

EDITAL DE CHAMAMENTO Nº. 007/2025
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 22596/2025
CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO
DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM SAÚDE

1. DO PROCESSO

1.1. O O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE POSSE, Estado de Goiás, pessoa jurídica de Direito Público Interno, inscrita junto ao CNPJ/MF, 07.892.711/0001-67, estabelecida na Rua Robson Ricardo Barbosa, Qd 26 Lt 02 Setor Augusto José Valente II, CEP 73906-006, Cidade Posse, Estado de Goiás, torna público, para o conhecimento dos interessados, que estão instaurando processo de **CREDENCIAMENTO**, para cadastramento de empresa especializada para realização de exames laboratoriais, pessoas jurídicas para atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS do Município de Posse – GO, nos termos da Resolução N.º 021/2025 do CMS/GO, justifica-se o presente chamamento.

O requerimento de inscrição dos interessados será feito na sede da Secretaria Municipal de Saúde, na Rua Robson Ricardo Barbosa, Qd. 26 Lt. 02 Setor Augusto José Valente II, CEP 73906-006, Posse-GO, devendo ser formalizado a partir do dia **02 de dezembro de 2025 até o dia 31 de dezembro de 2028**, das 07:30 hrs às 11:30 hrs e das 13:30 hrs as 17:30hs, nos dias de expediente.

1.2-O processo de credenciamento é regido pelo art. 79 e art 6º, Inciso XLIII da Lei nº 14.133/2021, e suas alterações, Portaria nº 1.034, de 05 de maio de 2010 do Ministério da Saúde, bem como nas Instruções Normativas nºs. 010/2024, 001/2017 e 001/2018 do Tribunal de Contas dos Municípios do Estado de Goiás, Ofício Circular nº10/2017 data de 18/09/2018 recomendação alusiva ao rol de profissionais da área de saúde constante na IN nº 001/2017 e considerando as exigências contidas na Resolução Normativa nº 017/98, Decisão Plenária nº 28/2000, Resolução Normativa nº 001/01 e Acórdão AC-CON TCM n.º 0002/2011, ambas exaradas pelo Tribunal de Contas dos Municípios do Estado de Goiás, e demais Legislações pertinentes, aplicando-se, no que couberem, os princípios gerais de direito público. Segundo as condições estabelecidas neste Edital, nos seus anexos e na minuta de contrato, cujos termos, igualmente, o integram.

1.3 - Considerando a natureza temporária, eventual e autônoma da prestação dos serviços, não haverá qualquer tipo de vínculo empregatício entre o credenciado e o Município de Posse, através da Secretaria Municipal de Saúde.

1.4-O inteiro teor deste Edital e Anexo (s) estará disponível no endereço eletrônico: www.posse.go.gov.br.

2. DO OBJETO

2.1. Este procedimento tem por objeto o **CREDENCIAMENTO**, para cadastramento de empresa especializada para realização de exames laboratoriais, pessoas jurídicas para atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS do Município de Posse – GO. Sendo especificadamente distribuídos entre tal secretaria na forma abaixo:

ITEM	UNIDADE	EXAMES CARDIOLOGICOS	QTD	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	UND	HOLTER 24 HORAS	40	R\$ 140,00	R\$ 5.600,00

2	UND	MAPA 24 HORAS	40	R\$ 140,00	R\$ 5.600,00
3	UND	ECOCARDIOGRAMA	500	R\$ 316,67	R\$ 158.335,00
4	UND	ECG COM LAUDO	40	R\$ 90,00	R\$ 3.600,00
5	UND	VÍDEO ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	500	R\$ 500,00	R\$ 250.000,00
6	UND	BIOPSIA DE ENDOSCOPIA	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
7	UND	ELETROENCEFALOGRAMA	40	R\$ 196,67	R\$ 7.866,80
ITEM	UNIDADE	ULTRASSOM	QTD	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
8	UND	OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA 1º TRIMESTRE	80	R\$ 376,67	R\$ 30.133,60
9	UND	US TRANSVAGINAL	40	R\$ 160,00	R\$ 6.400,00
10	UND	US TIREOIDE	20	R\$ 170,00	R\$ 3.400,00
11	UND	US SEIOS DA FACE	20	R\$ 170,00	R\$ 3.400,00
12	UND	US REGIAO SACRAL	10	R\$ 176,67	R\$ 1.766,70
13	UND	US PROSTATA VIA ABDOMINAL	40	R\$ 160,00	R\$ 6.400,00
14	UND	US PELVICA	20	R\$ 160,00	R\$ 3.200,00
15	UND	US MARTES MOLES	40	R\$ 156,67	R\$ 6.266,80
16	UND	US OBSTETRICA COM DOPPLER	40	R\$ 326,67	R\$ 13.066,80
17	UND	US OBSTETRICA	80	R\$ 160,00	R\$ 12.800,00
18	UND	US MORFOLOGICA COM DOPPLER 2º TRIMESTRE	40	R\$ 406,67	R\$ 16.266,80
19	UND	US MAMA	80	R\$ 160,00	R\$ 12.800,00
20	UND	US DOPPLER MAO	20	R\$ 320,00	R\$ 6.400,00
21	UND	US DOPPLER PUNHO	20	R\$ 320,00	R\$ 6.400,00
22	UND	US COURO CABELUDO	20	R\$ 320,00	R\$ 6.400,00
23	UND	US ABDOME TOTAL	40	R\$ 168,33	R\$ 6.733,20
24	UND	US ABDOME SUPERIOR FEMINIO	40	R\$ 160,00	R\$ 6.400,00
25	UND	US ORGÃOS SUPERFICIAIS (TIREOIDE OU ESCROTO)	40	R\$ 160,00	R\$ 6.400,00
26	UND	US ORGÃOS SUPERFICIAIS (PENIS OU CRANIO)	40	R\$ 156,67	R\$ 6.266,80
27	UND	US TRANSAGINAL PARA CONTROLE DE OVULAÇÃO	10	R\$ 443,33	R\$ 4.433,30
28	UND	US TRANSVAGINAL (UTERO, OVARIO, VAGINA)	40	R\$ 160,00	R\$ 6.400,00
29	UND	US TRASRETAL RADIAL	20	R\$ 160,00	R\$ 3.200,00

30	UND	US TORACICA	20	R\$ 160,00	R\$ 3.200,00
31	UND	US PRÓSTATA TRANSRETAL(NAO INCLUI ADBOME INFERIOR MASCULINO)	20	R\$ 260,00	R\$ 5.200,00
32	UND	US PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)	40	R\$ 160,00	R\$ 6.400,00
33	UND	US OBSTETRICA GESTAÇÃO MULTIPLA – CADA FETO	20	R\$ 313,33	R\$ 6.266,60
34	UND	US OBSTETRICA GESTAÇÃO MULTIPLA COM DOPPLER COLORIDO – (CADA FETO)	20	R\$ 426,67	R\$ 8.533,40
35	UND	US TRANSLUCÊNIIICA NUCAL	100	R\$ 426,67	R\$ 42.667,00
36	UND	US OBSTETRICA COM DOPPLER COLORIDO	40	R\$ 323,33	R\$ 12.933,20
37	UND	US OBSTRETICA 1º TRIMESTRE COM PUNÇÃO	10	R\$ 366,67	R\$ 3.666,70
38	UND	US OBSTRETICA 1º TRIMESTRE (ENDOVAGINAL)	20	R\$ 160,00	R\$ 3.200,00
39	UND	US OBSTRETICA	40	R\$ 160,00	R\$ 6.400,00
40	UND	US MAMAS	80	R\$ 160,00	R\$ 12.800,00
41	UND	US GLANDULAS SALIVARES	20	R\$ 153,33	R\$ 3.066,60
42	UND	US ESTRUTURA SUPERFICIAIS (CERVICAL,AXILAS OU MUSCULO TENDÃO)	20	R\$ 160,00	R\$ 3.200,00
43	UND	US ECODOPLER DE CARÓTIDAS	80	R\$ 356,67	R\$ 28.533,60
44	UND	US ARTICULAÇÃO	80	R\$ 180,00	R\$ 14.400,00
45	UND	US APARELHO URINARIO (RINS,URETERES E BEXIGA)	40	R\$ 153,33	R\$ 6.133,20
46	UND	US ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR, RINS, BEXIGA)	40	R\$ 173,33	R\$ 6.933,20
47	UND	US ABDOME INFERIOR E SUPERIOR	40	R\$ 153,33	R\$ 6.133,20
ITEM	UNIDADE	EXAMES FONOAUDIOLOGICOS	QTD	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
48	UND	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR COM TESTE	100	R\$ 133,33	R\$ 13.333,00
49	UND	ESPIROMETRIA CLINICA	100	R\$ 133,33	R\$ 13.333,00
50	UND	IMPEDANCIOMETRIA	20	R\$ 133,33	R\$ 2.666,60
51	UND	OTOEMISSIONES (TESTE DA ORELHINHA E OLHINHO)	200	R\$ 130,00	R\$ 26.000,00
ITEM	UNIDADE	CONSULTAS	QTD	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
52	UND	CONSULTA CARDIOLOGISTA	60	R\$ 333,33	R\$ 19.999,80
53	UND	CONSULTA PSIQUIATRA	60	R\$ 400,00	R\$ 24.000,00
54	UND	CONSULTA PSIQUIATRA (MARCELO CUTRIM)	60	R\$ 493,33	R\$ 29.599,80
55	UND	CONSULTA NEUROLOGISTA	60	R\$ 316,67	R\$ 19.000,20
56	UND	CONSULTA GINECOLOGISTA	60	R\$ 286,67	R\$ 17.200,20
57	UND	CONSULTA PEDIATRA	60	R\$ 190,00	R\$ 11.400,00
58	UND	CONSULTA ORTOPEDISTA	60	R\$ 216,67	R\$ 13.000,20
59	UND	CONSULTA OFTALMOLOGISTA	60	R\$ 223,33	R\$ 13.399,80
60	UND	CONSULTA PNEUMOLOGISTA	60	R\$ 215,00	R\$ 12.900,00
61	UND	CONSULTA PODOLOGA	60	R\$ 160,00	R\$ 9.600,00
62	UND	CONSULTA OTORRINOLARINGOLOGIA	60	R\$ 266,67	R\$ 16.000,20
63	UND	CONSULTA NUTRICIONISTA	60	R\$ 153,33	R\$ 9.199,80
64	UND	CONSULTA UROLOGISTA	60	R\$ 236,67	R\$ 14.200,20
65	UND	CONSULTA PSICOLOGA	60	R\$ 171,67	R\$ 10.300,20
66	UND	CONSULTA PREVENTIVA EM AMAMENTAÇÃO	60	R\$ 140,00	R\$ 8.400,00
67	UND	CONSULTA ENDOCRINOLOGIA	60	R\$ 266,67	R\$ 16.000,20

68	UND	CONSULTA NEUROPSICOLOGIA	60	R\$ 186,67	R\$ 11.200,20
69	UND	CONSULTA FISIOTERAPIA	60	R\$ 150,00	R\$ 9.000,00
70	UND	CONSULTA CLINICA	60	R\$ 170,00	R\$ 10.200,00
71	UND	CONSULTA ANGIOLOGISTA	60	R\$ 220,00	R\$ 13.200,00
ITEM	UNIDADE	EXAMES DE IMAGENS	QTD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
72	UND	RX PUNHO	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
73	UND	RX PERNA	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
74	UND	RX PATELA	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
75	UND	RX MEMBROS INFERIORES	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
76	UND	RX OSSOS DA FACE	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
77	UND	RX ORELHA, MASTÓIDES – BILATERAL	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
78	UND	RX OMOPLATA OU ESCAPULA	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
79	UND	RX MÃOS E PUNHOS PARA IDADE ÓSSEA	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
80	UND	RX MÃO OU QUIRODÁCTILO	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
81	UND	RX MACILAR INFERIOR	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
82	UND	RX JOELHO	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
83	UND	RX CRANIO	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
84	UND	RX COXA	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
85	UND	RX COTOVELO	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
86	UND	RX COSTELAS	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
87	UND	RX COLUNA LOMBO SACRA	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
88	UND	RX COLUNA LOMBAR	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
89	UND	RX COLUNA CERVICAL	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
90	UND	RX COLUNA DORSAL	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
91	UND	RX COLUNA DORSO-LOMBAR	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
92	UND	RX PÉ	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
93	UND	RX OMOPLATA OU ESPACULA	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
94	UND	RX MAXILAR INFERIOR	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
95	UND	RX MAOS E PUNHOS	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
ITEM	UNIDADE	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	QTD	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
96	UND	TOMOGRAFIA COLUNA CERVICAL	40	R\$ 613,33	R\$ 24.533,20
97	UND	TOMOGRAFIA COLUNA DORSAL	40	R\$ 613,33	R\$ 24.533,20
98	UND	TOMOGRAFIA COLUNA CERVICAL	40	R\$ 613,33	R\$ 24.533,20
99	UND	TOMOGRAFIA COLUNA LOMBO-SACRA	40	R\$ 613,33	R\$ 24.533,20
100	UND	TOMOGRAFIA DO CRANIO	40	R\$ 613,33	R\$ 24.533,20
101	UND	TOMOGRAFIA DO TORAX	40	R\$ 613,33	R\$ 24.533,20
102	UND	TOMOGRAFIA DO ABDOME TOTAL	40	R\$ 613,33	R\$ 24.533,20
103	UND	TOMOGRAFIA DA ARTICULAÇÃO	40	R\$ 613,33	R\$ 24.533,20
104	UND	TOMOGRAFIA ABDOME INFERIOR E SOUPERIOR	40	R\$ 613,33	R\$ 24.533,20
105	UND	TOMOGRAFIA DA PELVE / BACIA	40	R\$ 613,33	R\$ 24.533,20
106	UND	TOMOGRAFIA MAXILAR	40	R\$ 613,33	R\$ 24.533,20
107	UND	TOMOGRAFIA FACE OU SEIOS DA FACE	40	R\$ 613,33	R\$ 24.533,20
108	UND	TOMOGRAFIA MASTÓIDES OU ÓRBITAS	40	R\$ 613,33	R\$ 24.533,20
109	UND	TOMOGRAFIA SELA TÚRCICA	40	R\$ 613,33	R\$ 24.533,20
110	UND	CONTRASTE DE TOMOGRAFIA	40	R\$ 473,33	R\$ 18.933,20
ITEM	UNIDADE	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	QTD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL

111	UND	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COLUNA CERVICAL	20	R\$ 843,33	R\$ 16.866,60
112	UND	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COLUNA LOMBAR	20	R\$ 843,33	R\$ 16.866,60
113	UND	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COLUNA DORSAL	20	R\$ 843,33	R\$ 16.866,60
114	UND	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COLUNA LOMBO-SACRA	20	R\$ 843,33	R\$ 16.866,60
115	UND	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COXA	20	R\$ 843,33	R\$ 16.866,60
116	UND	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CRÂNIO	20	R\$ 843,33	R\$ 16.866,60
117	UND	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MEMBRO SUPERIOR	20	R\$ 843,33	R\$ 16.866,60
118	UND	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MEMBRO INFERIOR	20	R\$ 843,33	R\$ 16.866,60
119	UND	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MÃO	20	R\$ 843,33	R\$ 16.866,60
120	UND	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PERNA	20	R\$ 843,33	R\$ 16.866,60
121	UND	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PÉ	20	R\$ 843,33	R\$ 16.866,60
122	UND	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ARTICULAÇÃO	20	R\$ 843,33	R\$ 16.866,60
123	UND	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA JOELHO DIREITO E ESQUERDO	20	R\$ 843,33	R\$ 16.866,60
124	UND	CONTRASTE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	20	R\$ 466,67	R\$ 9.333,40
ITEM	UNIDADE	ANGIOTOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA		VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
125	UND	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE TORAX	10	R\$ 1.483,33	R\$ 14.833,30
126	UND	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE PESCOÇO	10	R\$ 1.483,33	R\$ 14.833,30
127	UND	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE PELVE	10	R\$ 1.483,33	R\$ 14.833,30
128	UND	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE CRÂNIO	10	R\$ 1.483,33	R\$ 14.833,30
129	UND	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE ABDOME SUPERIOR	10	R\$ 1.483,33	R\$ 14.833,30
130	UND	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE AORTA TORACICA	10	R\$ 1.483,33	R\$ 14.833,30
131	UND	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE AORTA ABDOMINAL	10	R\$ 1.483,33	R\$ 14.833,30
132	UND	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE PULMONAR	10	R\$ 1.483,33	R\$ 14.833,30
133	UND	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE TORAX	10	R\$ 1.483,33	R\$ 14.833,30
134	UND	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL PESCOÇO	10	R\$ 1.483,33	R\$ 14.833,30
135	UND	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE PELVE	10	R\$ 1.483,33	R\$ 14.833,30
136	UND	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR	10	R\$ 1.483,33	R\$ 14.833,30
137	UND	ANGIOTOMOGRAFIA CAROTIDAS	10	R\$ 1.700,00	R\$ 17.000,00
ITEM	UNIDADE	EXAMES OFTALMOLOGICOS	QTD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
138	UND	MAPEAMENTO	10	R\$ 226,67	R\$ 2.266,70
139	UND	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA	10	R\$ 226,67	R\$ 2.266,70
140	UND	TONOMETRI-BINOCULAR	10	R\$ 226,67	R\$ 2.266,70
141	UND	BIOMETRIA ULTRASSONICA-MONOCULAR	10	R\$ 226,67	R\$ 2.266,70
142	UND	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA	10	R\$ 226,67	R\$ 2.266,70
143	UND	CAMPIMENTRIA COMPUTADORIZADA-MONOCULAR	10	R\$ 226,67	R\$ 2.266,70
144	UND	CERASTOCOPIA COMPUTADORIZA-MONOCULAR	10	R\$ 226,67	R\$ 2.266,70

145	UND	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	10	R\$ 226,67	R\$ 2.266,70
146	UND	CURVA TENSIONAL	10	R\$ 226,67	R\$ 2.266,70
ITEM	UNIDADE	EXAME	QTD	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
147	UND	HEMOGRAMA	20000	R\$ 20,00	R\$ 400.000,00
148	UND	COAGULOGRAMA COMPLETO	2000	R\$ 30,68	R\$ 61.360,00
149	UND	COLESTEROL TOTAL	2000	R\$ 12,50	R\$ 25.000,00
150	UND	COLESTEROL HDL	2000	R\$ 12,50	R\$ 25.000,00
151	UND	COLINESTERASE SÉRICA	2000	R\$ 16,00	R\$ 32.000,00
152	UND	CREATININA	2000	R\$ 12,50	R\$ 25.000,00
153	UND	GRUPO SANGUÍNEO E FATOR RH	2000	R\$ 13,50	R\$ 27.000,00
154	UND	FERRO SÉRICO	2000	R\$ 12,06	R\$ 24.120,00
155	UND	FOSFATASE ALCALINA	2000	R\$ 12,50	R\$ 25.000,00
156	UND	FOSFORO	2000	R\$ 12,06	R\$ 24.120,00
157	UND	GAMA GT	2000	R\$ 12,50	R\$ 25.000,00
158	UND	GLICEMIA DE JEJUM	2000	R\$ 12,50	R\$ 25.000,00
159	UND	VELOCIDADE DE HEMOSSIDIMENTAÇÃO VSH	400	R\$ 15,60	R\$ 6.240,00
160	UND	POTÁSSIO	2000	R\$ 12,06	R\$ 24.120,00
161	UND	SÓDIO	2000	R\$ 12,06	R\$ 24.120,00
162	UND	TGO	2000	R\$ 11,50	R\$ 23.000,00
163	UND	TGP	2000	R\$ 11,50	R\$ 23.000,00
164	UND	TRIGLICERIDEOS	2000	R\$ 11,50	R\$ 23.000,00
165	UND	UREIA	2000	R\$ 11,50	R\$ 23.000,00
166	UND	EAS / URINA DE ROTINA	5000	R\$ 12,36	R\$ 61.800,00
167	UND	VDRL	2000	R\$ 13,50	R\$ 27.000,00
168	UND	PROTEÍNA C REATIVA PCR	2000	R\$ 18,50	R\$ 37.000,00
169	UND	PARASITOLÓGICO DE FEZES	2000	R\$ 17,67	R\$ 35.340,00
170	UND	ÁCIDO ÚRICO	2000	R\$ 16,00	R\$ 32.000,00
171	UND	BIL. TOTAIS E FRAÇÕES	2000	R\$ 10,50	R\$ 21.000,00
172	UND	ALBUMINA	2000	R\$ 12,00	R\$ 24.000,00
173	UND	CÁLCIO	2000	R\$ 12,06	R\$ 24.120,00
174	UND	CPK	320	R\$ 12,06	R\$ 3.859,20
175	UND	LACTATO DESIDROGENASE	320	R\$ 14,00	R\$ 4.480,00
176	UND	PROTEÍNA TOTAIS E FRAÇÕES	320	R\$ 14,00	R\$ 4.480,00
177	UND	PESQUISA DE FUNGOS EM DIVERSAS REGIÕES	320	R\$ 16,00	R\$ 5.120,00
178	UND	DENGUE NS1	320	R\$ 65,33	R\$ 20.905,60
179	UND	BETA HCG QUALITATIVO	320	R\$ 31,65	R\$ 10.128,00
180	UND	BETA HCG QUANTITATIVO	320	R\$ 33,00	R\$ 10.560,00
181	UND	TESTE RÁPIDO TROPONINA	320	R\$ 62,00	R\$ 19.840,00
182	UND	TESTE RÁPIDO HIV	320	R\$ 40,00	R\$ 12.800,00
183	UND	TESTE RÁPIDO SANGUE OCULTO	320	R\$ 13,67	R\$ 4.374,40
184	UND	TESTE RÁPIDO HBSAG	320	R\$ 32,00	R\$ 10.240,00
185	UND	TESTE RÁPIDO DENGUE IGG E IGM	320	R\$ 65,33	R\$ 20.905,60
186	UND	TESTE RÁPIDO HCV	320	R\$ 54,33	R\$ 17.385,60
187	UND	TESTE RÁPIDO COVID ANTÍGENO	320	R\$ 93,33	R\$ 29.865,60
188	UND	T. RÁPIDO COVID IGG E IGM	320	R\$ 96,67	R\$ 30.934,40
189	UND	COLINESTERASE ERITROCITÁRIA	320	R\$ 42,00	R\$ 13.440,00
190	UND	COPROCULTURA	320	R\$ 25,67	R\$ 8.214,40
191	UND	HEMOGLOBINA GLICADA	2000	R\$ 42,00	R\$ 84.000,00

192	UND	FERRITINA	2000	R\$ 20,00	R\$ 40.000,00
193	UND	HIV 1 e 2 – ANTÍGENOS E ANTICORPOS	320	R\$ 50,00	R\$ 16.000,00
194	UND	IMUNOGLOBULINA IGE TOTAL	320	R\$ 38,33	R\$ 12.265,60
195	UND	INSULINA	320	R\$ 35,46	R\$ 11.347,20
196	UND	MAGNÉSIO	320	R\$ 11,50	R\$ 3.680,00
197	UND	RETICULÓCITOS	320	R\$ 17,67	R\$ 5.654,40
198	UND	UROCULTURA E ANTIBIOGRAMA (Negativa)	320	R\$ 48,00	R\$ 15.360,00
199	UND	EXAME TOXICOLÓGICO	320	R\$ 112,50	R\$ 36.000,00
200	UND	LIPASE	320	R\$ 17,33	R\$ 5.545,60
201	UND	ÁCIDO FÓLICO	320	R\$ 28,00	R\$ 8.960,00
202	UND	ASLO	320	R\$ 18,00	R\$ 5.760,00
203	UND	BAAR 1ª AMOSTRA	320	R\$ 30,00	R\$ 9.600,00
204	UND	CHAGAS IGG - PESQUISA E/OU DOSAGEM	320	R\$ 24,00	R\$ 7.680,00
205	UND	CHAGAS IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM	320	R\$ 24,00	R\$ 7.680,00
206	UND	CLORO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	320	R\$ 13,50	R\$ 4.320,00
207	UND	COOMBS INDIRETO	320	R\$ 33,67	R\$ 10.774,40
208	UND	COOMBS DIRETO	320	R\$ 16,67	R\$ 5.334,40
209	UND	CORTISOL - PESQUISA E/OU DOSAGEM	320	R\$ 30,00	R\$ 9.600,00
210	UND	DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	320	R\$ 34,00	R\$ 10.880,00
211	UND	DÍMERO D	320	R\$ 105,00	R\$ 33.600,00
212	UND	ELETROFERESE DE PROTEÍNAS	320	R\$ 33,00	R\$ 10.560,00
213	UND	ESTRADIOL - PESQUISA E/OU DOSAGEM	320	R\$ 28,00	R\$ 8.960,00
214	UND	PSA - TOTAL / LIVRE	1000	R\$ 67,00	R\$ 67.000,00
215	UND	FTA - SIFILIS IGG	320	R\$ 60,00	R\$ 19.200,00
216	UND	FTA - SIFILIS IGM	320	R\$ 62,00	R\$ 19.840,00
217	UND	TSH - HORMONIO TIREOESTIMULANTE	1	R\$ 25,00	R\$ 25,00
218	UND	TESTOSTERONA LIVRE - PESQUISA E/OU DOSAGEM	320	R\$ 41,72	R\$ 13.350,40
219	UND	TESTOSTERONA TOTAL - PESQUISA E/OU DOSAGEM	320	R\$ 31,00	R\$ 9.920,00
220	UND	MAGNÉSIO	320	R\$ 15,33	R\$ 4.905,60
221	UND	CROMO URINÁRIO INICIO DE JORNADA	320	R\$ 16,00	R\$ 5.120,00
222	UND	DEHIDROEPIANDROSTERONA- SULFATO	320	R\$ 26,33	R\$ 8.425,60
223	UND	T4 TOTAL	1000	R\$ 18,00	R\$ 18.000,00
224	UND	ESTRADIOL	320	R\$ 19,40	R\$ 6.208,00
225	UND	ESTRONA	320	R\$ 48,00	R\$ 15.360,00
226	UND	FATOR ANTINUCLEAR – FAN	320	R\$ 22,33	R\$ 7.145,60
227	UND	FIBRINOGENIO	320	R\$ 30,33	R\$ 9.705,60
228	UND	FUNGOS – CULTURA	200	R\$ 48,00	R\$ 9.600,00
229	UND	GLOBULINA LIGADORA DE HORMÔNIO SEXUAIS	200	R\$ 69,00	R\$ 13.800,00
230	UND	HEMAGLUTINAÇÃO PARA CHAGAS	200	R\$ 24,00	R\$ 4.800,00
231	UND	HERPESVÍRUS SIMPLES 1 E 2 IGG	200	R\$ 46,33	R\$ 9.266,00
232	UND	HERPESVÍRUS SIMPLES 1 E 2 IGM	200	R\$ 39,17	R\$ 7.834,00
233	UND	HOMOCISTEÍNA	200	R\$ 51,68	R\$ 10.336,00
234	UND	FSH	200	R\$ 20,67	R\$ 4.134,00
235	UND	HORMONIO LUTEINIZANTE	200	R\$ 20,00	R\$ 4.000,00
236	UND	GORDURA FECAL – PESQUISA	200	R\$ 21,00	R\$ 4.200,00

