



CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2024

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

PREAMBULO

1.1 – O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã – através da Comissão Permanente de Licitação, designada pela PORTARIA Nº 362/2023, 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 **CREDENCIAMENTO 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/IVAIPORÁ, 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
PROCEDIMENTO CIRÚRGICOS (MÉDIA)			
1	CURATIVO GRAU II COM OU SEM DEBRIDAMENTO	04.01.01.001-5	R\$ 32,40
PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA (ALTA)			
RESSONÂNCIAS			
1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	02.07.01.002-1	R\$ 288,75
2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL/PESSOÇO	02.07.01.003-0	R\$ 288,75
3	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	02.07.01.004-8	R\$ 288,75
4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA	02.07.01.005-6	R\$ 288,75
5	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO	02.07.01.006-4	R\$ 288,75
6	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TURCA	02.07.01.007-2	R\$ 288,75
7	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CORAÇÃO /AORTA C/ CINE	02.07.02.001-9	R\$ 361,25
8	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	02.07.02.002-7	R\$ 288,75
9	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	02.07.02.003-5	R\$ 288,75
10	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX	02.07.03.001-4	R\$ 288,75
11	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN SUPERIOR	02.07.03.002-2	R\$ 288,75
12	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	02.07.03.003-0	R\$ 288,75
13	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	02.07.03.004-8	R\$ 288,75
TOMOGRAFIAS			
14	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	02.08.01.001-0	R\$ 86,75
15	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO SACRA	02.08.01.002-6	R\$ 101,10

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870-000
Fone: (43) 3472-0549 e 3472-1795 – e-mail: licitacao@cisivaipora.org.br



16	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA C/ OU S/ CONTRASTE	02.08.01.003-9	R\$ 86,75
17	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO	02.08.01.007-6	R\$ 97,44
18	TOMOGRAFIA COMP. DE ARTICULAÇÃO DE MEMBRO SUPERIOR	02.08.02.001-6	R\$ 86,75
19	TOMOGRAFIA COMP. DE ARTICULAÇÃO DE MEMBRO INFERIOR	02.08.03.002-9	R\$ 86,75
20	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE BACIA ABDOMEN INFERIOR	02.08.03.003-7	R\$ 138,63
EXAMES LABORATORIAIS			
21	DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	02.02.01.002-3	R\$ 2,01
22	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA CLÁSSICA (8 DOSAGENS)	02.02.01.007-4	R\$ 10,00
23	DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO	02.02.01.012-0	R\$ 1,85
24	DOSAGEM DE ÁCIDO VANILMANDÉLICO	02.02.01.013-9	R\$ 9,00
25	DOSAGEM DE ALDOSE	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-GLICOPROTEÍNA ÁCIDA	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 FRAÇÕES	02.02.01.020-1	R\$ 2,01
30	DOSAGEM DE CÁLCIO	02.02.01.021-0	R\$ 1,85
31	DOSAGEM DE CÁLCIO IONIZÁVEL	02.02.01.023-8	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 COLÁSTERASE	02.02.01.030-4	R\$ 3,68
36	DOSAGEM DE CREATININA	02.02.01.031-7	R\$ 1,85
37	DOSAGEM DE CREATININOFOSFOQUINASE (CPK)	02.02.01.032-5	R\$ 3,68
38	DOSAGEM DE CREATININOFOSFOQUINASE FRAÇÃO MB	02.02.01.033-3	R\$ 4,12
39	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA	02.02.01.036-8	R\$ 3,68
40	DOSAGEM DE FERRITINA	02.02.01.038-4	R\$ 15,39
41	DOSAGEM DE FERRO SÉRICO	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 FÓSFORO	02.02.01.043-0	R\$ 1,85
45	DOSAGEM DE GAMA-GUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	02.02.01.045-5	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 GLICOSADA	02.02.01.050-3	R\$ 7,86
49	DOSAGEM DE LACTATO	02.02.01.053-8	R\$ 3,68
50	DOSAGEM DE LÍPOPROTEÍNAS	02.02.01.057-0	R\$ 2,01
51	DOSAGEM DE POTÁSSIO	02.02.01.060-0	R\$ 1,85
52	DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS	02.02.01.061-9	R\$ 1,40
53	DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES	02.02.01.062-7	R\$ 1,85
54	DOSAGEM DE SÓDIO	02.02.01.063-5	R\$ 1,85
55	DOSAGEM DE TRANSMINASE GLUTÂMICO-OXALACÉTICA (TGO)	02.02.01.064-3	R\$ 1,85
56	DOSAGEM DE TRANSMINASE GLUTÂMICO-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 TRIGLICÉRIDOS	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	02.02.01.070-6	R\$ 15,24
61	ELETRÓFORESE DE PROTEÍNAS	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

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870-000
Fone: (43) 3472-0549 e 3472-1795 – e-mail: licitacao@cisivaipora.org.br



63	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	02.02.01.075-7	R\$ 15,24
64	CONTAGEM DE PLAQUETAS	02.02.01.066-9	R\$ 2,73
65	CONTAGEM DE RETÍCULÓCITOS	02.02.01.067-7	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	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 HEMOSSEDIMENTAÇÃO (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	ELETRÓFORESE DE HEMOGLOBINA	02.02.02.030-4	R\$ 1,53
74	ELETRÓGRAMA (ELETROCARDIOGRAMA, HEMATOGRAMA)	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	02.02.02.040-5	R\$ 2,73
77	PROVA DO LADO	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)	02.02.03.000-7	R\$ 8,25
80	DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE	02.02.03.007-5	R\$ 2,83
81	DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C-REATIVA	02.02.03.008-3	R\$ 9,25
82	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEÍNA	02.02.03.009-1	R\$ 15,06
83	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECÍFICO (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 CRIAGLUTININA	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\$ 2,95
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-IL-6	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-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	02.02.03.031-8	R\$ 18,55
96	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-BRUCELLA (ROSETA INP)	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-SIS-A (RO)	02.02.03.035-0	R\$ 18,55
99	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SIS-B (LA)	02.02.03.036-8	R\$ 18,55
100	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-AMÍBIAS	02.02.03.038-5	R\$ 10,00
101	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICITOCERCO	02.02.03.041-5	R\$ 5,83
102	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTISCLERODERMIA (SCL 70)	02.02.03.045-8	R\$ 10,00
103	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTISTREPTOLISINA O (ASLO)	02.02.03.047-4	R\$ 2,83
104	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-TOXOPLASMA (SAB)	02.02.03.048-2	R\$ 10,00
105	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-TUBERCULOSE	02.02.03.055-5	R\$ 17,16
106	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-TOXOPLASMA	02.02.03.059-8	R\$ 17,16
107	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBs)	02.02.03.063-6	R\$ 18,55
108	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBc)	02.02.03.064-4	R\$ 18,55
109	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	02.02.03.067-9	R\$ 18,55
110	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOMEGALOVÍRUS	02.02.03.074-1	R\$ 11,00

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870-000
Fone: (43) 3472-0549 e 3472-1795 – e-mail: licitacao@cisivaipora.org.br



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 VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBc-IGG)	02.02.03.078-4	R\$ 18,55
114	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVÍRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	02.02.03.079-2	R\$ 30,00
115	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	02.02.03.080-6	R\$ 18,55
116	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS DA BÚBULA	02.02.03.081-4	R\$ 17,16
117	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS DA VARÍOLA-HERPES ZOSTER	02.02.03.082-2	R\$ 17,16
118	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS EPSTEIN-BARR	02.02.03.083-0	R\$ 17,16
119	SIMPLES	02.02.03.084-9	R\$ 17,16
120	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOMEGALOVÍRUS	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 VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBc-IGM)	02.02.03.089-0	R\$ 18,55
124	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVÍRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	02.02.03.090-3	R\$ 20,00
125	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE A (HAV-IGM)	02.02.03.091-1	R\$ 18,55
126	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA BÚBULA	02.02.03.092-0	R\$ 17,16
127	HERPES ZOSTER	02.02.03.093-8	R\$ 17,16
128	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS EPSTEIN-BARR	02.02.03.094-6	R\$ 17,16
129	SIMPLES	02.02.03.096-4	R\$ 17,16
130	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOMEMBRIÔNARIO (CEA)	02.02.03.096-2	R\$ 13,35
131	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBsAg)	02.02.03.097-0	R\$ 18,55
132	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBcAg)	02.02.03.098-9	R\$ 18,55
133	PESQUISA DE CRIAGLUTININA	02.02.03.100-4	R\$ 2,83
134	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WALLER-ROSE)	02.02.03.101-2	R\$ 4,10
135	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECÍFICA	02.02.03.102-9	R\$ 9,25
136	PESQUISA DE TRYPPANOSOMA CRUIZ (PCR)	02.02.03.104-7	R\$ 10,00
137	TESTE FTA-ABS IGG PI DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS	02.02.03.112-8	R\$ 10,00
138	TESTE FTA-ABS IGM PI DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS	02.02.03.113-6	R\$ 10,00
139	PESQUISA DE ENTEROBÍRIAS VERMICULARES (OXIURUS OXIUURA)	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 ROTAVÍRUS 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	ANÁLISE DE CARACTERÍSTICAS FÍSICAS: ELEMENTOS SEDIMENTOS/URINA	02.02.06.001-7	R\$ 3,70
146	CLEARANCE DE CREATININA	02.02.06.002-5	R\$ 3,51
147	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	02.02.06.009-2	R\$ 8,12
148	DOSAGEM DE OXALATO	02.02.06.010-6	R\$ 3,68
149	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	02.02.06.004-7	R\$ 10,20
150	DOSAGEM DE ÁCIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACÉTICO (SEROTONINA)	02.02.06.007-1	R\$ 6,72
151	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTRÓFICO (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	02.02.06.013-8	R\$ 9,86
154	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	02.02.06.014-4	R\$ 11,25

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870-000
Fone: (43) 3472-0549 e 3472-1795 – e-mail: licitacao@cisivaipora.org.br



