DOSAGEM DE FOLATO	02.02.01.040-6	R\$ 15,65
43	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	02.02.01.042-2	R\$ 2,01
44	DOSAGEM DE FOSFORO	02.02.01.043-0	R\$ 1,85
45	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	02.02.01.046-5	R\$ 3,51
46	DOSAGEM DE GLICOSE	02.02.01.047-3	R\$ 1,85
47	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	02.02.01.048-1	R\$ 3,68
48	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	02.02.01.050-3	R\$ 7,86
49	DOSAGEM DE LACTATO	02.02.01.053-8	R\$ 3,68
50	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	02.02.01.057-0	R\$ 2,01
51	DOSAGEM DE POTASSIO	02.02.01.060-0	R\$ 1,85
52	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	02.02.01.061-9	R\$ 1,40
53	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	02.02.01.062-7	R\$ 1,85
54	DOSAGEM DE SODIO	02.02.01.063-5	R\$ 1,85
55	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	02.02.01.064-3	R\$ 2,01
56	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	02.02.01.065-1	R\$ 2,01
57	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	02.02.01.066-0	R\$ 4,12
58	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	02.02.01.067-8	R\$ 3,51
59	DOSAGEM DE UREIA	02.02.01.069-4	R\$ 1,85
60	DOSAGEM DE VITAMINA B12	02.02.01.070-8	R\$ 15,24
61	ELETOFORESE DE PROTEINAS	02.02.01.072-4	R\$ 4,42
62	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE)	02.02.01.073-2	R\$ 15,65
63	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	02.02.01.076-7	R\$ 15,24
64	CONTAGEM DE PLAQUETAS	02.02.02.002-9	R\$ 2,73
65	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	02.02.02.003-7	R\$ 2,73
66	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	02.02.02.007-0	R\$ 2,73
67	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	02.02.02.009-6	R\$ 2,73
68	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	02.02.02.013-4	R\$ 5,77
69	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	02.02.02.014-2	R\$ 2,73
70	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS)	02.02.02.015-0	R\$ 2,73
71	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	02.02.02.017-7	R\$ 6,48
72	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	02.02.02.030-4	R\$ 1,53
73	ELETOFORESE DE HEMOGLOBINA	02.02.02.030-4	R\$ 1,53
74	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	02.02.02.036-3	R\$ 2,73
75	HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	R\$ 4,11
76	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	02.02.02.049-5	R\$ 2,73
77	PROVA DO LACO	02.02.02.050-9	R\$ 2,73
78	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	02.02.02.054-1	R\$ 2,73
79	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	02.02.03.006-7	R\$ 6,25
80	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	02.02.03.007-5	R\$ 2,83
81	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	R\$ 9,25