237	UND	IGE ESPECIFICO PARA MELANCIA	320	R\$ 113,33	R\$ 36.265,60
238	UND	IMUNOF PARA CHAGAS IGG	320	R\$ 31,17	R\$ 9.974,40
239	UND	IMUNOF PARA CHAGAS IGM	320	R\$ 31,17	R\$ 9.974,40
240	UND	IMUNOGLOBULINA IGA	320	R\$ 28,83	R\$ 9.225,60
241	UND	INDICE HOMA	320	R\$ 45,00	R\$ 14.400,00
242	UND	LITIO	320	R\$ 16,00	R\$ 5.120,00
243	UND	MACRO PROLACTINA	160	R\$ 78,44	R\$ 12.550,40
244	UND	METANOL URINARIO	320	R\$ 12,25	R\$ 3.920,00
245	UND	MICROALBUMINÚRIA	160	R\$ 36,67	R\$ 5.867,20
246	UND	NUCLEOTIDASE	80	R\$ 179,67	R\$ 14.373,60
247	UND	PARATORMONIO PTH	80	R\$ 61,33	R\$ 4.906,40
248	UND	PESQUISA DE HANSENÍASE	320	R\$ 26,00	R\$ 8.320,00
249	UND	PROGESTERONA	160	R\$ 35,00	R\$ 5.600,00
250	UND	PROLACTINA	160	R\$ 28,33	R\$ 4.532,80
251	UND	PCR ULTRASENSÍVEL	160	R\$ 33,00	R\$ 5.280,00
252	UND	PROTEINÚRIA 24H	320	R\$ 12,70	R\$ 4.064,00
253	UND	FATOR REUMATÓIDE	320	R\$ 14,95	R\$ 4.784,00
254	UND	SELÊNIO	80	R\$ 81,33	R\$ 6.506,40
255	UND	SOMATOMEDINA C	80	R\$ 71,67	R\$ 5.733,60
256	UND	SUBSTÂNCIAS REDUTORAS NAS FEZES	320	R\$ 16,67	R\$ 5.334,40
257	UND	T3 LIVRE	1000	R\$ 17,03	R\$ 17.030,00
258	UND	T4 LIVRE	1000	R\$ 17,03	R\$ 17.030,00
259	UND	TOXOPLASMOSE IGG	320	R\$ 25,20	R\$ 8.064,00
260	UND	TOXOPLASMOSE IGM	320	R\$ 25,20	R\$ 8.064,00
261	UND	TRANSFERRINA	320	R\$ 25,20	R\$ 8.064,00
262	UND	T3 TOTAL	1000	R\$ 17,10	R\$ 17.100,00
263	UND	TSH	1000	R\$ 20,50	R\$ 20.500,00
264	UND	VITAMINA A	160	R\$ 129,00	R\$ 20.640,00
265	UND	VITAMINA B12	320	R\$ 38,00	R\$ 12.160,00
266	UND	VITAMINA C	320	R\$ 120,80	R\$ 38.656,00
267	UND	VITAMINA E	320	R\$ 150,00	R\$ 48.000,00
268	UND	ZINCO	320	R\$ 44,50	R\$ 14.240,00
269	UND	1,25 DIHIDROXIVITAMINA D	80	R\$ 65,80	R\$ 5.264,00
270	UND	25 OH VITAMINA D	80	R\$ 53,66	R\$ 4.292,80
271	UND	ANTI HBS	80	R\$ 65,80	R\$ 5.264,00
272	UND	ANATOMO PATOLOGICO (BIOPSIA SIMPLES	80	R\$ 118,00	R\$ 9.440,00
273	UND	ANTI HBC TOTAL	80	R\$ 35,00	R\$ 2.800,00
274	UND	ANTI HBC IGG	80	R\$ 42,20	R\$ 3.376,00
275	UND	ANTI HBC IGM	80	R\$ 42,20	R\$ 3.376,00
276	UND	ANTI TPO	80	R\$ 42,17	R\$ 3.373,60
277	UND	ANTI HCV	80	R\$ 54,33	R\$ 4.346,40
278	UND	ANTICORPO ANTITIREOGLOBULINA	80	R\$ 30,33	R\$ 2.426,40
279	UND	ANTICORPOS ANTI HTLV 1 E 2	80	R\$ 62,33	R\$ 4.986,40
280	UND	APOLIPOPROTEINA A1	80	R\$ 21,00	R\$ 1.680,00
281	UND	APOLIPOPROTEINA b	80	R\$ 21,00	R\$ 1.680,00
282	UND	BRUCELOSE	80	R\$ 23,33	R\$ 1.866,40
283	UND	CA 125	80	R\$ 73,00	R\$ 5.840,00
284	UND	CALCIO IONIZADO	80	R\$ 15,60	R\$ 1.248,00

285	UND	CAPACIDADE DE LIGAÇÃO DO FERRO	80	R\$ 15,60	R\$ 1.248,00
286	UND	CHIKUGUNYA IGG	80	R\$ 238,33	R\$ 19.066,40
287	UND	CHIKUGUNYA IGM	80	R\$ 238,33	R\$ 19.066,40
288	UND	COPROCULTURA	80	R\$ 24,00	R\$ 1.920,00

2.2 -O atendimento do contratado contemplará a execução das atividades e serviços necessários à prestação da assistência à saúde **com qualidade** aos beneficiários.

3. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

3.1. Poderão participar deste Credenciamento todos os prestadores de serviços, sejam pessoas jurídicas da área da saúde, **que estiverem registrados nas entidades incumbidas da fiscalização do exercício profissional** e que detenham habilitação para o exercício de alguma das atividades na área da saúde relacionada neste edital e que aceitem as exigências estabelecidas pelas Normas do FMS, dos Decretos Estaduais referentes ao assunto e da Lei Federal nº 14.133/2021, no que couber.

3.2. Não será aceita a participação de interessados:

- a) -Que tiver sido declarada inidônea ou suspensão para licitar ou contratar com a Administração Pública.
- b) -Que estiver sob processo de falência ou recuperação judicial, concurso de credores, dissolução, liquidação e empresas estrangeiras que não funcionem no país.
- c) -Em consórcio de proponentes.
- d) -Que estiver cumprindo penalidades impostas pela Administração Pública, e demais casos previstos na legislação que rege este processo.

3.3. Os credenciamentos serão formalizados mediante “Termo de Contrato de Credenciamento”, no qual constará:

- a) Qualificação das partes;
- b) Objeto do credenciamento;
- c) **Vigência do contrato de credenciamento que será até 31 de dezembro de 2026, podendo ser** prorrogado nos termos do Art. 107, da Lei 14.133/2021, mediante Termo Aditivo de Contrato;
- d) O valor estimado a ser pago ao profissional/empresa, bem como o valor a ser pago por atendimento, **com base na tabela aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde do Município;**
- e) O valor máximo mensal;
- f) A forma de pagamento será feita mediante apresentação de nota fiscal emitida pelos prestadores de serviços credenciados como pessoa jurídica, atestada pelo gestor de que os serviços foram prestados, observar-se-á o preço aprovado pelo Fundo Municipal de Saúde (FMS), tendo por base as Tabelas do SUS (Sistema Único de Saúde) e AMB (Associação Médica Brasileira). Os Interessados credenciados serão pagos através de ordem de pagamento conforme relatório apresentado pelo gestor.
- g) A Dotação Orçamentária que garantirá o cumprimento da despesa;
- h) As penalidades pelo não cumprimento do ajuste, inclusive o descredenciamento;
- i) A indicação do Foro competente;
- j) Local, data e assinatura das partes;
- k) Assinatura das testemunhas, com número de CPF.

4. DO CREDENCIAMENTO

4.1. É facultado a todos que preencherem os requisitos mínimos exigidos pela Administração, **REQUERER SEU**

CREDENCIAMENTO SEM VÍNCULO EMPREGATÍCIO PARA FORMAÇÃO DE CADASTRO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS, sejam pessoas jurídicas ou físicas para prestação de serviços nas Unidades de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Posse, Unidades Básicas de Saúde, e demais locais estabelecidos pelo Gestor do Fundo Municipal de Saúde.

4.2. O credenciamento será realizado **enquanto perdurar a necessidade da Secretaria Municipal de Saúde.**

4.3. A inscrição no credenciamento **NÃO GARANTE** a contratação do interessado pelo Fundo Municipal de Saúde, **podendo** ser contratado de acordo **COM A NECESSIDADE DA SECRETARIA** durante **o ano de 2026.**

4.4. Os horários de trabalho serão estipulados por carga horária a ser definida pela Secretaria Municipal de Saúde, conforme o caso, nas quantidades, especificações e valores estabelecidos neste Edital e seus anexos, para o exercício fiscal de 2026, podendo ser prorrogado mediante termo aditivo e/ou republicação do extrato do edital na imprensa oficial.

4.5. A participação no processo implica manifestação do interesse do profissional em participar do processo de credenciamento junto a SMS, e a aceitação e submissão, independentemente de declaração expressa, a todas as normas e condições estabelecidas no presente Edital e seus anexos, bem como aos atos normativos pertinentes expedidos pela Administração.

4.6. **somente serão credenciados os Interessados que comprovarem a habilitação exigida neste edital.**

4.7. É vedada a celebração de contrato com credenciantes sem o preenchimento dos requisitos **do item 5,** observando, ainda, **a vedação da participação de profissional já ocupante de cargo efetivo e/ou comissionado** neste município ou dirigente de órgão ou entidade contratante, conforme art. 9.º, parágrafo § 1º da Lei 14.133/2021 e respectivas alterações.

4.8. O interessado a participar do presente edital, detentor de cargo efetivo e/ou comissionado de **outro ente federado**, exceção ao subitem anterior, poderá participar, **desde que a carga horária seja compatível** com os plantões a serem executados.

4.9. Não poderão participar do credenciamento:

- a)** Interessados que tenham sido declarados inidôneos para licitar ou contratar com a Administração Pública;
- b)** Interessados cuja carga horária seja incompatível com os horários dos plantões a serem executados;

5. DA HABILITAÇÃO E DA DOCUMENTAÇÃO

5.1. O interessado em participar do processo de credenciamento objeto deste Edital deverá entregar no ato da inscrição, os documentos constantes da **“Relação de documentos necessários para habilitação ao credenciamento”**, sob **pena de inabilitação.**

5.2. Ressalvados os documentos elaborados e firmados pelo interessado (a), todos os demais documentos necessários ao credenciamento deverão ser apresentados em cópias autenticadas em cartório, ou em cópia simples acompanhadas dos originais para autenticação por servidor da Administração, nos termos do art. 70 da Lei Federal nº 14.133/2021.