155	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOSTERONA (DHT)	02.02.06.015-2	R\$ 11,71
156	DOSAGEM DE ESTRADIOL	02.02.06.016-0	R\$ 10,15
157	DOSAGEM DE ESTRÓL	02.02.06.017-8	R\$ 11,58
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\$ 7,86
160	DOSAGEM DE HORMÔNIO DE CRESCIMENTO (GH)	02.02.06.022-5	R\$ 10,21
161	DOSAGEM DE HORMÔNIO FOLÍCULO-ESTIMULANTE (FSH)	02.02.06.023-3	R\$ 7,89
162	DOSAGEM DE HORMÔNIO LUTEINIZANTE (LH)	02.02.06.024-1	R\$ 8,97
163	DOSAGEM DE HORMÔNIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	02.02.06.025-0	R\$ 8,06
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	02.02.06.030-4	R\$ 10,15
167	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF-1)	02.02.06.032-6	R\$ 15,35
168	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	02.02.06.033-0	R\$ 13,11
169	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	02.02.06.034-8	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\$ 11,35
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\$ 11,35
174	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	02.02.06.039-0	R\$ 8,71
175	PEQUISA DE MACROPROLACTINA	02.02.06.047-0	R\$ 12,15
176	ANTIGORAMMA	02.02.08.01-3	R\$ 4,48
177	BACTIOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	02.02.08.005-6	R\$ 4,48
178	BACTIOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSIS (CONTROLE)	02.02.08.006-4	R\$ 4,40
179	BACTERIOSCOPIA	02.02.08.007-2	R\$ 2,80
180	CULTURA DE GRAMAS P/ IDENTIFICACAO	02.02.08.008-0	R\$ 5,62
181	CULTURA PARA BAAR	02.02.08.011-0	R\$ 4,48
182	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	02.02.08.013-7	R\$ 5,63
183	EXAME DE MICROBIOLOGIA A FRESCO (DIRETO)	02.02.08.014-5	R\$ 2,80
184	EXAME DE MICROBIOLOGIA A FRESCO (INDIRECTO)	02.02.08.015-3	R\$ 11,40
185	PEQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	02.02.08.021-8	R\$ 2,80
186	DETERMINACAO DIRETA E INVERSA DE GRUPO ABO	02.02.12.002-3	R\$ 1,37
187	PEQUISA DE FATOR RH (REAGULO E FRACO)	02.02.12.008-2	R\$ 1,37
188	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIT)	02.02.12.009-0	R\$ 2,80
189	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIT)	02.02.12.010-8	R\$ 5,60
190	TESTE IME TROPONEMO P/ DETECCAO DE SIFILIS	02.02.23.011-0	R\$ 2,80



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 aba CHAMAMENTO PÚBLICO, pasta referente a 2024, Chamamento Público 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 orçamentária 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.

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870-000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: ict@casosivaipora@hotmail.com



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, para 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 convençionarem 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

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870-000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: ict@casosivaipora@hotmail.com



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 descumprimento.

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 possibilitam a emissão de nota fiscal eletrônica, neste caso será aceito nota fiscal manual juntamente com declaração da Tributação do respectivo município.

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870-000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: ict@casosivaipora@hotmail.com



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 -02.001.10.122.0002.0005.3.3.90.39.00.00- 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.

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870-000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: ict@casosivaipora@hotmail.com



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

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870-000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: ict@casosivaipora@hotmail.com



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

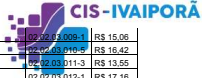
Nº	PROCEDIMENTO - FPO (SUS)	CODIGO SUS	VALOR
PROCEDIMENTO CIRURGICOS (MEDIA)			
1	CURATIVO GRAU II COM OU SEM DEBRIDAMENTO	04.01.01.001-5	R\$ 32,40
PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNOSTICA (ALTA)			
RESSONANCIAS			
1	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	02.07.01.002-1	R\$ 268,75
2	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	02.07.01.003-0	R\$ 268,75
3	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	02.07.01.004-8	R\$ 268,75
4	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	02.07.01.005-6	R\$ 268,75
5	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	02.07.01.006-4	R\$ 268,75
6	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	02.07.01.007-2	R\$ 268,75
7	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO/ AORTA C/ CINE	02.07.02.001-9	R\$ 361,25
8	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR	02.07.02.002-7	R\$ 268,75
9	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	UNILATERAL)	02.07.03.003-0	R\$ 268,75
TOMOGRAFIAS			
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	02.06.01.003-9	R\$ 86,76
17	C/OU S/ CONTRASTE	02.06.01.003-9	R\$ 86,76
18	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	02.06.01.007-9	R\$ 97,44
19	TOMOGRAFIA COMP. DE ARTICULACAO DE MEMBRO SUPERIOR	02.06.02.001-5	R\$ 86,75
20	TOMOGRAFIA COMP. DE ARTICULACAO DE MEMBRO INFERIOR	02.06.03.002-9	R\$ 86,75
21	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE/ BACIA/ ABDOMEN INFERIOR	02.06.03.003-7	R\$ 136,63
PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNOSTICA (LAB - MEDIA)			
EXAMES LABORATORIAIS			
21	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	02.02.01.002-3	R\$ 2,01
22	DETERMINACAO DE CURVA GLUCEMICA 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 BILIRUBINA TOTAL E FRACCOES	02.02.01.020-1	R\$ 2,61
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

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870-000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: ict@casosivaipora@hotmail.com



34	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	02.02.01.029-5	R\$ 1,85
35	DOSAGEM DE COLINESTERASE	02.02.01.030-3	R\$ 3,68
36	DOSAGEM DE CREATININA	02.02.01.031-7	R\$ 1,85
37	DOSAGEM DE CREATININOFOSFATASE (CPK)	02.02.01.032-5	R\$ 3,68
38	DOSAGEM DE CREATININOFOSFATASE FRACAO MB	02.02.01.033-3	R\$ 4,12
39	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LACTICA	02.02.01.036-8	R\$ 3,68
40	DOSAGEM DE FERRITINA	02.02.01.038-4	R\$ 15,50
41	DOSAGEM DE FERRO SERICO	02.02.01.039-2	R\$ 3,51
42	DOSAGEM DE FOLATO	02.02.01.040-8	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 E FOSFATO DESIDROGENASE	02.02.01.048-1	R\$ 3,68
48	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	02.02.01.050-3	R\$ 7,06
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	02.02.01.061-8	R\$ 1,40
53	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACCOES	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	02.02.01.066-8	R\$ 4,12
58	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	02.02.01.067-6	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	EL ELETROFORESE DE PROTEINAS	02.02.01.072-4	R\$ 4,42
62	GASOMETRIA (PH PCO2 POCO 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	DOSAGEM DE CONTAGEM DE PLACQUETS	02.02.02.002-8	R\$ 2,73
65	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	02.02.02.003-6	R\$ 2,73
66	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	02.02.02.007-0	R\$ 2,73
67	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DUKKE	02.02.02.009-6	R\$ 2,73
68	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 HEMOSESSINTEACAO (VHS)	02.02.02.015-0	R\$ 2,73
71	DOSAGEM DE ANTIOTROMBINA 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	02.02.02.040-5	R\$ 2,73
77	PROVA DO LACO	02.02.02.050-8	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

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870-000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: ict@casosivaipora@hotmail.com



82	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	02.02.03.009-1	R\$ 15,06
83	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	02.02.03.010-9	R\$ 18,42
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 CRIOLITURINA	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 ANTIHCV	02.02.03.027-0	R\$ 8,67
94	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIHIV-1 + HIV-2 (ELISA)	02.02.03.030-0	R\$ 10,00
95	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTVL-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-SSA (RO)	02.02.03.035-0	R\$



172	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	02.02.08.037-3	R\$ 8,78
173	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	02.02.08.038-1	R\$ 11,60
174	DOSAGEM DE TRIODOTIRONINA (T3)	02.02.08.039-0	R\$ 8,71
175	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	02.02.06.047-0	R\$ 12,15
176	ANTIBIOGRAMA	02.02.08.001-3	R\$ 4,88
177	BACILOSCOPIA DIRETA PI BAAR (HANSENIASE)	02.02.08.005-6	R\$ 4,20
178	BACILOSCOPIA DIRETA PI BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	02.02.08.006-4	R\$ 4,20
179	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	02.02.08.007-2	R\$ 2,80
180	CULTURA DE BACTÉRIAS PI IDENTIFICAÇÃO	02.02.08.008-0	R\$ 5,62
181	CULTURA PARA BAAR	02.02.08.011-0	R\$ 5,63
182	CULTURA PARA IDENTIFICAÇÃO 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	DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	02.02.12.002-3	R\$ 1,37
187	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI O FRASCO)	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 TREPONÊMICO PI DETECÇÃO DE SÍFILIS	02.02.03.111-0	R\$ 2,83

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870-000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: icitacapsivaiporta@hotmail.com



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: OBRIGATORIO 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

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870-000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: icitacapsivaiporta@hotmail.com



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

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870-000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: icitacapsivaiporta@hotmail.com



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

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870-000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: icitacapsivaiporta@hotmail.com



(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 clínico desta prestadora de serviço:

NOME DO PROFISSIONAL	CRM Nº	ESPECIALIDADE

Ivaiporã, dia/mês/ano.

Nome e assinatura do representante legal da empresa

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870-000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: icitacapsivaiporta@hotmail.com



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)

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870-000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: icitacapsivaiporta@hotmail.com



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:

- 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.
- 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, XXXII, da Constituição.
- 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.
- Cumprir as exigências de reserva de cargos para pessoas com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e em outras normas específicas.
- Outrosim, 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.
- Não há servidor público de município participante do referido Consórcio na administração direta, indireta ou integrado no quadro de diretores ou conselheiros desta empresa.
- 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.
- 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.
- 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 6262/2006).
- Que todos os equipamentos estão de acordo com a legislação vigente e com as manutenções preventivas e corretivas vigentes.
- 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 o presente.

Ivaiporã, ____ de xxxxx de 2024.

Representante Legal da empresa e/ou procurador.

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870-000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: icitacapsivaiporta@hotmail.com



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. 02.586.019/0001-87, 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 Cândido de Abreu - PR, considerando o credenciamento da empresa EMPRESA «NOME FORNECEDOR», pessoa jurídica de Direito Privado, sito à «Endereço Forneecedor», «Bairro Forneecedor», em «Cidade Forneecedor» inscrita no CNPJ Nº «CNPJ CPF Forneecedor», 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 03/2023 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 seguintes procedimentos, consultas ou serviços abaixo especificados:

2. DOS PREÇOS, ESPECIFICAÇÕES E QUANTITATIVOS

2.10 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.

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870-000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: icitacapsivaiporta@hotmail.com



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 possibitem 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 nº. 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, devendo ser 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 a pessoa jurídica credenciada.

5.7. Fica condicionada o pagamento dos serviços prestados, a regular situação do cadastro da empresa no CIS/ IVAIPORÃ, tendo essa que apresentar regularmente a esse consórcio 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:

- Supervisionar e fiscalizar os serviços/materiais ora contratados;
- 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:

- Mantier as mesmas condições que a habilitaram no processo licitatório;
- Entregar os materiais, e/ou prestar os serviços objeto desta Licitação, de acordo com as especificações do Anexo;
- Assinar o "Contrato" relativo ao objeto adjudicado, no prazo de até 05 (cinco) dias úteis, a contar da notificação;
- 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;
- Assumir plena responsabilidade legal, administrativa e técnica pela execução e qualidade dos serviços/materiais fornecidos.
- 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.