82	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	02.02.03.009-1	R\$ 15,06
83	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	02.02.03.010-5	R\$ 16,42
84	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	02.02.03.011-3	R\$ 13,55
85	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	02.02.03.012-1	R\$ 17,16
86	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	02.02.03.013-0	R\$ 17,16
87	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	02.02.03.014-8	R\$ 2,83
88	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	02.02.03.015-6	R\$ 17,16
89	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	02.02.03.016-4	R\$ 9,25
90	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	02.02.03.018-0	R\$ 17,16
91	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	02.02.03.025-3	R\$ 10,00
92	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	02.02.03.026-1	R\$ 10,00
93	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	02.02.03.027-0	R\$ 8,67
94	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	02.02.03.030-0	R\$ 10,00
95	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	02.02.03.031-8	R\$ 18,55
96	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	02.02.03.032-6	R\$ 17,16
97	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	02.02.03.034-2	R\$ 17,16
98	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	02.02.03.035-0	R\$ 18,55
99	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	02.02.03.036-9	R\$ 18,55
100	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	02.02.03.038-5	R\$ 10,00
101	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	02.02.03.041-5	R\$ 5,83
102	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	02.02.03.045-8	R\$ 10,00
103	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	02.02.03.047-4	R\$ 2,83
104	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	02.02.03.051-2	R\$ 10,00
105	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	02.02.03.055-5	R\$ 17,16
106	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	02.02.03.059-8	R\$ 17,16
107	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	02.02.03.063-6	R\$ 18,55
108	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	02.02.03.064-4	R\$ 18,55
109	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	02.02.03.067-9	R\$ 18,55
110	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	02.02.03.074-1	R\$ 11,00
111	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	02.02.03.075-0	R\$ 9,25
112	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	02.02.03.076-8	R\$ 16,97
113	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)	02.02.03.078-4	R\$ 18,55
114	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	02.02.03.079-2	R\$ 30,00
115	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	02.02.03.080-6	R\$ 18,55
116	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	02.02.03.081-4	R\$ 17,16
117	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	02.02.03.082-2	R\$ 17,16
118	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	02.02.03.083-0	R\$ 17,16
119	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	02.02.03.084-9	R\$ 17,16
120	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	02.02.03.085-7	R\$ 11,61
121	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	02.02.03.086-5	R\$ 10,00
122	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	02.02.03.087-3	R\$ 18,55
123	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	02.02.03.089-0	R\$ 18,55
124	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	02.02.03.090-3	R\$ 20,00
125	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	02.02.03.091-1	R\$ 18,55

126	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	02.02.03.092-0	R\$ 17,16
127	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	02.02.03.093-8	R\$ 17,16
128	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	02.02.03.094-6	R\$ 17,16
129	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	02.02.03.095-4	R\$ 17,16
130	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	02.02.03.096-2	R\$ 13,35
131	PESQUISA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	02.02.03.097-0	R\$ 18,55
132	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	02.02.03.098-9	R\$ 18,55
133	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	02.02.03.100-4	R\$ 2,83
134	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	02.02.03.101-2	R\$ 4,10
135	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECÍFICA	02.02.03.103-9	R\$ 9,25
136	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	02.02.03.104-7	R\$ 10,00
137	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	02.02.03.112-8	R\$ 10,00
138	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	02.02.03.113-6	R\$ 10,00
139	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	02.02.04.005-4	R\$ 1,65
140	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	02.02.04.009-7	R\$ 1,65
141	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	02.02.04.010-0	R\$ 1,65
142	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	02.02.04.012-7	R\$ 1,65
143	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	02.02.04.013-5	R\$ 10,25
144	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	02.02.04.014-3	R\$ 1,65
145	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS/SEDIMENTO/URINA	02.02.05.001-7	R\$ 3,70
146	CLEARANCE DE CREATININA	02.02.05.002-5	R\$ 3,51
147	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	02.02.05.009-2	R\$ 8,12
148	DOSAGEM DE OXALATO	02.02.05.010-6	R\$ 3,68
149	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	02.02.06.004-7	R\$ 10,20
150	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	02.02.06.007-1	R\$ 6,72
151	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	02.02.06.008-0	R\$ 14,12
152	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	02.02.06.011-0	R\$ 11,53
153	DOSAGEM DE CORTISOL	02.02.06.013-6	R\$ 9,86
154	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	02.02.06.014-4	R\$ 11,25
155	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	02.02.06.015-2	R\$ 11,71
156	DOSAGEM DE ESTRADIOL	02.02.06.016-0	R\$ 10,15
157	DOSAGEM DE ESTRIOL	02.02.06.017-9	R\$ 11,55
158	DOSAGEM DE ESTRONA	02.02.06.018-7	R\$ 11,12
159	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	02.02.06.021-7	R\$ 7,85
160	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	02.02.06.022-5	R\$ 10,21
161	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	02.02.06.023-3	R\$ 7,89
162	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	02.02.06.024-1	R\$ 8,97
163	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	02.02.06.025-0	R\$ 8,96
164	DOSAGEM DE INSULINA	02.02.06.026-8	R\$ 10,17
165	DOSAGEM DE PARATORMONIO	02.02.06.027-6	R\$ 43,13
166	DOSAGEM DE PROLACTINA	02.02.06.030-6	R\$ 10,15
167	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	02.02.06.032-2	R\$ 15,35
168	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	02.02.06.033-0	R\$ 13,11
169	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	02.02.06.034-9	R\$ 10,43
170	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	02.02.06.035-7	R\$ 13,11
171	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	02.02.06.036-5	R\$ 15,35