5.3. A autenticação feita pelo servidor público não garante a conferência da documentação, a qual fica exclusivamente por conta do (a) candidato (a).

5.4. A documentação deverá ser **PROTOCOLADA na Secretaria Municipal de Saúde**, na Rua Robson Ricardo Barbosa, Qd. 26 Lt. 02 Setor Augusto José Valente II, CEP 73906-006, Posse-GO, nos dias e horários designados neste edital, caso a documentação não esteja conforme Edital, **O INTERESSADO NÃO SERÁ CREDENCIADO.**

5.5. Toda a documentação exigida, conforme detalhamento no **item 5.7** é requisito obrigatório à habilitação jurídica, técnica e fiscal do interessado no credenciamento de que trata este edital.

5.6. As certidões que compõem a documentação exigida **e possuem data de validade**, deverão estar válidas até o final do prazo de inscrição constante deste edital, **devendo ser atualizadas no momento da assinatura**

do contrato e durante a sua vigência, caso seja formalizado.

5.7. - O credenciado deverá trazer os seguintes documentos:

5.7.1. DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA PARA PRESTADOR DE SERVIÇO- PESSOA JURÍDICA:

- a) Requerimento para credenciamento, conforme modelo contido no Anexo–II;
- b) Cópia do Ato constitutivo, Estatuto ou Contrato Social e suas alterações em vigor;
- c) Cópia do documento dos sócios ou proprietário;
c.1: Carteira Profissional expedida pelo conselho pertinente que tenha identificação com foto
- d) Cópia do Alvará de Localização e Funcionamento atualizado, expedido pela Prefeitura da sede do estabelecimento participante, ou outro documento equivalente;
- e) Prova de Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;
- f) Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, Estadual e Municipal do domicílio ou sede do licitante, na forma da lei;
- g) Prova de regularidade para com o município de Posse, na forma da lei;
- h) Prova de regularidade relativa à ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei;
- i) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa (CNDT);
- j) Declaração dos proprietários, administradores e dirigentes da entidade de que não ocupam cargo de chefia ou função de confiança na Administração Pública;
- k) Declaração do proponente de que não pesa contra si, declaração de inidoneidade, expedida por Órgão da Administração Pública de qualquer esfera do Governo, de acordo com o modelo constante no Anexo II;
- l) Declaração de que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos, conforme anexo IV.
- m) As certidões que não contenham expresse a data de validade, considerar-se-á válida por 60 (sessenta) dias.

6. RECEBIMENTO DOS DOCUMENTOS

6.1 Os documentos exigidos neste edital deverão ser entregues na Sala da Comissão de Licitação, situado na Rua Robson Ricardo Barbosa, Qd. 26 Lt. 02 Setor Augusto José Valente II, CEP 73906-006, Posse-GO, durante o prazo de **02 de dezembro de 2025 até o dia 31 de dezembro de 2028**, no **horário das 07:30 hrs às 11:30 hrs e das 13:30 hrs as 17:30hs**, nos dias de expediente.

6.2 -Todos os documentos exigidos neste Edital para a instrução do processo de credenciamento **DEVERÃO SER ENTREGUES EM ENVELOPE, devidamente LACRADOS** e de preferência, opacos, contendo em suas partes externas e frontais, em caracteres destacados, os seguintes dizeres:

AO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE POSSE-GO

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº. 007/2025

NOME DO INTERESSADO: _____

RG: _____ / CPF: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: (____) _____

CATEGORIA/ ESPECIALIDADE A SER CREDENCIADA: _____

6.3- Toda a documentação constante no envelope entregue deverá ser apresentada, **preferencialmente, na ordem da relação** constante **NO ITEM 5.7**, com todas as folhas numeradas em ordem sequencial, em algarismos arábicos(NUMERICOS), e **RUBRICADAS PELO INTERESSADO** ou seu representante legal.

6.4- Os documentos exigidos para a inscrição não poderão ser remetidos via postal, fax ou por correio eletrônico.

6.5- A ENTREGA DOS DOCUMENTOS DAR-SE-Á MEDIANTE PROTOCOLO, QUE SERVIRÁ COMO COMPROVANTE DA INSCRIÇÃO.

6.6- Não será aceita a inscrição extemporânea ou condicional, **NEM A COMPLEMENTAÇÃO OU ALTERAÇÃO DE DOCUMENTOS DEPOIS DE REALIZADO O PROTOCOLO.**

6.7 -As informações prestadas no ato da inscrição, assim como a documentação entregue são de inteira responsabilidade do interessado, cabendo-lhe certificar-se, antes da sua inscrição, de que atende a todos os requisitos para participar do processo de credenciamento.

6.8 -Os documentos serão recebidos a partir da data e horários previamente definidos neste Edital, mediante protocolo na sede da Secretaria Municipal de Posse/GO, conforme evidenciado neste instrumento e anexos.

7. PROCEDIMENTO DO CADASTRO/ CONVOCAÇÃO

7.1. É facultada toda pessoa jurídica ou profissional que preencher os requisitos mínimos fixados pela administração, requerer seu credenciamento, o que significará sua admissão **a um cadastro da área de saúde que FICARÁ À DISPOSIÇÃO DO MUNICÍPIO PARA FUTURA CONTRATAÇÃO;**

7.2. A atuação do cadastramento no cumprimento de obrigações assumidas será anotada no respectivo registro cadastral.

7.3. A qualquer tempo poderá ser alterado, suspenso ou cancelado o cadastro do inscrito que deixar de satisfazer as exigências estabelecidas para o cadastramento.

7.4. A inscrição para credenciamento **NÃO GARANTE A CONTRATAÇÃO DO INTERESSADO** pela Secretaria Municipal de Saúde, podendo o credenciado ser contratado de acordo com a **necessidade** da Administração Municipal **ao longo dos meses subsequentes do ano de 2026;**

7.5. Poderão ocorrer candidatos excedentes de número de vagas fixadas pela SMS/Fundo Municipal de Saúde, **poderão ser convocados dentro do prazo previsto neste Edital**, em caso **de existência de vagas** e/ou ampliação do quantitativo de vagas na rede de saúde pública municipal.

7.6. O limite de vagas para credenciamento de pessoas jurídicas, **DEPENDE DA NECESSIDADE DA SECRETARIA DE SAÚDE** dentro dos limites da legislação vigente, capaz de suprir a demanda de atendimentos e serviços, observando sempre a sistemática de referência e contra-referência do Sistema Único de Saúde-SUS, sem prejuízo da observância do Complexo Regulador da **CREDENCIANTE.**

7.7. No decorrer **do ano (2026)** visando o atendimento das necessidades da coletividade e devido à impossibilidade de competição de preços e/ou títulos, a Administração Municipal, convocará os cadastrados.

7.8. Após a convocação e entrega da documentação solicitada atualizada, a Administração Pública/Fundo Municipal de Saúde formalizará o credenciamento dos Interessados, facultando-lhe o aumento na quantidade



de vagas, bem como, a diminuição ou extinção delas.

7.9. Os credenciamentos poderão ser rescindidos a qualquer tempo pela administração, notificando à outra parte em 5 (cinco) dias, especialmente no caso de realização de concurso público.

8. CRITÉRIO DE CADASTRO/ DA CONTRATAÇÃO

8.1. Os interessados serão inicialmente cadastrados pela ordem de apresentação dos documentos de habilitação, junto ao setor indicado neste Edital e posteriormente recadastrados conforme a ordem de execução dos serviços.

8.2. Os interessados inscritos e habilitados serão selecionados mediante análise da documentação exigida no Edital, cujo procedimento é de responsabilidade da Comissão de Credenciamento, com auxílio da Secretaria Municipal de Saúde, a apreciação dos pedidos de credenciamento.

8.3. A apreciação consistirá no exame da conformidade da documentação apresentada pelo interessado com o exigido neste Edital.

8.4. – A convocação dos Interessados credenciados para assinatura do contrato/credenciamento será feita por meio de notificação via e-mail, fax, telefone ou via correios.

8.5. – Para assinatura do contrato de credenciamento os Interessados terão o prazo de 03 (três) dias úteis após a convocação, permitindo a prorrogação por igual período, na forma do art. 90 da Lei nº 14.133/2021 e suas alterações.

8.6. – As contratações se darão dentro do limite de vagas de acordo com a demanda presente e futura, na implantação e operacionalização dos serviços de saúde.

8.7. – O contrato terá vigência limitada ao respectivo crédito orçamentário, a contar da data de assinatura do contrato até 31 de dezembro de 2026, podendo ser prorrogado caso haja interesse entre as partes, na forma do art. 107 da Lei nº 14.133/2021, podendo ser corrigido pela Tabela aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde de Posse, e obedecendo as instruções e resoluções do Egrégio Tribunal de Contas dos Municípios.

8.8. Durante o prazo de vigência deste Edital, o postulante que teve seu pedido rejeitado poderá corrigir erros ou suprir omissões que levaram ao indeferimento, inclusive mediante a apresentação de documentos, e deverá fazê-lo por meio de novo requerimento.

8.9. A Administração só convocará os credenciados conforme a sua necessidade, não sendo obrigatório a sua convocação.

8.10. Caso haja um número de credenciados maior do que o número de vagas ofertadas, o critério para a escolha será a data do protocolo.

9. DAS VAGAS, PREÇO, FORMA E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

9.1. O número/estimativas das especialidades que consta na cláusula 2, e a remuneração pelos serviços serão conforme Resolução CMS 021/2025 e especificação discriminadas no Termo de Referência – Anexo I deste Instrumento.

9.2. O pagamento será efetuado mediante transferência bancária, até o 10º (décimo) dia do mês subsequente ao da prestação dos serviços ou da entrega da nota fiscal;

9.3. O **CONTRATADO** deverá apresentar até o último dia útil do mês da prestação dos serviços:

9.3.1. Nota Fiscal de Serviços do Contratado pessoa jurídica.

9.4. Sobre o valor do crédito pago e previsto serão retidas:

9.4.1. Contribuição social para Seguridade Social do RGPS/INSS, até o limite máximo do salário-contribuição;

9.4.2. IRRF – Imposto de Renda Retido na Fonte, conforme limites e condições previstas na legislação vigente;

9.4.3. ISS – imposto sobre serviço de acordo com a tabela prevista na legislação municipal do Contratante.

9.5. As despesas decorrentes deste processo correrão a conta da dotação orçamentária prevista para 2026:

9.6-A CREDENCIADA será remunerada de acordo com os valores previsto no edital de Chamamento Público nº 007/2025 referente à produção apresentada e constatada pela Secretaria Municipal de Saúde. O valor será pago mensalmente, aos prestadores, pelos serviços efetivamente prestados, estes deverão ser aprovados e se houver alguma divergência poderão sofrer glosas no teto máximo da unidade e nos valores unitários de cada procedimento.

10. CRITÉRIO DE REAJUSTE

10.1. O instrumento poderá ser repactuado, visando à manutenção de seu equilíbrio econômico financeiro, observados o interregno mínimo de um ano, a contar da data de sua assinatura, ou a qualquer tempo ter reequilíbrio, mediante planilha de preços aprovada e autorizada pelo Conselho Municipal de Saúde sempre que for necessária a sua aprovação perante os mesmos, sempre que os valores encontrarem-se abaixo dos valores praticados no mercado.

11. SANÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA O CASO DE INADIMPLEMENTO DOS SERVIÇOS

11.1. Pela inexecução total ou parcial na prestação dos serviços, o Município de Posse poderá, garantida a prévia defesa, **SER IMEDIATAMENTE DESCREDENCIADO** além sem prejuízos da aplicabilidade dos cadastrados as sanções previstas no art. 155 ao 162 da Lei 14.133/2021 e suas posteriores alterações.

12. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

12.1. Os serviços, objeto deste processo, que tenham sido regularmente prestados e validados conforme o estipulado no presente instrumento serão pagos ao CONTRATADO pelo FMS.

12.2. Não será permitido ao CONTRATADO, em nenhuma hipótese, a cobrança de serviços, diárias, taxas, materiais, medicamentos ou honorários, sob qualquer pretexto e/ou forma, dos beneficiários do FMS, sob pena de descredenciamento.

12.3. O pagamento pelos serviços prestados ao FMS será efetuado por meio de depósito em conta bancária do CONTRATADO, conforme informado pelo contratado, e o comprovante de pagamento, para efeito legal, será o crédito na conta bancária, conforme dados e informações cadastrais

12.4. Para efeito de pagamento pelos serviços prestados, somente serão consideradas os registros eletrônicos de ponto e as escalas de trabalho atestadas pelas chefias imediatas confirmando a efetiva realização dos plantões assistenciais.