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870-000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: icitacapsivaiporta@hotmail.com



g) Seguir as diretrizes do SUS nas prescrições médicas tanto de medicamento quanto de exames de acordo com as orientações do CONITEC – Conselho 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 Oudorias (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 preferências 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) E 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.



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 requerir 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.



«Nome_Representante»
REPRESENTANTE LEGAL

TESTEMUNHAS:

NOME: _____
RG: _____

NOME: _____
RG: _____



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 ou sem, 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 interposição 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 dentro notificar o CONTRATANTE, por escrito, de qualquer anomalia 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.



Rua Professora Diva Praelong, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870-000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: licitacao@cisivaipora@hotmail.com



Rua Professora Diva Praelong, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870-000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: licitacao@cisivaipora@hotmail.com



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 Praelong, 500, na cidade de Ivaiporã, no horário comercial das 08h00min às 17h00minhoras. Outras informações através do fone (43) 3472-1795, sendo que o Edital poderá ser solicitado através do e-mail licitacao@cisivaipora@hotmail.com.

Ivaiporã, 19 de fevereiro de 2024.

Presidente da Comissão de Contratação
Natasha Mayara Vieira



CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 02/2024 - CIS-IVAIPORÃ
CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DA ÁREA DA SAÚDE NA ESPECIALIDADE DE ANÁLISES CLÍNICA PARA 2024

1 – PREÂMBULO

1.1 – 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 e em conformidade com a Lei nº 14.133/2021 e Resolução nº 09/2023 do CIS Ivaiporã, 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 CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DA SAÚDE** para prestação de serviços na especialidade de análises clínicas para o exercício de 2024, referidas no item 2 – Objeto deste instrumento, nos termos e condições a seguir:

2 – OBJETO

CÓDIGO	ESPECIALIDADE –
1	ANÁLISES CLÍNICAS

3 – CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO

3.1 – Poderão participar do Credenciamento 2024 os estabelecimentos nas áreas da saúde que realizem os procedimentos de Análises Clínicas, 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 integrem 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 inexistência a ser realizado.

4.3 – Os interessados poderão inscrever-se para Credenciamento, para o exercício de 2024 a partir do dia 19/02/2024, respeitando o período de recesso do CIS/ IVAIPORÃ, com previsão de processo de inexistência para fevereiro de 2024.

4.4 – Os interessados poderão solicitar a inscrição no Setor de Licitações e Contratos e acesso à internet – www.cisivaipora.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 Praelong, 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
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 A 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 PARA COMPROVAR A REGULARIDADE DA EMPRESA FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR OS SEGUINTE DOCUMENTOS:



a) Anexos II, III, IV, V, VI E 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 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;

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

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

h) Cartão Nacional do SUS.

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

j) Profissional da saúde: sócio proprietário ou colista, 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;

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

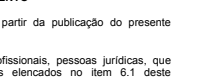
l) Profissional da saúde, credenciado ou prestador de serviço autônomo, com vínculo contratual com a empresa; cópia do contrato de prestação de serviço ou termo de declaração conforme anexo VI;

6.4 – 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.

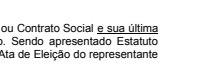
PARÁGRAFO ÚNICO: Os pagamentos dos serviços prestados ficam condicionados ao cumprimento do item 6.2 desse instrumento, pela empresa credenciada.

7 – PROCEDIMENTOS DO CREDENCIAMENTO

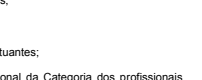
7.1 – O credenciamento será amplamente divulgado e estará permanentemente aberto aos interessados, obrigando-se a unidade por ele responsável a proceder, no



Rua Professora Diva Praelong, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870-000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: licitacao@cisivaipora@hotmail.com



Rua Professora Diva Praelong, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870-000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: licitacao@cisivaipora@hotmail.com



Rua Professora Diva Praelong, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870-000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: licitacao@cisivaipora@hotmail.com



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 02/2024 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 Piroena, 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 6.1 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, 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 – A quantidade de atendimentos, exames, procedimentos e afins, estimado para os contratos derivados deste credenciamento não vinculam o consórcio intermunicipal ou seus entes consorciados, não sendo obrigatória sua execução integral, a qual se dará a partir de efetiva demanda.

7.6 - O valor estimado, constante da proposta de Anexo A1 foi calculado levando em conta a média histórica anual, mais 30% a fim de se registrarem preços para serviços a serem prestados no ano exercício financeiro da contratação, ressalvada a possibilidade de prorrogação da ata celebrada - art. 84 da Lei nº 14.133/2021.

§1º. Em se tratando de serviços que não foram, até então, realizados pelo CIS, permite-se o registro de preços, limitada à própria Unidade, sem indicação do total a ser contratado, porém com indicativo de valor máximo da despesa que lhes suportará, conforme consta do Anexo a1) - art. 82, §3º, I, e §2º, da Lei nº 14.133/2021.

Rua Professora Diva Piroena, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: licitacao@ivaipora@hotmail.com



§2º. 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.

§3º. 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- 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, aba CHAMAMENTO PÚBLICO, pasta referente a 2024, Chamamento Público nº02/ 2024 a fim de facilitar o preenchimento. Não será aceita outra forma de preenchimento de proposta a não ser a planilha em Excel.

§1º. O fornecedor interessado poderá alterar apenas e tão somente as colunas relativas ao item oferecido e, por consequência, selecionar o procedimento que irá credenciar para ser registrado.

7.8- Fica autorizada confecção de ata suplementar nos casos de esgotamento de saldo, sendo obrigatório obedecer à dotação orçamentária estipulado no chamamento

7.9 – De igual forma, a lista contendo o nome de todas as empresas profissionais credenciadas será repassada diretamente às Secretarias de Saúde dos Municípios Consorciados, de modo que, os pacientes de cada município possam realizar a escolha do Laboratório que desejear receber atendimento, de maneira a se permitir a rotatividade entre todos os credenciados.

7.10 – 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.

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

8 – CRITÉRIOS DE CREDENCIAMENTO

8.1 – Os profissionais serão cadastrados 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 uma lista que contém sequência numérica, informando o dia, vinculando ao chamamento referente, e a especialidade da apresentação da referida documentação.

Rua Professora Diva Piroena, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: licitacao@ivaipora@hotmail.com



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 conveniência em 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

10.1 – A remuneração pela prestação de serviços será de acordo com a Tabela de Procedimentos constantes no Anexo I deste edital, de acordo com Resolução nº04/2024 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.

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

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

10.4 – O Prazo de execução será entre 19 de FEVEREIRO de 2024 a 20 de FEVEREIRO de 2025, 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.

11 – CRITÉRIOS DE REAJUSTE, INCLUSÃO OU EXCLUSÃO.

11.1 – O preço permanecerá fixo e irrevogável durante a vigência da Ata de Registro de Preços, podendo, contudo, ocorrer a exclusão ou inclusão de novos procedimentos na tabela, a qualquer momento, desde que, através de resolução publicada no Órgão de imprensa oficial do CIS, após aprovação da CRESEMS e do Conselho de Prefeitos.

12 – SANÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA O CASO DE INADIMPLENTO DOS SERVIÇOS

Rua Professora Diva Piroena, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: licitacao@ivaipora@hotmail.com



12.1 – 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.

12.2 – 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.

12.3 - Todos os pagamentos serão realizados exclusivamente pelo CIS/ IVAIPORÃ.

13 – CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

13.1 – Os valores a serem pagos serão apurados de acordo com o número de consultas, exames, procedimentos, cirurgias ou carga horária 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.

13.2 - 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.

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

13.4 – 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.

13.5 - 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 aceita nota fiscal manual juntamente com declaração da Tributação do respectivo município.

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

13.7 – 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 certides 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.

Rua Professora Diva Piroena, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: licitacao@ivaipora@hotmail.com



13.7.1 - 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.

13.8 – 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.

13.9 – Todos os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais decorrentes da prestação de serviços, serão de responsabilidade da empresa credenciada;

13. 10 – O valor disponível estimado para a realização dos serviços será de R\$ 10.000.000,00 (dez milhões).

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

Red. 32 - 02.003.10.302.0002.2010. 3.3.90.39.00.00- OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

14- DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO

14.1- 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;

14.2 - 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;

14.3- Respeitar os horários dos exames, considerado a pontualidade para inícios dos atendimentos com os respectivos horários, intervalados e os atendimentos prioritários e preferenciais colocados pela equipe de atendimento.

14.4- 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.

Rua Professora Diva Piroena, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: licitacao@ivaipora@hotmail.com



14.05- 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.

14.06- 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.

14.07- 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.

15 – RECURSOS

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

15.2 – 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 Piroena nº500, na cidade de Ivaiporã, Estado do Paraná, no setor de Ouvidoria.

16 – DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

16.3 – Integram o presente instrumento, os seguintes anexos:

- a) Anexo I - Tabela de Valores exames laboratoriais
b) Anexo II- Modelo de requerimento para credenciamento;
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 Laboratório
g) Anexo VI – Termo de Responsabilidade – Acesso login e senha
i) Anexo VII – Declaração de condição de participação
j) Anexo VIII – Minuta ata de Registro de preço Prestação de Serviços

Ivaiporã, 19 de fevereiro de 2024.