172	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	02.02.06.037-3	R\$ 8,76
173	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	02.02.06.038-1	R\$ 11,60
174	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	02.02.06.039-0	R\$ 8,71
175	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	02.02.06.047-0	R\$ 12,15
176	ANTIBIOGRAMA	02.02.08.001-3	R\$ 4,98
177	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	02.02.08.005-6	R\$ 4,20
178	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	02.02.08.006-4	R\$ 4,20
179	BACTEROSCOPIA (GRAM)	02.02.08.007-2	R\$ 2,80
180	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	02.02.08.008-0	R\$ 5,62
181	CULTURA PARA BAAR	02.02.08.011-0	R\$ 5,63
182	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	02.02.08.013-7	R\$ 4,19
183	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	02.02.08.014-5	R\$ 2,80
184	HEMOCULTURA	02.02.08.015-3	R\$ 11,49
185	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	02.02.08.021-8	R\$ 4,33
186	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	02.02.12.002-3	R\$ 1,37
187	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	02.02.12.008-2	R\$ 1,37
188	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	02.02.12.009-0	R\$ 2,73
189	DOSAGEM DE TROPONINA	02.02.03.120-9	R\$ 9,00
190	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	02.02.03.111-0	R\$ 2,83

TIMBRE DA EMPRESA

**ANEXO II – MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO – 2024****Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da região de Ivaiporã**

O INTERESSADO ABAIXO QUALIFICADO REQUER SUA INSCRIÇÃO NO **CREDENCIAMENTO PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DA ÁREA DA SAÚDE PARA ATENDIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**, Chamamento público nº. 03/2024, do **Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã**, objetivando a prestação de serviço dos procedimentos descritos na tabela abaixo:

RAZÃO SOCIAL:

CNPJ:

ENDEREÇO:

CEP:

FONE COMERCIAL

CELULAR

MUNICÍPIO:

UF

**DADOS BANCARIOS: OBRIGATÓRIO QUE SEJA BANCO DO BRASIL**

BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA CORRENTE:

QTDE/ DIA	DIAS DE ATENDIMENTOS	LOCAL DE ATENDIMENTO		
NOME DO (S) PROFISSIONAL(S) QUE EXECUTARÁ OS SERVIÇOS	CPF	RG:	CRM Nº	TELEFONE DO MÉDICO

Local / data/ ano

Declaro que conheço e concordo com os termos constantes do Edital de Credenciamento e seus Regulamentos.

\_\_\_\_\_  
NOME DO REPRESENTANTE LEGAL  
DA EMPRESA REQUERENTE



**TIMBRE DA EMPRESA**

**ANEXO III – MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE**

**Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã – PARANÁ.**

Declaro para os fins de direito, na qualidade de solicitante de credenciamento na área da saúde, que não fui declarado inidôneo para contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

**CIDADE, DATA, MÊS ANO.**

\_\_\_\_\_  
NOME DA EMPRESA  
REQUERENTE

**TIMBRE DA EMPRESA**

**ANEXO IV – Disposto no Inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal**

**Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da DE IVAIPORÃ – Estado do Paraná**

Declaro para os fins de direito e sob as penas impostas pela Lei nº. 14.133, de 1º de abril de 2021 e demais legislação pertinente, o cumprimento do disposto no inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente

**CIDADE, DATA, MÊS ANO.**

\_\_\_\_\_  
NOME DA EMPRESA  
REQUERENTE

**(APENAS PARA EMPRESAS COM MAIS DE UM PROFISSIONAL CREDENCIADO  
QUE NÃO SEJA SOCIO PROPRIETARIO)**

**ANEXO V - DECLARAÇÃO DE VÍNCULO DO CORPO CLINICA**

À Comissão de Licitação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da 22ª Regional de Saúde de Ivaiporã – PR.