12.5. Os pagamentos devidos serão mensais e efetuados de acordo com as normas estabelecidas pela Secretaria Municipal de Finanças, uma vez obedecidas às formalidades legais e contratuais pertinentes, mediante crédito em conta corrente.

12.6. Não havendo nenhum bloqueio por descumprimento de exigência, os créditos em conta corrente serão efetuados no prazo máximo de 10 (dez) dias, após o fechamento do período da prestação dos serviços mediante apresentação do Livro Ata com Registro do Ponto, para pessoa física e de Nota Fiscal para pessoa jurídica, e em conformidade com o repasse dos recursos ao Fundo Municipal de Saúde.

12.7. A Administração Municipal, oportunamente pagará ao profissional da área de saúde pelos serviços efetivamente prestados e comprovados pelas faturas emitidas e atestadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

13. RECURSOS

13.1. Aos credenciados é assegurado o direito de interposição de Recurso, nos termos do art.165 da Lei 14.133/2021, o qual será recebido e processado nos termos ali estabelecidos.

14. DO DESCREDENCIAMENTO:

14.1. Por algum motivo o credenciado deixar de atender as condições estabelecidas neste Edital e no contrato administrativo de prestação de serviços;

14.2. Na recusa injustificada do credenciado em assinar o contrato, aceitar ou retirar o instrumento equivalente dentro do prazo de 05 (cinco) dias úteis, implicando em seu imediato descredenciamento e na imediata suspensão do direito de licitar ou participar de novo credenciamento com o Município de Posse pelo prazo de 12 (doze) meses;

14.3. A Secretaria Municipal de Saúde de Posse fica assegurada o direito de no interesse do Município, revogar ou anular o presente processo de credenciamento, sem que caibam aos licitantes quaisquer direitos a reclamações ou indenizações;

15. DA VIGÊNCIA

15.1. O Termo de Credenciamento terá vigência da data de assinatura até **31/12/2026**, ou seja, devendo ater-se até à duração dos créditos orçamentários, podendo ser prorrogado mediante termo aditivo próprio, no interesse da Administração Municipal, nos termos do art. 107, da Lei nº 14.133/2021. Podendo ser corrigido pela Tabela aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde de Posse, e obedecendo as instruções e resoluções do Egrégio Tribunal de Contas dos Municípios.

16. DISPOSIÇÕES FINAIS

16.1. Esclarecimentos relativos ao presente chamamento públicos e às condições para atendimento das obrigações necessárias ao cumprimento de seu objeto, somente serão prestados quando solicitados por escrito, encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde de Posse.

16.2. O profissional se obriga a apresentar a qualquer tempo, documentos julgados necessários pelo FMS – Fundo Municipal de Saúde, referente à sua vida profissional, financeira e civil.

16.3. A aceitação das condições constantes deste Edital será formalizada com a assinatura do respectivo contrato/credenciamento.

16.4. Os casos omissos serão resolvidos com base nas disposições constantes da Lei nº 14.133/2021, nos princípios do Direito Público e subsidiariamente, com base em outras leis que se prestem a suprir eventuais lacunas.

16.5. A minuta do instrumento de credenciamento constantes deste edital será ajustada às peculiaridades de cada CREDENCIADO e mediante necessidades do FMS, de forma a evidenciar o tipo de cobertura dos serviços, procedimentos e orientações técnicas, dentre outros aspectos.

16.6. Em casos de dúvidas o profissional deverá sempre recorrer ao Fundo Municipal de Saúde a fim de conseguir instruções de como proceder.

16.7. É vedado ao credenciado cobrar dos pacientes qualquer importância a título de honorários ou serviços prestados concernentes aos procedimentos.

16.8. Constituem e fazem parte deste edital os anexos, constantes de minutas dos credenciamentos de pessoas jurídicas especificamente por categoria, atividade e local.

16.9. - Os Interessados a serem credenciados, serão necessariamente autônomos, **não existindo assim, entre a administração municipal e os mesmos, nenhum vínculo empregatício ainda que indiretamente**, por inteligência do art. 37, II, da CF. Já com relação ao regime previdenciário, aplica-se aos Credenciados autônomos, o Regime Geral da Previdência Social.

16.10. O FMS permanecerá à disposição dos interessados para esclarecer quaisquer dúvidas e prestar informações referentes ao presente Edital, através dos telefones: 62 3396 1155, no horário das 08 às 12 horas;

16.11. Caberá ao contratado à obediência às normas de qualidade de atendimento impostas pelo Ministério da Saúde e Vigilância Sanitária ou outra entidade reguladora da atividade exercida, reservando-se ao FMS o direito de recusar e sustar a prestação de serviços dos prestadores de saúde que não se adequarem às normas estabelecidas.

16.12. A inexistência de afirmativas, declarações falsas ou irregulares em quaisquer documentos, ainda que verificada posteriormente, será causa de eliminação do interessado do processo de credenciamento, anulando-se a inscrição, bem como todos os atos dela decorrentes, sem prejuízo das demais medidas de ordem administrativa, cível ou criminal.

16.13. – O prazo de validade do presente Edital, **será 12 (doze) meses**, a contar da data de sua publicação, podendo, neste período ser publicado edital suplementar sem a necessidade de revogação deste.

16.14. O presente Edital poderá ser revogado por razões de interesse público, decorrentes de fatos supervenientes, devidamente comprovados, pertinentes e suficientes para justificar sua revogação, sem que disso decorra qualquer direito ou indenização ou ressarcimento para os interessados, seja de que natureza for.

16.15. Fica eleito o foro da Comarca de Posse Goiás, Estado de Goiás, para dirimir quaisquer questões referentes a este Edital, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

16.16. É vedada SUBCONTRATAÇÃO do objeto do futuro contrato nos termos da Instrução Normativa nº 010/2024 do Tribunal de Contas dos Municípios-TCM-GO.

Fazem parte do presente Edital integrando-o de forma plena:

- a) Anexo I – Termo de Referência;
- b) Anexo II – Modelo de Requerimento para Credenciamento Pessoa Jurídica;
- c) Anexo III – Modelo de Declaração PESSOA jurídica
- d) Anexo IV — Minuta Contratual Pessoa Jurídica.

Posse/GO, aos 28 de novembro de 2025.

LIDIANE DE OLIVEIRA MARTINS
GESTOR DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – FMS

ANEXO I TERMO DE REFERÊNCIA

1. O presente Termo de Referência tem por objeto oferecer especificações técnicas para o PROCESSO DE CHAMAMENTO PARA CREDENCIAMENTO DE empresa especializada para realização de exames laboratoriais, pessoas jurídicas para atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS do Município de Posse – GO, de acordo com a relação abaixo:

ITEM	UNIDADE	EXAMES CARDIOLOGICOS	QTD	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	UND	HOLTER 24 HORAS	40	R\$ 140,00	R\$ 5.600,00
2	UND	MAPA 24 HORAS	40	R\$ 140,00	R\$ 5.600,00
3	UND	ECOCARDIOGRAMA	500	R\$ 316,67	R\$ 158.335,00
4	UND	ECG COM LAUDO	40	R\$ 90,00	R\$ 3.600,00
5	UND	VÍDEO ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	500	R\$ 500,00	R\$ 250.000,00
6	UND	BIOPSIA DE ENDOSCOPIA	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
7	UND	ELETOENCEFALOGRAMA	40	R\$ 196,67	R\$ 7.866,80
ITEM	UNIDADE	ULTRASSOM	QTD	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
8	UND	OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA 1º TRIMESTRE	80	R\$ 376,67	R\$ 30.133,60
9	UND	US TRANSVAGINAL	40	R\$ 160,00	R\$ 6.400,00
10	UND	US TIREOIDE	20	R\$ 170,00	R\$ 3.400,00
11	UND	US SEIOS DA FACE	20	R\$ 170,00	R\$ 3.400,00
12	UND	US REGIAO SACRAL	10	R\$ 176,67	R\$ 1.766,70
13	UND	US PROSTATA VIA ABDOMINAL	40	R\$ 160,00	R\$ 6.400,00
14	UND	US PELVICA	20	R\$ 160,00	R\$ 3.200,00
15	UND	US MARTES MOLES	40	R\$ 156,67	R\$ 6.266,80
16	UND	US OBSTETRICA COM DOPPLER	40	R\$ 326,67	R\$ 13.066,80
17	UND	US OBSTETRICA	80	R\$ 160,00	R\$ 12.800,00
18	UND	US MORFOLOGICA COM DOPPLER 2º TRIMESTRE	40	R\$ 406,67	R\$ 16.266,80
19	UND	US MAMA	80	R\$ 160,00	R\$ 12.800,00
20	UND	US DOPPLER MAO	20	R\$ 320,00	R\$ 6.400,00
21	UND	US DOPPLER PUNHO	20	R\$ 320,00	R\$ 6.400,00
22	UND	US COURO CABELUDO	20	R\$ 320,00	R\$ 6.400,00

23	UND	US ABDOME TOTAL	40	R\$ 168,33	R\$ 6.733,20
24	UND	US ABDOME SUPERIOR FEMINIO	40	R\$ 160,00	R\$ 6.400,00
25	UND	US ORGÃOS SUPERFICIAIS (TIREOIDE OU ESCROTO)	40	R\$ 160,00	R\$ 6.400,00
26	UND	US ORGÃOS SUPERFICIAIS (PENIS OU CRANIO)	40	R\$ 156,67	R\$ 6.266,80
27	UND	US TRANSAGINAL PARA CONTROLE DE OVULAÇÃO	10	R\$ 443,33	R\$ 4.433,30
28	UND	US TRANSVAGINAL (UTERO, OVARIO, VAGINA)	40	R\$ 160,00	R\$ 6.400,00
29	UND	US TRASRETAL RADIAL	20	R\$ 160,00	R\$ 3.200,00
30	UND	US TORACICA	20	R\$ 160,00	R\$ 3.200,00
31	UND	US PRÓSTATA TRANSRETAL (NAO INCLUI ADBOME INFERIOR MASCULINO)	20	R\$ 260,00	R\$ 5.200,00
32	UND	US PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)	40	R\$ 160,00	R\$ 6.400,00
33	UND	US OBSTETRICA GESTAÇÃO MULTIPLA – CADA FETO	20	R\$ 313,33	R\$ 6.266,60
34	UND	US OBSTETRICA GESTAÇÃO MULTIPLA COM DOPPLER COLORIDO – (CADA FETO)	20	R\$ 426,67	R\$ 8.533,40
35	UND	US TRANSLUCÊNIICA NUCAL	100	R\$ 426,67	R\$ 42.667,00
36	UND	US OBSTETRICA COM DOPPLER COLORIDO	40	R\$ 323,33	R\$ 12.933,20
37	UND	US OBSTRETICA 1º TRIMESTRE COM PUNÇÃO	10	R\$ 366,67	R\$ 3.666,70
38	UND	US OBSTRETICA 1º TRIMESTRE (ENDOVAGINAL)	20	R\$ 160,00	R\$ 3.200,00
39	UND	US OBSTRETICA	40	R\$ 160,00	R\$ 6.400,00
40	UND	US MAMAS	80	R\$ 160,00	R\$ 12.800,00
41	UND	US GLANDULAS SALIVARES	20	R\$ 153,33	R\$ 3.066,60
42	UND	US ESTRUTURA SUPERFICIAIS (CERVICAL, AXILAS OU MUSCULO TENDÃO)	20	R\$ 160,00	R\$ 3.200,00
43	UND	US ECODOPLER DE CARÓTIDAS	80	R\$ 356,67	R\$ 28.533,60
44	UND	US ARTICULAÇÃO	80	R\$ 180,00	R\$ 14.400,00
45	UND	US APARELHO URINARIO (RINS, URETERES E BEXIGA)	40	R\$ 153,33	R\$ 6.133,20
46	UND	US ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR, RINS, BEXIGA)	40	R\$ 173,33	R\$ 6.933,20
47	UND	US ABDOME INFERIOR E SUPERIOR	40	R\$ 153,33	R\$ 6.133,20
ITEM	UNIDADE	EXAMES FONOAUDIOLOGICOS	QTD	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
48	UND	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR COM TESTE	100	R\$ 133,33	R\$ 13.333,00
49	UND	ESPIROMETRIA CLINICA	100	R\$ 133,33	R\$ 13.333,00
50	UND	IMPEDANCIOMETRIA	20	R\$ 133,33	R\$ 2.666,60
51	UND	OTOEMISSIONES (TESTE DA ORELHINHA E OLHINHO)	200	R\$ 130,00	R\$ 26.000,00
ITEM	UNIDADE	CONSULTAS	QTD	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
52	UND	CONSULTA CARDIOLOGISTA	60	R\$ 333,33	R\$ 19.999,80
53	UND	CONSULTA PSIQUIATRA	60	R\$ 400,00	R\$ 24.000,00
54	UND	CONSULTA PSIQUIATRA (MARCELO CUTRIM)	60	R\$ 493,33	R\$ 29.599,80
55	UND	CONSULTA NEUROLOGISTA	60	R\$ 316,67	R\$ 19.000,20
56	UND	CONSULTA GINECOLOGISTA	60	R\$ 286,67	R\$ 17.200,20