Presidente da Comissão de Contratação
Natasha Mayara Vieira

Rua Professora Diva Piroena, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: licitacao@ivaipora@hotmail.com



ANEXO I – TABELA DE VALORES EXAMES LABORATORIAIS

nº	DESCRIÇÃO	VALOR
1	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 6,36
2	ADENOGRAMA	R\$ 4,76
3	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS/SEDIMENTO/ URINA	R\$ 5,86
4	ANTI ENDOMISIO IGA	R\$ 53,00
5	ANTI ENDOMISIO IGG	R\$ 53,00
6	ANTI ENDOMISIO IGM	R\$ 53,00
7	ANTIBIOGRAMA	R\$ 14,66
8	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R\$ 14,66
9	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	R\$ 4,62
10	ANTIFUNGIGRAMA	R\$ 70,45
11	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	R\$ 4,62
12	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	R\$ 3,08
13	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNOSTICA)	R\$ 4,62
14	BACTEROSCOPIA (GRAM)	R\$ 6,18
15	BIOPSIA DE COLO DE FUNDO VAGINAL OU PÓLIPOS POR FRAGMENTOS	R\$ 120,00
16	BIOPSIA RENAL	R\$ 120,00
17	BNP-PEPTÍDEO NATRIURÉTICO	R\$ 270,00
18	CA 125	R\$ 47,00
19	CATETER DUPLIO I	R\$ 180,00

Rua Professora Diva Piroena, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: licitacao@ivaipora@hotmail.com



20	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	R\$ 4,76
21	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	R\$ 1,96
22	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	R\$ 8,37
23	CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 3,86
24	CLEARANCE DE FOSFATO	R\$ 3,86
25	CLEARANCE DE UREIA	R\$ 3,86
26	CLEARANCE OSMOLAR	R\$ 3,86
27	COAGULOGRAMA COMPLETO (TS, TC, PROVA LAÇO, RETRAÇÃO DO COÁGULO, CONTAGEM DE PLAQUETAS, TEMPO DA PROTHROMBINA, TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO)	R\$ 35,00
28	CONTAGEM DE ADDIS	R\$ 4,07
29	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	R\$ 3,11
30	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8(cada)	R\$ 36,30
31	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	R\$ 18,87
32	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 5,20
33	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$ 8,89
34	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,96
35	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 7,21
36	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 4,76
37	CULTURA DO LEITE MATERNO (POS- PASTEURIZACAO)	R\$ 4,76
38	CULTURA P/ HERPESVIRUS	R\$ 6,19
39	CULTURA PARA BAAR	R\$ 11,27
40	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R\$ 4,60

Rua Professora Diva Piroena, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: licitacao@ivaipora@hotmail.com



41	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$ 3,08
42	D – DÍMERO QUANTITATIVO	R\$ 65,00
43	DOSAGEM TROPONINA	R\$ 26,22
44	DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R\$ 80,00
45	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	R\$ 11,00
46	DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 72,60
47	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)	R\$ 72,60
48	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)	R\$ 6,05
49	DETERMINACAO CURVA GLUCEMICA C/ INDUCAO P/ CORTISONA (4 DOSAG.)	R\$ 10,00
50	DETERMINACAO CURVA GLUCEMICA C/ INDUCAO P/ CORTISONA (5 DOSAG.)	R\$ 10,00
51	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	R\$ 1,50
52	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R\$ 2,10
53	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEULUA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 35,72
54	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 9,68
55	DETERMINACAO DE CARIOTIPO/ CULTURA DE LONGA DURACAO (BANDAS)	R\$ 35,72
56	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	R\$ 11,00
57	DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS	R\$ 2,00
58	DETERMINACAO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR	R\$ 7,29
59	DETERMINACAO DE CURVA GLUCEMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 7,60
60	DETERMINACAO DE CURVA GLUCEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	R\$ 10,00
61	DETERMINACAO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	R\$ 16,50
62	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 9,53

Rua Professora Diva Piroena, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: licitacao@ivaipora@hotmail.com



63	DETERMINAÇÃO DE FOSFOLÍPIDIOS RELAÇÃO LECITINA – ESFINGOMIELINA NO LÍQUIDO AMNÍOTICO	R\$ 2,21
64	DETERMINAÇÃO DE ÍNDICE DE TIROXINA LIVRE	R\$ 13,79
65	DETERMINAÇÃO DE OSMOLALIDADE	R\$ 4,07
66	DETERMINAÇÃO DE OSMOLARIDADE	R\$ 3,86
67	DETERMINAÇÃO DE RECEPTORES TUMORAIS HORMONAIS	R\$ 47,53
68	DETERMINAÇÃO DE RETENÇÃO DE T3	R\$ 16,15
69	DETERMINAÇÃO DE SULFO-HEMOGLOBINA	R\$ 20,80
70	DETERMINAÇÃO DE T3 REVERSO	R\$ 11,22
71	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	R\$ 7,32
72	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	R\$ 10,02
73	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	R\$ 7,32
74	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO –DUKE	R\$ 11,56
75	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SOBREVIVÊNCIA DE HEMACIAS	R\$ 5,06
76	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA	R\$ 1,68
77	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 3,00
78	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 3,00
79	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSIDIMENTAÇÃO (VHS)	R\$ 3,00
80	DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 11,71
81	DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA	R\$ 18,87
82	DOSAGEM ANTI CÂNDIDA IGG	R\$ 31,13
83	DOSAGEM ANTI CÂNDIDA IGM	R\$ 31,13
84	DOSAGEM ANTI GLIADINA GLUTEN IGA	R\$ 31,13

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: licitacaocisvaipora@hotmail.com



85	DOSAGEM ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE RECOMBINANTE HUMANO IGA	R\$ 38,81
86	DOSAGEM ANTITROMBINA III	R\$ 28,51
87	DOSAGEM BETA HCG HORMÔNIO GONODOTRÓFICO CORIÔNICA QUANTITATIVO	R\$ 25,38
88	DOSAGEM BRUCELOSE IGG	R\$ 28,31
89	DOSAGEM BRUCELOSE IGM	R\$ 34,32
90	DOSAGEM CA 153	R\$ 38,00
91	DOSAGEM CA 199	R\$ 38,00
92	DOSAGEM CAXUMBA IGG	R\$ 75,40
93	DOSAGEM CHAGAS IGG	R\$ 28,31
94	DOSAGEM CHAGAS IGM	R\$ 34,32
95	DOSAGEM DA FRACAO C1Q DO COMPLEMENTO	R\$ 4,07
96	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R\$ 7,39
97	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	R\$ 7,39
98	DOSAGEM DE 17-HIDROXCORTICOSTEROIDES	R\$ 7,39
99	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 35,84
100	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	R\$ 3,86
101	DOSAGEM DE ACETONA	R\$ 2,10
102	DOSAGEM DE ÁCIDO 5-HIDROXI-ÍNDOL-ACÉTICO (SEROTONINA)	R\$ 15,53
103	DOSAGEM DE ÁCIDO ASCÓRBICO	R\$ 4,04
104	DOSAGEM DE ÁCIDO DELTA-AMINOLEVULÍNICO	R\$ 2,45
105	DOSAGEM DE ÁCIDO HIPÚRICO	R\$ 4,04
106	DOSAGEM DE ÁCIDO MANDELÍCO	R\$ 2,26

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: licitacaocisvaipora@hotmail.com



107	DOSAGEM DE ÁCIDO METIL-HIPÚRICO	R\$ 17,21
108	DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO	R\$ 2,22
109	DOSAGEM DE ÁCIDO VALPROÍCO	R\$ 3,86
110	DOSAGEM DE ÁCIDO VANILMANDELÍCO	R\$ 4,04
111	DOSAGEM DE ACÚCARES (POR CROMATOGRAFIA)	R\$ 2,24
112	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTRÓFICO (ACTH)	R\$ 13,07
113	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	R\$ 2,21
114	DOSAGEM DE ALCÓOL ETÍLICO	R\$ 30,25
115	DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$ 2,10
116	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$ 13,21
117	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	R\$ 4,04
118	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEÍNA ÁCIDA	R\$ 4,53
119	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	R\$ 4,04
120	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEÍNA	R\$ 11,00
121	DOSAGEM DE ALUMÍNIO	R\$ 11,00
122	DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 4,04
123	DOSAGEM DE AMINOGLUCOSÍDEOS	R\$ 11,00
124	DOSAGEM DE AMÔNIA	R\$ 17,14
125	DOSAGEM DE AMÔNIA URINÁRIA	R\$ 38,00
126	DOSAGEM DE AMP CÍCLICO	R\$ 12,68
127	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$ 15,81
128	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	R\$ 11,00

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: licitacaocisvaipora@hotmail.com



129	DOSAGEM DE ANTI GLIADINA GLUTEN IGG	R\$ 22,65
130	DOSAGEM DE ANTI GLIADINA GLUTEN IGM	R\$ 38,91
131	DOSAGEM DE ANTI NEUTRÓFILOS ANCA C	R\$ 38,91
132	DOSAGEM DE ANTI NEUTRÓFILOS ANCA P	R\$ 38,91
133	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R\$ 4,52
134	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTI ILHOTA DE LANGHERANS	R\$ 45,13
135	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS	R\$ 14,44
136	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA)	R\$ 19,70
137	DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTÁTICO LIVRE (PSA LIVRE)	R\$ 19,70
138	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$ 5,95
139	DOSAGEM DE BARBITURATOS	R\$ 14,82
140	DOSAGEM DE BENZODIAZEPÍNICOS	R\$ 7,20
141	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$ 20,40
142	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACÕES	R\$ 3,86
143	DOSAGEM DE CÁDmio	R\$ 19,28
144	DOSAGEM DE CÁLCIO	R\$ 4,00
145	DOSAGEM DE CÁLCIO IONIZÁVEL	R\$ 4,00
146	DOSAGEM DE CALCITONINA	R\$ 10,84
147	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$ 34,52
148	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	R\$ 9,71
149	DOSAGEM DE CAROTENO	R\$ 2,21
150	DOSAGEM DE CAXUMBA IGM	R\$ 80,01

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: licitacaocisvaipora@hotmail.com



151	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	R\$ 2,10
152	DOSAGEM DE CHLAMYDIA IGG	R\$ 52,12
153	DOSAGEM DE CHLAMYDIA IGM	R\$ 45,13
154	DOSAGEM DE CHUMBO	R\$ 64,47
155	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R\$ 3,86
156	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R\$ 77,02
157	DOSAGEM DE CÍTRATO	R\$ 8,93
158	DOSAGEM DE CLORETO	R\$ 2,21
159	DOSAGEM DE COBRE	R\$ 9,86
160	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 3,86
161	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 3,86
162	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 2,90
163	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R\$ 4,04
164	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 18,87
165	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$ 6,31
166	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 12,37
167	DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 4,04
168	DOSAGEM DE CREATININA NO LÍQUIDO AMNÍOTICO	R\$ 2,21
169	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 8,64
170	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$ 4,04
171	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	R\$ 18,87
172	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 12,28

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: licitacaocisvaipora@hotmail.com