A empresa,

Razão Social,

CNPJ:

DECLARA:

Para os devidos fins de credenciamento, que os profissionais abaixo relacionados fazem parte do corpo clinico desta prestadora de serviço:

<b>NOME DO PROFISSIONAL</b>	<b>CRM Nº</b>	<b>ESPECIALIDADE</b>

Ivaiporã, dia/mês/ano.

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do representante legal da empresa

## ANEXO VI - TERMO DE RESPONSABILIDADE – LOGIN E SENHA

(RAZÃO SOCIAL), \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_ por seu representante legal \_\_\_\_\_, declara para os devidos fins, que será de uso intransferível o *login* e senha disponibilizado pelo CIS Ivaiporã ao profissional médico que fará uso do sistema de prontuário dos pacientes.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Ivaiporã, \_\_\_\_\_ de xxxxx de 2024.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do RESPONSÁVEL TÉCNICO

(indicado no Certificado de Regularidade de Inscrição de Pessoa Jurídica (CIE) junto ao respectivo Conselho de Classe, dentro do prazo de validade)



## ANEXO VII - CONDIÇÃO DE PARTICIPAÇÃO

(RAZÃO SOCIAL) \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_, por seu representante legal \_\_\_\_\_, declara para o fim de participação no Chamamento Público - Edital de Credenciamento nº 03/2024 do Ivaiporã, declara que:

- a) De que está ciente e concorda com as condições contidas no edital e seus anexos, bem como de que a proposta apresentada compreende a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de sua entrega em definitivo e que cumpre plenamente os requisitos de habilitação definidos no instrumento convocatório.
- b) Não emprega menor de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 anos, salvo menor, a partir de 14 anos, na condição de aprendiz, nos termos do artigo 7º, XXXIII, da Constituição.
- c) Não possui empregados executando trabalho degradante ou forçado, observando o disposto nos incisos III e IV do art. 1º e no inciso III do art. 5º da Constituição Federal.
- d) Cumpre as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e em outras normas específicas.
- e) Outrossim, expressa ter ciência de que o descumprimento do disposto acima durante a vigência da contratação, acarretará em rescisão da mesma e sujeitará a licitante às sanções previstas na Lei nº 14.133/2021.
- f) Não há servidor público de município participante do referido Consórcio na administração direta, indireta ou integrado no quadro de diretores ou conselheiros desta empresa;
- g) Que nenhum servidor público ou membro comissionado do CIS Ivaiporã ou dos entes consorciados integra nosso quadro societário, nem funcional, sob qualquer regime de contratação.
- h) Recebeu todas as cópias do Edital de Chamamento Público, bem como todas as informações necessárias e que possibilitam a entrega da documentação e proposta, em conformidade com as exigências do Edital de Chamamento Público, concordando com os termos do presente certame;
- i) Na qualidade de proponente do procedimento licitatório em epígrafe, que atende aos critérios de qualidade ambiental e sustentabilidade socioambiental, respeitando as normas de proteção do meio ambiente, conforme estabelece a legislação vigente (Decreto Estadual nº 6252/2006).
- j) Que todos os equipamentos estão de acordo com a legislação vigente e com as manutenções preventivas e corretivas vigentes.
- k) **DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DA DISPONIBILIDADE DOS DADOS:** Em virtude da indispensabilidade da divulgação dos dados constantes nos documentos de habilitação e da proposta de preços (Anexo II) previstos no inciso VI, art. 7º da Lei 12.527/2011, DECLARO ciência e consentimento para divulgação dos dados, nos termos da Lei 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Ivaiporã, \_\_\_\_\_ de xxxxx de 2024.