57	UND	CONSULTA PEDIATRA	60	R\$ 190,00	R\$ 11.400,00
58	UND	CONSULTA ORTOPEDISTA	60	R\$ 216,67	R\$ 13.000,20
59	UND	CONSULTA OFTALMOLOGISTA	60	R\$ 223,33	R\$ 13.399,80
60	UND	CONSULTA PNEUMOLOGISTA	60	R\$ 215,00	R\$ 12.900,00
61	UND	CONSULTA PODOLOGA	60	R\$ 160,00	R\$ 9.600,00
62	UND	CONSULTA OTORRINOLARINGOLOGIA	60	R\$ 266,67	R\$ 16.000,20
63	UND	CONSULTA NUTRICIONISTA	60	R\$ 153,33	R\$ 9.199,80
64	UND	CONSULTA UROLOGISTA	60	R\$ 236,67	R\$ 14.200,20
65	UND	CONSULTA PSICOLOGA	60	R\$ 171,67	R\$ 10.300,20
66	UND	CONSULTA PREVENTIVA EM AMAMENTAÇÃO	60	R\$ 140,00	R\$ 8.400,00
67	UND	CONSULTA ENDOCRINOLOGIA	60	R\$ 266,67	R\$ 16.000,20
68	UND	CONSULTA NEUROPSICOLOGIA	60	R\$ 186,67	R\$ 11.200,20
69	UND	CONSULTA FISIOTERAPIA	60	R\$ 150,00	R\$ 9.000,00
70	UND	CONSULTA CLINICA	60	R\$ 170,00	R\$ 10.200,00
71	UND	CONSULTA ANGIOLOGISTA	60	R\$ 220,00	R\$ 13.200,00
ITEM	UNIDADE	EXAMES DE IMAGENS	QTD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
72	UND	RX PUNHO	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
73	UND	RX PERNA	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
74	UND	RX PATELA	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
75	UND	RX MEMBROS INFERIORES	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
76	UND	RX OSSOS DA FACE	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
77	UND	RX ORELHA, MASTÓIDES – BILATERAL	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
78	UND	RX OMOPLATA OU ESCAPULA	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
79	UND	RX MÃOS E PUNHOS PARA IDADE ÓSSEA	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
80	UND	RX MÃO OU QUIRODÁCTILO	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
81	UND	RX MACILAR INFERIOR	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
82	UND	RX JOELHO	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
83	UND	RX CRANIO	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
84	UND	RX COXA	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
85	UND	RX COTOVELO	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
86	UND	RX COSTELAS	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
87	UND	RX COLUNA LOMBO SACRA	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
88	UND	RX COLUNA LOMBAR	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
89	UND	RX COLUNA CERVICAL	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
90	UND	RX COLUNA DORSAL	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
91	UND	RX COLUNA DORSO-LOMBAR	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
92	UND	RX PÉ	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
93	UND	RX OMOPLAATA OU ESPACULA	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
94	UND	RX MAXILAR INFERIOR	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
95	UND	RX MAOS E PUNHOS	100	R\$ 106,67	R\$ 10.667,00
ITEM	UNIDADE	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	QTD	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
96	UND	TOMOGRAFIA COLUNA CERVICAL	40	R\$ 613,33	R\$ 24.533,20
97	UND	TOMOGRAFIA COLUNA DORSAL	40	R\$ 613,33	R\$ 24.533,20
98	UND	TOMOGRAFIA COLUNA CERVICAL	40	R\$ 613,33	R\$ 24.533,20
99	UND	TOMOGRAFIA COLUNA LOMBO-SACRA	40	R\$ 613,33	R\$ 24.533,20
100	UND	TOMOGRAFIA DO CRANIO	40	R\$ 613,33	R\$ 24.533,20
101	UND	TOMOGRAFIA DO TORAX	40	R\$ 613,33	R\$ 24.533,20

102	UND	TOMOGRAFIA DO ABDOME TOTAL	40	R\$ 613,33	R\$ 24.533,20
103	UND	TOMOGRAFIA DA ARTICULAÇÃO	40	R\$ 613,33	R\$ 24.533,20
104	UND	TOMOGRAFIA ABDOME INFERIOR E SOUPERIOR	40	R\$ 613,33	R\$ 24.533,20
105	UND	TOMOGRAFIA DA PELVE / BACIA	40	R\$ 613,33	R\$ 24.533,20
106	UND	TOMOGRAFIA MAXILAR	40	R\$ 613,33	R\$ 24.533,20
107	UND	TOMOGRAFIA FACE OU SEIOS DA FACE	40	R\$ 613,33	R\$ 24.533,20
108	UND	TOMOGRAFIA MASTÓIDES OU ÓRBITAS	40	R\$ 613,33	R\$ 24.533,20
109	UND	TOMOGRAFIA SELA TÚRCICA	40	R\$ 613,33	R\$ 24.533,20
110	UND	CONTRASTE DE TOMOGRAFIA	40	R\$ 473,33	R\$ 18.933,20
ITEM	UNIDADE	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	QTD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
111	UND	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COLUNA CERVICAL	20	R\$ 843,33	R\$ 16.866,60
112	UND	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COLUNA LOMBAR	20	R\$ 843,33	R\$ 16.866,60
113	UND	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COLUNA DORSAL	20	R\$ 843,33	R\$ 16.866,60
114	UND	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COLUNA LOMBO-SACRA	20	R\$ 843,33	R\$ 16.866,60
115	UND	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COXA	20	R\$ 843,33	R\$ 16.866,60
116	UND	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CRÂNIO	20	R\$ 843,33	R\$ 16.866,60
117	UND	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MEMBRO SUPERIOR	20	R\$ 843,33	R\$ 16.866,60
118	UND	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MEMBRO INFERIOR	20	R\$ 843,33	R\$ 16.866,60
119	UND	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MÃO	20	R\$ 843,33	R\$ 16.866,60
120	UND	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PERNA	20	R\$ 843,33	R\$ 16.866,60
121	UND	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PÉ	20	R\$ 843,33	R\$ 16.866,60
122	UND	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ARTICULAÇÃO	20	R\$ 843,33	R\$ 16.866,60
123	UND	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA JOELHO DIREITO E ESQUERDO	20	R\$ 843,33	R\$ 16.866,60
124	UND	CONTRASTE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	20	R\$ 466,67	R\$ 9.333,40
ITEM	UNIDADE	ANGIOTOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA		VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
125	UND	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE TORAX	10	R\$ 1.483,33	R\$ 14.833,30
126	UND	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE PESCOÇO	10	R\$ 1.483,33	R\$ 14.833,30
127	UND	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE PELVE	10	R\$ 1.483,33	R\$ 14.833,30
128	UND	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE CRÂNIO	10	R\$ 1.483,33	R\$ 14.833,30
129	UND	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE ABDOME SUPERIOR	10	R\$ 1.483,33	R\$ 14.833,30
130	UND	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE AORTA TORACICA	10	R\$ 1.483,33	R\$ 14.833,30
131	UND	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE AORTA ABDOMINAL	10	R\$ 1.483,33	R\$ 14.833,30
132	UND	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE PULMONAR	10	R\$ 1.483,33	R\$ 14.833,30
133	UND	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE TORAX	10	R\$ 1.483,33	R\$ 14.833,30
134	UND	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL PESCOÇO	10	R\$ 1.483,33	R\$ 14.833,30
135	UND	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE PELVE	10	R\$ 1.483,33	R\$ 14.833,30
136	UND	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR	10	R\$ 1.483,33	R\$ 14.833,30

137	UND	ANGIOTOMOGRAFIA CAROTIDAS	10	R\$ 1.700,00	R\$ 17.000,00
ITEM	UNIDADE	EXAMES OFTALMOLOGICOS	QTD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
138	UND	MAPEAMENTO	10	R\$ 226,67	R\$ 2.266,70
139	UND	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA	10	R\$ 226,67	R\$ 2.266,70
140	UND	TONOMETRI-BINOCULAR	10	R\$ 226,67	R\$ 2.266,70
141	UND	BIOMETRIA ULTRASSONICA-MONOCULAR	10	R\$ 226,67	R\$ 2.266,70
142	UND	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA	10	R\$ 226,67	R\$ 2.266,70
143	UND	CAMPIMENTRIA COMPUTADORIZADA-MONOCULAR	10	R\$ 226,67	R\$ 2.266,70
144	UND	CERASTOCOPIA COMPUTADORIZA-MONOCULAR	10	R\$ 226,67	R\$ 2.266,70
145	UND	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	10	R\$ 226,67	R\$ 2.266,70
146	UND	CURVA TENSIONAL	10	R\$ 226,67	R\$ 2.266,70
ITEM	UNIDADE	EXAME	QTD	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
147	UND	HEMOGRAMA	20000	R\$ 20,00	R\$ 400.000,00
148	UND	COAGULOGRAMA COMPLETO	2000	R\$ 30,68	R\$ 61.360,00
149	UND	COLESTEROL TOTAL	2000	R\$ 12,50	R\$ 25.000,00
150	UND	COLESTEROL HDL	2000	R\$ 12,50	R\$ 25.000,00
151	UND	COLINESTERASE SÉRICA	2000	R\$ 16,00	R\$ 32.000,00
152	UND	CREATININA	2000	R\$ 12,50	R\$ 25.000,00
153	UND	GRUPO SANGUÍNEO E FATOR RH	2000	R\$ 13,50	R\$ 27.000,00
154	UND	FERRO SÉRICO	2000	R\$ 12,06	R\$ 24.120,00
155	UND	FOSFATASE ALCALINA	2000	R\$ 12,50	R\$ 25.000,00
156	UND	FOSFORO	2000	R\$ 12,06	R\$ 24.120,00
157	UND	GAMA GT	2000	R\$ 12,50	R\$ 25.000,00
158	UND	GLICEMIA DE JEJUM	2000	R\$ 12,50	R\$ 25.000,00
159	UND	VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO VSH	400	R\$ 15,60	R\$ 6.240,00
160	UND	POTÁSSIO	2000	R\$ 12,06	R\$ 24.120,00
161	UND	SÓDIO	2000	R\$ 12,06	R\$ 24.120,00
162	UND	TGO	2000	R\$ 11,50	R\$ 23.000,00
163	UND	TGP	2000	R\$ 11,50	R\$ 23.000,00
164	UND	TRIGLICERIDEOS	2000	R\$ 11,50	R\$ 23.000,00
165	UND	UREIA	2000	R\$ 11,50	R\$ 23.000,00
166	UND	EAS / URINA DE ROTINA	5000	R\$ 12,36	R\$ 61.800,00
167	UND	VDRL	2000	R\$ 13,50	R\$ 27.000,00
168	UND	PROTEÍNA C REATIVA PCR	2000	R\$ 18,50	R\$ 37.000,00
169	UND	PARASITOLÓGICO DE FEZES	2000	R\$ 17,67	R\$ 35.340,00
170	UND	ÁCIDO ÚRICO	2000	R\$ 16,00	R\$ 32.000,00
171	UND	BIL. TOTAIS E FRAÇÕES	2000	R\$ 10,50	R\$ 21.000,00
172	UND	ALBUMINA	2000	R\$ 12,00	R\$ 24.000,00
173	UND	CÁLCIO	2000	R\$ 12,06	R\$ 24.120,00
174	UND	CPK	320	R\$ 12,06	R\$ 3.859,20
175	UND	LACTATO DESIDROGENASE	320	R\$ 14,00	R\$ 4.480,00
176	UND	PROTEÍNA TOTAIS E FRAÇÕES	320	R\$ 14,00	R\$ 4.480,00
177	UND	PESQUISA DE FUNGOS EM DIVERSAS REGIÕES	320	R\$ 16,00	R\$ 5.120,00
178	UND	DENGUE NS1	320	R\$ 65,33	R\$ 20.905,60
179	UND	BETA HCG QUALITATIVO	320	R\$ 31,65	R\$ 10.128,00
180	UND	BETA HCG QUANTITATIVO	320	R\$ 33,00	R\$ 10.560,00