173	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTÍRICA	R\$ 3,86
174	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTÂMICA	R\$ 4,04
175	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA	R\$ 3,86
176	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	R\$ 2,47
177	DOSAGEM DE DIGITALÍCOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R\$ 17,21
178	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 11,16
179	DOSAGEM DE ERITROPOIETINA	R\$ 70,54
180	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	R\$ 3,86
181	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 12,70
182	DOSAGEM DE ESTRÍOL	R\$ 12,23
183	DOSAGEM DE ESTRONA	R\$ 15,56
184	DOSAGEM DE ETOSSUXÍMIDA	R\$ 38,74
185	DOSAGEM DE FATOR II	R\$ 3,00
186	DOSAGEM DE FATOR IX	R\$ 1,68
187	DOSAGEM DE FATOR V	R\$ 4,52
188	DOSAGEM DE FATOR VII	R\$ 3,00
189	DOSAGEM DE FATOR VIII	R\$ 27,50
190	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	R\$ 4,52
191	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTÍGENO)	R\$ 3,00
192	DOSAGEM DE FATOR X	R\$ 3,00
193	DOSAGEM DE FATOR XI	R\$ 3,00
194	DOSAGEM DE FATOR XII	R\$ 3,00

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: licitacaocisvaipora@hotmail.com



195	DOSAGEM DE FATOR XIII	R\$ 4,52
196	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNÓSTICA TARDIO)	R\$ 13,31
197	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	R\$ 22,99
198	DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECÇÃO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA	R\$ 6,05
199	DOSAGEM DE FENITOÍNA	R\$ 32,25
200	DOSAGEM DE FENOL	R\$ 3,86
201	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 18,71
202	DOSAGEM DE FERRO SÉRICO	R\$ 4,21
203	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R\$ 3,00
204	DOSAGEM DE FOLATO	R\$ 4,04
205	DOSAGEM DE FORMALDEÍDO	R\$ 2,47
206	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA	R\$ 1,96
207	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA TOTAL	R\$ 3,86
208	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 3,50
209	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	R\$ 2,21
210	DOSAGEM DE FOSFÓRO	R\$ 2,50
211	DOSAGEM DE FRACAO PROSTÁTICA DA FOSFATASE ÁCIDA	R\$ 2,10
212	DOSAGEM DE FRUTOSE	R\$ 2,21
213	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	R\$ 1,96
214	DOSAGEM DE GALACTOSE	R\$ 2,10
215	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,21
216	DOSAGEM DE GASTRINA	R\$ 16,68

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: licitacaocisvaipora@hotmail.com



217	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 2,21
218	DOSAGEM DE GLICOSE NO LÍQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,96
219	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	R\$ 4,53
220	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	R\$ 8,63
221	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIÔNICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 11,23
222	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	R\$ 3,86
223	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	R\$ 3,86
224	DOSAGEM DE HELICOBACTER PYLORI IGA	R\$ 197,77
225	DOSAGEM DE HELICOBACTER PYLORI IGG	R\$ 45,78
226	DOSAGEM DE HELICOBACTER PYLORI IGM	R\$ 52,12
227	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 3,00
228	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA – INSTABILIDADE A 37OC	R\$ 3,00
229	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	R\$ 13,20
230	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 10,44
231	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	R\$ 3,00
232	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	R\$ 2,10
233	DOSAGEM DE HORMÔNIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$ 8,67
234	DOSAGEM DE HORMÔNIO FOLÍCULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 9,86
235	DOSAGEM DE HORMÔNIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 9,85
236	DOSAGEM DE HORMÔNIO TIREOSTIMULANTE (TSH)	R\$ 11,18
237	DOSAGEM DE IGF- BP3 PROTEÍNA LIGADORA DOS FATORES DE CRESCIMENTO	R\$ 66,93
238	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$ 20,40

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: licitacaocisvaipora@hotmail.com



239	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 20,40
240	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 10,17
241	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	R\$ 11,00
242	DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 21,44
243	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	R\$ 16,76
244	DOSAGEM DE LACTATO	R\$ 4,04
245	DOSAGEM DE LEISHMANIOSE IGG	R\$ 28,31
246	DOSAGEM DE LEISHMANIOSE IGM	R\$ 34,32
247	DOSAGEM DE LEPTOSPIROSE IGG	R\$ 38,91
248	DOSAGEM DE LEPTOSPIROSE IGM	R\$ 52,13
249	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	R\$ 4,86
250	DOSAGEM DE LIPASE	R\$ 8,21
251	DOSAGEM DE LÍTIQ	R\$ 5,24
252	DOSAGEM DE MAGNÉSIO	R\$ 4,04
253	DOSAGEM DE MERCÚRIO	R\$ 4,52
254	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAÍNA	R\$ 11,00
255	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	R\$ 11,00
256	DOSAGEM DE METOTREXATO	R\$ 11,00
257	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 14,04
258	DOSAGEM DE MUÇO-PROTEÍNAS	R\$ 7,20
259	DOSAGEM DE OXALATO	R\$ 2,24
260	DOSAGEM DE PARACOCIDIOIDOMICÓSE ANTICORPOS TOTAIS IGG	R\$ 65,68

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: licitacaocisvaipora@hotmail.com



261	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 16,88
262	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 31,24
263	DOSAGEM DE PIRUVATO	R\$ 16,76
264	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	R\$ 3,00
265	DOSAGEM DE PORFIRINAS	R\$ 7,12
266	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 3,00
267	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 11,16
268	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$ 14,50
269	DOSAGEM DE PROTEINA C FUNCIONAL	R\$ 75,00
270	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 10,17
271	DOSAGEM DE PROTEINA S FUNCIONAL	R\$ 125,00
272	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 3,34
273	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 7,21
274	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$ 3,00
275	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 3,00
276	DOSAGEM DE QUINIDINA	R\$ 2,21
277	DOSAGEM DE RENINA	R\$ 16,88
278	DOSAGEM DE SALICILATOS	R\$ 3,86
279	DOSAGEM DE SARAMPO IGG	R\$ 28,31
280	DOSAGEM DE SARAMPO IGM	R\$ 34,32
281	DOSAGEM DE SODIO	R\$ 3,00
282	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$ 54,42

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: icitacaociivaipora@hotmail.com



283	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R\$ 11,47
284	DOSAGEM DE SULFATOS	R\$ 17,21
285	DOSAGEM DE TACROLIMUS	R\$ 123,44
286	DOSAGEM DE TEOFILINA	R\$ 4,04
287	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 14,42
288	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 16,88
289	DOSAGEM DE TIOCIANATO	R\$ 17,21
290	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$ 9,63
291	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 12,76
292	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 13,20
293	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 3,00
294	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 3,00
295	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,94
296	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 4,21
297	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 13,32
298	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA	R\$ 14,52
299	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	R\$ 9,90
300	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICA TARDIO)	R\$ 11,71
301	DOSAGEM DE UREIA	R\$ 6,35
302	DOSAGEM DE VASOPRESSINA	R\$ 53,14
303	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 3,13
304	DOSAGEM DE ZINCO	R\$ 21,47

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: icitacaociivaipora@hotmail.com



305	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	R\$ 4,07
306	DOSAGEM FENOBARBITAL	R\$ 26,22
307	DOSAGEM FRUTOSAMINAS	R\$ 5,63
308	DOSAGEM HOMOCISTEINA	R\$ 27,30
309	DOSAGEM LIPOPROTEINA A	R\$ 14,50
310	DOSAGEM VITAMINA A	R\$ 69,70
311	DOSAGEM VITAMINA E	R\$ 69,70
312	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 19,50
313	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$ 6,34
314	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 10,96
315	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	R\$ 7,21
316	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R\$ 5,50
317	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,36
318	ESPERMOGRAMA	R\$ 60,00
319	ESPLENOGRAMA	R\$ 2,07
320	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA – BIOPSIA	R\$ 47,53
321	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA – PECA CIRURGICA	R\$ 26,40
322	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO – BIOPSIA	R\$ 26,40
323	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO – PECA CIRURGICA	R\$ 26,40
324	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO P/ CONGELAMENTO / PARAFINA (EXCETO COLO UTERINO) – PECA CIRURGICA	R\$ 92,00
325	EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA	R\$ 11,71
326	EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA	R\$ 55,00

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: icitacaociivaipora@hotmail.com



327	EXAME CITOPATOLOGICO HORMONAL SERIADO (MINIMO 3 COLETAS)	R\$ 11,71
328	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	R\$ 3,86
329	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	R\$ 6,36
330	EXAME DE CITOLOGIA ONCOTICA (EXCETO CERVICO-VAGINAL)	R\$ 17,56
331	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$ 12,63
332	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	R\$ 4,07
333	EXAME TOXICOLOGICO	R\$ 150,00
334	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH – HR	R\$ 11,71
335	GASOMETRIA (ARTERIAL OU VENOSA)	R\$ 50,00
336	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE)	R\$ 3,00
337	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 358,17
338	HEMATOCRITO	R\$ 5,50
339	HEMOCULTURA	R\$ 6,19
340	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 6,94
341	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	R\$ 4,76
342	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	R\$ 6,36
343	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	R\$ 2,24
344	IGE ESPECIFICO BETA LACTOGLOBULINA	R\$ 20,25
345	IGE ESPECIFICO PARA ALFA LACTOGLOBULINA	R\$ 20,25
346	IGE ESPECIFICO PARA CASEINA	R\$ 20,25
347	IGE ESPECIFICO PARA CLARA	R\$ 20,25
348	IGE ESPECIFICO PARA GEMA	R\$ 20,25

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: icitacaociivaipora@hotmail.com



349	IGE ESPECIFICO PARA LEITE (F2)	R\$ 20,25
350	IGE ESPECIFICO PARA OVO	R\$ 20,25
351	IGE ESPECIFICO PARA SOJA	R\$ 20,25
352	IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 6,31
353	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$ 11,00
354	IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$ 26,40
355	LEUCOGRAMA	R\$ 4,40
356	MIELOGRAMA	R\$ 10,67
357	PAINEL DE IMUNO-HISTOQUIMICA- ACIMA DE 5 MARCADORES	R\$ 850,00
358	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	R\$ 3,08
359	PESQ. ANTICORPOS /OU ANTIGENO VIRUS SINCIAL RESPIRATORIO	R\$ 20,40
360	PESQ. DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLORESCENCIA)	R\$ 11,00
361	PESQ. DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 18,87
362	PESQ. DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 20,40
363	PESQUISA ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$ 20,40
364	PESQUISA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$ 11,00
365	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	R\$ 4,07
366	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	R\$ 2,24
367	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	R\$ 18,87
368	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10,17
369	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	R\$ 18,87
370	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	R\$ 18,87

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: icitacaociivaipora@hotmail.com



371	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTISPERGILLUS	R\$ 18,87
372	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	R\$ 18,87
373	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	R\$ 18,87
374	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEIX SUPRARENAL	R\$ 18,87
375	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 11,00
376	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	R\$ 20,40
377	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	R\$ 20,40
378	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	R\$ 8,55
379	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R\$ 2,21
380	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTISTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$ 10,68
381	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	R\$ 20,40
382	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	R\$ 20,40
383	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$ 10,67
384	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$ 3,11
385	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 11,00
386	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 11,00
387	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILHOTA DE LANGERHANS	R\$ 10,17
388	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	R\$ 4,51
389	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	R\$ 20,40
390	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	R\$ 18,87
391	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$ 3,11
392	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	R\$ 12,10

