

## EDITAL DE CHAMAMENTO Nº 08/2013

Edital de Chamamento Público nº 08/2013, de empresas especializadas prestadoras de serviços, credenciados ao SUS, especificamente para a realização de análise de **citologia oncótica de colo do útero e citologia oncótica de mama** que serão ofertados à população do Estado do Paraná residente em Municípios que estão sob Gestão Estadual.

A **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, representada neste ato pelo seu Secretário de Estado da Saúde, Michele Caputo Neto, torna público que está procedendo ao Chamamento Público para fins de **CONTRATAÇÃO**, com base na Lei 8080/90, Lei Federal 8666/93 e Lei Estadual nº 15.608/07, artigo 24, convoca todos os Prestadores de Serviços credenciados ao SUS, que tenham interesse em realizar a análise de **citologia oncótica de colo do útero e citologia oncótica de mama** que serão ofertados à população do Estado do Paraná residente em Municípios que estão sob Gestão Estadual, para que atendam a este chamamento conforme normas estabelecidas neste edital.

### 1. DA DOCUMENTAÇÃO

#### 1.1 - A DOCUMENTAÇÃO DEVERÁ SER APRESENTADA À:

Toda documentação deverá ser entregue para Regional de Saúde, que deverá fazer a conferência de todos os documentos solicitados, e encaminhar para Secretaria de Estado da Saúde do Paraná sito à Rua Piquiri n.º 170, bairro Rebouças, Curitiba, Pr, CEP 80230-140, Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ – SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE

INTERESSADO (Serviço de Saúde): .....

CNPJ: .....

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 08/2013. (para a realização de citologia oncótica de colo do útero, citologia oncótica de mama ).

## **1.2 – DOCUMENTAÇÃO**

1.2.1 Todos os prestadores de serviço de saúde que acorrerem ao Chamamento deverão discriminar corretamente os dizeres no envelope, conforme acima instruído, em especial o número do CNPJ.

1.2.2 Os interessados deverão apresentar os seguintes documentos:

1.2.2.1 Prova da existência legal do prestador. (Estatuto, ou Contrato Social)

1.2.2.2 Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ)

1.2.2.3 Comprovante de endereço, Telefone para contato, fax e e-mail;

1.2.2.4 Alvará de Funcionamento Atualizado;

1.2.2.5 Licença Sanitária atualizada, expedido pela Vigilância Sanitária (explicitar na LS a atividade pertinente);

1.2.2.6 Certidões Negativas de Débito da Receita Federal;

1.2.2.7 Certidão Negativa de Débitos fornecida pela Secretaria de Estado da Fazenda; e Certidão Negativa de Débitos Municipais;

1.2.2.8 Certidão negativa do Tribunal de Contas do Estado; ( só para os públicos)

1.2.2.9 Certificado de regularidade de situação perante o FGTS;

1.2.2.10 Certificado de regularidade de situação perante o INSS (CND);

1.2.2.11 Indicar o representante legal que irá assinar o Contrato, apresentar copia do RG e do CPF do mesmo.

1.2.2.12 Declaração que as informações prestadas são verdadeiras, sob pena de responder judicialmente pelas inconsistências das informações.

1.2.2.13 Relação e quantidade de procedimentos a serem ofertados mensalmente pelo prestador. (anexoll B)

1.2.2.14 Responsável técnico, com inscrição no Respectivo Conselho Regional de Exercício Profissional

## **1.3 – PROPOSTA DE PROGRAMAÇÃO DE OFERTA DE SERVIÇO DE ANÁLISE DE CITOLOGIA ONCÓTICA DE COLO DO ÚTERO E CITOLOGIA ONCÓTICA DE MAMA**

1.3.1 A proposta deverá conter, na forma e no conteúdo, as exigências deste Edital,

especialmente o seguinte:

1.3.1.1 Nome e endereço do proponente, CNPJ, Inscrição Estadual, telefone, fax e e-mail;

1.3.1.2 Cópia da Ficha de Cadastro de Estabelecimento de Saúde (CNES);

1.3.1.3 Especificação clara e detalhada dos serviços ofertados, de acordo com Planilha de Programação de Oferta de Serviços, por procedimento do SUS, conforme este Edital e Tabela vigente;

1.3.1.4 A planilha dos serviços ofertados deverá ser apresentada conforme os códigos da tabela do SUS.

<b>Código</b>	<b>Procedimento</b>
02.03.01.006-0	EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA- RASTREAMENTO
02.03.01.001-9	EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA
02.03.01.004-3	EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA

1.4 Estabelecimentos que tenham dificuldades para a elaboração das propostas poderão solicitar auxílio junto à Regional de Saúde da SESA, de sua região. As propostas que não estiverem em consonância com as exigências deste Edital serão desconsideradas.

1.5 Os preços ofertados, não poderão exceder os constantes da Tabela Ambulatorial do SUS.

1.6 Toda documentação deverá ser entregue na Regional de Saúde, com o ofício Edital de Chamamento Público nº 08/2013 ( para a realização de citologia oncótica de colo do útero e citologia oncótica de mama ), **no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos, contados a partir da publicação deste edital**, podendo ser prorrogável até 180 (cento e oitenta) dias da publicação, respeitando o limite quantitativo e financeiro.

A Regional de Saúde deverá fazer a conferência de todos os documentos solicitados, e encaminhar juntamente com o ofício atestando o cumprimento deste chamamento (enviar no envelope, não abrir processo), para Secretaria de Estado da Saúde do Paraná sito à Rua Piquiri n.º 170, bairro Rebouças, Curitiba, Pr, CEP 80230-140, Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde.

1.7 Não será aceito FAX de nenhum documento solicitado.

1.8 O interessado que for inabilitado terá o prazo de 05 dias úteis contados a partir do conhecimento, para recorrer quanto a sua inabilitação conforme estabelecido no art. 109, I alínea A da lei 8666/93 e suas alterações posteriores.

## **2. DA COMISSÃO DE CREDENCIAMENTO**

Será instituída Comissão de Credenciamento, através de Resolução SESA, para avaliação das propostas dos prestadores que se candidatarem ao credenciamento, e análise quanto à parte técnica, que será composta pelas seguintes superintendências da SESA: Superintendência de Atenção à Saúde – SAS; Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde – SGS; e Superintendência de Vigilância em Saúde – SVS.

## **3. DAS CONDIÇÕES PARA HABILITAÇÃO:**

3.1 Serão observadas para habilitação e posterior contratações os prestadores de serviços que atenderem as normas do SUS e as Portarias do Ministério da Saúde que regulamentam os serviços.

3.2 Os prestadores de serviços de saúde deverão estar enquadrados como pessoas jurídicas e deverão, obrigatoriamente, ter suas instalações físicas em conformidade com a RDC 50/2002 e RDC 302/2005 e realizar a análise de citologia oncótica de colo do útero e citologia oncótica de mama em laboratório localizado em um dos municípios da Região de Saúde do Estado do Paraná correspondente ao lote a que estiver concorrendo.

3.3 Os serviços a serem contratados serão referidos a uma base territorial populacional em cada Município, e serão ofertados conforme indicações técnicas de planejamento da saúde, compatibilizando-se demanda e disponibilidade de recursos financeiros do SUS/Paraná.

3.4 A inobservância, pelo CONTRATADO, de cláusula ou obrigação constante deste chamamento/contrato ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente autorizará a SESA aplicar-lhe as sanções e ao descredenciamento, assegurados o contraditório e a ampla defesa, previstas na Lei Federal nº 8.666, de 1993, Lei Estadual n.º 15.608 de 16/08/07 art 25 VII, Resolução SESA nº 0113/2004 e Código de Saúde do Paraná 2004.

3.5 No caso do prestador estar localizado em um município que tenha gestão total dos serviços, o

referido prestador deverá apresentar termo de compromisso do gestor municipal, assegurando a inclusão do serviço na gestão estadual ou alteração para gestão dupla estadual/municipal no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

#### **4. DAS CONDIÇÕES ESPECÍFICAS DE ATENDIMENTO**

4.1 Os serviços operacionalizados pelo PRESTADOR, deverão atender às necessidades da Secretaria de Estado da Saúde, devendo ser obedecidas as normas estabelecidas neste chamamento e nas Portarias Ministeriais e inciso V, do art. 25 da Lei 15608/2007.

4.2 O PRESTADOR se submeterá às normas definidas pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, quanto ao fluxo de atendimento, sua comprovação e realização de exames subseqüentes, o local de revisão das contas ambulatoriais e outros procedimentos necessários, visando garantir o bom atendimento aos usuários do SUS.

#### **5. DAS CONDIÇÕES PARA CONTRATAÇÃO:**

- 5.1 A contratação será efetivada com base neste edital e nas normas vigentes, pertinentes a matéria e após a comprovação dos requisitos técnicos e da capacidade instalada para absorver a demanda de atendimentos.
- 5.2 A prioridade no processo de contratação será de acordo com as necessidades do Gestor do SUS e, em conformidade com a Lei Orgânica da Saúde que estabelece a preferência para entidades públicas, filantrópicas, privadas sem fins lucrativos e privadas com fins lucrativos, nesta ordem.
- 5.3 A quantidade de exames a ser contratada dependerá do Lote referente à Região de Saúde atendida pelo prestador.
- 5.4 As informações relativas aos serviços ofertados e a capacidade instalada serão certificadas através de Inspeção Sanitária da VISA e Vistoria aprovada do Controle e Avaliação da Regional de Saúde, a realizar-se posteriormente, sendo passível de rompimento unilateral quando constatado que as mesmas não atendem ao presente edital de convocação.

#### **6. FINANCIAMENTO:**

Serão utilizados recursos do Fundo Estadual da Saúde, Fonte 117, limite financeiro da média e alta complexidade.

## **7. FORMA DE PAGAMENTO:**

Mensal, mediante a apresentação e processamento da produção apresentada nos meios informatizados do SUS, com limite na programação estabelecido a cada prestador conforme lotes.

A empresa contratada receberá pelo número de exames efetivamente produzidos.

## **8. LOCAL**

Os interessados poderão requerer o cadastramento/credenciamento sobre Edital de Chamamento Público nº 08/2013 ( para a realização de citologia oncótica de colo do útero e citologia oncótica de mama ), durante o período de expediente, através da Regional de Saúde, que após conferencia da documentação encaminhará para Secretaria de Estado da Saúde /Superintendência de Gestão de Sistema de Saúde, , sito a Rua Piquiri n.º 170, Bairro Rebouças, Curitiba, Pr, CEP 80.230-140, telefone (41) 3330-4507 33304550.

O edital está à disposição dos interessados no site: [www.saude.pr.gov.br](http://www.saude.pr.gov.br)

Links:- Editais

- Regionais de Saúde ( endereço)

a) Anexo I : Minuta do Contrato;

b) Anexo II B: Relação e quantidade de procedimentos a serem ofertados mensalmente pelo prestador.

Curitiba, 11 de novembro de 2013.

**Michele Caputo Neto**  
Secretário de Estado da Saúde

**Márcia Huçulak**  
Superintendente de Políticas de Atenção Primária em Saúde

**Paulo Almeida**  
Superintendente de Gestão de Sistemas de Saúde

MINUTA

ANEXO I

CONTRATO Nº /2013 SGS  
PROCESSO Nº

a RS

**CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DO PARANÁ, POR MEIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE, E O-----, VISANDO PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE ANÁLISE DE CITOLOGIA ONCÓTICA DE COLO DO ÚTERO, E CITOLOGIA ONCÓTICA DE MAMA**

Pelo presente instrumento, de um lado a **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE**, inscrita no CNPJ sob o nº 08.597.121/0001-74, com sede à Rua Piquiri nº 170, doravante denominado **CONTRATANTE**, neste ato representado pelo Secretário de Estado da Saúde, em exercício, **Michele Caputo Neto**, portador da carteira de identidade nº 3.048.149-6 PR e CPF nº 570.893.709-25 e de outro lado o -----, com sede na rua: -----nº----, -----, na cidade de -----, inscrito no CNPJ sob o nº -----, SCNES nº -----, doravante denominado **CONTRATADA**, neste ato representado legalmente pelo -----, portador da carteira de identidade nº ----- SSP/PR e CPF nº -----, resolvem, de comum acordo, celebrar o presente Contrato, que reger-se-á pelas normas gerais, Lei 8080/90, Lei n.º 8.666 de 21 de junho de 1993, art. 25, caput da Lei Estadual nº 15.608 de 16.08.2007, Decreto nº 6191 de 15.10.2012 mediante as seguintes Cláusulas e condições:

## **CLÁUSULA PRIMEIRA**

### **DO OBJETO**

O presente Contrato tem por objeto formalizar a relação entre o Gestor Estadual e o prestador de

serviços de saúde, cadastrado no Sistema Nacional de Estabelecimento de Saúde - SCNES, habilitado/credenciado ao SUS para realização de análise de citologia oncótica de colo do útero e citologia oncótica de mama dos usuários do Sistema Único de Saúde, conforme metas físico - financeira programadas.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** Os serviços ora compromissados estão referidos a uma base territorial populacional que integram a região de abrangência/referência.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** Por se tratar de remuneração por serviços produzidos, serão utilizadas as tabelas de procedimentos do Sistema Único de Saúde, e o pagamento do faturamento ambulatorial será creditado diretamente na conta cadastrada no SCNES, mediante apresentação de fatura registrada no Sistema de Informação Ambulatorial, pós-processada e aprovada pelo Setor competente.

## **CLÁUSULA SEGUNDA**

### **DAS CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO**

Na execução do presente Contrato deverão ser observadas as seguintes condições gerais:

- I. Deverão ser observados integralmente os protocolos técnicos e demais legislações vigentes, referentes a laboratórios de análises clínicas (RDC 50/2002, RDC 302/2005 e RDC 306/2004).
- II. Deverão ser obedecidas as normas e padronização de critérios diagnósticos, conforme protocolo do INCA – Instituto Nacional de Câncer.
- III. O CONTRATADO deve realizar análise de citologia oncótica de colo do útero e citologia oncótica de mama conforme a distribuição dos Lotes.
- IV. O contrato deverá ser acompanhado por gestor do contrato, de acordo com o art. 118, da Lei 15.608/07.

## **CLÁUSULA TERCEIRA**

### **DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES**

#### **A) DO CONTRATANTE:**

- I. Realizar o pagamento conforme fatura de produção apresentada até o limite físico financeiro programado.
- II. Exercer controle, avaliação e auditoria dos serviços prestados na execução da

programação estabelecida.