\_\_\_\_\_  
**Representante Legal da empresa e/ou procurador.**

**ANEXO VIII**

**ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº «NÚMERO\_CONTRATO»/«ANO\_CONTRATO»**  
**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº /2024**  
VALIDADE: 12 (DOZE) MESES

**PARA EXECUÇÃO DE SERVIÇOS CREDENCIADOS NA ÁREA DE SAÚDE**

**O CIS - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE**, pessoa jurídica de direito público, com sede e foro nesta cidade de Ivaiporã, Estado do Paraná, na Rua Professora Diva Proença, nº. 500, inscrita no CNPJ-MF sob nº. **02.586.019/0001-97** neste ato representado pelo seu Presidente Sr. **RENAN MENCK ROMANICHEN**, portador da CI-RG nº 8.798.161-4, expedida pela SSP/PR, e inscrito no CPF sob o nº 059.071.679-47, residente e domiciliado na Rua Ernesto Ramos 328, Bairro Balsa Velha, em Candido de Abreu - PR, considerando o credenciamento da empresa **EMPRESA «NOME\_FORNECEDOR»**, pessoa jurídica de Direito Privado, sito à «Endereço\_Fornecedor», «Bairro\_Fornecedor», em «Cidade\_Fornecedor» inscrita no **CNPJ Nº «CNPJ\_CPF\_Fornecedor»**, representada pelo Sr. «Nome\_Representante», inscrita no **CPF nº «CPF\_Representante»**, **RG nº «RG\_Representante» SSP/PR**, RESOLVE registrar os preços da(s) empresa(s) indicada(s) e qualificada(s) nesta ATA, de acordo com as condições estabelecidas do edital de chamamento público nº 08/2023 e nas quantidades pactuadas com a empresa no processo de **«MODALIDADE» Nº «Número\_Licitação»/«Ano\_Licitação»**, sujeitando-se as partes às normas constantes na Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021 e Resolução nº 09/2023 do CIS/Ivaiporã e demais legislações aplicáveis, e em conformidade com as disposições a seguir:

**1. OBJETO**

«Objeto» A presente Ata tem por objeto o registro de preços para eventual atendimento dos seguinte procedimentos, consultas ou serviços abaixo especificados.

**2. DOS PREÇOS, ESPECIFICAÇÕES E QUANTITATIVOS**

2.1 O preço registrado, as especificações do objeto e as demais condições ofertadas e pactuadas entre o CIS e EMPRESA CREDENCIADA são as que seguem:

«Itens\_Contrato\_Por\_Lote»

**3. DO PRAZO E DA VIGÊNCIA**

O prazo de vigência da presente ata de registro de preços será de 1 (um) ano, podendo ser prorrogada, por igual período, nos termos do artigo 84 da Lei nº 14.133/2021, desde que haja saldo disponível para a referida prorrogação.

A presente ata vigorará a contar de sua assinatura pelas partes, até a data de «Término\_Vigência».

**4. DO VALOR**

O Valor global da presente ata é de R\$ «Valor\_Contratado».

**5. DO PAGAMENTO**

5.1 Os valores a serem pagos serão apurados de acordo com o número de exames, procedimentos, efetivamente realizados e devidamente autorizados previamente pelo **CIS/ IVAIPORÃ - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ**. A produção do período deverá ser comprovada através da apresentação de Fatura/Relatório e guias de autorização emitida pelo sistema de marcação do **CIS/ IVAIPORÃ**.

5.2 – Para faturamento as guias deverão ser encaminhadas em ordem de dia, e ordem alfabética, sem rasuras, bem como todas elas deverão ser assinadas pelos pacientes, e os pedidos médicos deverão vir anexados.

5.3 – Todos os credenciados deverão possuir em seu consultório um computador com acesso a internet, para acessar o programa de atendimento do Consórcio, que será usado para a recepção dos pacientes, faturamento e relatórios diversos.

5.4 – De acordo com a legislação vigente, somente serão admitidas **NOTAS FISCAIS ELETRÔNICAS**, exceto para os prestadores onde os municípios não possibilitem a emissão de nota fiscal eletrônica, neste caso será aceito nota fiscal manual juntamente com declaração da Tributação do respectivo município.