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: icitacaociivaipora@hotmail.com



393	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	R\$ 10,17
394	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	R\$ 18,66
395	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUCLEO	R\$ 10,17
396	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	R\$ 20,40
397	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	R\$ 33,00
398	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R\$ 11,00
399	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R\$ 18,87
400	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$ 20,59
401	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$ 20,59
402	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$ 20,59
403	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$ 20,40
404	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$ 18,87
405	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	R\$ 18,87
406	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	R\$ 18,87
407	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 12,77
408	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	R\$ 11,00
409	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	R\$ 20,40
410	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCIDIOIDES BRASILIENSIS	R\$ 10,17
411	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	R\$ 22,00
412	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 18,87
413	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	R\$ 18,87
414	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,87

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: icitacaociivaipora@hotmail.com



415	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 18,87
416	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)	R\$ 14,68
417	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS 496PSTEIN-BARR	R\$ 4,51
418	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 20,40
419	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 20,40
420	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 3,11
421	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLIS	R\$ 11,00
422	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 10,17
423	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	R\$ 11,00
424	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 21,94
425	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 21,94
426	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 19,80
427	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$ 20,40
428	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 24,51
429	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 18,11
430	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 18,11
431	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 16,00
432	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLIS	R\$ 16,00
433	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES P/ METODO DA ELUICAO	R\$ 6,36
434	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC	R\$ 6,36
435	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO	R\$ 1,50
436	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$ 19,94

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: icitacaociivaipora@hotmail.com



437	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R\$ 22,11
438	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	R\$ 10,17
439	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	R\$ 4,76
440	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	R\$ 2,24
441	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	R\$ 2,24
442	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$ 1,96
443	PESQUISA DE CELULAS LE	R\$ 3,11
444	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	R\$ 1,96
445	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	R\$ 2,24
446	PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)	R\$ 20,40
447	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	R\$ 4,07
448	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	R\$ 10,17
449	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	R\$ 18,87
450	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	R\$ 5,28
451	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	R\$ 4,07
452	PESQUISA DE EOSINOFILOS	R\$ 4,07
453	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	R\$ 2,24
454	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APÓS VASECTOMIA)	R\$ 2,07
455	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$ 3,08
456	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WALKER-ROSE)	R\$ 7,81
457	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 3,00
458	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	R\$ 2,24

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: icitacaociivaipora@hotmail.com



459	PESQUISA DE FILARIA	R\$ 16,56
460	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	R\$ 3,69
461	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	R\$ 2,24
462	PESQUISA DE GORDURA FECAL	R\$ 2,21
463	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	R\$ 4,76
464	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$ 3,08
465	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R\$ 18,06
466	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLOURESCENCIA	R\$ 33,34
467	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	R\$ 2,24
468	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECÍFICA	R\$ 23,34
469	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	R\$ 4,07
470	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	R\$ 8,93
471	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	R\$ 5,54
472	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R\$ 4,04
473	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	R\$ 2,24
474	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	R\$ 2,26
475	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	R\$ 2,24
476	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)	R\$ 3,34
477	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 4,07
478	PESQUISA DE PORFEBILUNOGENIO NA URINA	R\$ 4,88
479	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	R\$ 2,24
480	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 10,67

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: icitacaocisvaporar@hotmail.com



481	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	R\$ 14,07
482	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 9,24
483	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORA NAS FEZES	R\$ 6,24
484	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	R\$ 2,24
485	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	R\$ 2,07
486	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	R\$ 14,90
487	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	R\$ 9,24
488	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	R\$ 4,07
489	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	R\$ 18,81
490	PESQUISA DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	R\$ 2,24
491	PRÓ BPN – N TERMINAL	R\$ 85,58
492	PROVA DA D-XILOSE	R\$ 4,52
493	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R\$ 18,87
494	PROVA DE DILUICAO (URINA)	R\$ 13,79
495	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	R\$ 2,07
496	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R\$ 3,87
497	PROVA DO LACO	R\$ 3,11
498	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	R\$ 2,07
499	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R\$ 2,07
500	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	R\$ 1,81
501	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	R\$ 1,81

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: icitacaocisvaporar@hotmail.com



502	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	R\$ 81,81
503	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 298,81
504	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	R\$ 18,87
505	REACAO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 7,81
506	REACAO DE MONTENEGRO ID	R\$ 9,81
507	REACAO DE PANDY	R\$ 2,07
508	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 2,07
509	ROTINA DE LIQUOR (CEFALORRAQUEANO)	R\$ 168,00
510	SWAB ANAL PARA PESQUISA DE ESTREPTOCOÇOS EM GESTANTES VAGINAL/ANAL	R\$ 40,00
511	T3 LIVRE (TRIIODOTIRONINA LIVRE)	R\$ 13,20
512	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	R\$ 10,17
513	TESTE DE CLEMENTS	R\$ 5,15
514	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APÓS TRH	R\$ 13,32
515	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APÓS CLORPROMAZINA	R\$ 13,32
516	TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APÓS GONADORRELINA	R\$ 13,32
517	TESTE DE ESTIMULO DO GHG APÓS GLUCAGON	R\$ 13,32
518	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA – SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS	R\$ 5,15
519	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	R\$ 18,87
520	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	R\$ 35,72
521	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APÓS DEXAMETASONA	R\$ 13,32
522	TESTE DE SUPRESSAO DO GHG APÓS GLICOSE	R\$ 9,27
523	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLUCEMIANTES ORAIS	R\$ 8,80

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: icitacaocisvaporar@hotmail.com



524	TESTE DE URÉASE	R\$ 10,00
525	TESTE DE VDRL P/ DETECAAO DE SIFILIS	R\$ 5,81
526	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$ 10,17
527	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 7,81
528	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 7,81
529	TESTE GENÉTICO PARA INTOLERÂNCIA A LACTOSE	R\$ 70,00
530	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$ 6,36
531	TESTE ORAL PARA INTOLERÂNCIA A LACTOSE	R\$ 21,60
532	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	R\$ 16,36
533	TESTE RÁPIDO PARA DENGUE – NSI	R\$ 50,00
534	TESTES ALERGICOS DE CONTATO	R\$ 11,27
535	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	R\$ 3,81
536	TESTES RAPIDOS P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 7,81
537	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	R\$ 7,30
538	VDRL P/ DETECAAO DE SIFILIS EM GESTANTE	R\$ 4,81

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: icitacaocisvaporar@hotmail.com



ANEXO II

MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO – 2024

TIMBRE DA EMPRESA

Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da região de Ivaiporã
O INTERESSADO ABAIXO QUALIFICADO REQUER SUA INSCRIÇÃO NO **CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS PESSOA JURIDICA NA AREA DA SAUDE, NA ESPECIALIDADE DE ANALISES CLINICAS - Chamamento público nº. 02/2024**, 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 N°	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

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: icitacaocisvaporar@hotmail.com



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

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: icitacaocisvaporar@hotmail.com



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

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: icitacaocisvaporar@hotmail.com



ANEXO V - DECLARAÇÃO DE VÍNCULO DO CORPO CLINICA

A 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 clínico desta prestadora de serviço:

NOME DO PROFISSIONAL	CRM N°	ESPECIALIDADE

Ivaiporã, dia/mês/ano.

Nome e assinatura do representante legal da empresa

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: icitacaocisvaporar@hotmail.com



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)

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: icitacaocisvaporar@hotmail.com



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 01/2024 do Ivaiporã, declara que:
- 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.
 - 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.
 - 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. 8º da Constituição Federal.
 - Cumpra as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e em outras normas específicas.
 - Outrosim, 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.
 - Não há servidor público de município participante do referido Consórcio na administração direta, indireta ou integrado no quadro de diretores ou conselheiros desta empresa;
 - 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.
 - 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.
 - 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).
 - Que todos os equipamentos estão de acordo com a legislação vigente e com as manutenções preventivas e corretivas vigentes.
 - 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.

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: licitacao@ivaipora@hotmail.com



ANEXO VIII
A' MINUTA DE ATA DE REGISTRO DE PREÇO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

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 Cândido de Abreu - PR, considerando o credenciamento da empresa **EMPRESA «NOME_FORNECEDORA»**, 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», **SS/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 09/2023 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:

- OBJETO**
«Objeto» A presente Ata tem por objeto o registro de preços para eventual atendimento dos seguinte procedimentos, consultas ou serviços abaixo especificados.
- DOS PREÇOS, ESPECIFICAÇÕES E QUANTITATIVOS**
2.1º 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»
- 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 64 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».
- DO VALOR**
O Valor global da presente ata é de **R\$ «Valor_Contratados».**
- 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

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: licitacao@ivaipora@hotmail.com



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 possibilitam a emissão de nota fiscal eletrônica, neste caso será aceita 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 nº 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 consórcio 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;

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: licitacao@ivaipora@hotmail.com



- 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;
- Assumir plena responsabilidade legal, administrativa e técnica pela execução e qualidade dos serviços/materiais fornecidos.
- 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**;
- 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;
- Respeitar os horários dos exames, considerando a pontualidade para iniciar os atendimentos com os respectivos horários, intervalados e os atendimentos prioritários e preferências colocados pela equipe de atendimento e/ou enfermagem do CIS;
- 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;
- 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;
- 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;
- 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

Constam 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 interposição 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, as seguintes penalidades, na forma do artigo 159 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 anomalia 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

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: licitacao@ivaipora@hotmail.com



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 - 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_FORNECEDORA»
CONTRATADA:

«Nome_Representante»
REPRESENTANTE LEGAL

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: licitacao@ivaipora@hotmail.com



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_FORNECEDORA»

OBJETO: «Objeto»

VALOR TOTAL: **R\$ «Valor_Contratados».**

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

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: licitacao@ivaipora@hotmail.com



EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 02/2024

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã através da Comissão de Contratação, designada pela Portaria nº 36/2024, **TORNA PÚBLICO QUE SE ENCONTRA ABERTO NESTA UNIDADE O EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 02/2024, PARA O CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO NA ÁREA DA SAÚDE, NA ESPECIALIDADE DE ANÁLISES CLÍNICAS**, para prestação de serviços até o período de 10 de fevereiro de 2025.

O edital estará à disposição das empresas interessadas a partir do dia 07 de fevereiro de 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 às 17h00minhoras.

Outras informações através do fone (43) 3472-0649, sendo que o Edital poderá ser solicitado através do e-mail licitacao@ivaipora@hotmail.com.

Ivaiporã, 19 de fevereiro de 2024.

Presidente da Comissão de Contratação
Natasha Mayara Vieira

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: licitacao@ivaipora@hotmail.com



Processo Seletivo Simplificado nº 01/2024

Relação Definitiva de Candidatos Inscritos

A COMISSÃO ORGANIZADORA DO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 01/2024 **torna público** as inscrições deferidas aos seguintes candidatos inscritos:

CANDIDATO	Nº do Documento	SITUAÇÃO
Alex de Freitas	117.109.969-00	Deferida
Ana Luisa Abbi Gonçalves	092.757.319-93	Deferida
Fabrizio Jose da Silva	020.531.579-84	Deferida
Graziela Aparecida Borges	110.813.249-96	Deferida
João Marcos Shawarski	082.732.879-63	Deferida
Juliana Augusta Serafim Barbosa	038.991.829-60	Deferida
Laudiane Rodrigues dos Santos	110.668.489-39	Deferida
Lucinea Gorzelskian Campanharo	089.127.809-56	Deferida
Márcio Rodrigues Paschoal Moreira	062.484.689-07	Deferida
Paola Fernanda Ofone Siqueira	413.201.138-00	Deferida
Rebekah Gabriela Furtado Ferreira	123.515.889-67	Deferida
Tiago Troich	103.543.009-62	Deferida
Vanessa Gabrielle de Sousa Maximiano	084.151.699-58	Deferida

Edifício do Consórcio Intermunicipal de Saúde da 22ª Regional de Saúde do Paraná, aos 16 de fevereiro de 2024.

DIEGO NAVARRETE SHINOKI
PRESIDENTE DA COMISSÃO

NAIARA TALITTA DAUFEMBACH
MEMBRO

RANIELE COSTA FURLAN GODOI
MEMBRO

REGINA MARIA DE SOUZA OLIVEIRA
MEMBRO

SANDRO COELHO RODRIGUES
MEMBRO

CIS IVAIPORÃ
Rua Professora Diva Proença, 500
Ivaiporã/PR
Fone: (43) 3472-0649



AVISO DE LICITAÇÃO
PREGÃO NA FORMA ELETRÔNICA Nº 01/2024

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da 22ª Regional de Saúde de Ivaiporã, através do Presidente, Sr. **Renan Menck Romanichen**, no uso de suas atribuições legais, torna público que fará realizar às **08:30 horas, do dia 01/03/2024**, pregão ELETRÔNICO na forma menor preço, **AQUISIÇÃO DE MATERIAIS DE CONSUMO PARA MANUTENÇÃO PREDIAL DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA 22ª REGIONAL DE SAÚDE DE IVAIPORÃ**.

DATA DE ABERTURA: 01/03/2024.

Critério de julgamento: menor preço por lote

Valor total: R\$ 21.778,59 (vinte e um mil setecentos e setenta e oito e cinquenta e nove centavos).

INFORMAÇÕES: A licitante deverá estar inscrita no sistema eletrônico "Boleia de Licitações – BLL" no site <https://bll.org.br/> deverá providenciar o seu credenciamento, podendo através deste retirar seu edital, que será disponibilizado para download no site www.cisivaipora.com.br no portal da transparência ou, também podendo retirar na sede do CIS na Rua Diva Proença, 500 centro em Ivaiporã- Paraná, fone (43)3472-0649 de segunda a sexta-feira, no horário das 8h00 às 12h00 e 13h00 às 17h00, no Departamento Licitações.

Ivaiporã, 19 de FEVEREIRO de 2024.

Renan Menck Romanichen
Presidente

Rua Professora Diva Proença, 500 – Centro, Ivaiporã – PR CEP: 86.870.000
Fone: (43) 3472-0649 e 3472-1795 – e-mail: licitacao@ivaipora@hotmail.com



CÂMARA MUNICIPAL DE NOVA TEBAS
ESTADO DO PARANÁ
Av. Belo Horizonte, 685 - Nova Tebas/PR CEP: 85.250-000
CNPJ Nº 80.620.180/0001-43 Fone (042) 3643-1225
E-mail: camaratebas@gmail.com Site: cmnovatebas.pr.gov.br

PROCEDIMENTO DE LICITAÇÃO Nº 002/2024
INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº 002/2024

OBJETO: Aquisição de 01 (uma) inscrições em curso de capacitação: **SIM-AM/24 – Prestação de Contas e Tributação.** A realizar-se nos dias 20 e 21 de fevereiro na cidade de Maringá/PR.

PRAZO DE VIGÊNCIA: Pelo período de 30 (trinta) dias.
PAGAMENTO: O pagamento será efetuado em até 7 (sete) dias após a apresentação da Nota Fiscal.

CONTRATADO: ELOTECH GESTAO PUBLICA LTDA
CNPJ/MF: 80.896.194/0001-94
VALOR TOTAL: R\$ 1.397,00 (Um mil trezentos e noventa e sete reais).

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:
01.001.01.031.0101.2001 ATIVIDADES DA CÂMARA MUNICIPAL
9 3.3.90.39.00.00 – OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

Item	Descrição	Unid.	Quant.	Valor Unitário
01	INSCRIÇÃO EM CURSO DE CAPACITAÇÃO: SIM-AM/24 – Prestação de Contas e Tributação.	UN	01	1.397,00

JUSTIFICATIVA: O presente procedimento de Inexigibilidade tem fundamento no Artigo nº 74, inciso III, alínea “f” da Lei Federal nº 14.133/21, nos termos do Ofício do Setor responsável, bem como do parecer jurídico, que embasam este processo.

Nova Tebas-PR, 19 de fevereiro de 2024.

ODAIR MEDEIROS DE OLIVEIRA
PRESIDENTE DA CAMARA MUNICIPAL DE
NOVA TEBAS – PR



CÂMARA MUNICIPAL DE NOVA TEBAS
ESTADO DO PARANÁ
Av. Belo Horizonte, 685 - Nova Tebas/PR CEP: 85.250-000
CNPJ Nº 80.620.180/0001-43 Fone (042) 3643-1225
E-mail: camaratebas@gmail.com Site: cmnovatebas.pr.gov.br

HOMOLOGAÇÃO
INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº 002/2024
PROCEDIMENTO DE LICITAÇÃO Nº 002/2024

OBJETO: Aquisição de 01 (uma) inscrições em curso de capacitação: **SIM-AM/24 – Prestação de Contas e Tributação.** A realizar-se nos dias 20 e 21 de fevereiro na cidade de Maringá/PR.

Com fundamento nas informações constantes no Ofício da Câmara Municipal datado de 16/02/2024, recebido pela Secretaria Municipal de Licitações e Contratos no dia 16/02/2024, ante as justificativas que se embasam no Artigo nº 74, inciso III, alínea “f” da Lei Federal nº 14.133/21, o Presidente da Câmara Municipal resolve **HOMOLOGAR** a inexigibilidade de licitação para a prestação dos serviços supramencionados, perfazendo o valor de **R\$ 1.397,00 (Um mil trezentos e noventa e sete reais)**, tendo como contratada a Empresa **ELOTECH GESTAO PUBLICA LTDA**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº **80.896.194/0001-94**.

Edifício da Câmara Municipal de Nova Tebas-PR, 19 de fevereiro de 2024.

ODAIR MEDEIROS DE OLIVEIRA
PRESIDENTE DA CAMARA MUNICIPAL DE
NOVA TEBAS – PR



CÂMARA MUNICIPAL DE NOVA TEBAS
ESTADO DO PARANÁ
Av. Belo Horizonte, 685 - Nova Tebas/PR CEP: 85.250-000
CNPJ Nº 80.620.180/0001-43 Fone (042) 3643-1225
E-mail: camaratebas@gmail.com Site: cmnovatebas.pr.gov.br

GABINETE DO PRESIDENTE
RATIFICAÇÃO

PROCEDIMENTO DE LICITAÇÃO Nº 002/2024
INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº 002/2024

OBJETO: Aquisição de 01 (uma) inscrições em curso de capacitação: **SIM-AM/24 – Prestação de Contas e Tributação.** A realizar-se nos dias 20 e 21 de fevereiro na cidade de Maringá/PR.

Tendo em vista que a documentação referente à **Inexigibilidade de Licitação nº 002/2024** atende a todos os requisitos do Artigo nº 74, inciso III, alínea “f” da Lei Federal nº 14.133/21;

Considerando o parecer jurídico, o qual foi favorável à homologação da presente inexigibilidade;

Com efeito, **RATIFICO** todas as formalidades legais e autorizo a Inexigibilidade de Licitação nº **002/2024**, para a contratação do objeto supramencionado, com a empresa **ELOTECH GESTAO PUBLICA LTDA**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº **80.896.194/0001-94**. Perfazendo o valor total de **R\$ 1.397,00 (Um mil trezentos e noventa e sete reais)**.

PUBLIQUE-SE

Nova Tebas-PR, 19 de fevereiro de 2024.

ODAIR MEDEIROS DE OLIVEIRA
PRESIDENTE DA CAMARA MUNICIPAL DE
NOVA TEBAS – PR



TERMO ADITIVO

1º TERMO ADITIVO DE VALOR DO CONTRATO Nº 144/2023– CELEBRADO ENTRE O CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA 5ª REGIÃO DE SAÚDE DO PARANÁ E A EMPRESA ALMEIDA E MARQUES SERVICOS MEDICOS LTDA.

1º TERMO ADITIVO DE VALOR, ao CONTRATO nº 144/2023 cujo objeto é o **CREDECIMENTAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DE SAÚDE PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE PLANTÕES MÉDICOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, PARA ATUAÇÃO JUNTO AOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS,** pessoa jurídica de direito público, com sede à Rua Brigadeiro Rocha, 901, Trianon, devidamente inscrito CNPJ/MF sob o nº 36.330.988/0001-02, neste ato, representado pela Diretoria Executiva, Sra. **MARIA JOSÉ MANDU RIBEIRO RIBAS** e de outro lado a empresa **ALMEIDA E MARQUES SERVICOS MEDICOS LTDA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº. 49.551.226/0001-70, estabelecido a Rua Tv Afonso Antunes De Almeida , nº 600,apt. 103, Bloco 01, Bairro-Bisqueirão, cidade de Guarapuava, Estado PR, neste ato representado(a) por seu representante legal (o(a) senhor(a) **GABRIEL ANTONIO DE ALMEIDA**, ajustam este termo aditivo o CONTRATO Nº 144/2023, celebrado em **30 de maio de 2023**, para a inclusão de itens, conforme segue:

CLÁUSULA PRIMEIRA – Fica aditivado o valor do contrato 144/2023, visando melhor adequação técnica aos seus objetivos, no percentual de 25% (vinte e cinco por cento), com fundamento no Artigo 65, inciso I, alínea “b” e § 3º da Lei Federal 8.666/93 e na Cláusula Décima Sexta do instrumento original..

CLÁUSULA SEGUNDA – O valor total do presente contrato de nº 144/2023 é R\$ 781.000,00 (setecentos e oitenta e um mil reais), com o presente aditamento que é de R\$ 195.250,00 (cento e noventa e cinco mil e duzentos e cinquenta reais), passará a ser de **R\$ 976.250,00 (novecentos e setenta e seis mil e duzentos e cinquenta reais)**.

CLÁUSULA TERCEIRA – As despesas decorrentes do presente aditivo correrão por conta da seguinte dotação orçamentária:

Fonte de Recursos	Natureza Despesa	Descrição da natureza
01003 001	3.3.9.0.39.00.00.00.00	SERVIÇOS DE TERCEIROS – PESSOA JURÍDICA

CLÁUSULA QUARTA – As demais cláusulas contratuais permanecem sem qualquer alteração.

Guarapuava, 19 de fevereiro de 2024.

MARIA JOSÉ MANDU RIBEIRO RIBAS Diretoria Executiva	ALMEIDA E MARQUES SERVICOS MEDICOS LTDA Contratada GABRIEL ANTONIO DE ALMEIDA Representante legal
--	--

Rua Brigadeiro Rocha, 901 - Trianon - Guarapuava | PR
e-mail: consorcioCISrs@gmail.com



Testemunha1: NOME: _____ RG/CPF: _____	Testemunha2: NOME: _____ RG/CPF: _____
--	--

Rua Brigadeiro Rocha, 901 - Trianon - Guarapuava | PR
e-mail: consorcioCISrs@gmail.com



TERMO ADITIVO

2º TERMO ADITIVO DE VALOR E OBJETO DO CONTRATO Nº 221/2023– CELEBRADO ENTRE O CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA 5ª REGIÃO DE SAÚDE DO PARANÁ E A EMPRESA SBARDELOTTO E SBARDELOTTO LTDA.

2º TERMO ADITIVO DE OBJETO, 221/2023 cujo objeto é o **CREDECIMENTAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DA SAÚDE PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES ESPECIALIZADOS, EXAMES LABORATORIAIS E PROCEDIMENTOS, PARA ATENDIMENTO À DEMANDA ACOMETIDA DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CIS/RS,** pessoa jurídica de direito público, com sede à Rua Brigadeiro Rocha, 901, Trianon, devidamente inscrito CNPJ/MF sob o nº 36.330.988/0001-02, neste ato, representado pela Diretoria Executiva, Sra. **MARIA JOSÉ MANDU RIBEIRO RIBAS** e de outro lado a empresa **SBARDELOTTO E SBARDELOTTO LTDA**, pessoa jurídica de direito privado, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o nº 27.573.152/0003-43, com sede na Rua Brigadeiro Rocha, nº 2476, Bairro Centro, Município de Guarapuava, Estado Paraná, CEP 85.010-210, neste ato representada pela Sr. **CARLOS VINICIUS SBARDELOTTO**, ajustam este termo aditivo o CONTRATO Nº 221/2023, celebrado em **25 de agosto de 2023**, conforme segue:

CLÁUSULA PRIMEIRA – Fica aditivado o contrato 221/2023 visando modificação do valor contratual em decorrência de inclusão de exames acordada unilateralmente.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – O valor total do presente contrato é R\$ 1.050.000,00 (um milhão e cinquenta mil reais), o qual permanece inalterado.

CLÁUSULA SEGUNDA – Conforme previsto na Lei Federal 8.666/93 art. 65, inciso I, alínea “b” e na Cláusula décima sexta do instrumento original, é concedido alterações no Contrato.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A alteração contratual de que trata esta cláusula é baseada no art. 65, inciso I, alínea “b”, da Lei nº. 8.666/93.

CLÁUSULA TERCEIRA – Fica incluído neste contrato os itens relacionados abaixo:

EXAMES LABORATORIAIS			VALOR
QDT	ITEM	DESCRIÇÃO	
09	1	17- CETOESTEROIDES TOTAIS, DOSAGEM	R\$ 18,63
	2	ACETILCOLINESTERASE ERIOTRITÁRIA	R\$ 5,16
	5	ÁCIDO HIPÚRICO, DOSAGEM	R\$ 4,43
	8	ÁCIDO MANDÉLICO, DOSAGEM	R\$ 3,96
	9	ÁCIDO METIL-HIPÚRICO, DOSAGEM (URINA)	R\$ 9,14
	10	ÁCIDO METILMÁLÔNICO	R\$ 15,25
	11	ÁCIDO OXÁLICO	R\$ 6,45
	12	ÁCIDO PIRÚVICO	R\$ 9,04
	15	ÁCIDO VANILMANDELICO, DOSAGEM	R\$ 10,76
	64	CALOTONINA, DOSAGEM	R\$ 16,13
	66	CARBO-HEMOGLOBINA DOSAGEM	R\$ 7,74
	67	CARDIOLIPINA – ANT – IGA	R\$ 12,91
	70	CATECOLAMINAS FRAÇIONADAS	R\$ 70,59

Rua Brigadeiro Rocha, 901 - Trianon - Guarapuava | PR
e-mail: consorcioCISrs@gmail.com



78	CERULOPLASMINA, DOSAGEM	R\$ 16,13
79	CETONA, DOSAGEM	R\$ 5,70
93	CKMM - CREATINOFOSFOQUINASE – ISOENZIMAS, DOSAGEM	R\$ 8,60
105	COMPLEMENTO C2	R\$ 26,59
108	COMPLEMENTO C5	R\$ 18,46
110	COMPLEMENTO SÉRICO TOTAL – CH100	R\$ 23,06
118	CORPOS CETÔNICOS	R\$ 3,48
119	CORTISOL LIVRE	R\$ 10,76
124	CORTISOL VESPERTINO	R\$ 10,76
140	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$ 16,13
143	ESOSINÓFILOS, PESQUISA	R\$ 7,53
155	FATOR II, DOSAGEM	R\$ 127,62
156	FATOR IX, DOSAGEM	R\$ 23,66
159	FATOR V, DOSAGEM	R\$ 29,29
161	FATOR VII, DOSAGEM	R\$ 38,14
165	FATOR X, DOSAGEM	R\$ 22,94
167	FATOR XII, DOSAGEM	R\$ 102,32
168	FATOR XIII, DOSAGEM	R\$ 10,33
169	FENILALANINA, DOSAGEM	R\$ 62,03
190	GALACTOSE, PESQUISA OU DOSAGEM	R\$ 3,78
193	GASTRINA	R\$ 15,22
233	HISTONA – ANTICORPOS	R\$ 41,14
262	LEISHMANIOSE – Igg, PESQUISA	R\$ 10,76
263	LEISHMANIOSE – Igm, PESQUISA	R\$ 10,76
264	LEPTOSPIROSE – Igg	R\$ 29,04
265	LEPTOSPIROSE – Igm	R\$ 29,04
269	LINFÓCITOS T E B – (MUNOFENOTIPAGEM	R\$ 163,49
271	LINFÓCITOS T – CD3	R\$ 35,49
272	LINFÓCITOS T – CD4	R\$ 35,49
339	SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 1,77
355	TAP – TEMPO DE PROTROMBINA	R\$ 3,04
376	TRYPANOSSOMA CRUZY – Igg	R\$ 8,95
377	TRYPANOSSOMA CRUZY – Igm	R\$ 8,95

CLÁUSULA QUARTA – As demais cláusulas contratuais permanecem sem qualquer alteração.

Guarapuava, 19 de fevereiro de 2024.

MARIA JOSÉ MANDU RIBEIRO RIBAS Diretoria Executiva	SBARDELOTTO E SBARDELOTTO LTDA Contratada CARLOS VINICIUS SBARDELOTTO Representante legal
Testemunha1: NOME: _____ RG/CPF: _____	Testemunha1: NOME: _____ RG/CPF: _____

Rua Brigadeiro Rocha, 901 - Trianon - Guarapuava | PR
e-mail: consorcioCISrs@gmail.com



MUNICÍPIO DE GUARAPUAVA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO
Departamento de Licitações e Contratos

AVISO DE PRORROGAÇÃO
PREGÃO ELETRÔNICO Nº 07/2024
COM BENEFÍCIOS PARA MICRO E PEQUENAS EMPRESAS

O Município de Guarapuava, através do Departamento de Licitações e Contratos, devidamente autorizado, torna público que fará a prorrogação da Licitação abaixo, devido retificação no prazo de entrega dos objetos:
PROCESSO Nº: 302/2023.

OBJETO: Aquisição de equipamentos de informática e celulares - smartphone, com recurso da emenda parlamentar nº 202271170015.

VALOR MÁXIMO: R\$ 111.409,26 (cento e onze mil, quatrocentos e nove reais e vinte e seis centavos).

TIPO DE LICITAÇÃO: Menor Preço – Por Item.

SUORTE LEGAL: Lei Federal nº Lei nº 14.133, de 2021, Decretos Municipais nºs: 6.320/2017, 7545/2019, 9.463/2022, 9.781/2022, 10.140/2023, 10.475/2023.

SISTEMA EMPREGADO: BLL (Bolsa de Licitações e Leilões) <https://blcompras.com/>. CREDENCIAMENTO E CADASTRAMENTO DE PROPOSTAS: Ocorrará até às 09h00min do dia 04/03/2024 (horário de Brasília (DF)).

ABERTURA DE PROPOSTAS E DISPUTA POR LANCES: A sessão pública terá início a partir do encerramento do prazo estabelecido para credenciamento e cadastramento de propostas.

PREGOEIRO(A): EDISON CALDAS DE OLIVEIRA.

INFORMAÇÕES: O Edital e seus anexos, bem como a íntegra do processo poderão ser obtidos: – Pelo Portal da Transparência: <https://guarapuava.atende.net/?pg=transparencia#/grupo/1/item/1/tipo/1>; ou – No Departamento de Licitações e Contratos, sito à Rua Brigadeiro Rocha, 2.777 – 1º andar – CEP: 85.010-990. Telefones (42) 3142-1047 – 3142-1048, de segunda a sexta-feira, das 08h00 às 17h00.

Guarapuava, 19 de fevereiro de 2024.

PUBLIQUE-SE.
DIEGO VOLFF
Diretor de Licitações e Contratos