181	UND	TESTE RÁPIDO TROPONINA	320	R\$ 62,00	R\$ 19.840,00
182	UND	TESTE RÁPIDO HIV	320	R\$ 40,00	R\$ 12.800,00
183	UND	TESTE RÁPIDO SANGUE OCULTO	320	R\$ 13,67	R\$ 4.374,40
184	UND	TESTE RÁPIDO HBSAG	320	R\$ 32,00	R\$ 10.240,00
185	UND	TESTE RÁPIDO DENGUE IGG E IGM	320	R\$ 65,33	R\$ 20.905,60
186	UND	TESTE RÁPIDO HCV	320	R\$ 54,33	R\$ 17.385,60
187	UND	TESTE RÁPIDO COVID ANTÍGENO	320	R\$ 93,33	R\$ 29.865,60
188	UND	T. RÁPIDO COVID IGG E IGM	320	R\$ 96,67	R\$ 30.934,40
189	UND	COLINESTERASE ERITROCITÁRIA	320	R\$ 42,00	R\$ 13.440,00
190	UND	COPROCULTURA	320	R\$ 25,67	R\$ 8.214,40
191	UND	HEMOGLOBINA GLICADA	2000	R\$ 42,00	R\$ 84.000,00
192	UND	FERRITINA	2000	R\$ 20,00	R\$ 40.000,00
193	UND	HIV 1 e 2 – ANTÍGENOS E ANTICORPOS	320	R\$ 50,00	R\$ 16.000,00
194	UND	IMUNOGLOBULINA IGE TOTAL	320	R\$ 38,33	R\$ 12.265,60
195	UND	INSULINA	320	R\$ 35,46	R\$ 11.347,20
196	UND	MAGNÉSIO	320	R\$ 11,50	R\$ 3.680,00
197	UND	RETICULÓCITOS	320	R\$ 17,67	R\$ 5.654,40
198	UND	UROCULTURA E ANTIBIOGRAMA (Negativa)	320	R\$ 48,00	R\$ 15.360,00
199	UND	EXAME TOXICOLÓGICO	320	R\$ 112,50	R\$ 36.000,00
200	UND	LIPASE	320	R\$ 17,33	R\$ 5.545,60
201	UND	ÁCIDO FÓLICO	320	R\$ 28,00	R\$ 8.960,00
202	UND	ASLO	320	R\$ 18,00	R\$ 5.760,00
203	UND	BAAR 1ª AMOSTRA	320	R\$ 30,00	R\$ 9.600,00
204	UND	CHAGAS IGG - PESQUISA E/OU DOSAGEM	320	R\$ 24,00	R\$ 7.680,00
205	UND	CHAGAS IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM	320	R\$ 24,00	R\$ 7.680,00
206	UND	COLOR - PESQUISA E/OU DOSAGEM	320	R\$ 13,50	R\$ 4.320,00
207	UND	COOMBS INDIRETO	320	R\$ 33,67	R\$ 10.774,40
208	UND	COOMBS DIRETO	320	R\$ 16,67	R\$ 5.334,40
209	UND	CORTISOL - PESQUISA E/OU DOSAGEM	320	R\$ 30,00	R\$ 9.600,00
210	UND	DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	320	R\$ 34,00	R\$ 10.880,00
211	UND	DÍMERO D	320	R\$ 105,00	R\$ 33.600,00
212	UND	ELETOFERESE DE PROTEÍNAS	320	R\$ 33,00	R\$ 10.560,00
213	UND	ESTRADIOL - PESQUISA E/OU DOSAGEM	320	R\$ 28,00	R\$ 8.960,00
214	UND	PSA - TOTAL / LIVRE	1000	R\$ 67,00	R\$ 67.000,00
215	UND	FTA - SIFILIS IGG	320	R\$ 60,00	R\$ 19.200,00
216	UND	FTA - SIFILIS IGM	320	R\$ 62,00	R\$ 19.840,00
217	UND	TSH - HORMONIO TIREOESTIMULANTE	1	R\$ 25,00	R\$ 25,00
218	UND	TESTOSTERONA LIVRE - PESQUISA E/OU DOSAGEM	320	R\$ 41,72	R\$ 13.350,40
219	UND	TESTOSTERONA TOTAL - PESQUISA E/OU DOSAGEM	320	R\$ 31,00	R\$ 9.920,00
220	UND	MAGNÉSIO	320	R\$ 15,33	R\$ 4.905,60
221	UND	CROMO URINÁRIO INICIO DE JORNADA	320	R\$ 16,00	R\$ 5.120,00
222	UND	DEHIDROEPIANDROSTERONA- SULFATO	320	R\$ 26,33	R\$ 8.425,60
223	UND	T4 TOTAL	1000	R\$ 18,00	R\$ 18.000,00
224	UND	ESTRADIOL	320	R\$ 19,40	R\$ 6.208,00
225	UND	ESTRONA	320	R\$ 48,00	R\$ 15.360,00

226	UND	FATOR ANTINUCLEAR – FAN	320	R\$ 22,33	R\$ 7.145,60
227	UND	FIBRINOGENIO	320	R\$ 30,33	R\$ 9.705,60
228	UND	FUNGOS – CULTURA	200	R\$ 48,00	R\$ 9.600,00
229	UND	GLOBULINA LIGADORA DE HORMÔNIO SEXUAIS	200	R\$ 69,00	R\$ 13.800,00
230	UND	HEMAGLUTINAÇÃO PARA CHAGAS	200	R\$ 24,00	R\$ 4.800,00
231	UND	HERPESVÍRUS SIMPLES 1 E 2 IGG	200	R\$ 46,33	R\$ 9.266,00
232	UND	HERPESVÍRUS SIMPLES 1 E 2 IGM	200	R\$ 39,17	R\$ 7.834,00
233	UND	HOMOCISTEÍNA	200	R\$ 51,68	R\$ 10.336,00
234	UND	FSH	200	R\$ 20,67	R\$ 4.134,00
235	UND	HORMONIO LUTEINIZANTE	200	R\$ 20,00	R\$ 4.000,00
236	UND	GORDURA FECAL – PESQUISA	200	R\$ 21,00	R\$ 4.200,00
237	UND	IGE ESPECIFICO PARA MELANCIA	320	R\$ 113,33	R\$ 36.265,60
238	UND	IMUNOF PARA CHAGAS IGG	320	R\$ 31,17	R\$ 9.974,40
239	UND	IMUNOF PARA CHAGAS IGM	320	R\$ 31,17	R\$ 9.974,40
240	UND	IMUNOGLOBULINA IGA	320	R\$ 28,83	R\$ 9.225,60
241	UND	INDICE HOMA	320	R\$ 45,00	R\$ 14.400,00
242	UND	LITIO	320	R\$ 16,00	R\$ 5.120,00
243	UND	MACRO PROLACTINA	160	R\$ 78,44	R\$ 12.550,40
244	UND	METANOL URINARIO	320	R\$ 12,25	R\$ 3.920,00
245	UND	MICROALBUMINÚRIA	160	R\$ 36,67	R\$ 5.867,20
246	UND	NUCLEOTIDASE	80	R\$ 179,67	R\$ 14.373,60
247	UND	PARATORMONIO PTH	80	R\$ 61,33	R\$ 4.906,40
248	UND	PESQUISA DE HANSENÍASE	320	R\$ 26,00	R\$ 8.320,00
249	UND	PROGESTERONA	160	R\$ 35,00	R\$ 5.600,00
250	UND	PROLACTINA	160	R\$ 28,33	R\$ 4.532,80
251	UND	PCR ULTRASENSÍVEL	160	R\$ 33,00	R\$ 5.280,00
252	UND	PROTEINÚRIA 24H	320	R\$ 12,70	R\$ 4.064,00
253	UND	FATOR REUMATÓIDE	320	R\$ 14,95	R\$ 4.784,00
254	UND	SELÊNIO	80	R\$ 81,33	R\$ 6.506,40
255	UND	SOMATOMEDINA C	80	R\$ 71,67	R\$ 5.733,60
256	UND	SUBSTÂNCIAS REDUTORAS NAS FEZES	320	R\$ 16,67	R\$ 5.334,40
257	UND	T3 LIVRE	1000	R\$ 17,03	R\$ 17.030,00
258	UND	T4 LIVRE	1000	R\$ 17,03	R\$ 17.030,00
259	UND	TOXOPLASMOSE IGG	320	R\$ 25,20	R\$ 8.064,00
260	UND	TOXOPLASMOSE IGM	320	R\$ 25,20	R\$ 8.064,00
261	UND	TRANSFERRINA	320	R\$ 25,20	R\$ 8.064,00
262	UND	T3 TOTAL	1000	R\$ 17,10	R\$ 17.100,00
263	UND	TSH	1000	R\$ 20,50	R\$ 20.500,00
264	UND	VITAMINA A	160	R\$ 129,00	R\$ 20.640,00
265	UND	VITAMINA B12	320	R\$ 38,00	R\$ 12.160,00
266	UND	VITAMINA C	320	R\$ 120,80	R\$ 38.656,00
267	UND	VITAMINA E	320	R\$ 150,00	R\$ 48.000,00
268	UND	ZINCO	320	R\$ 44,50	R\$ 14.240,00
269	UND	1,25 DIHIDROXIVITAMINA D	80	R\$ 65,80	R\$ 5.264,00
270	UND	25 OH VITAMINA D	80	R\$ 53,66	R\$ 4.292,80
271	UND	ANTI HBS	80	R\$ 65,80	R\$ 5.264,00
272	UND	ANATOMO PATOLOGICO (BIOPSIA SIMPLES	80	R\$ 118,00	R\$ 9.440,00
273	UND	ANTI HBC TOTAL	80	R\$ 35,00	R\$ 2.800,00

274	UND	ANTI HBC IGG	80	R\$ 42,20	R\$ 3.376,00
275	UND	ANTI HBC IGM	80	R\$ 42,20	R\$ 3.376,00
276	UND	ANTI TPO	80	R\$ 42,17	R\$ 3.373,60
277	UND	ANTI HCV	80	R\$ 54,33	R\$ 4.346,40
278	UND	ANTICORPO ANTITIREOGLOBULINA	80	R\$ 30,33	R\$ 2.426,40
279	UND	ANTICORPOS ANTI HTLV 1 E 2	80	R\$ 62,33	R\$ 4.986,40
280	UND	APOLIPOPROTEINA A1	80	R\$ 21,00	R\$ 1.680,00
281	UND	APOLIPOPROTEINA b	80	R\$ 21,00	R\$ 1.680,00
282	UND	BRUCELOSE	80	R\$ 23,33	R\$ 1.866,40
283	UND	CA 125	80	R\$ 73,00	R\$ 5.840,00
284	UND	CALCIO IONIZADO	80	R\$ 15,60	R\$ 1.248,00
285	UND	CAPACIDADE DE LIGAÇÃO DO FERRO	80	R\$ 15,60	R\$ 1.248,00
286	UND	CHIKUGUNYA IGG	80	R\$ 238,33	R\$ 19.066,40
287	UND	CHIKUGUNYA IGM	80	R\$ 238,33	R\$ 19.066,40
288	UND	COPROCULTURA	80	R\$ 24,00	R\$ 1.920,00

1.2 -O limite de vagas para credenciamento de pessoas jurídicas, **DEPENDE DA NECESSIDADE DA SECRETARIA DE SAÚDE** dentro dos limites da legislação vigente, capaz de suprir a demanda de atendimentos e serviços, observando sempre a sistemática de referência e contra-referência do Sistema Único de Saúde-SUS, sem prejuízo da observância do Complexo Regulador da **CREDENCIANTE**.

1.3 A inscrição para credenciamento **NÃO GARANTE A CONTRATAÇÃO DO INTERESSADO** pela Secretaria Municipal de Saúde, podendo o credenciado ser contratado de acordo com a **necessidade** da Secretaria Municipal de Saúde ao longo dos meses subsequentes do ano de 2026.

1.4 Estes valores tomam-se por base o teto fixado pelo Conselho Municipal de Saúde e, em sua omissão, a tabela praticada pelo S.U.S.

1.5 Os valores da tabela supracitada a serem pagos aos credenciados poderá ser alterado por decisão do Conselho Municipal de Saúde de Posse, bem como se houver reajuste na tabela do S.U.S.

1.6 Todos os procedimentos da tabela supracitada são estimados e serão pagos mediante apresentação de faturamento em sistema do SUS ou outro sistema similar

1.7 A remuneração dos serviços do item 17 da tabela supracitada deste credenciamento será feita com base nos valores expostos acima (tabela SUS),

1.8 Os valores dos serviços da tabela supracitada só serão pagos após confirmação da prestação de serviço, uma vez que o pagamento está condicionado a efetiva prestação de serviço, sendo possibilitado a Secretaria pagar um valor a menor do que fora contratado.