- III. Gerenciar e distribuir as quotas de exames no caso de mais de uma empresa prestadora de serviço na mesma região de saúde.
- IV. Realizar acompanhamento epidemiológico e de produção de exames.
- V. Realizar visitas técnicas à empresa contratada.

**B) DO CONTRATADO:**

- I. Manter, em seu quadro de funcionários, profissional devidamente qualificado conforme a legislação para emissão laudo, responsável técnico, com inscrição no Respetivo Conselho Regional de Exercício Profissional
- II. Participar das atividades de educação continuada e atualização para todos os profissionais dos laboratórios de citopatologia envolvidos no processo através de cursos e encontros de atualização realizados pela SESA ou parceiros.
- III. Respeitar o prazo limite para a leitura das lâminas e emissão e envio de laudos aos serviços de saúde (máximo de 20 dias da data da coleta do exame).
- IV. Registrar os dados dos exames realizados no Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero, Sistema de Informação do Câncer de Mama e no Sistema de Informações Ambulatorial - SIASUS.
- V. Enviar mensalmente (até o dia 10 de cada mês) a base de dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero e Sistema de Informação do Câncer de Mama, inclusive das análises do Monitoramento Externo de Qualidade (MEQ), à Coordenação Estadual do Programa de Controle do Câncer e do Boletim de Pagamento (BPA) do Sistema de Informações Ambulatorial - SIASUS à Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde – SGS, conforme cronograma a ser estabelecido.
- VI. Executar o monitoramento interno da qualidade dos resultados de exames citopatológicos conforme Portaria Conjunta SPS/SAS nº 92, de 16 de outubro de 2001, adotando um sistema que permita o monitoramento, estabelecendo critérios de avaliação, com registro dos resultados encontrados.
- VII. Encaminhar lâminas para o monitoramento externo de qualidade, conforme Portaria Conjunta SPS/SAS nº 92, de 16 de outubro de 2001, para instituição reconhecidamente qualificada que será indicada pela SESA-PR.
- VIII. Definir fluxo e monitorar o envio mensal das lâminas cedidas para monitoramento externo de qualidade.

- IX. Realizar transporte mensal adequado das lâminas cedidas para monitoramento externo de qualidade. As lâminas devem ser acondicionadas em caixa própria e com o laudo originalmente emitido.
- X. Seguir a padronização de critérios diagnósticos, conforme protocolo do INCA/MS.
- XI. Proceder ao arquivamento temporário (10 anos) das lâminas de forma a oferecer adequada conservação e fácil localização das lâminas, para que, no caso de revisão, o exame possa ser encontrado.
- XII. Realizar a identificação adequada de todas as lâminas recebidas (numeração coincidente com o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero, Sistema de Informação do Câncer de Mama e presença de etiquetas de fácil correspondência com o cadastro da paciente).
- XIII. Permitir à SESA, sempre que solicitado, a avaliação das condições do laboratório, assim como o envio de lâminas para monitoramento e auditoria.
- XIV. Fornecer cópia dos laudos pós monitoramento à Coordenação Estadual do Programa de Controle do Câncer, quando necessário.
- XV. Realizar rastreamento de inadequação na confecção, fixação e coloração das amostras e a presença de artefatos de montagem das lâminas, bem como a presença de contaminantes externos, comunicando à Coordenação Estadual do Programa de Controle do Câncer quando necessário.
- XVI. Enviar relatórios mensais de produção e ações desenvolvidas, bem como de planejamento de novas ações à Coordenação Estadual do Programa de Controle do Câncer.
- XVII. Informar à Coordenação Estadual do Programa de Controle do Câncer do nome dos componentes da equipe responsável por manter o atendimento das solicitações e obrigações do serviço contratado.
- XVIII. Dispor de capacidade técnica, de acordo com diretrizes do INCA/MS, para realização de todos os exames de análise de citologia oncótica de colo do útero e citologia oncótica de mama previstos.
- XIX. Justificar junto à Coordenação Estadual do Programa de Controle do Câncer eventuais motivos de força maior que impeçam a realização da atividade contratada, apresentando novo prazo para a realização da mesma em acordo com a contratante
- XX. Prestar todas as informações e esclarecimentos necessários à execução contratual que venham a ser solicitados pela Coordenação Estadual do Programa de Controle do Câncer.
- XXI. Realizar reuniões, quando solicitadas, com a Coordenação Estadual do Programa de

Controle do Câncer.

- XXII. Prestar apoio técnico à SESA-PR quando solicitado.
- XXIII. Não cobrar e não permitir a cobrança de complementação, a qualquer título por serviços prestados do Sistema Único de Saúde.
- XXIV. Responsabilizar-se integralmente pelos funcionários com os quais estabeleceram vínculo empregatício, procedendo aos descontos e recolhimentos previstos em lei, inclusive os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para CONTRATANTE.
- XXV. Manter durante a execução do contrato, em compatibilidade, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas para seu credenciamento.

#### **CLÁUSULA QUARTA**

##### **DOS RECURSOS FINANCEIROS**

O valor estimado do Teto Físico Financeiro Programado para a execução do presente CONTRATO importa **em até R\$ -----/mês e em até R\$ -----/ano.**

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** As despesas ocorrerão conforme Dotação Orçamentária, Fonte 117.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** O CONTRATANTE deverá apresentar a produção ambulatorial através do Sistema de Informações Ambulatorial – SIA/SUS nas datas definidas através de cronograma estabelecido pelo CONTRATANTE.

**PARÁGRAFO TERCEIRO:** Aceitar nas mesmas condições contratuais os acréscimos ou supressões do número de exames contratados até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial do Contrato.

**PARÁGRAFO QUARTO:** O repasse dos recursos financeiros previstos neste contrato ficará condicionado ao regular repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde e no caso de eventual falta de repasse dos recursos financeiros correspondentes aos valores deste contrato não transfere à SESA a obrigação de pagar pelos serviços contratados, os quais são de responsabilidade do Ministério da Saúde / Fundo Nacional de Saúde para todos os efeitos legais.

## **CLÁUSULA QUINTA DAS ALTERAÇÕES**

O presente Termo poderá ser alterado mediante a celebração de Termo Aditivo, exceto no seu objeto.

**PARÁGRAFO ÚNICO:** Havendo futuras alterações em decorrências de expansão de serviços, seja por credenciamento/habilitações com repasse de recursos do Ministério da Saúde ou pactuações com repasse de recursos do Ministério da Saúde ou pactuações/repactuações entre gestores do SUS, reajuste da Tabela do Sistema Único de Saúde, deverá ser alterada apenas a Programação Físico Financeira do CONTRATADO, não havendo necessidade de celebração de Termo Aditivo ao Contrato.

## **CLÁUSULA SEXTA DA RESCISÃO**

**O presente Contrato poderá ser rescindido:**

- I- Pela SESA/FUNSAÚDE quando houver descumprimento de suas cláusulas e condições.
- II- Por ato unilateral e escrito da Administração nos casos enumerados no art. 78 da Lei 8.666/93.
- III- Por acordo entre as partes, desde que haja conveniência para a administração.
- IV- Em caso de expressa manifestação de qualquer das partes, através de denúncia espontânea a qual deverá ser obrigatoriamente formalizada com período mínimo de antecedência de 90 (noventa) dias, sem prejuízo das obrigações assumidas até a data da extinção.
- V- Por qualquer uma das partes nas hipóteses previstas nos art. 128 a 131 da Lei Estadual nº 15.608/2007.

## **CLAUSULA SÉTIMA DA PUBLICAÇÃO**

A CONTRATANTE providenciará a publicação do extrato do presente contrato no DIOE de conformidade com o disposto no parágrafo único do artigo 61 da Lei n.º 8.666/93 e na forma da legislação estadual.

## **CLAUSULA OITAVA**

### **DA VIGÊNCIA**

O presente CONTRATO vigorará pelo prazo de um ano após a data de sua assinatura, podendo ser prorrogado mediante termo aditivo, na forma da lei, por um período máximo de até 60 meses, na medida em que existirem recursos.

O início do atendimento deverá ocorrer em, no máximo, 30 (trinta) dias após a assinatura do contrato.

## **CLÁUSULA NONA**

### **DAS PENALIDADES**

Aplica-se ao presente contrato o disposto na Lei nº 8.666/93 e na Lei Estadual 15.608/07 no caso de descumprimento por qualquer das partes das cláusulas e condições neste estabelecidas. As penalidades aplicáveis são as previstas na Resolução SESA nº 462/2005.

## **CLÁUSULA DÉCIMA**

### **DO FORO**

Fica eleito o foro da Comarca de Curitiba, Estado do Paraná, para dirimir questões sobre a execução do presente Contrato e seus aditivos que não puderem ser resolvidas de comum acordo pelos partícipes.

E, por estarem, assim, justos e acordados, os partícipes firmam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, para os devidos efeitos legais, tudo na presença das testemunhas infra-assinadas.

Curitiba, ---de ----- de 2013.

Michele Caputo Neto  
Secretário de Estado da Saúde

-----  
-----

### **TESTEMUNHA**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

### **TESTEMUNHA**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**ANEXO II (A)**

**LOTE 1 – 1ª Regional de Saúde - Paranaguá**

ITEM	QUANT.MÁXIMA DE EXAMES A SEREM REALIZADOS ANO	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO UNIT.	VALOR TOTAL (R\$)
1	17.274		02.03.01.006-0 – Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora - Rastreamento	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 7,30)	126.100,20
2	2.481		02.03.01.001-9 - Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 6,97)	17.292,57
3	15		02.03.01.004-3 – Exame citopatológico de mama	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 15,97)	239,55
<b>VALOR MÁXIMO ADMISSIVEL PARA 12 MESES R\$ 143.632,32</b>					

**LOTE 2 – 2ª Regional de Saúde - Metropolitana**

ITEM	QUANT.MÁXIMA DE EXAMES A SEREM REALIZADOS ANO	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO UNIT.	VALOR TOTAL (R\$)
1	96.786		02.03.01.006-0 – Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora - Rastreamento	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 7,30)	706.537,80
2	30.825		02.03.01.001-9- Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 6,97)	214.850,25
2	142		02.03.01.004-3 – Exame citopatológico de mama	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 15,97)	2.267,74
<b>VALOR MÁXIMO ADMISSIVEL PARA 12 MESES R\$ 923.655,79</b>					

**LOTE 3 – 3ª Regional de Saúde – Ponta Grossa**

ITEM	QUANT.MÁXIMA DE EXAMES A SEREM REALIZADOS ANO	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO UNIT.	VALOR TOTAL (R\$)
1	37.099		02.03.01.006-0 – Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora - Rastreamento	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 7,30)	270.822,70
2	7.798		02.03.01.001-9- Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 6,97)	54.352,06
2	5		02.03.01.004-3 – Exame citopatológico de mama	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 15,97)	79,85
<b>VALOR MÁXIMO ADMISSIVEL PARA 12 MESES R\$ 325.254,61</b>					

**LOTE 4 – 4ª Regional de Saúde - Irati**

ITEM	QUANT.MÁXIMA DE EXAMES A SEREM REALIZADOS ANO	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO UNIT.	VALOR TOTAL (R\$)
1	11.404		02.03.01.006-0 – Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora - Rastreamento	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 7,30)	83.249,20
2	2.991		02.03.01.001-9- Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 6,97)	20.847,27
2	17		02.03.01.004-3 – Exame citopatológico de mama	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 15,97)	271,49
<b>VALOR MÁXIMO ADMISSIVEL PARA 12 MESES R\$ 104.367,96</b>					

**LOTE 5 – 5ª Regional de Saúde - Guarapuava**

ITEM	QUANT.MÁXIMA DE EXAMES A SEREM REALIZADOS ANO	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO UNIT.	VALOR TOTAL (R\$)
1	27.343		02.03.01.006-0 – Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora - Rastreamento	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 7,30)	199.603,90
2	5.298		02.03.01.001-9- Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 6,97)	36.927,06
2	8		02.03.01.004-3 – Exame citopatológico de mama	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 15,97)	127,76
<b>VALOR MÁXIMO ADMISSIVEL PARA 12 MESES R\$ 236.658,72</b>					

**LOTE 6 – 6ª Regional de Saúde – União da Vitória**

ITEM	QUANT.MÁXIMA DE EXAMES A SEREM REALIZADOS ANO	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO UNIT.	VALOR TOTAL (R\$)
1	10.363		02.03.01.006-0 – Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora - Rastreamento	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 7,30)	75.649,90
2	2.832		02.03.01.001-9- Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 6,97)	19.739,04
2	5		02.03.01.004-3 – Exame citopatológico de mama	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 15,97)	79,85
<b>VALOR MÁXIMO ADMISSIVEL PARA 12 MESES R\$ 95.468,79</b>					

**LOTE 7 – 7ª Regional de Saúde – Pato Branco**

ITEM	QUANT.MÁXIMA DE EXAMES A SEREM REALIZADOS ANO	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO UNIT.	VALOR TOTAL (R\$)
1	23.404		02.03.01.006-0 – Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora - Rastreamento	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 7,30)	170.849,20
2	6.303		02.03.01.001-9- Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 6,97)	43.931,91
2	1		02.03.01.004-3 – Exame citopatológico de mama	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 15,97)	15,97
<b>VALOR MÁXIMO ADMISSIVEL PARA 12 MESES R\$ 214.797,08</b>					

**LOTE 8 – 8ª Regional de Saúde – Francisco Beltrão**

ITEM	QUANT.MÁXIMA DE EXAMES A SEREM REALIZADOS ANO	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO UNIT.	VALOR TOTAL (R\$)
1	26.923		02.03.01.006-0 – Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora - Rastreamento	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 7,30)	196.537,90
2	7.036		02.03.01.001-9- Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 6,97)	49.040,92
2	35		02.03.01.004-3 – Exame citopatológico de mama	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 15,97)	558,95
<b>VALOR MÁXIMO ADMISSIVEL PARA 12 MESES R\$ 246.137,77</b>					

**LOTE 9 – 9ª Regional de Saúde – Foz do Iguaçu**

ITEM	QUANT.MÁXIMA DE EXAMES A SEREM REALIZADOS ANO	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO UNIT.	VALOR TOTAL (R\$)
1	26.013		02.03.01.006-0 – Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora - Rastreamento	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 7,30)	189.894,90
2	5.801		02.03.01.001-9- Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 6,97)	40.432,97
2	187		02.03.01.004-3 – Exame citopatológico de mama	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 15,97)	2.986,39
<b>VALOR MÁXIMO ADMISSIVEL PARA 12 MESES R\$ 233.314,26</b>					

**LOTE 10 – 10ª Regional de Saúde - Cascavel**

ITEM	QUANT.MÁXIMA DE EXAMES A SEREM REALIZADOS ANO	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO UNIT.	VALOR TOTAL (R\$)
1	34.201		02.03.01.006-0 – Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora - Rastreamento	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 7,30)	249.667,30
2	8.756		02.03.01.001-9- Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 6,97)	61.029,32
2	302		02.03.01.004-3 – Exame citopatológico de mama	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 15,97)	4.822,94
<b>VALOR MÁXIMO ADMISSIVEL PARA 12 MESES R\$ 315.519,56</b>					

**LOTE 11 – 11ª Regional de Saúde – Campo Mourão**

ITEM	QUANT.MÁXIMA DE EXAMES A SEREM REALIZADOS ANO	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO UNIT.	VALOR TOTAL (R\$)
1	22.169		02.03.01.006-0 – Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora - Rastreamento	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 7,30)	161.833,70
2	4.472		02.03.01.001-9- Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 6,97)	31.169,84
2	58		02.03.01.004-3 – Exame citopatológico de mama	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 15,97)	926,26
<b>VALOR MÁXIMO ADMISSIVEL PARA 12 MESES R\$ 193.929,80</b>					

**LOTE 12 – 12ª Regional de Saúde - Umuarama**

ITEM	QUANT.MÁXIMA DE EXAMES A SEREM REALIZADOS ANO	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO UNIT.	VALOR TOTAL (R\$)
1	17.869		02.03.01.006-0 – Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora - Rastreamento	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 7,30)	130.443,70
2	4.051		02.03.01.001-9- Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 6,97)	28.235,47
2	124		02.03.01.004-3 – Exame citopatológico de mama	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 15,97)	1.980,28
<b>VALOR MÁXIMO ADMISSIVEL PARA 12 MESES R\$ 160.659,45</b>					

**LOTE 13 – 13ª Regional de Saúde – Cianorte**

ITEM	QUANT.MÁXIMA DE EXAMES A SEREM REALIZADOS ANO	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO UNIT.	VALOR TOTAL (R\$)
1	9.711		02.03.01.006-0 – Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora - Rastreamento	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 7,30)	70.890,30
2	2.015		02.03.01.001-9- Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 6,97)	14.044,55
2	55		02.03.01.004-3 – Exame citopatológico de mama	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 15,97)	878,35
<b>VALOR MÁXIMO ADMISSIVEL PARA 12 MESES R\$ 85.813,20</b>					

**LOTE 14 – 14ª Regional de Saúde – Paranavaí**

ITEM	QUANT.MÁXIMA DE EXAMES A SEREM REALIZADOS ANO	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO UNIT.	VALOR TOTAL (R\$)
1	17.304		02.03.01.006-0 – Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora - Rastreamento	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 7,30)	126.319,20
2	4.437		02.03.01.001-9- Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 6,97)	30.925,89
2	47		02.03.01.004-3 – Exame citopatológico de mama	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 15,97)	750,59
<b>VALOR MÁXIMO ADMISSIVEL PARA 12 MESES R\$ 157.995,68</b>					

**LOTE 15 – 15ª Regional de Saúde – Maringá**

ITEM	QUANT.MÁXIMA DE EXAMES A SEREM REALIZADOS ANO	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO UNIT.	VALOR TOTAL (R\$)
1	52.347		02.03.01.006-0 – Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora - Rastreamento	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 7,30)	382.133,10
2	9.353		02.03.01.001-9- Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 6,97)	65.190,41
2	70		02.03.01.004-3 – Exame citopatológico de mama	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 15,97)	1.117,90
<b>VALOR MÁXIMO ADMISSIVEL PARA 12 MESES R\$ 448.441,41</b>					

**LOTE 16 – 16ª Regional de Saúde – Apucarana**

ITEM	QUANT.MÁXIMA DE EXAMES A SEREM REALIZADOS ANO	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO UNIT.	VALOR TOTAL (R\$)
1	23.726		02.03.01.006-0 – Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora - Rastreamento	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 7,30)	173.199,80
2	4.808		02.03.01.001-9- Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 6,97)	33.511,76
2	33		02.03.01.004-3 – Exame citopatológico de mama	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 15,97)	527,01
<b>VALOR MÁXIMO ADMISSIVEL PARA 12 MESES R\$ 207.238,57</b>					

**LOTE 17 – 17ª Regional de Saúde – Londrina**

ITEM	QUANT.MÁXIMA DE EXAMES A SEREM REALIZADOS ANO	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO UNIT.	VALOR TOTAL (R\$)
1	61.265		02.03.01.006-0 – Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora - Rastreamento	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 7,30)	447.234,50
2	14.689		02.03.01.001-9- Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 6,97)	102.382,33
2	118		02.03.01.004-3 – Exame citopatológico de mama	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 15,97)	1.884,46
<b>VALOR MÁXIMO ADMISSIVEL PARA 12 MESES R\$ 551.501,29</b>					

**LOTE 18 – 18ª Regional de Saúde – Cornélio Procópio**

ITEM	QUANT.MÁXIMA DE EXAMES A SEREM REALIZADOS ANO	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO UNIT.	VALOR TOTAL (R\$)
1	14.868		02.03.01.006-0 – Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora - Rastreamento	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 7,30)	108.536,40
2	3.788		02.03.01.001-9- Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 6,97)	26.402,36
2	13		02.03.01.004-3 – Exame citopatológico de mama	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 15,97)	207,61
<b>VALOR MÁXIMO ADMISSIVEL PARA 12 MESES R\$ 135.146,37</b>					

**LOTE 19 – 19ª Regional de Saúde – Jacarezinho**

ITEM	QUANT.MÁXIMA DE EXAMES A SEREM REALIZADOS ANO	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO UNIT.	VALOR TOTAL (R\$)
1	18.165		02.03.01.006-0 – Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora - Rastreamento	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 7,30)	132.604,50
2	4.452		02.03.01.001-9- Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 6,97)	31.030,44
2	5		02.03.01.004-3 – Exame citopatológico de mama	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 15,97)	79,85
<b>VALOR MÁXIMO ADMISSIVEL PARA 12 MESES R\$ 163.714,79</b>					

**LOTE 20 – 20ª Regional de Saúde - Toledo**

ITEM	QUANT.MÁXIMA DE EXAMES A SEREM REALIZADOS ANO	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO UNIT.	VALOR TOTAL (R\$)
1	24.623		02.03.01.006-0 – Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora - Rastreamento	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 7,30)	179.747,90
2	5.143		02.03.01.001-9- Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 6,97)	35.846,71
2	60		02.03.01.004-3 – Exame citopatológico de mama	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 15,97)	958,20
<b>VALOR MÁXIMO ADMISSIVEL PARA 12 MESES R\$ 216.552,81</b>					

**LOTE 21 – 21ª Regional de Saúde – Telêmaco Borba**

ITEM	QUANT.MÁXIMA DE EXAMES A SEREM REALIZADOS ANO	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO UNIT.	VALOR TOTAL (R\$)
1	10.621		02.03.01.006-0 – Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora - Rastreamento	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 7,30)	77.533,30
2	2.842		02.03.01.001-9- Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 6,97)	19.808,74
2	42		02.03.01.004-3 – Exame citopatológico de mama	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 15,97)	670,74
<b>VALOR MÁXIMO ADMISSIVEL PARA 12 MESES R\$ 98.012,78</b>					

**LOTE 22 – 22ª Regional de Saúde - Ivaiporã**

ITEM	QUANT.MÁXIMA DE EXAMES A SEREM REALIZADOS ANO	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO UNIT.	VALOR TOTAL (R\$)
1	8.700		02.03.01.006-0 – Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora - Rastreamento	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 7,30)	63.510,00
2	1.899		02.03.01.001-9- Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 6,97)	13.236,03
2	1		02.03.01.004-3 – Exame citopatológico de mama	CONSTANTE NA TABELA SUS (R\$ 15,97)	15,97
<b>VALOR MÁXIMO ADMISSIVEL PARA 12 MESES R\$ 76.762,00</b>					

**ANEXO II (B)**

**1) Para preenchimento pelo Estabelecimento:**

Nome do Estabelecimento: _____
Razão Social: _____
CNPJ: _____ CNES: _____
Município: _____ RS: _____
Esfera Administrativa: _____
Nome do Representante Legal do Estabelecimento: _____
RG: _____ CPF: _____

ITEM	CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO UNIT. TABELA SUS	QTDE MÊS	VALOR MÊS (R\$)	VALOR ANO (R\$)
1	02.03.01.006-0	Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora - Rastreamento	7,30			
2	02.03.01.001-9	Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora	6,97			
3	02.03.01.004-3	Exame citopatológico de mama	15,97			
<b>TOTAL</b>						

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Responsável pelo Estabelecimento: \_\_\_\_\_

**2) Para preenchimento EXCLUSIVO pela Comissão de Credenciamento, instituída através de Resolução SESA):**

ITEM	CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO UNIT. TABELA SUS	QTDE MÊS	VALOR MÊS (R\$)	VALOR ANO (R\$)
1	02.03.01.006-0	Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora - Rastreamento	7,30			
2	02.03.01.001-9	Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora	6,97			
3	02.03.01.004-3	Exame citopatológico de mama	15,97			
<b>TOTAL</b>						

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Responsável (Comissão Edital de Chamamento nº 08/2013):