5.5 - A contratada deverá observar o contido na Resolução nº 34/2023, que disciplina que o CIS Ivaiporã fica obrigado a proceder à retenção do Imposto de Renda (IR), com base na Instrução Normativa RFB n.º 1.234, de 11 de janeiro de 2012.

**5.6 - O pagamento dos serviços prestados ocorrerá em até 20 (vinte) dias após a entrega da nota fiscal eletrônica ao setor de faturamento do CIS/ IVAIPORÃ, devidamente acompanhada das certidões fiscais dentro da validade, que serão pagas após verificação mediante transferência em conta no Banco do Brasil, por ser banco oficial, sendo obrigatória conta neste banco.**

**5.6.1-Caso a pessoa jurídica não possua conta bancária junto ao Banco do Brasil, deverá providenciar a emissão de boleto para pagamento, sendo que tanto no caso de emissão de boleto, como no caso de transferência bancária em conta no Banco do Brasil, a referida conta bancária deverá pertencer à pessoa jurídica credenciada.**

5.7- Fica condicionado o pagamento dos serviços prestados, a regular situação do cadastro da empresa no **CIS/ IVAIPORÃ**, tendo essa que apresentar regularmente a esse consorcio os documentos com validade, antes mesmo que expire o prazo de validade dos mesmos, conforme item 6.2 desse edital.

5.8- Todos os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais decorrentes da prestação de serviços, serão de responsabilidade da empresa credenciada.

## **6 - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

«Dotação\_Completa»

## **7 – DAS OBRIGAÇÕES DO CONSÓRCIO**

Para garantir o fiel cumprimento deste contrato, o CONSÓRCIO se compromete a:

- a) Supervisionar e fiscalizar os serviços/materiais ora contratados;
- b) Efetuar o pagamento na forma prevista na cláusula quarta segundo os valores expressos na cláusula terceira.

## **8 - DAS OBRIGAÇÕES DA CREDENCIADA**

Para garantir o fiel cumprimento do presente contrato, a CREDENCIADA fica obrigada a:

- a) Manter as mesmas condições que a habilitaram no processo licitatório;
- b) Entregar os materiais, e/ou prestar os serviços objeto desta Licitação, de acordo com as especificações do Anexo;
- c) Assinar o “Contrato” relativo ao objeto adjudicado, no prazo de até 05 (cinco) dias úteis, a contar da notificação;
- d) Cumprir as condições de manutenção, por intermédio de sua matriz, filiais, escritórios ou representantes técnicos autorizados, garantindo a manutenção referente à sua prestação de serviços;
- e) Assumir plena responsabilidade legal, administrativa e técnica pela execução e qualidade dos serviços/materiais fornecidos.
- f) Seguir as diretrizes do SUS nas prescrições médicas de medicamentos, ou seja, seguir a RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais do SUS, bem como a Relação de Medicamentos Regional elaborada pela 22ª Regional de Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica que constará na lista a ser disponibilizada pelo CIS IVAIPORÃ;

- g) Seguir as diretrizes do SUS nas prescrições médicas tanto de medicamento quanto de exames de acordo com as orientações do CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, as quais disponibilizam todas as orientações sobre os PCDT – Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, auxiliando os médicos no trabalho diário e diminuindo a judicialização no SUS, conforme Lei 12.401/2011, que altera a Lei 8.080/1990;
- h) Responder por escrito as demandas apresentadas junto as Ouvidorias (Cis Ivaiporã, Municípios e Regional de Saúde), prestando os esclarecimentos detalhados nos prazos estipulados;
- i) Emitir contra referência, por meio manual ou eletrônico, da condição clínica ou de tratamento do paciente, para Unidade de Saúde da origem do encaminhamento.
- j) Respeitar os horários das consultas, considerado a pontualidade para inícios dos atendimentos com os respectivos horários, intervalados e os atendimentos prioritários e preferenciais colocados pela equipe de atendimento e/ou enfermagem do CIS.
- k) Utilizar adequadamente o sistema de informação interno para processos e registros das consultas (IDS), considerando o chamamento dos pacientes em painel digital, realização de prontuários eletrônicos e demais opções disponíveis no sistema orientados pelo CIS.
- l) É de responsabilidade do prestador, conforme declaração contida neste chamamento, se responsabilizar pelo login e senha do sistema IDS, disponibilizado pelo CIS Ivaiporã ao profissional que fará uso do sistema de prontuário dos pacientes
- m) Encaminhar com antecedência para o setor responsável do CIS, a disponibilidade de atendimento para o próximo mês, respeitando o prazo 10 (dez) dias de antecedência para cancelamento da agenda.
- n) Informar ao CIS-IVAIPORÃ qualquer alteração que venha a ocorrer no período da vigência do contrato como: Alteração de razão social e/ou mudança de endereço, mudança de Diretoria, Responsável Legal, Responsável Técnico, exclusão de profissional, bem como encaminhar juntamente com o Requerimento preenchido os documentos alterados.

## 9. DA RESCISÃO CONTRATUAL

Constituem motivos para a rescisão da presente ata:

- a) O não cumprimento ou o cumprimento irregular de cláusulas ora estipuladas;
- b) A paralisação do serviço ou não entrega dos produtos sem justa causa e prévia comunicação ao CIS;
- c) A subcontratação total ou parcial do objeto da ata, com outrem, a cessão ou transferência, total ou parcial, bem como a fusão, cisão, ou incorporação que afetem a boa execução desta.
- d) Declaração de insolvência civil;
- e) A dissolução da sociedade;

O Contrato poderá ser rescindido, independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial e das demais sanções aplicáveis, segundo as quais não assistirá à CREDENCIADA nenhum direito a indenização, quando o motivo da rescisão se enquadrar nos itens acima relacionados, depois de concluída a prestação de contas anual ao Tribunal de contas do Estado.

## 10. DAS PENALIDADES

Em caso de inexecução total ou parcial e de ocorrência de atraso injustificado na execução dos serviços, submeter-se-á a CREDENCIADA, sendo-lhe garantida plena defesa, às seguintes penalidades, na forma do artigo 156 da Lei nº 14.133/2021:

- a) advertência;
- b) multa;
- c) impedimento de licitar e contratar;
- d) declaração de inidoneidade para licitar ou contratar.

As sanções previstas nos itens acima poderão ser aplicadas cumulativamente, facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 03 (três) dias úteis, nos termos do artigo 165 da Lei 14.133/2021.

A CONTRATADA deverá notificar o CONTRATANTE, por escrito, de qualquer anormalidade constatada durante a execução dos serviços ou entrega dos materiais para as providências cabíveis.

As penalidades somente serão relevadas em razão de circunstâncias excepcionais e a justificativa só será aceita por escrito, fundamentada em fatos reais e facilmente comprováveis, a critério da autoridade competente do CIS da 22ª REGIONAL de SAÚDE de IVAIPORÃ e, desde que, formuladas no prazo máximo de 03 (três) dias úteis da data em que foram aplicadas.



## **11. CONDIÇÕES GERAIS**

**11.1** - É expressamente vedada a cobrança de qualquer taxa em relação à tabela adotada, seja aos municípios consorciados ou aos usuários do CIS referente aos serviços prestados ou mesmo indicar consultórios particulares para realização dos mesmos.

**11.2** - Na eventualidade da necessidade do CREDENCIADO suspender o atendimento por algum período, deverá comunicar o **CIS/ IVAIPORÃ - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ**, no mínimo com 10 (dez) dias de antecedência.

**11.3** - O descumprimento injustificado de qualquer das cláusulas aqui avençadas, constituirá motivo justo para que a parte lesada rescinda o presente contrato, sem direito a qualquer indenização, devendo comunicar por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

**11.4** - Em caso de descumprimento injustificado a parte infratora deverá pagar a parte lesada multa (cláusula penal) no valor de 10% do valor da média dos valores correspondentes ao faturamento de três meses anteriores a data da rescisão. Neste caso, a parte lesada tem o prazo de 30 (trinta) dias para comunicar por ofício o infrator, o rompimento do contrato, com as razões que ocasionaram. O infrator terá igual prazo para fins de efetuar o pagamento da multa rescisória.

**11.5** - Em caso de escassez do produto no mercado relativo aos exames laboratoriais da COVID-19, decorrentes da pandemia mundialmente enfrentada, deverá o contratante informar para bloqueio imediato de aquisição pelos municípios OU requerer por meio de pedido formal o reequilíbrio econômico financeiro do contrato, que será analisado pela entidade pública sua legalidade, sob pena de descumprimento injustificado e aplicabilidade da multa prevista no parágrafo anterior.

**11.6** - Os casos omissos serão resolvidos à luz da Lei nº 14.133/2021 e Resolução nº 09/2023 do CIS, suas alterações e legislação pertinente e dos princípios gerais de direito.

## **12. - DO FORO**

Fica eleito o foro da Cidade e Comarca de Ivaiporã, Estado do Paraná, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente instrumento, caso não sejam resolvidas administrativamente.

E, por estarem de acordo com o ajustado, as partes assinam a presente Ata, após lida e achada conforme, perante as testemunhas que também o assinam, de igual teor, para um só efeito jurídico.

Ivaiporã, «Data\_Assinatura».

CIS - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE  
CONTRATANTE:

---

RENAN MENCK ROMANICHEN  
PRESIDENTE DO CIS

EMPRESA: «NOME\_FORNECEDOR»  
CONTRATADA:

---

«Nome\_Representante»  
REPRESENTANTE LEGAL

TESTEMUNHAS:

---

NOME:  
RG.

---

NOME;  
RG:

**EXTRATO DE ATA DE REGISTRO DE PREÇO Nº «Número\_Contrato»/«Ano\_Contrato»**

**MODALIDADE: INEXIGIBILIDADE Nº «Número\_Licitação»/«Ano\_Licitação»**

**CONTRATANTE: CIS - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE**

**CONTRATADA: «NOME\_FORNECEDOR»**

**OBJETO: «Objeto»**

**VALOR TOTAL: R\$ «Valor\_Contratado».**

**DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:**

«Dotação\_Completa»

«Dotação\_Completa»

**VIGÊNCIA DO CONTRATO: «Término\_Vigência».**

**DATA DA ASSINATURA: «Data\_Assinatura».**

Ivaiporã, «Data\_Assinatura».

\_\_\_\_\_  
RENAN MENCK ROMANICHEN  
PRESIDENTE DO CIS

\_\_\_\_\_  
«Nome\_Representante»  
REPRESENTANTE LEGAL

## **EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2024**

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã através da Comissão de Contratação, designada pela Portaria nº 36/2023, publicada no Diário Oficial no dia 04 de dezembro de 2023 edição 1277, TORNA PÚBLICO QUE SE ENCONTRA ABERTO NESTA UNIDADE O EDITAL DE **CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2024, PARA O CREDENCIAMENTO PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DA ÁREA DA SAÚDE PARA ATENDIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**, para prestação de serviços no exercício 2024.

O edital estará à disposição das empresas interessadas a partir do dia 19/02/2024, por tempo indeterminado, na sede **CIS/ IVAIPORÃ - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ**, sito a rua professora Diva Proença, 500, na cidade de Ivaiporã, no horário comercial das 08h00min as 17h00minhoras.

Outras informações através do fone (43) 3472-1795, sendo que o Edital poderá ser solicitado através do e-mail [licitacaocisivaipora@hotmail.com](mailto:licitacaocisivaipora@hotmail.com).

Ivaiporã, 19 de fevereiro de 2024.

\_\_\_\_\_  
**Presidente da Comissão de Contratação**  
**Natasha Mayara Vieira**