2. PRAZO DE EXECUÇÃO – A contratação do credenciado, quando ocorrer, terá vigência da data de assinatura do contrato **até 31 (trinta e um) de dezembro do exercício de 2026**, podendo ser prorrogado caso haja interesse entre as partes, na forma do art. 107 da Lei nº 14.133/2021, **podendo ser corrigido pela Tabela aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde de Posse**, e obedecendo as instruções e resoluções do Egrégio Tribunal de Contas dos Municípios.

2.1 – A contratação do profissional/empresa descrito neste edital poderá ocorrer, excepcionalmente, por um período menor, visando a substituição de outros profissionais, efetivos ou credenciados, por motivo de licença prevista na legislação pertinente.

3. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO – O pagamento dos serviços prestados deverá ocorrer mensalmente, até o dia 10 (decimo) dia do mês subsequente, desde que a fatura, devidamente atestada pela Coordenação de Assuntos da Administração do Setor de Saúde, seja protocolada no protocolo geral da Prefeitura.

4. JUSTIFICATIVA DOS PREÇOS – Os preços praticados neste processo de credenciamento são provenientes da fixação efetuada pelo Conselho Municipal de Saúde e, em sua omissão, pela tabela de procedimentos praticada pelo S.U.S.

5. JUSTIFICATIVA DOS SERVIÇOS

5.1 – CONSIDERANDO que a vida e a saúde constituem direitos fundamentais do ser humano, sendo de grande relevância pública, conforme previsto no art. 197, da Constituição Federal;

CONSIDERANDO que a saúde é direito de todos e dever do Estado e do Município, nos termos dos arts. 196 e 197 da Constituição Federal onde reza: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” e “São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa jurídica de direito privado”.

CONSIDERANDO que o inciso II, do artigo 7.º, da Lei Federal nº 8.080/90, prega a “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”;

Faz-se necessário a contratação de profissionais de Saúde para atender as necessidades do município de Posse por chamamento público para credenciamento, nos termos da Lei Federal nº 14.133/2021 e Instrução Normativa nº 010/2024 do Tribunal de Contas dos Municípios-TCM-GO, para atendimento da população.

LIDIANE DE OLIVEIRA MARTINS
GESTOR DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE
POSSE – GO

ANEXO II

MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO PESSOA JURÍDICA

AO: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE POSSE.

O interessado abaixo qualificado requer inscrição no CREDENCIAMENTO de PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DE SAÚDE, REFERENTE A: (_____)

Divulgado pela Secretaria Municipal de Saúde de Posse, nos termos do chamamento público nº 007/2025.

Empresa Requerente: _____

CNPJ: _____

Endereço: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____

End. Profissional: _____

RG: _____ CPF/MF: _____

Número do Registro no Órgão de Classe: _____

Estado Civil: _____

Email: _____

Apresento requerimento junto ao Fundo Municipal de Saúde de Posse/GO com base nas informações contidas via edital de chamamento de credenciamento. Solicito o meu credenciamento para **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA**

FUNÇÃO DE _____, conforme documentação **DENTRO DO ENVELOPE**.

Declaro ainda que esteja de pleno acordo, em caráter irrevogável e irretratável, com todos os termos do presente edital.

N. termos,
Pede e espera deferimento.

Local, _____ data _____ de 20 ____.

Assinatura

ANEXO III
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 007/2025
MODELO SUGERIDO **PESSOA JURIDICA**
DECLARAÇÃO

A (razão social da empresa/nome) _____, inscrita no CNPJ
_____, por intermédio de seu representante legal, Sr.(a) _____,
Portador (a) da Carteira de Identidade n.º _____ e do CPF n.º _____,
DECLARA que:

A) Assume inteira a responsabilidade pela inexistência de fatos que possam impedir o seu **CREDENCIAMENTO** no presente **CHAMAMENTO**, e ainda pela autenticidade de todos os documentos apresentados.

B) DECLARA sob as penas da lei, que não foi considerada **INIDÔNEA OU SUSPensa** para licitar ou contratar com a Administração Pública de qualquer esfera do Governo.

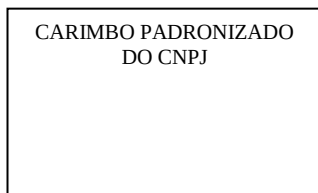
C) DECLARA, para fins do disposto no inc. XXXIII do art. 7º da CF/1988 (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998) que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.

Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz: **SIM** (___) **NÃO** (___)

D) Aceita integral e irretratavelmente os termos do edital em epígrafe.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente.

Local, _____ data _____ de 20 ____.



Assinatura

OBS: PAPEL TIMBRADO DO CREDENCIADO

ANEXO IV
MINUTA DE CONTRATO – PESSOA JURÍDICA

“Termo de Contrato de Credenciamento que entre si celebram o FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE POSSE/GO e a empresa _____, de acordo com as Cláusulas e condições seguintes.”

CLÁUSULA PRIMEIRA - DAS PARTES

O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – FMS DO MUNICÍPIO DE POSSE, Estado de Goiás, pessoa jurídica de direito público, com sede administrativa localizada xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, inscrito no CNPJ sob o nº xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, neste ato representado pela Gestora do Fundo de Saúde, Sra xxxxxx inscrita no CPF/MF sob o nº. xxxxxxxx, nomeada através da Portaria nº xxxxxxxx, residente e domiciliada nesta cidade, doravante denominado simplesmente de **CREDENCIANTE**, e do outro lado a empresa _____ inscrita no CNPJ nº _____ estabelecida na _____, neste ato representada por _____ brasileiro(a), inscrito no CPF sob o nº _____ residente e domiciliado em _____ doravante denominado simplesmente **CREDENCIADO**, tem justo e contratado, o que mutuamente aceitam e outorgam mediante as cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

1.1 Este instrumento rege-se pela Lei 14.133/2021, suas alterações, Lei nº 8.080/90, e demais legislações aplicáveis e edital de credenciamento n.º 007/2025, Processo n.º 022596/2025.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO OBJETO

2.1 - O presente termo de contrato de credenciamento, tem como objeto : _____ (especificar o serviço a ser prestado) para atender a demanda do município, conforme procedimentos e valores constantes no edital de Chamamento Público 007/2025.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA

3.1 O presente contrato terá vigência a partir da data de sua assinatura e término em 31 (trinta e um) de dezembro de 2026, podendo ser prorrogado por interesse das partes.

CLÁUSULA QUARTA – DO VALOR E FORMA DE PAGAMENTO

4.1 - O CREDENCIANTE pagará à CREDENCIADA, de acordo com produção apresentada e aprovada, o valor máximo estimado de R\$ xxxxx (xxxxxxxx) mensais, perfazendo um valor estimado de R\$ xxxxxx (xxxxxxxxxx), para efeito de empenho.

4.2 Tais valores compreenderão todas as despesas do credenciado, inclusive com materiais, equipamentos, insumos, embalagens, logística, mão de obra, encargos sociais e administrativos, transportes, taxas, impostos, seguros, lucros e quaisquer outras despesas eventuais relacionadas à execução do objeto deste..

4.3 O pagamento será efetuado mediante transferência bancária, até o 10º (décimo) dia do mês subsequente ao da prestação dos serviços ou da entrega da nota fiscal na tesouraria da Prefeitura em cheque nominal ou depósito em conta do **CREDENCIADO**, a **CREDENCIANTE** terá que fazer os descontos dos tributos necessários, tais como INSS, ISS e IRPF.

4.4 A CREDENCIADA será remunerada de acordo com os valores previsto na tabela do Sistema Único de Saúde – SUS e aprovação do Conselho Municipal de Saúde.;

4.5 O Fundo Municipal de Saúde – FMS pagará, mensalmente, aos prestadores, pelos serviços efetivamente prestados, estes deverão serem aprovados e se houver alguma divergência poderão sofrer glosas no teto máximo da unidade e nos valores unitários de cada procedimento, conforme tabelas do Sistema Único de Saúde.

4.6 – Resguardando o preço das tabelas nacionais de remuneração dos procedimentos do SIA/SUS, a secretaria poderá à sua conveniência e disponibilidade orçamentária e financeira criar incentivos de valorização que alterem os valores dos procedimentos pagos.

4.7 – Os recursos de custeio das atividades ambulatoriais e hospitalares consignados no Fundo de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde são provenientes de transferências federais mensais, conforme valores fixados pela Comissão Intergestora Tripartite, no valor e rubrica fixado no Diário Oficial da União – DOU.

4.8 - Os valores estipulados nas tabelas do SIA/SUS serão revistos na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes concedidos pelo Ministério da Saúde.

4.9 – A revisão da tabela do SAI/SUS independem de Termo Aditivo, sendo necessário anotar no processo a origem e autorização da revisão dos valores, com a data da publicação do DOU.

CLÁUSULA QUINTA - DA RESPONSABILIDADE E DAS OBRIGAÇÕES

5.1 O **CREDENCIADO** será responsabilizado por todo e qualquer prejuízo que vier causar ao **CREDENCIANTE**, em decorrência da não execução dos serviços que porventura possa ocorrer ao longo da vigência deste Contrato.

5.2 Além de outras responsabilidades definidas neste instrumento, o **CREDENCIADO(A)** obriga-se a manter durante a validade do contrato, a regularidade das certidões negativas de débitos junto ao FGTS, TST (Trabalhista), Fazenda Federal (INSS), Estadual e Municipal de Posse, ou outra equivalente.

5.3 O **CREDENCIADO(A)** deverá também:

Responsabilizar-se civilmente por danos pessoais ou materiais porventura causados a terceiros, em decorrência da execução dos serviços objeto do presente Contrato, ficando esta como obrigação exclusiva do **CREDENCIADO(A)**.

5.4 O **CREDENCIADO(A)** é responsável por qualquer dano ambiental que por ventura venha ocorrer em decorrência da execução dos serviços, respondendo pelos reparos ambientais e penalidades estipuladas em Lei.

CLÁUSULA SEXTA – DAS PENALIDADES

6.1 Em caso de descumprimento do disposto neste Contrato, poderá ser aplicável ao **CREDENCIADO(A)** multa

no valor equivalente a 2% (dois por cento) sobre o valor da contratação, pela inexecução total ou parcial do contrato, e, garantida a prévia defesa, poderá aplicar ainda as sanções previstas no art. 155 ao 162 da Lei 14.133/2021 e suas posteriores alterações.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

7.1 As despesas decorrentes deste Contrato de Prestação de Serviços, correrão por conta da dotação _____prevista no Orçamento vigente.

CLÁUSULA OITAVA – DAS FORMAS DE RESCISÃO

8.1 O contrato ficará de pleno direito rescindido, em caso de:

I - O contrato poderá ser rescindido na ocorrência dos motivos relacionados nos incisos do art. 137 da Lei n. 14.133/2021;

II – O contrato poderá ser rescindido unilateralmente pela Administração, nos casos previstos nos incisos do art. 138 da Lei n. 14.133/2021;

III Em caso de incêndio ou qualquer acidente ocorrido sem culpa de qualquer das partes, que obrigue a reconstrução dos equipamentos a locação ficará rescindida e automaticamente desobrigados os contratantes das cláusulas e condições deste documento.

CLÁUSULA NONA- DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL E DOS CASOS OMISSOS/ ACOMPANHAMENTO E DA FISCALIZAÇÃO

9.1. A execução deste Contrato e os casos omissos serão regulados pela Lei da Federal n.º 14.133/2021 e suas alterações posteriores, pelas cláusulas contratuais e pelos preceitos de Direito Público, aplicando-lhe, supletivamente, a Lei n.º 8.078/90, os princípios da Teoria Geral dos Contratos e as disposições do Direito Privado, na forma do Art. 89 da Lei Federal n.º 14.133/2021.

9.2. Fica responsável pelo acompanhamento e fiscalização quanto à completa execução do Contrato, conforme exige o art. 117 da Lei nº 14.133/2021, o servidor(a)_____

CLÁUSULA DECIMA– DO FORO

10.1-As partes elegem o Foro da Comarca de Posse/GO, em detrimento de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir qualquer conflito de interesse gerado por este Instrumento.

10.2-Desta forma, estando ajustadas, após lerem e aceitarem todas as cláusulas e condições aqui estabelecidas, as partes CREDENCIADO e CREDENCIANTE firmam este termo de contrato de credenciamento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de 02 (duas) testemunhas, para que produzam os legais efeitos.

Local, _____ data _____ de 20 ____.

CREDENCIANTE

Fundo Municipal de Saúde

Avenida Padre Trajano, Nº 55, Setor Central, Posse - GO



(62) 3481-1370



prefeituradepossego.br

Credenciado Testemunhas:

- 1 – CPF
- 2 – CPF: