



## EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 06/2024

O GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA por meio da Secretaria de Estado da Saúde, com sede na Av. Dom Pedro II, 1826, Torre, torna público que está procedendo a Chamada Pública para fins de credenciamento de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), Serviços Laboratoriais para Análises Clínicas, para Anatomopatológico e Imunohistoquímica para atuarem na ampliação e fortalecimento da média complexidade Rede de Atenção à Saúde Estadual da Paraíba, com base o art. 74, caput da Lei 14.133 de 01/04/21, bem como no disposto no art. 9º, II, da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para atender as demandas das I, II e III macrorregiões de Saúde da Paraíba, conforme especialidades, experiência profissional, condições e exigências estabelecidas neste instrumento e no Termo de Referência (TR).

### 1. OBJETO

1.1 O presente Edital tem por objeto **credenciar pessoas jurídicas para prestação de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), Serviços Laboratoriais para Análises Clínicas, Anatomopatológico e Imunohistoquímica para atuarem na ampliação e fortalecimento da média complexidade Rede de Atenção à Saúde Estadual da Paraíba**, (inciso I do § 1º do art. 18 da Lei 14.133/2021) na perspectiva da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES) (Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023) e Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, no âmbito do SUS (Portaria GM/MS nº 3.492, de 8 de abril de 2024);

1.2 Fica assegurada a preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos e ainda persistindo a necessidade dos serviços demandados, a Secretaria recorrerá às entidades com fins lucrativos;

1.3 O presente edital de chamada pública tem prazo de validade indeterminado, podendo qualquer interessado, manifestar o devido interesse e, desde que atenda aos critérios estabelecidos no instrumento convocatório, restará credenciado;

1.4 Caberá a Secretaria de Estado da Saúde, avaliar de forma periódica, por meio do gestor/fiscal de contrato, a manutenção dos critérios de credenciamento, como também a manutenção das condições de habilitação por parte de todos os credenciados;

Página 1 de 80





1.5 Os valores para pagamento seguirão a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP SUS) e Tabela Complementar SUS PB, descritos nos anexos A, B e C do Termo de Referência, anexo I deste edital.

## 2. JUSTIFICATIVA

2.1 A Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES-PB) busca fortalecer as Políticas Públicas de Saúde, junto ao Ministério da Saúde (MS), embasada pela Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES) (2023) e Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, no âmbito do SUS (2024) e das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

2.2 A regionalização da Assistência Especializada em Saúde é um desafio reconhecido pelo Ministério da Saúde, que incentiva iniciativas estaduais de interiorização dos serviços de saúde, visando, também, a economicidade e segurança com o Transporte Sanitário de usuários que poderiam receber tratamento próximo à sua origem.

2.3 De acordo com o Ministério da Saúde, a atenção de Média Complexidade, instituída pelo Decreto nº 4.726, de 2003, compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Os grupos que compõem os procedimentos de média complexidade são abrangentes e contemplam uma vasta gama de procedimentos assistenciais, que podem ser realizados em nível ambulatorial ou hospitalar, a serem prestados por tipos de estabelecimentos com tipologias distintas, entre alguns deles estão: hospitais, ambulatórios, clínicas, centros de especialidade, policlínicas, centros de atendimento com equipamentos para exames de alta complexidade, entre outros.

2.4 Nessa perspectiva, há um vazio assistencial em todo Estado da Paraíba na média complexidade da assistência à saúde. Esta complexidade compreende o atendimento ambulatorial que é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento, bem como, por serviços especializados encontrados em hospitais e ambulatórios e envolve atendimento direcionado para áreas especializadas.





**2.5** Uma das principais estratégias do **Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE)**, também chamado de Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, é uma estratégia da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde - PNAES e tem como objetivo ampliar e qualificar o cuidado e o acesso à Atenção Especializada em Saúde – AES; elevar os graus de integralidade da Atenção Ambulatorial Especializada à Saúde; promover o monitoramento e a avaliação das ações e dos serviços de saúde, visando melhorar a qualidade da atenção especializada e ampliar o acesso à saúde; **qualificar e ampliar a contratualização com os serviços próprios e com a rede complementar**; promover a mudança do modelo de gestão de filas e regulação do acesso à Atenção Ambulatorial Especializada, visando à equidade, à transparência, à adoção de uma base regional, ao foco na pessoa e na otimização de sua jornada, bem como ao uso de critérios clínicos para adequar a oferta de ações e serviços de saúde; promover a implementação de um novo modelo de financiamento para a Atenção Ambulatorial Especializada.

**2.6** A oferta de Cuidados Integrados (OCI) é o conjunto de procedimentos e tecnologias de cuidados necessários a uma atenção oportuna e com qualidade, integrados para concluir uma etapa na linha de cuidado ou na condução de agravos específicos de rápida resolução, de diagnóstico ou de tratamento. A Portaria SAES/MS Nº 1.821, de junho de 2024, incluiu na Tabela de Procedimentos do SUS o Grupo 09, dedicado aos Procedimentos para Ofertas de Cuidados Integrados. Essas iniciativas visam assegurar a efetividade e a continuidade do cuidado prestado à população, melhorando a acessibilidade e a qualidade dos serviços de saúde especializados no estado.

**2.7** A necessidade de contratação de serviços especializados de média complexidade emergiu como uma resposta direta aos desafios identificados no sistema de saúde pública estadual, os quais foram amplificados por fatores como: o aumento da incidência de doenças crônicas não transmissíveis na população, insuficiência de oferta de serviços especializados, dificuldade de acesso a exames para apoio diagnóstico e terapêutico.

### **3. DAS CONDIÇÕES**

**3.1.** O processo de credenciamento é regido pela Lei Federal nº 14.133 de 01/04/21 e suas posteriores alterações, podendo ocorrer de forma direta, por inexigibilidade de licitação, com arrimo no disposto no art. 74, caput, aplicando-se no que couber, os princípios gerais de direito público;





3.2. Poderão participar do processo de credenciamento todos os interessados, na condição de Pessoa Jurídica de direito privado, prestadoras de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), Serviços Laboratoriais para Análises Clínicas, para Anatomopatológico e para Imunohistoquímica para atuarem na ampliação e fortalecimento da média complexidade Rede de Atenção à Saúde Estadual da Paraíba, que satisfaçam as condições de habilitação deste Edital, do Termo de Referência e que aceitem as exigências estabelecidas pela SES e pela legislação aplicável, e que tenham comprovada atuação em atividade pertinente ao objeto deste edital;

3.3. As participantes deverão ter pleno conhecimento dos elementos constantes deste edital, das condições gerais e particulares do credenciamento, não podendo invocar qualquer desconhecimento como elemento impeditivo da correta formulação da proposta e do integral cumprimento do contrato;

3.4. Fica assegurada a preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos e ainda persistindo a necessidade dos serviços demandados, a Secretaria recorrerá às entidades com fins lucrativos.

#### 4. DO IMPEDIMENTOS

4.1. Não poderá participar do credenciamento o interessado que:

- a) Esteja suspenso para licitar e contratar com a Administração Pública;
- b) For declarado inidôneo para licitar e contratar com a administração Pública;
- c) Tiver sido descredenciado pela SES/PB, anteriormente por descumprimento de cláusulas contratuais ou irregularidade na execução de serviços prestados enquanto perdurarem as irregularidades que geraram o descredenciamento;
- d) Que tenham sócios, gerentes ou responsáveis técnicos que sejam agente político ou servidor público desta esfera, de qualquer categoria, natureza ou condição, sob pena de nulidade do contrato, ressalvadas as exceções legais;
- e) Pessoa jurídica em regime de consórcio, qualquer que seja sua forma de constituição;
- f) Pessoa jurídica individual;
- g) Estejam cumprindo sanção de suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração, nos termos do art. 156, inciso III, da Lei 14.133/21, incluindo quaisquer dos membros da pessoa jurídica;
- h) Encontrem-se falidas, por declaração judicial, ou estejam em processo de liquidação ou dissolução.





## 5. DA INSCRIÇÃO

5.1. O edital, com seus elementos constitutivos, será disponibilizado gratuitamente para download no site <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude>, e/ou obtido pelos interessados, nos dias úteis, de segunda a sexta-feira, no horário das 08h30 às 11h30 e 14h às 16h00, a partir da data da sua emissão, na sede da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba.

5.2 Após obtenção do edital, o interessado deverá se manifestar em meio eletrônico, através do e-mail: [credenciamento.servicodiagnostico@ses.pb.gov.br](mailto:credenciamento.servicodiagnostico@ses.pb.gov.br), visando à comunicação entre os interessados relativos a pedidos de esclarecimentos e de outras situações que possam implicar, inclusive, o adiamento do edital.

5.3 As empresas interessadas no credenciamento deverão apresentar solicitação de credenciamento, conforme “Modelo de Requerimento de Credenciamento para Pessoas Jurídicas” no Anexo II, “Declaração de Capacidade técnica de execução” no Anexo VIII e os documentos de habilitação, de forma **completa** e **organizada** a documentação em arquivo digital, através do e-mail: [credenciamento.servicodiagnostico@ses.pb.gov.br](mailto:credenciamento.servicodiagnostico@ses.pb.gov.br);

5.4 Além do requerimento, o interessado deverá apresentar toda a documentação exigida para a habilitação ao credenciamento, sob pena de desclassificação;

5.5 As certidões que compõem a documentação exigida e possuem data de validade deverão estar válidas na data da entrega da documentação, bem como na assinatura do contrato, e serem atualizadas anualmente durante a sua vigência;

5.6 O interessado no credenciamento se responsabiliza pela documentação entregue e pelas informações por ele prestadas;

5.7 Os requerimento e declarações deverão ser digitados, sem emendas, rasuras, entrelinhas ou ambiguidades, impresso preferencialmente em papel timbrado próprio do proponente.

5.8 A documentação deverá constar com todas as suas páginas numeradas em ordem crescente e rubricadas pelo representante legal da Empresa.

5.9 O recebimento do e-mail deverá ser atestado pela Comissão Permanente de Credenciamento e não conferirá aos candidatos qualquer direito contra a Secretaria de Estado da Saúde, observadas as prescrições da legislação específica, importando, irretroatável aceitação das condições e dos termos do Edital.





**5.10** Os pedidos de credenciamento serão, posteriormente, analisados pela Comissão Permanente de Credenciamento, em sessão pública, com vistas à análise documental para homologação ou não dos proponentes credenciados.

**5.11** Serão declarados credenciados todos os proponentes cujos requerimentos estiverem de acordo com as condições do Edital e seus anexos.

**5.12** Durante a vigência do credenciamento é obrigatório que os credenciados mantenham regularizadas todas as condições de habilitação e que informem toda e qualquer alteração na documentação referente à sua habilitação jurídica, qualificação técnica, qualificação econômico-financeira e regularidade fiscal, que se relacionem às condições de credenciamento.

**5.13** O processo de Credenciamento será conduzido pela Comissão Permanente de Credenciamento da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, designada por Portaria do Secretário da Saúde, publicada no Diário Oficial do Estado.

**5.14** Após a apresentação de documentos de habilitação das empresas, será feita a análise da documentação, no prazo de 30 (trinta) dias úteis. Em casos de inobservância dos padrões exigidos no Termo de Referência e Edital, poderão ser feitas diligências, seguindo os parâmetros indicados.

**5.15** Em caso de diligência, a empresa terá o prazo de 48h (quarenta e oito horas) corridas para responder o chamado;

**5.16** As diligências ocorrerão exclusivamente por e-mail.

**5.17** De acordo com o art. 4º do Decreto nº 11.878 de 2024, o credenciamento não obriga a administração pública a contratar todas as empresas credenciadas.

## **6. DA COMISSÃO DE CREDENCIAMENTO**

6.1. O processo de Credenciamento será conduzido por Comissão de Credenciamento da SES/PB, a ser designada por Portaria do Secretário da Saúde e publicada no Diário Oficial do Estado, e terá como atribuições:

- a) Implementar o processo de credenciamento, coordenando e supervisionando todas as etapas, e, quando necessário, prestando esclarecimentos;
- b) Monitorar o cumprimento da legislação referente a esse Edital e dos atos normativos complementares dele decorrentes;
- c) Receber os pedidos de inscrições das interessadas;
- d) Conferir os documentos em todas as etapas do credenciamento;
- e) Elaborar a lista de credenciamento e encaminhar para publicação;





- f) Proceder à avaliação de desempenho e ao descredenciamento das empresas que descumpram as obrigações constantes do Edital;
- g) Resolver os casos omissos.

## 7. CRITÉRIO PARA CREDENCIAMENTO

7.1 A apresentação de toda a documentação exigida, conforme detalhamento deste Edital é requisito obrigatório à habilitação jurídica, fiscal, Qualificação Econômico-financeira e Técnica do interessado, sendo que a ausência de quaisquer documentos implica a inabilitação do inscrito.

7.2. A **Habilitação Jurídica** será comprovada mediante apresentação da seguinte documentação:

a) Para as entidades privadas sem fins lucrativos:

I - Certidão de existência jurídica expedida pelo cartório de registro civil ou cópia do estatuto registrado e de eventuais alterações, ou tratando-se de sociedade cooperativa, certidão simplificada por junta comercial;

II - Cópia da ata da eleição do dirigente atual;

III – Relação nominal atualizada dos dirigentes da entidade, com endereço, número e órgão expedidor da carteira de identidade e número de registro no cadastro de pessoas físicas – CPF de cada um deles;

IV – Declaração de que a organização civil funciona no endereço por ela declarado.

b) Para entidades privadas com fins lucrativos:

I – Prova da existência legal do Estabelecimento (Contrato ou Estatuto Social), devidamente registrado e alterações posteriores, se houver;

II – Ata de Eleição da atual diretoria, quando se tratar de Estatuto Social;

III – No caso de sociedade simples, o ato constitutivo inscrito no cartório civil (Registro Civil das Pessoas Jurídicas ou Cartório de Registro de Títulos e Documentos) acompanhado da prova de Diretoria em exercício;

IV – Declaração dos sócios e/ou diretores, que não ocupam Cargo ou Função de Chefia ou Assessoramento na área pública de saúde, em qualquer nível, e no âmbito do Estado da Paraíba;

7.3. A **Regularidade Fiscal** será comprovada mediante apresentação da seguinte documentação:

I – Prova de Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);





II – Prova de Inscrição no Cadastro de Contribuintes Estadual ou Municipal, se houver, relativo a sede ou domicílio do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;

III – Prova de regularidade fiscal com a Fazenda Nacional mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União (CND) ou Certidão Positiva com Efeitos de Negativa de Débitos relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União (CPEND) - certidão expedida conjuntamente pela RFB e pela PGFN, referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU), inclusive os créditos tributários relativos às contribuições sociais previstas nas alíneas "a", "b" e "c" do Parágrafo Único do Art. 11 da Lei nº 8.212/1991, às contribuições instituídas a título de substituição, e às contribuições devidas, por lei, a terceiros, inclusive inscritas em DAU;

IV – Certidão Negativa de Débitos fornecida pela Secretaria de Estado da Fazenda;

V – Certidão Negativa de inscrição de Débitos na Dívida Ativa fornecida pela Secretaria de Estado da Fazenda;

VI – Certidão Negativa de Débitos Municipais, bem como Certidão Negativa de inscrição de Débitos na Dívida Ativa;

VII – Certificado de Regularidade do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço FGTS – CRF;

VIII – Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho (Lei nº 12.440/2011), emitida pelo site do TST.

7.4. A **Qualificação Econômico-financeira** será comprovada mediante apresentação da seguinte documentação:

I – Certidão Negativa de falência ou concordata, expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, com pelo menos 60 (sessenta) dias de antecedência da data de sua apresentação quando não vier expresso o prazo de validade.

II – Balanço patrimonial do último exercício social;

7.5. A **Qualificação Técnica** será comprovada mediante apresentação da seguinte documentação:

I – Declaração da proponente indicando o responsável(eis) técnico(s) pela prestação dos serviços, acompanhada de cópia legível da carteira de identidade profissional do (s) médico (s) indicado (s);

II – Indicar o representante legal, que irá assinar o Contrato, apresentado cópia do RG e CPF do mesmo;







- III – Certificado de Registro do Serviço no Respectivo Conselho Regional de Exercício Profissional- Estado da Paraíba do RT;
- IV – Comprovação de vínculo com a proponente dos profissionais listados necessários para garantia dos atendimentos listados deste edital e para execução do serviço, registrados com os respectivos registros no conselho profissional no Estado da Paraíba, para atendimento presencial, e para teleatendimento, registro no conselho profissional no Brasil;
- V – Comprovação de experiência anterior da proponente com o serviço solicitado neste Edital;
- VI - Ficha de Cadastro do CNES completa e atualizada com especificação de **gestão dupla**;
- VII - Alvará de Funcionamento, da pessoa jurídica interessada, em plena validade.
- VIII - Alvará do Corpo de Bombeiros em plena validade;
- IX - Alvará de Vigilância Sanitária.
- X - declaração de compromisso de manutenção das estruturas físicas que atendam aos requisitos da Resolução RDC/ANVISA nº 50, de 21/02/2012 e RDC/ANVISA Nº 307, DE 14/11/2002, quanto às normas específicas referentes à área de engenharia, arquitetura e vigilância sanitária.
- XI - declaração de compromisso de manutenção das estruturas físicas e de serviços que garantam o cumprimento das Resoluções RDC/ANVISA nº 306, de 07/12/2004, RDC/ANVISA nº 15, de 15/03/2012, quanto à segurança do paciente e qualidade dos serviços de saúde.
- XII - declaração de compromisso de manutenção das estruturas físicas e de serviços que garantam o cumprimento da RDC Nº 611, de 9 de março de 2022, estabelece os requisitos sanitários para a organização e o funcionamento de serviços de radiologia diagnóstica ou intervencionista e regulamenta o controle das exposições médicas, ocupacionais e do público decorrentes do uso de tecnologias radiológicas diagnósticas ou intervencionistas.
- 7.6. O credenciado precisa possuir unidade de atendimento em município deste Estado, e que atenda a região de saúde a qual se propõe a prestar o serviço;
- 7.7. Quando do credenciamento, não serão aceitas propostas que não apresentem o quantitativo mensal de procedimentos a serem realizados;
- 7.8 O serviço de atendimento móvel ou intinerante, deve ser tratado como convocatório pela SES PB, tendo a prestadora até 30 dias para declarar inabilidade para execução do serviço;
- 7.9. Não existindo data de validade nas certidões e/ou nos certificados exigidos para habilitação, somente serão aceitos se com prazo de expedição não superior a 90 (noventa) dias ou, se emitidos por prazo indeterminado, conforme legislação de órgão expedidor.





## 8. ANÁLISE DOCUMENTAL E CRITÉRIO DE JULGAMENTO

8.1. A análise dos documentos apresentados ocorrerá em até 30 (trinta) dias, prorrogáveis por igual período, contados a partir da data de entrega da documentação ou do encerramento das inscrições.

8.2. Após a análise da documentação a Comissão de Credenciamento mediante decisão fundamentada, poderá acionar os interessados, através do envio de e-mail e, conceder prazo para sanear erros ou falhas que não alterem a substância e a validade jurídica dos documentos de habilitação.

8.3. Fica vedada a substituição ou a apresentação de novos documentos, salvo em sede de diligência, para:

I - complementação de informações ou esclarecimentos adicionais acerca dos documentos já apresentados pelos proponentes;

II - atualização de documentos cuja validade tenha expirado; e

III - comprovação de situação fática preexistente à época da abertura do credenciamento.

8.4. A Comissão Examinadora da SES/PB elaborará o relatório referente à Avaliação Técnica e publicará a relação das entidades consideradas habilitadas para eventual celebração do contrato, no Diário Oficial do Estado.

8.5. Não serão aceitos pedidos de credenciamento caso a documentação esteja em desconformidade com o presente Edital e seus anexos.

8.6. As entidades que não atenderem aos requisitos exigidos pelo presente chamamento público serão consideradas inabilitadas.

8.7. Considerar-se-ão aptas todas as empresas que atenderem as condições de habilitação, ou seja, aquelas que apresentarem todos os documentos exigidos no presente Edital.

8.8. Após a homologação do procedimento, as pessoas jurídicas habilitadas poderão ser convocadas para assinatura de contrato, no prazo de até 10 dias úteis, observado o interesse e convocação pela administração.

## 9. DO PRAZO RECURSAL

9.1. Os interessados poderão apresentar recurso no prazo de 05 (cinco) dias úteis contados da data de publicação da decisão/resultado da habilitação;





9.2 O recurso deverá ser entregue na Secretaria de Estado da Saúde – SES/PB, direcionado a Comissão de Credenciamento, no horário das 08h30min às 12h00min e das 14h00min às 16h00min, no endereço: Avenida Dom Pedro II, Nº 1826 Torre.

9.3. Diante da excepcionalidade, os recursos administrativos interpostos não suspenderão o credenciamento, bem como as subseqüentes contratações dos interessados habilitados e aptos para exercer as atividades.

9.4. Os recursos serão julgados pela Comissão de Credenciamento e o resumo do resultado será publicado no Diário Oficial do Estado.

## **10. DA HOMOLOGAÇÃO**

10.1. Após a publicação do resultado final da habilitação o processo será remetido ao Secretário de Estado da Saúde para homologação do resultado, devidamente publicada nos canais oficiais, e posterior convocação dos credenciados.

## **11. DA CONVOCAÇÃO**

11.1. A Secretaria de Estado da Saúde convocará as entidades jurídicas habilitadas, para que apresentem a disponibilidade da sua equipe, bem como sua capacidade de execução, para fins de distribuição da demanda e posterior assinatura do contrato de Prestação de Serviços, conforme Minuta de Contrato Anexo III.

11.2. Em caso de haver mais de uma empresa credenciada, a distribuição entre os prestadores será de forma a atender a necessidade locorregional/região de saúde do estado da Paraíba, capacidade operacional de execução para atender os itens do objeto do credenciamento, sendo o excedente redistribuído entre as demais credenciadas, conforme item 12 do Termo de Referência (TR).

## **12. DA VIGÊNCIA DO CONTRATO**

12.1 A vigência dos contratos decorrentes do presente edital de chamada pública será de até 12 (doze) meses, a contar da data da assinatura, podendo ser prorrogado, condicionado a verificação da real necessidade e vantagem para a Administração na continuidade do contrato, nos termos do Art. 105 da lei 14.133/21;

## **13. DO PAGAMENTO**





13.1. Os pagamentos serão efetuados de forma mensal pela CONTRATANTE, conforme produção devidamente autorizada pela SES/PB e efetivamente realizada, considerando os valores da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS e de Tabela Complementar SUS PB - anexos ao Termo de Referência (anexo I) deste edital; e em caráter excepcional, àqueles procedimentos e pagamentos não previstos na Tabela SUS, deverão prosseguir sob total e exclusiva autorização da Regulação Estadual SES PB documentando demanda, adicionada documentos comprobatórios (item 13), referentes aos serviços efetivamente prestados, obedecendo aos requisitos e prazos a serem estabelecidos pela SES.

**13.2** Todos os procedimentos serão descritos obrigatoriamente através do Sistema de Informação Ambulatorial – SIA, Boletim de Programação Ambulatorial – BPA mensalmente para informação e controle;

**13.3** O Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) devem ser encaminhados para Núcleo de Processamento (NUPRO) da Gerência Operacional do Controle das Ações de Serviços (GEOCAS) SES PB conforme cronograma de envio estabelecido pela Gerência Executiva de Regulação Avaliação (GERAV) SES PB;

**13.4** Após o término de cada período mensal, a contratada elaborará relatório contendo os quantitativos totais mensais de cada um dos tipos de Serviços Realizados, anexando as documentação comprobatórias, solicitadas pela SES PB. As Medições, para efeito de pagamento serão conferidas pela fiscalização do Núcleo de Processamento e aprovadas para alimentação nos sistemas SIA SUS (Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde);

**13.5** Serão considerados efetivamente para efeito de pagamento mensal os serviços realizados e devidamente apresentados nos sistemas oficiais do DataSUS, os quais passarão pela crítica de identificação de inconsistências identificadas pelo NUPRO/GEOCAS SES PB. No caso dos procedimentos realizados para pacientes internados serão considerados para efeito de pagamento os instrumentos definidos pela GERAV SES PB;

**13.6** Após conferência, em caso de divergências encontradas, entre a produção enviada e as guias solicitadas pelo médico (CRM e assinatura) e autorizadas pela regulação SES PB, será emitido na competência subsequente um “Boletim de Diferença de Pagamento – BDP”, sendo o mesmo de responsabilidade da contratante sem comunicação prévia ao contratado.

**13.7** Após a conferência dos quantitativos e valores apresentados a contratante, por meio da Gerência de Gestão e Supervisão de Contratos (GGSC) da SES PB e Auditoria médica da SES PB, será emitido o relatório de revisão de pagamento para atesto do Gestor de Contrato SES PB,





comunicando à contratada, o valor aprovado, e autorizando a emissão da correspondente nota fiscal, a ser apresentada no primeiro dia subsequente à comunicação dos valores aprovados;

**13.8** É vedado o pagamento de qualquer sobretaxa em relação à tabela adotada, ou do cometimento a terceiros (associação de servidores, p. ex) da atribuição de proceder ao credenciamento e/ou intermediação do pagamento dos serviços prestados;

**13.9** Aos credenciados fica proibido exigir que o usuário assine fatura ou guia de atendimento em branco;

13.10 Para atender às despesas decorrentes do credenciamento oriundo deste Edital, serão utilizados recursos da SES/PB sejam alocados pelo Fundo Nacional de Saúde ou do Fundo Estadual de Saúde.

13.11 A solicitação de pagamento deverá ser protocolada na SES/PB, em até 15 dias ao mês subsequente da prestação, através de ofício, encaminhado à CONTRATANTE, devendo ainda conter todas as informações necessárias para dela se dar quitação e estar de acordo com as normas fiscais vigentes.

13.12 A não observância do prazo previsto para a apresentação da solicitação de pagamento e demais documentos necessários a comprovação dos serviços prestados ou a sua apresentação com incorreções ou ausências de documentos, ensejará a prorrogação do prazo de pagamento, não cabendo à CONTRATADA qualquer acréscimo decorrente deste atraso.

13.13. Após a análise dos documentos apresentados, a CONTRATANTE efetuará o pagamento do valor finalmente apurado, por meio de transferência bancária de acordo com Decreto Estadual nº 37.693, de 04 de outubro de 2017, mediante a apresentação de Nota/Fatura.

13.14 A CONTRATADA lançará na nota fiscal as especificações dos serviços executados de modo idêntico àqueles constantes do objeto do Contrato e da Nota de Empenho.

13.15 O pagamento está condicionado à Regularidade Fiscal da Empresa, devendo esta demonstrar tal situação.

13.16 Os procedimentos executados durante a prestação de serviços, desde que se comprove a demanda por meio de registro nos sistemas de regulação, guia de autorização de acesso emitido pela regulação SES PB e seus respectivos comprovantes de atendimento que incluem: descrição do exame com documentos comprobatórios: imagem e laudo identificados; descrição de biópsia, guia de solicitação de exames autorizada pela GERA V SES PB e resumo de coleta/resultado; todos os documentos comprobatórios devem estar acompanhados com CPF e CNS do paciente e sua assinatura, atendendo os critérios de pagamento dispostos do Termo de referência.





13.17 Não serão autorizados pagamentos de procedimentos realizados por tratativa direta entre a unidades de saúde e a empresa contratada.

#### 13.18 DAS GLOSAS

- I. É reservado ao CONTRATANTE, mediante análise técnica e administrativa, o direito de glosa total ou parcial, caso se constate estar em desacordo com as disposições contidas nos Termos do Contrato, de acordo com a legislação complementar aplicável e atos normativos pertinentes.
- II. A CONTRATADA em caso de discordância com os valores glosados pelo contratante, terá prazo de 30 (trinta) dias para recorrer da glosa, por escrito, com a devida justificativa de revisão do valor ou valores glosados, cabendo a CONTRATANTE o envio do valor incontroverso para pagamento sem prejuízo da análise do recurso de Glosa.
- III. O recurso de Glosa, supracitado, apresentado tempestivamente pela CONTRATADA será deferido ou não pelo CONTRATANTE com a devida justificativa, após parecer da Gerencia de Gestão e Supervisão de Contratos da SES, que poderá ou não acolher a justificativa.

#### 14. REAJUSTE

14.1. A contratação dos serviços deverá observar os preços estipulados pelas Tabela SUS, Tabela Complementar SUS PB e de pagamento anexos do Termo de Referência;

14.2. Devido a padronização dos valores pela Tabela Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, o reajustamento dos preços dos procedimentos, somente ocorrerá quando houver revisão da Tabela pelo Ministério da Saúde com devida emissão de portaria ministerial para esta finalidade; vOs preços dos serviços fixados no credenciamento poderão ser reajustados caso haja reajuste na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS;

14.3. O reajuste dos Programas Estaduais desenvolvidos pela Contratante poderá ocorrer mediante a edição de Resoluções SES PB que versem sobre o tema;

14.4. Nos preços fixados no Termo estão incluídos todos e quaisquer custos diretos e indiretos referentes ao desempenho das obrigações previstas neste contrato, inclusive tributos, despesas trabalhistas e contribuições previdenciárias, dentre outros necessários à consecução do objeto ora contratado, de modo que nenhuma outra remuneração será devida pela adequada e perfeita prestação dos serviços.

#### 15. DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS





- 15.1. Os serviços serão remunerados com base nos valores conforme Termo de Referência.
- 15.2. São de inteira responsabilidade do credenciado as obrigações pelos encargos previdenciários, sociais, fiscais, trabalhistas, securitários, indenizatórios e comerciais resultantes de execução do contrato.
- 15.3. O credenciado só deverá iniciar as suas atividades após designação expressa pela SES/PB.
- 15.4. O contrato poderá ser alterado, com a devida motivação, mediante formalização de aditivo contratual.
- 15.5. O contrato não gera vínculo empregatício entre a equipe do credenciado e o SES/PB.
- 15.6. Qualquer usuário poderá comunicar, a qualquer tempo, irregularidade na prestação dos serviços, e/ou no faturamento, através da Ouvidoria, tanto pessoalmente como pelos contatos 0800-83-5000, (83) 3211-9110 e pelo endereço eletrônico [ouvidoria@ses.pb.gov.br](mailto:ouvidoria@ses.pb.gov.br).

## 16. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

16.1 A CONTRATADA obriga-se a:

- a) Executar fielmente o objeto dentro do melhor padrão de qualidade, de forma que os serviços a serem executados mantenham todas as especificações técnicas, protocolos institucionais e qualidades exigidas pelo Ministério da Saúde, e cumprindo todas as especificações estabelecidas neste Edital, assumindo total responsabilidade pelo desempenho das obrigações que lhes são conferidas por este Edital;
- b) Obriga-se a manter-se, durante a vigência do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ela assumidas e com todas as condições de habilitação e qualificação já exigidas no credenciamento, e documentação pertinente atualizada, comunicando a SES/PB qualquer alteração que possa comprometer a manutenção do presente;
- c) Fornecer toda a mão de obra qualificada, insumos, equipamentos e subsídios adequados e necessários para execução dos serviços objeto do presente credenciamento, sem qualquer ônus adicional para a CONTRATANTE;
- d) Arcar com todos os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do objeto deste termo;
- e) Assumir total responsabilidade por qualquer dano pessoal ou material que por ventura venham a causar ao patrimônio da contratante ou a terceiros quando da execução deste contrato;
- f) Submeter-se aos critérios de autorização e regulação, estabelecidos pela SES/PB;





g) Realizar serviços médicos, bem como o seguimento clínico do paciente, sem qualquer ônus adicional à SES, além do previsto no ANEXO I deste edital, devendo a mesma estar devidamente comprovada dentro do processo de pagamento.

## 17. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

17.1. A CONTRATANTE obriga-se a:

- a) Colocar à disposição da CONTRATADA todas as informações necessárias para início da execução dos serviços de acordo com os protocolos estabelecidos;
- b) Fornecer, sempre que for necessário e quando forem solicitadas pela CONTRATADA, informações adicionais pertinentes aos serviços executados;
- c) Efetuar o pagamento na forma convencionada em contrato, desde que atendidas às exigências documentais pela CONTRATADA;
- d) Realizar pagamento após a realização de análise documental e quando necessário, auditoria médica da CONTRATANTE;
- e) Fiscalizar a execução deste contrato, apontando vícios e defeitos quando ocorrerem, e determinar as correções;
- f) Notificar, formal e tempestivamente, a CONTRATADA sobre as irregularidades observadas no cumprimento do contrato;
- g) Notificar a CONTRATADA por escrito e com antecedência, sobre multas, penalidades e quaisquer débitos de sua responsabilidade;
- h) Aplicar as sanções administrativas contratuais pertinentes, em caso de descumprimento contratual;
- i) Notificar a CONTRATADA sobre a rescisão dos contratos, com antecedência de 30 dias;
- j) Aplicar glosas pelos serviços não prestados identificados na análise do processo conforme previsto no Termo de Referência.

## 18. GESTÃO DO CONTRATO

18.1. A gestão desta contratação será exercida por um representante nomeado pelo Secretário de Estado da Saúde, ao qual competirá dirimir as dúvidas que surgirem no curso da execução do contrato, e de tudo dará ciência à SES/PB;

18.2. A gestão de que trata este item não exclui nem reduz a responsabilidade da contratada, inclusive, perante terceiros, por qualquer irregularidade, ainda que resultante de imperfeições

Página 16 de 80







técnicas ou emprego de material inadequado ou de qualidade inferior, e, na ocorrência desta, não implica em corresponsabilidade da Administração ou de seus agentes e prepostos, de conformidade com o art. 120 da Lei nº 14.133/21;

18.3. O fiscal ou gestor do contrato anotará em registro próprio todas as ocorrências relacionadas com a execução do contrato, indicando dia, mês e ano, bem como o nome dos funcionários eventualmente envolvidos, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados e encaminhando os apontamentos à autoridade competente para as providências cabíveis.

## 19. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

19.1. A CONTRATADA ficará sujeita às sanções administrativas previstas nos arts. 155 a 163 da Lei n.º 14.133/21, a serem aplicadas pela autoridade competente da CONTRATANTE, conforme a gravidade do caso, assegurado o direito à ampla defesa, sem prejuízo do ressarcimento dos danos porventura causados à Administração, e das cabíveis cominações legais.

19.2. O atraso injustificado na execução do serviço objeto deste Edital ensejará a credenciada multa de 0,5% (meio por cento) por dia, e por ocorrência, até o limite máximo de 5% (cinco por cento) sobre o valor total do contrato, recolhida no prazo máximo de 10 (dez) dias, uma vez comunicada.

19.3. A aplicação da multa referida no subitem acima, não impede que a Administração rescinda unilateralmente o contrato e aplique outras sanções previstas na Lei nº 14.133/21.

19.4. Pela inexecução total ou parcial do contrato a Administração poderá, garantida a prévia defesa, aplicar ao contratado as seguintes sanções:

- a) advertência;
- b) multa de 10% (dez por cento) do valor da nota de empenho ou Contrato, no caso de descumprimento parcial ou total de qualquer obrigação pactuada, salvo se decorrente de motivo de força maior definido em Lei, e reconhecido pela autoridade competente;
- c) impedimento de licitar e contratar com a Administração pelo prazo de até 03 (três) anos;
- d) declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a licitante





vencedora ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base no item anterior.

19.5. No caso de não-recolhimento do valor das multas de que trata os subitens 19.2 e 19.4. alínea b, poderá ser descontada dos pagamentos a que fizer jus a CONTRATADA ou ajuizada a dívida, consoante o § 8º do art.156 da Lei 14.133/21, acrescida de juros moratórios de 1,0% (um por cento) ao mês.

19.6. As penalidades serão obrigatoriamente registradas no SICAF, e no caso de suspensão de licitar, o licitante deverá ser descredenciado por igual período, sem prejuízo das multas previstas no Termo de Referência e das demais cominações legais.

19.7. No processo de aplicação de penalidades será sempre assegurado o direito ao contraditório e à ampla defesa.

19.8. A penalidade estabelecida no subitem 19.4, será da competência do Secretário de Estado da Saúde ou por agente que receba esta delegação.

## 20. HIPOTHESES DE DESCRENCIAMENTO

20.1 Dar – se – á o descredenciamento:

a) a qualquer tempo, a pedido do credenciado, quando não mais lhe interessar a prestação dos serviços credenciados;

a.1) O pedido de descredenciamento deverá ser encaminhado ao Secretário de Saúde para conhecimento e providências necessárias no prazo máximo de até 30 (trinta) dias corridos;

a.2.) A interrupção da prestação dos serviços só poderá ocorrer após a assinatura do Termo de Descredenciamento pela Secretaria de Saúde.

b) A qualquer tempo, por conveniência e oportunidade da CONTRATANTE, quando não mais interessar a continuidade do credenciamento, caso em que haverá o descredenciamento de todos os credenciados.

b.1) Neste caso a Administração deverá comunicar todos os credenciados com 15 (quinze) dias de antecedência.

20.2. Nos casos de descredenciamento será observado o direito de ampla defesa e contraditório.

20.3. Em qualquer caso de descredenciamento, não haverá ou caberá indenização.

20.4. Quando verificado o não atendimento da manutenção dos critérios de credenciamento, como também a manutenção das condições de habilitação por parte de todos os credenciados, a Secretaria de Saúde, por meio do gestor/fiscal de contrato, convocará o credenciado para que





providencie a regularização, ou comprove que o processo de regularização já foi iniciado, no prazo de 05(cinco) dias úteis, ficando suspenso o credenciamento e, por consequência, o contrato enquanto perdurar a irregularidade, e na hipótese de não atendimento no prazo firmado, haverá o descredenciamento.

## 21. DA IMPUGNAÇÃO AO EDITAL E DO PEDIDO DE ESCLARECIMENTO

21.1. Até 05 (cinco) dias úteis antes da data fixada para a entrega da documentação relativa ao processo de credenciamento dos interessados, qualquer cidadão, com plena capacidade civil, é parte legítima para impugnar este edital, devendo a Comissão de Credenciamento designada para este edital processar e responder à impugnação em até 05 (cinco) dias úteis.

21.2 Os pedidos de esclarecimentos ou impugnações ao edital deverão ser entregues na Secretaria de Estado da Saúde – SES/PB, direcionado a Comissão de Credenciamento, no horário das 08h30min às 12h00min e das 14h00min às 16h00min, no endereço: Avenida Dom Pedro II, Nº 1826 Torre.

21.3. Decairá do direito de impugnar os termos deste Edital, o interessado que não o fizer no prazo acima estipulado

## 22. DA PUBLICAÇÃO

22.1. O aviso deste Credenciamento será publicado no Diário Oficial do Estado, nos termos da Lei nº 14,133/2021, em jornal de grande circulação regional ou nacional e em meio eletrônico oficial onde também será disponibilizada a íntegra deste instrumento convocatório.

22.2 O edital, com seus elementos constitutivos, será disponibilizado gratuitamente para download no site <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/editais-e-licitacoes>, bem como pelo Portal Nacional das Contratações Públicas (PNCP) através do link: <https://www.gov.br/pncp/pt-br>, e/ou obtido pelos interessados, nos dias úteis de segunda a sexta feira, no horário das 08h30 às 11h30 e 14h as 16h, a partir da data da sua emissão, na sede da SES/PB.

## 23. DISPOSIÇÕES GERAIS:

23.1. É facultada à autoridade competente, em qualquer fase do procedimento, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo, inclusive com a fixação de prazo para resposta.





23.2. A Secretaria da Saúde do Estado da Paraíba poderá prorrogar, adiar, revogar ou anular o presente Edital, na forma da Lei, sem que caiba aos participantes qualquer direito a reembolso, indenização ou compensação.

23.3. A qualquer tempo, antes da data de abertura do credenciamento, poderá a Secretaria da Saúde do Estado da Paraíba, se necessário, modificar este instrumento, hipótese em que deverá proceder a divulgação, reabrindo-se o prazo inicialmente estabelecido, exceto quando, inquestionavelmente, a alteração não afetar a formulação das inscrições propostas.

23.4. Nenhuma indenização será devida aos participantes pela elaboração e/ou apresentação de documentação relativa ao presente Edital, ou ainda, por qualquer outro motivo alegado em relação a este processo de credenciamento.

23.5. Caberá ao contratado à obediência às normas de qualidade de atendimento impostas pela Vigilância Sanitária ou outra entidade reguladora e fiscalizadora da atividade exercida.

23.6. 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 ou promovendo a rescisão do contrato, bem como todos os atos dela decorrentes, sem prejuízo das demais medidas de ordem administrativa, cível ou criminal.

23.7. Os erros materiais irrelevantes serão objeto de saneamento mediante ato motivado da Comissão de Credenciamento

23.8. O presente Edital e seus Anexos, bem como as propostas dos licitantes credenciados farão parte integrante do Contrato ou instrumento equivalente, independentemente de transcrição.

23.9. O interessado, ao participar do presente credenciamento, expressa automaticamente concordância aos termos deste Edital.

23.10. Na contagem dos prazos estabelecidos neste Edital e os anexos, excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o do vencimento.

23.11. A homologação do resultado deste credenciamento não implicará direito à contratação.

23.12. São partes integrantes deste Edital:

Anexo I – TERMO DE REFERÊNCIA;

Anexo II – FICHA DE REQUERIMENTO - EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 06/2024;

Anexo III – MINUTA DO CONTRATO - EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 06/2024;

Anexo IV – MODELO DE DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADE DE CARGOS E FUNÇÕES;

Anexo V – MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA E FATO IMPEDITIVO E DE IDONEIDADE;

Página 20 de 80





Anexo VI – MODELO DE DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO AO INCISO XXXIII DO ART. 7º DA CF;  
Anexo VII - DECLARAÇÃO DE EQUIPE TÉCNICA - EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 06/2024;  
Anexo VIII - DECLARAÇÃO DE CAPACIDADE OPERACIONAL DE EXECUÇÃO - EDITAL DE  
CREDENCIAMENTO Nº 06/2024.

João Pessoa, 17 de Setembro de 2024





ANEXO I

TERMO DE REFERÊNCIA

**Procedimento auxiliar de Licitação** – Credenciamento para contratação por Inexigibilidade de Licitação

1. OBJETO

Credenciamento de pessoa jurídica para prestação de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), Serviços Laboratoriais para Análises Clínicas, para Anatomopatológico e para Imunohistoquímica para atuarem na ampliação e fortalecimento da média complexidade Rede de Atenção à Saúde Estadual da Paraíba, (inciso I do § 1º do art. 18 da Lei 14.133/2021) na perspectiva da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES) (Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023) e Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, no âmbito do SUS (Portaria GM/MS nº 3.492, de 8 de abril de 2024)

2. DESCRIÇÃO

2.1 SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO, ANATOMOPATOLOGIA E IMUNOHISTOQUÍMICA				
ITEM	CÓDIGO/SIGTAP	DESCRIÇÃO	QUANTIDADES ESTIMADAS (ANUAL)	VALOR MÉDIO R\$ (TABELA COMPLEMENTAR SUS PB)
01	02.05.02.XXX-X	Diagnóstico por Ultrassonografia sem doppler	26.560	R\$ 70,84
02	02.05.02.XXX-X	Diagnóstico por Ultrassonografia com doppler	9.519	R\$ 158,63
03	02.09.01.XXX-X 02.09.04.XXX-X	Esofagogastroduodenoscopia e Laringoscopia Videolaringoscopia Colonoscopia Retossigmoidoscopia	22.341	145,80
04	02.06.01.XXX-X 02.06.02.XXX-X 02.06.03.XXX-X	Diagnósticos por tomografia	48.643	R\$ 140,00
05	02.07.01.XXX-X 02.07.02.XXX-X 02.07.03.XXX-X	Diagnóstico por Ressonância Magnética	33.246	R\$ 268,75



06	02.01.01.XXX-X	Biópsias	11.192	R\$ 189,41
07	02.11.05.XXX-X	Eletromiograma	785	R\$ 108,00
		Encefalograma	595	R\$ 50,00
		Eletroneuromiografia (ENMG)	12013	R\$ 108,00
08	02.04.03.XXX-X	Mamografia Digital Bilateral	16093	R\$ 112,50
09	02.05.01.XXX-X	Ecocardiografias	4867	R\$ 232,86
10	02.05.02.XXX-X	Ecodoppler Transcraniano	14	R\$ 234,00
11	02.06.01.009-5	Tomografia por Emissão de Póstrons (PET-CT)	875	R\$ 2.107,22
12	02.08.XX.XXX-X	Diagnóstico Por Medicina Nuclear In Vivo - cintilografia e linfocintilografia	5278	R\$ 327,00
13	02.03.02.XXX-X	Exame anatomopatológico Exame anatomopatológico para congelamento	66773	R\$ 67,83
14	02.03.02.004-9	Imunohistoquímica de neoplasias malignas	9572	R\$ 430,99
<b>2.2 SERVIÇO LABORATORIAL DE ANÁLISES CLÍNICAS</b>				
ITEM	CÓDIGO SIGTAP SUS	DESCRIÇÃO LABORATORIAL ANÁLISES CLÍNICAS	TOTAL DEMANDA ESTIMADA ANUAL	VALOR MÉDIO SIGTAP SUS (R\$)
15	020203XXXX	Exames sorológicos e imunológicos	9.839	110,49
16	0202030237	Imunofenotipagem de hemopatias malignas (por marcador)	2.759	80
17	0202031241	Genotipagem do HIV	7	0
18	0202070182	Dosagem de ciclosporina	19	58,61
19	020210XXXX	Exames de genética (mac)	69	155
20	0204010195	Sialografia (por glandula)	43	48,85
21	0212010042	Fenotipagem K, FYA, FYB, JKA, JKB em gel	798	10
22	0304080012	Fator Estimulante do crescimento de colônias de granulócitos / macrófagos	837	871
23	020201XXXX	Exames bioquímicos básicos	151.755	2,3
24	020201XXXX	Exames bioquímicos diversos	39.440	5,15
25	020202XXXX	Exames hematológicos e hemostasia básicos	81.529	5,68
26	020202XXXX	Exames hematológicos e	32.907	5,68



		hemostasia diversos (MAC)		
27	020203XXXX	Exames sorológicos e imunológicos (MAC)	82.010	18,34
28	020204XXXX	Exames coprológicos	10.781	2,32
29	0202050017	Análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina	14.324	3,7
30	020205XXXX	Exames de uroanálise	1.675	3
31	020206XXXX	Exames hormonais	22.844	12,01
32	020207XXXX	Exames toxicológicos ou de monitorização terapêutica	568	8,83
33	020208XXXX	Exames microbiológicos básicos	4.711	5,3
34	020208XXXX	Exames microbiológicos diversos	6.932	5,64
35	0202090361	Teste molecular para a detecção do complexo <i>Mycobacterium tuberculosis</i>	103	
36	020209XXXX	Exames em outros líquidos biológicos	4.128	3,52
37	020212XXXX	Exames imuno-hematológicos	13.534	6,06

Para maior detalhamento sobre os valores específicos de cada procedimento, consultar tabela em anexo A e B, valores de Tabela Complementar SUS PB. Os listados em anexo C, seguirão Tabela SIGTAP SUS.

### 3. CONDIÇÕES GERAIS DA CONTRATAÇÃO

3.1 Credenciamento para contratação de credenciar entidades privadas para prestação de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), Serviços Laboratoriais para Análises Clínicas, para Anatomopatológico e para Imunohistoquímica para atuarem na ampliação e fortalecimento da média complexidade Rede de Atenção à Saúde Estadual da Paraíba, pela Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba.

3.2 Os serviços objeto desta contratação são caracterizados como comuns.

3.3 O objeto desta contratação não se enquadra como sendo de bem de luxo, conforme Decreto nº 44.383, de 14 de novembro de 2023.

3.4 O processo de credenciamento não obriga a administração pública a contratar todas as empresas credenciadas, de acordo com o art 4º do Decreto nº 11.878 de 2024.

3.5 A contratação do serviço será realizada de acordo com a necessidade de cada região de saúde ou macrorregião, no Estado da Paraíba;

3.6 A equipe técnica de profissionais deve possuir sua inscrição nos seus respectivos Conselhos Regional de Classe Profissional;







3.7 A empresa credenciada deverá comprovar, através de Declaração de Capacidade Técnica de Execução (anexo VIII do Termo de Referência), afim de ser realizado dimensionamento mensal/anual de demandas de usuários de acordo com a sua localregião.

3.8 Em caso de falsidade do teor da documentação, os declarantes ficam sujeitos às penalidades previstas no art. 299 do Código Penal.

#### 4. FORNECIMENTO CONTÍNUO

4.1 O prazo de vigência da contratação é de 12 (doze) meses, contados do(a) Marco Inicial Vigencia, prorrogável norma vigente da Lei nº 14.133, de 2021;

4.2 O fornecimento do serviço é enquadrado como continuado tendo em vista que trata-se de uma obrigação do SUS, prevista na LEI Nº 8.080 DE 19 DE SETEMBRO DE 1990, a qual permite a prestação de cuidados de saúde sistematizados, de curto e longo prazo, de forma integral e contínua, especificamente, serviços especializados para prestação de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), Serviços Laboratoriais para Análises Clínicas, para Anatomopatológico e para Imunohistoquímica para atuarem na ampliação e fortalecimento da média complexidade Rede de Atenção à Saúde Estadual da Paraíba;

4.3 O contrato oferece maior detalhamento das regras que serão aplicadas em relação à vigência da contratação.

#### 5. FUNDAMENTAÇÃO E DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

5.1 A Secretaria de Estado de Saúde em conjunto com suas Gerências Executivas de Atenção Especializada, Avaliação e Regulação, Gestão e Supervisão de Contratos, elaborou um Estudo Técnico Preliminar mediante levantamento dos desafios enfrentados pelo sistema de saúde pública estadual para população paraibana, especialmente no que concerne a atenção de média complexidade de assistência à saúde e serviços especializados, em especial, na linha de cuidado de exames diagnósticos.

5.2 As ações e serviços de Saúde à população deve ser de forma universal, equânime e gratuita, seguindo os preceitos do Sistema Único de Saúde – SUS, observando o disposto no Art. 198 da Constituição Federal, no Inciso I do Art. 4º da Constituição Estadual, no Art. 7º da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que fixa os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS; considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de





1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa.

5.3 A Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES-PB) busca fortalecer as Políticas Públicas de Saúde, junto ao Ministério da Saúde (MS), embasada pela Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES) (2023); Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, no âmbito do SUS (2024) e das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

5.4 A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento, bem como, por serviços especializados ambulatoriais que envolve atendimento direcionado para áreas especializadas.

5.5 Há um vazio assistencial na média complexidade da saúde na Paraíba, evidenciados pelos registros de demanda reprimida por exames diagnósticos que subsidiem diagnóstico e tratamento adequados e em tempo oportuno ao paciente usuário do SUS na Paraíba;

5.6 Os desafios da integração efetiva entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada dificulta o acesso oportuno e a continuidade do cuidado aos pacientes SUS. Essa lacuna na rede assistencial demanda uma reorganização e fortalecimento das linhas de cuidado, garantindo um fluxo assistencial coeso e eficiente;

5.7 A regionalização da Assistência Especializada em Saúde é um desafio reconhecido pelo Ministério da Saúde, que incentiva iniciativas estaduais de interiorização dos serviços de saúde, visando, também, a economicidade e segurança.

## 6. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO CONSIDERADO O CICLO DE VIDA DO OBJETO E ESPECIFICAÇÃO DO PRODUTO

6.1 A descentralização é estratégia crucial para que a assistência ambulatorial seja prestada com excelência não só nos grandes centros de atenção, adotando assim, o princípio da regionalização. Isso permitirá que a população tenham acesso a uma assistência o mais próximo possível de seu município de origem. Paralelamente, é essencial o fortalecimento da assistência especializada da média complexidade na saúde.

6.2A assistência especializada em saúde, busca subsidiar diagnósticos em tempo oportuno para tratamentos precoce, aumento da sobrevida e da qualidade de vida do usuário do SUS na Paraíba;





6.3 A estruturação dos serviços que receberão ampliação ambulatorial por componentes estrategicamente localizados, distribuídos nas 3 macrorregiões e suas 16 regiões de saúde, de acordo com o vazio assistencial de cada região: que busca assim diminuir os vazios assistenciais e permitir a organização dos fluxos de atenção, qualificando a gestão do cuidado.

6.4 Considerando a Portaria nº 1.604/GM/MS, de 18 de outubro de 2023, que institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde; e Considerando a Portaria nº 3.492/GM/MS, de 08 de abril de 2024, que institui o Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); Ratificam a propositura do Ministério da Saúde, a ampliação, fortalecimento e financiamento do objeto deste edital.

6.5 A demanda para contratação surge para atender a demanda reprimida de exames, déficit de serviços especializados de média complexidade na rede de saúde no estado da Paraíba de forma regionalizada e descentralizada e para atender a Programação da Assistência por Macrorregião do Estado da Paraíba (2024). Contudo, a contratação desses serviços pode ter ampliação da necessidade estimada, visto que o Estado está expansão, reestruturando serviços ambulatoriais especializados nos serviços próprios e ampliando a construção de policlínicas e outras unidades necessárias para compor este nível de assistência.

6.6 Considerando estudos de valores para pagamento dos serviços objeto deste TR, serão utilizados Tabela SIGTAP SUS e Tabela Complementar SUS PB (ANEXO A e B), aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde da Paraíba. Os procedimentos, dentro dos serviços objeto deste edital, que não possuem código Tabela SUS e não listados na Tabela Complementar SUS PB, serão avaliados de acordo com a demanda comprovada e autorizada pela SES PB, o valor de pagamento seguirá respeitando critérios de valor de mercado e economicidade ao Estado.

6.7 Dessa forma, há vantagens em buscar complementação da assistência com prestadores de serviços nível ambulatorial, pois estes possuem a agilidade em realizar atendimentos sem sofrer descontinuidade, visto que possuem maior autonomia e agilidade para resolução de problemas daquele objeto que se propuseram a cumprir em contrato. Sendo assim, são parte fundamental na Rede de Atenção à Saúde e necessitam cada vez mais do amparo formal e da vinculação contratual para que possam exercer suas atividades de forma integrada e organizada.





## 7. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

A contratação de serviços diagnósticos especializados é fundamental para atender às necessidades específicas da população, garantindo o acesso a um atendimento de qualidade em áreas críticas da saúde. Para assegurar a eficácia desta contratação e o alinhamento com os objetivos propostos, é essencial definir claramente os requisitos necessários, considerando tanto os aspectos técnicos quanto os normativos que regem tais serviços. Além disso, é importante incorporar práticas de sustentabilidade que abranjam as dimensões ambiental, social e econômica, contribuindo para o desenvolvimento sustentável e a responsabilidade social.

### 7.1 Requisitos Técnicos e Normativos

#### 7.1.1. Qualificações Profissionais

- Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêuticos, Laboratorial para análises clínicas, para Anatomopatologia e para Imunohistoquímica, nas áreas objeto deste edital, com seus alvarás devidamente ativos; Responsáveis Técnicos registrados em seus Respetivos Conselhos Regional de Exercício Profissional;

#### 7.1.2. Experiência Comprovada

- Exigência de experiência mínima comprovada na prestação de serviços na respectiva especialidade
- Apresentação de referências de atuação em serviços similares, preferencialmente em contextos de atendimento regionalizado.

#### 7.1.3. Capacidade de Atendimento

- Capacidade para atendimento em diferentes regiões, assegurando a cobertura e a descentralização dos serviços.
- Flexibilidade para ajuste de necessidade, aumento de demanda e serviços intinerantes, garantindo a continuidade do atendimento.

#### 7.1.4. Normativos e Conformidades

- Conformidade com as normativas do Ministério da Saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS) para a prestação de serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Laboratorial clínico e patologia.
- Atender integralmente os protocolos técnicos, Manual Técnico Operacional do Sistema de Informações Ambulatoriais SIA/SUS, RDCs e demais legislações vigentes;
- RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 e RDC/ANVISA Nº 307, DE 14 de novembro de 2002;





- RDC/ANVISA nº 306, de 07 de dezembro de 2004, RDC/ANVISA nº 15, de 15 de março de 2012;
- RDC/ANVISA nº 786, de 05 de maio de 2023; RDC Nº 611, de 9 de março de 2022;
- Deverão ser obedecidas as normas e padronização de critérios diagnósticos, conforme protocolo do INCA – Instituto Nacional de Câncer;
- Adesão às diretrizes de práticas éticas e de privacidade de dados dos pacientes, conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

#### 7.1.5 Controle de Qualidade:

- Estabelecer procedimentos para controle interno de qualidade dos exames realizados.
- Exigir a participação em programas de controle externo de qualidade, como os oferecidos por sociedades científicas ou órgãos reguladores.

#### 7.1.6 Segurança e Biossegurança:

- Estabelecer diretrizes para segurança no manuseio de materiais biológicos, incluindo o descarte adequado de resíduos.
- Verificar o cumprimento das normas de biossegurança, como o uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) e procedimentos de desinfecção.

### 7.2 Práticas de Sustentabilidade

#### 7.2.1. Ambiental

- Adoção de práticas para redução do desperdício de materiais e insumos médicos.
- Utilização de equipamentos de baixo consumo energético e que promovam a redução do impacto ambiental.

#### 7.2.2. Social

- Inclusão de cláusulas de responsabilidade social, valorizando a contratação de mão de obra local e promovendo ações de saúde comunitária.
- Acessibilidade e adaptações necessárias para garantir o atendimento a todos os segmentos da população, incluindo pessoas com deficiência.

#### 7.2.3. Econômica

- Busca por eficiência operacional que permita a otimização dos recursos financeiros, sem comprometer a qualidade do atendimento.
- Estratégias para a manutenção de um modelo de contratação sustentável a longo prazo, considerando a relação custo-benefício e o retorno social dos investimentos.





### 7.3 Requisitos Normativos:

#### 7.3.1 Licenciamento e Certificações

- Possuir todas as licenças e autorizações necessárias para operar na jurisdição específica.
- Estar em conformidade com as normas regulatórias locais e nacionais.

#### 7.4 Documentação e Registro

7.4.1 Exigir documentação detalhada sobre os processos laboratoriais, incluindo manuais de procedimentos, registros de manutenção de equipamentos e relatórios de controle de qualidade.

7.4.2 Garantir que todos os resultados de exames sejam devidamente registrados e arquivados de acordo com as normas de privacidade de dados.

#### 7.5 Auditorias e Inspeções

7.5.1 Auditorias internas e externas serão realizadas, periodicamente, para verificar o cumprimento das normas e procedimentos estabelecidos.

7.5.2 Deve-se garantir a transparência e a conformidade através de relatórios que subsidiem auditorias regulares dos órgãos reguladores.

#### 7.6 Ética e Conformidade Legal

7.6.1 Todos os serviços contratualizados devem assegurar que todas as práticas e políticas estejam alinhadas com os princípios éticos e legais, incluindo a privacidade do paciente e o consentimento informado.

## 8. MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

### Condições de Entrega

8.1 O prazo para início da prestação do serviço deverá ser imediato a assinatura do contrato, mediante autorização e seguimento de fluxo da Regulação SES PB.

8.2 Os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico deverão ser fornecidos em seus estabelecimentos próprios alocados dentro do território paraibano, com horário de funcionamento regular, de forma a atender as demandas necessárias sem gerar fila de espera.

8.2.1 Biópsias, eletroencefalograma, eletromiografia, eletroneuromiografia, endoscopias: esofagogastroduodenoscopia, colonoscopia, retossigmoidoscopia, densitometria óssea, ecocardiografia transtorácica, ecodoppler transcraniano, diagnóstico por medicina nuclear in vivo: cintilografia e linfocintilografia, diagnóstico por ressonância magnética, diagnóstico por tomografia





computadorizada com e sem contraste, tomografia computadorizada por emissão de pósitrons (PET-CT), mamografia digital, ultrassonografias sem doppler e com doppler, videolaringscopia.

Este Roll é exemplificativo e não exaustivo.

8.2.2 Realizar agendamento, realização do exame e resultado em tempo ágil, conforme ANEXO D.

Em caso de achados malignos ou de maior risco, estes deverão reportar tal resultado de forma imediato a Regulação SES PB;

8.2.3 Gerenciamento administrativo, técnico e assistencial de todas os exames, em consonância à Regulação Estadual SES PB e junto ao paciente;

8.2.4 Será responsável pela organização dos pacientes, preparos para exames, documentação necessária, atendimento humanizado;

8.2.5 Todos os registros deverão estar junto aos sistemas de Regulação da Secretaria de Estado de Saúde da Paraíba e de Gestão interna da Unidade;

8.2.6 Possuir funcionários administrativos para gerenciamento das agendas, para apoio administrativo, apoio de registros e faturamento;

8.2.7 Será responsável por todos os ambientes, instalações, equipamentos, certificados, licenças, documentações, registros, materiais, organização, procedimentos, monitoramento, controle de qualidade, qualificações profissionais – que devem observar concordância com a legislação, e/ou suas atualizações e novas normas, estando sempre em consonância com a legislação vigente.

8.2.8 Realizar atendimentos de forma móvel ou itinerante, de acordo com convocatória pela SES PB, com mínimo de 30 dias, com objetivo de atender ao cronograma das agendas de saúde.

8.3 Os Serviços de Anatomia Patológica e Imunohistoquímica deverão possuir estabelecimentos próprios alocados dentro do território paraibano, fornecidos em seus estabelecimentos próprios alocados dentro do território paraibano, com horário de funcionamento regular, de forma a atender as demandas necessárias sem gerar fila de espera.

8.3.1 Exame citopatológico hormonal seriado, exame de citopatologia com PAAF, exame anatomopatológico para congelamento/parafina por peça cirúrgica ou biópsia, coloração especial – por peça, ato de coleta de PAAF de órgão ou estruturas superficiais com deslocamento do patologista e imunohistoquímica de neoplasias malignas. Este roll é exemplificativo e não exaustivo

8.3.2 Fornecer orientação e treinamento adequado, para os serviços e profissionais, quanto da forma adequada de manipulação e armazenamento do material para análise;





- 8.3.3 Fornecer recipientes e materiais adequados para conservação das peças/fragmentos para análise;
- 8.3.4 Realizar a coleta e transporte do serviço de saúde até o laboratório que fará a análise da peça/fragmento, de forma periódica, não cumulativa e com segurança – atendendo de forma locorregional;
- 8.3.5 Realizar coleta da peça/fragmento, processamento do exame e resultado em tempo ágil, conforme ANEXO D. Em caso de achados malignos ou de maior risco, estes deverão reportar tal resultado de forma imediato a Regulação SES PB;
- 8.3.6 Possuir funcionários administrativos para gerenciamento das agendas, para apoio administrativo, apoio de registros e faturamento;
- 8.3.7 Será responsável por todos os ambientes, instalações, equipamentos, certificados, licenças, documentações, registros, materiais, organização, procedimentos, monitoramento, controle de qualidade, qualificações profissionais – que devem observar concordância com a legislação, e/ou suas atualizações e novas normas, estando sempre em consonância com a legislação vigente.
- 8.4 Os Serviços de Laboratório de análises clínicas deverão ser fornecidos em seus estabelecimentos próprios alocados dentro do território paraibano, com horário de funcionamento regular, de forma a atender as demandas necessárias sem gerar fila de espera.
- 8.4.1 Exames sorológicos e imunológicos, imunofenotipagem de hemopatias malignas (por marcador), genotipagem do HIV, dosagem de ciclosporina, exames de genética, sialografia, fenotipagem K, FYA, FYB, JKA, JKB em gel, fator estimulante do crescimento de colônias de granulócitos/macrófagos, exames bioquímicos, exames hematológicos e hemostasia, exames sorológicos e imunológicos, exames coprológicos, análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina, exames de uroanálise, exames hormonais, exames toxicológicos ou de monitorização terapêutica, exames microbiológicos, exames imunohematológicos. Este Roll é exemplificativo e não exaustivo;
- 8.4.2 Será responsável pela organização dos pacientes, preparos para exames, frascos para autocoletas, documentação necessária, atendimento humanizado;
- 8.4.3 Todos os registros deverão estar junto aos sistemas de Regulação da Secretaria de Estado de Saúde da Paraíba e de Gestão interna da Unidade;
- 8.4.4 Possuir funcionários administrativos para gerenciamento das agendas, para apoio administrativo, apoio de registros e faturamento;







8.4.5 Realizar coleta das amostras, processamento do exame e resultado em tempo ágil, conforme ANEXO D, salvo em casos de exames complexos ou que necessitem ser enviados a laboratórios fora da abrangência deste Estado. Em caso de achados malignos ou de maior risco, estes deverão reportar tal resultado de forma imediato a Regulação SES PB;

8.4.6 Será responsável por todos os ambientes, instalações, equipamentos, certificados, licenças, documentações, registros, materiais, organização, procedimentos, monitoramento, controle de qualidade, qualificações profissionais – que devem observar concordância com a legislação, e/ou suas atualizações e novas normas, estando sempre em consonância com a legislação vigente.

8.4.7 Realizar atendimentos de forma móvel ou itinerante, de acordo com convocatória pela SES PB, com mínimo de 30 dias, com objetivo de atender ao cronograma das agendas de saúde.

#### **Exigências quanto ao produto ofertado**

8.5 O Credenciado deverá indicar, no ato da inscrição, em formulário específico, o(s) local(ais) e qual (ais) item de serviços pretende(m) prestar o(s).

8.6 Realizar os procedimentos ambulatoriais para os usuários do Sistema Único de Saúde, conforme “Declaração de capacidade técnica operacional”(anexo VIII);

8.7 Certificar-se de que atender as normativas vigente para cada especialidade ou tipologia de serviço a ser prestado, incluindo a RDC/ANVISA nº 786, de 05 de maio de 2023;

8.8 Dispor de responsável Técnico devidamente habilitado por órgão de classe correspondente a especialidade proposta;

8.9 Dispor de todas as certificações necessárias para a execução dos serviços;

8.10 Deverá manter as informações atualizadas fornecendo condições de obtenção de dados recentes e histórico, a qualquer momento, para suprir a necessidade de análise e geração de controles estatísticos e indicadores.

8.11 Atender a PORTARIA SAES/MS Nº 1.821, DE 11 DE JUNHO DE 2024, e suas sequências no que diz respeito às Ofertas de Cuidados Integrados (OCI), que são um conjunto de procedimentos e tecnologias de cuidado necessários a uma atenção oportuna e com qualidade, integrados para concluir uma etapa na linha de cuidado ou na condução de agravos específicos de rápida resolução, de diagnóstico ou de tratamento;

8.12 Atender de forma integral o descrito nas Portarias do Ministério da Saúde, nos Protocolos Técnicos e Manual Técnico Operacional do Sistema de Informações Ambulatoriais e demais legislações vigentes referentes ao atendimento e encaminhamento dos usuários do Sistema Único de Saúde





### 8.13 Dos indicadores de acompanhamento e avaliação

Instituir indicadores de qualidade em saúde para avaliação da qualidade da assistência é de suma importância na melhoria dos processos. Para tanto a avaliação continuada do desempenho e padrão de prestação da assistência ao usuário deverá ser realizada trimestralmente e/ou quando necessário; as avaliações serão realizadas in loco (visitas técnicas); avaliação de documentos; quantitativo de exames realizados; quantitativo de coleta de exames; índice de exames laboratoriais por paciente; índice de absenteísmo de exames externos; tempo de espera entre agendamento e realização do exame; tempo entre realização do exame e seu laudo com resultado; tempo aguardando a execução do exame; avaliação de satisfação do usuário quanto ao atendimento, realização do exame e profissional que atendeu; indicadores de saúde e indicadores de qualidade e segurança do paciente - redução de riscos e danos.

8.13.1 Os profissionais dos serviços de saúde devem ter ciência e participar de treinamentos que orientam sobre os indicadores de saúde e a melhoria da assistência especializada.

8.14 A análise regular desses indicadores permite uma visão abrangente e detalhada dos serviços especializados contratados, ajudando a identificar pontos fortes, áreas de melhoria e, assim, aprimorar a qualidade do tratamento oncológico oferecido aos pacientes do SUS no Estado da Paraíba.

8.15 A aceitação dos serviços prestados pela CONVENIADA ficará vinculada a avaliação dos indicadores quantitativos, qualitativos e de desempenho acima previstos.

Outros indicadores podem se fazer necessários de acordo com os protocolos institucionais.

8.16 A contratação de prestadores do serviço será formalizada mediante assinatura de contrato celebrado entre o estado da Paraíba, por intermédio da Secretaria de Estado de Saúde, e a(s) empresa(s) que for(em) credenciada(s).

## 9. MODELO DE GESTÃO DO CONTRATO

9.1 O contrato deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas e as normas da Lei nº 14.133, de 2021, e cada parte responderá pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.

9.2 Em caso de impedimento, ordem de paralisação ou suspensão do contrato, o cronograma de execução será prorrogado automaticamente pelo tempo correspondente, anotadas tais circunstâncias mediante simples apostila.





9.3 As comunicações entre o órgão ou entidade e a contratada devem ser realizadas por escrito sempre que o ato exigir tal formalidade, admitindo-se o uso de mensagem eletrônica para esse fim.

9.4 O órgão ou entidade poderá convocar representante da empresa para adoção de providências que devam ser cumpridas de imediato.

9.5 Após a assinatura do contrato ou instrumento equivalente, o órgão ou entidade poderá convocar o representante da empresa contratada para reunião inicial para apresentação do plano de fiscalização, que conterá informações acerca das obrigações contratuais, dos mecanismos de fiscalização, das estratégias para execução do objeto, do plano complementar de execução da contratada, quando houver, do método de aferição dos resultados e das sanções aplicáveis, dentre outros.

#### Fiscalização

9.6 A execução do contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada pelo(s) fiscal(is) do contrato, ou pelos respectivos substitutos (Lei nº 14.133, de 2021, art. 117, caput).

#### Fiscalização Técnica

9.7 O fiscal técnico do contrato acompanhará a execução do contrato, para que sejam cumpridas todas as condições estabelecidas no contrato, de modo a assegurar os melhores resultados para a Administração. (Decreto Estadual nº 43.975, de 2023, art. 24, VI);

9.8 O fiscal técnico do contrato anotará no histórico de gerenciamento do contrato todas as ocorrências relacionadas à execução do contrato, com a descrição do que for necessário para a regularização das faltas ou dos defeitos observados. (Lei nº 14.133, de 2021, art. 117, §1º, e Decreto Estadual nº 43.975, de 2023, art. 24, II);

9.9 Identificada qualquer inexecução ou irregularidade, o fiscal técnico do contrato emitirá notificações para a correção da execução do contrato, determinando prazo para a correção. (Decreto Estadual nº 43.975, de 2023, art. 24, III);

9.10 O fiscal técnico do contrato informará ao gestor do contrato, em tempo hábil, a situação que demandar decisão ou adoção de medidas que ultrapassem sua competência, para que adote as medidas necessárias e saneadoras, se for o caso. (Decreto Estadual nº 43.975, de 2023, art. 24, IV).

9.11 No caso de ocorrências que possam inviabilizar a execução do contrato nas datas aprazadas, o fiscal técnico do contrato comunicará o fato imediatamente ao gestor do contrato. (Decreto Estadual nº 43.975, de 2023, art. 24, V).





9.12 O fiscal técnico do contrato comunicará ao gestor do contrato, em tempo hábil, o término do contrato sob sua responsabilidade, com vistas à renovação tempestiva ou à prorrogação contratual (Decreto Estadual nº 43.975, de 2023, art. 24, VII).

#### Fiscalização Administrativa

9.13 O fiscal administrativo do contrato verificará a manutenção das condições de habilitação da contratada, acompanhará o empenho, o pagamento, as garantias, as glosas e a formalização de apostilamento e termos aditivos, solicitando quaisquer documentos comprobatórios pertinentes, caso necessário (Decreto Estadual nº 43.975, de 2023, art. 25, I e II).

9.14 Caso ocorra descumprimento das obrigações contratuais, o fiscal administrativo do contrato atuará tempestivamente na solução do problema, reportando ao gestor do contrato para que tome as providências cabíveis, quando ultrapassar a sua competência; (Decreto Estadual nº 43.975, de 2023, art. 25, IV)).

9.15 A fiscalização administrativa poderá ser efetivada com base em critérios estatísticos, levando-se em consideração falhas que impactem o contrato como um todo e não apenas erros e falhas eventuais no pagamento de alguma vantagem a um determinado empregado.

9.16 Na fiscalização do cumprimento das obrigações trabalhistas e sociais exigir-se-á, dentre outras, as seguintes comprovações:

9.17 No caso de empresas regidas pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT):

9.17.1 no primeiro mês da prestação dos serviços, a contratada deverá apresentar a seguinte documentação:

9.17.2 relação dos empregados, contendo nome completo, cargo ou função, horário do posto de trabalho, números da carteira de identidade (RG) e da inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), com indicação dos responsáveis técnicos pela execução dos serviços, quando for o caso;

9.17.3 Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) dos empregados admitidos e dos responsáveis técnicos pela execução dos serviços, quando for o caso, devidamente assinada pela contratada;

9.17.4 Exames médicos admissionais dos empregados da contratada que prestarão os serviços; e

9.18 Entrega até o dia trinta do mês seguinte ao da prestação dos serviços ao setor responsável pela fiscalização do contrato dos seguintes documentos, quando não for possível a verificação da regularidade destes no Sistema de Cadastro de Fornecedores (Sicaf) ou SIREF PB:

9.18.1 Certidão Negativa de Débitos relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União (CND);





certidões que comprovem a regularidade perante as Fazendas Estadual, Distrital e Municipal do domicílio ou sede do contratado;

9.18.2 Certidão de Regularidade do FGTS (CRF); e

9.18.3 Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT).

9.18.4 Entrega, quando solicitado pelo Contratante, de quaisquer dos seguintes documentos:

9.18.5 Extrato da conta do INSS e do FGTS de qualquer empregado, a critério da Administração contratante;

9.18.6 Cópia da folha de pagamento analítica de qualquer mês da prestação dos serviços, em que conste como tomador a parte contratante;

9.18.7 Cópia dos contracheques dos empregados relativos a qualquer mês da prestação dos serviços ou, ainda, quando necessário, cópia de recibos de depósitos bancários;

9.18.8 Comprovantes de entrega de benefícios suplementares (vale-transporte, vale-alimentação, entre outros), a que estiver obrigada por força de lei ou de Convenção ou Acordo Coletivo de Trabalho, relativos a qualquer mês da prestação dos serviços e de qualquer empregado; e

9.18.9 Comprovantes de realização de eventuais cursos de treinamento e reciclagem que forem exigidos por lei ou pelo contrato.

9.18.10 Entrega de cópia da documentação abaixo relacionada, quando da extinção ou rescisão do contrato, após o último mês de prestação dos serviços, no prazo definido no contrato:

9.18.11 Termos de rescisão dos contratos de trabalho dos empregados prestadores de serviço, devidamente homologados, quando exigível pelo sindicato da categoria;

9.18.12 Guias de recolhimento da contribuição previdenciária e do FGTS, referentes às rescisões contratuais;

9.18.13 Extratos dos depósitos efetuados nas contas vinculadas individuais do FGTS de cada empregado dispensado;

9.18.14 Exames médicos demissionais dos empregados dispensados.

9.18.15 A Administração deverá analisar a documentação solicitada nos itens acima no prazo de 30 (trinta) dias após o recebimento dos documentos, prorrogáveis por mais 30 (trinta) dias, justificadamente.

9.19 A cada período de 12 meses de vigência do contrato de trabalho, a contratada deverá encaminhar termo de quitação anual das obrigações trabalhistas, na forma do art. 507-B da CLT, ou comprovar a adoção de providências voltadas à sua obtenção, relativamente aos empregados alocados, em dedicação exclusiva, na prestação de serviços contratados.





9.20 O termo de quitação anual efetivado deverá ser firmado junto ao respectivo Sindicato dos Empregados e obedecerá ao disposto no art. 507-B, parágrafo único, da CLT.

9.21 Para fins de comprovação da adoção das providências a que se refere o presente item, será aceito qualquer meio de prova, tais como: recibo de convocação, declaração de negativa de negociação, ata de negociação, dentre outros.

9.22 Não haverá pagamento adicional pela Contratante à Contratada em razão do cumprimento das obrigações previstas neste item.

9.23 No caso de sociedades diversas, tais como as Organizações Sociais Civas de Interesse Público (Oscip's) e as Organizações Sociais, será exigida a comprovação de atendimento a eventuais obrigações decorrentes da legislação que rege as respectivas organizações.

9.24 Os documentos necessários à comprovação do cumprimento das obrigações sociais trabalhistas poderão ser apresentados em original ou por qualquer processo de cópia autenticada por cartório competente ou por servidor da Administração.

9.25 A Administração contratante poderá conceder um prazo para que a contratada regularize suas obrigações trabalhistas ou suas condições de habilitação, sob pena de rescisão contratual, quando não identificar má-fé ou a incapacidade da empresa de corrigir.

9.26 A Contratada é responsável pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do contrato.

9.27 A inadimplência da Contratada, com referência aos encargos trabalhistas, fiscais e comerciais não transfere à Administração Pública a responsabilidade por seu pagamento.

9.28 A fiscalização administrativa observará, ainda, as diretrizes relacionadas no item 10 do Anexo VIII-B da Instrução Normativa nº 5, de 26 de maio de 2017, cuja incidência se admite por força da Instrução Normativa SEAD nº 007, de 16 de novembro de 2023.

#### Gestor do Contrato

9.29 O gestor do contrato coordenará a atualização do processo de acompanhamento e fiscalização do contrato contendo todos os registros formais da execução no histórico de gerenciamento do contrato, a exemplo da ordem de serviço, do registro de ocorrências, das alterações e das prorrogações contratuais, elaborando relatório com vistas à verificação da necessidade de adequações do contrato para fins de atendimento da finalidade da administração. (Decreto Estadual nº 43.975, de 2023, art. 23, IV).

9.30 O gestor do contrato acompanhará os registros realizados pelos fiscais do contrato, de todas as ocorrências relacionadas à execução do contrato e as medidas adotadas, informando, se for o





caso, à autoridade superior àquelas que ultrapassarem a sua competência. (Decreto Estadual nº 43.975, de 2023, art. 23, II).

9.31 O gestor do contrato acompanhará a manutenção das condições de habilitação da contratada, para fins de empenho de despesa e pagamento, e anotará os problemas que obstem o fluxo normal da liquidação e do pagamento da despesa no relatório de riscos eventuais. (Decreto Estadual nº 43.975, de 2023, art. 23, III).

9.32 O gestor do contrato emitirá documento comprobatório da avaliação realizada pelos fiscais técnico, administrativo e setorial quanto ao cumprimento de obrigações assumidas pelo contratado, com menção ao seu desempenho na execução contratual, baseado nos indicadores objetivamente definidos e aferidos, e a eventuais penalidades aplicadas, devendo constar do cadastro de atesto de cumprimento de obrigações. (Decreto Estadual nº 43.975, de 2023, art. 23, III).

9.33 O gestor do contrato tomará providências para a formalização de processo administrativo de responsabilização para fins de aplicação de sanções, a ser conduzido pela comissão de que trata o art. 158 da Lei nº 14.133, de 2021, ou pelo agente ou pelo setor com competência para tal, conforme o caso. (Decreto Estadual nº 43.975, de 2023, art. 23, X).

9.34 O gestor do contrato deverá elaborar relatório final com informações sobre a consecução dos objetivos que tenham justificado a contratação e eventuais condutas a serem adotadas para o aprimoramento das atividades da Administração. (Decreto Estadual nº 43.975, de 2023, art. 23, III).

9.35 O gestor do contrato deverá enviar a documentação pertinente ao setor de contratos para a formalização dos procedimentos de liquidação e pagamento, no valor dimensionado pela fiscalização e gestão nos termos do contrato.

## 10. CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO E DE PAGAMENTO

### Recebimento

10.1 Os serviços serão fornecidos, de forma sumária, a emissão da Nota Fiscal/Fatura deve ser precedida do recebimento definitivo dos serviços, nos termos abaixo ou instrumento de cobrança equivalente, pelo(a) responsável pelo acompanhamento e fiscalização do contrato, para efeito de posterior verificação de sua conformidade com as especificações constantes no Termo de Referência e na proposta.







10.2 Os serviços poderão ser rejeitados, no todo ou em parte, inclusive antes do recebimento provisório, quando em desacordo com as especificações constantes no Termo de Referência e na proposta, devendo ser substituídos no prazo de 30 (TRINTA) dias, a contar da notificação da contratada, às suas custas, sem prejuízo da aplicação das penalidades.

10.3 Os pagamentos serão efetuados no prazo de até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento, conferência, aprovação e atesto, por meio de transferência bancária de acordo com Decreto Estadual nº 43.250, de 19 de dezembro de 2022.

10.4 O prazo para recebimento definitivo poderá ser excepcionalmente prorrogado, de forma justificada, por igual período, quando houver necessidade de diligências para a aferição do atendimento das exigências contratuais.

10.5 No caso de controvérsia sobre a execução do objeto, quanto à dimensão, qualidade e quantidade, deverá ser observado o teor do art. 143 da Lei nº 14.133, de 2021, comunicando-se à empresa para emissão de Nota Fiscal no que pertine à parcela incontroversa da execução do objeto, para efeito de liquidação e pagamento.

10.6 O prazo para a solução, pelo contratado, de inconsistências na execução do objeto ou de saneamento da nota fiscal ou de instrumento de cobrança equivalente, verificadas pela Administração durante a análise prévia à liquidação de despesa, não será computado para os fins do recebimento definitivo.

10.7 O recebimento provisório ou definitivo não excluirá a responsabilidade civil pela solidez e pela segurança dos bens nem a responsabilidade ético-profissional pela perfeita execução do contrato.

#### Liquidação

10.8 Para fins de liquidação, o setor competente deverá verificar se a nota fiscal ou instrumento de cobrança equivalente apresentado expressa os elementos necessários e essenciais do documento, tais como:

- a) prazo de validade;
- b) a data da emissão;
- c) os dados do contrato e do órgão contratante;
- d) período respectivo de execução do contrato;
- e) valor a pagar; e
- f) eventual destaque do valor de retenções tributárias cabíveis.







f.1) Se o destaque de retenção de imposto de renda se enquadra nas hipóteses da IN RFB nº 1.234/2012.

10.9 O valor da nota fiscal deverá ser idêntico ao valor do preço líquido demonstrado na planilha anexada à proposta final apresentada.

10.10 Observar as disposições da INSTRUÇÃO NORMATIVA CONJUNTA SEAD/CGE Nº 01/2016 (SIGBP PB).

10.11 Havendo erro na apresentação da nota fiscal ou instrumento de cobrança equivalente, ou circunstância que impeça a liquidação da despesa, esta ficará sobrestada até que o contratado providencie as medidas saneadoras, reiniciando-se o prazo após a comprovação da regularização da situação, sem ônus ao contratante;

10.12 A nota fiscal ou instrumento de cobrança equivalente deverá ser obrigatoriamente acompanhado da comprovação da regularidade fiscal, constatada por meio de consulta on-line ao SICAF ou SIREF/PB ou, na impossibilidade de acesso ao referido Sistema, mediante consulta aos sítios eletrônicos oficiais ou à documentação mencionada no art. 68 da Lei nº 14.133, de 2021.

10.13 A Administração deverá realizar consulta ao SICAF ou SIREF/PB e ao Cadastro de Fornecedores Impedido de licitar e Contratar – CAFIL/PB para: a) verificar a manutenção das condições de habilitação exigidas no edital; b) identificar possível razão que impeça a participação em licitação, no âmbito do órgão ou entidade, que implique proibição de contratar com o Poder Público, bem como ocorrências impeditivas indiretas.

10.14 Constatando-se, junto ao SICAF ou SIREF e ao CAFIL/PB, a situação de irregularidade do contratado, será providenciada sua notificação, por escrito, para que, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, regularize sua situação ou, no mesmo prazo, apresente sua defesa. O prazo poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, a critério do contratante.

10.15 Não havendo regularização ou sendo a defesa considerada improcedente, o contratante deverá comunicar aos órgãos responsáveis pela fiscalização da regularidade fiscal quanto à inadimplência do contratado, bem como quanto à existência de pagamento a ser efetuado, para que sejam acionados os meios pertinentes e necessários para garantir o recebimento de seus créditos.

10.16 Persistindo a irregularidade, o contratante deverá adotar as medidas necessárias à rescisão contratual nos autos do processo administrativo correspondente, assegurada ao contratado a ampla defesa.





10.17 Havendo a efetiva execução do objeto, os pagamentos serão realizados normalmente, até que se decida pela rescisão do contrato, caso o contratado não regularize sua situação junto ao SICAF ou SIREF e ao CAFIL/PB.

Forma de pagamento

10.18 O pagamento será efetuado por meio de Autorização de Pagamento, mediante depósito em conta corrente, conforme dados bancários indicados pela Contratada, ou por outro meio previsto na legislação vigente, consideradas as disposições do Decreto Estadual nº 43.250, de 2022.

10.19 Será considerada data do pagamento o dia em que constar como emitida a Autorização de Pagamento.

10.20 Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável.

10.21 Observar se a retenção do IR se enquadra nas hipóteses previstas na Instrução Normativa RFB nº 1.234, de 11 de janeiro de 2012.

10.22 Independentemente do percentual de tributo inserido na planilha, quando houver, serão retidos na fonte, quando da realização do pagamento, os percentuais estabelecidos na legislação vigente.

10.23 Será retido para o Fundo Empreender 1,6% das empresas de médio porte ou superior e 1% das empresas de pequeno porte, nos termos do inciso II, do art. 7º, da Lei nº 10.128/2013.

10.24 O contratado regularmente optante pelo Simples Nacional, nos termos da Lei Complementar nº 123, de 2006, não sofrerá a retenção tributária quanto aos impostos e contribuições abrangidos por aquele regime. No entanto, o pagamento ficará condicionado à apresentação de comprovação, por meio de documento oficial, de que faz jus ao tratamento tributário favorecido previsto na referida Lei Complementar.

10.25 Será indicada a retenção ou glosa no pagamento, proporcional à irregularidade verificada, sem prejuízo das sanções cabíveis, caso se constate que a Contratada:

10.25.1 não produzir os resultados acordados,

10.25.2 deixar de executar, ou não executar com a qualidade mínima exigida as atividades contratadas; ou

10.25.3 deixar de utilizar materiais e recursos humanos exigidos para a execução do serviço, ou utilizá-los com qualidade ou quantidade inferior à demandada.

10.25.4 A utilização do IMR não impede a aplicação concomitante de outros mecanismos para a avaliação da prestação dos serviços.





## 11. COMPROVAÇÃO DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

11.1 Deverão ser fornecidas pela CONTRATADA a Declaração de Atesto do Responsável Técnico referente aos serviços executados, com toda documentação da prestação do serviço e do usuário (CPF e CNS);

11.2 Para a comprovação da execução da prestação da assistência no contrato para Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico exigir-se-á:

11.2.1 Solicitação do exame pelo profissional médico, carimbado (nome, profissão, número do registro do conselho regional profissional) e assinado;

11.2.2 Ficha de autorização emitida pela Regulação SES PB;

11.2.3 Documento comprobatório do exame, por exemplo: ficha de execução do exame assinada pelo paciente, laudo de resultado com imagem;

11.2.4 Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) ou Boletim de Produção Ambulatorial Individual (BPAI), com preenchimento de todos os dados de forma legível, assinado e carimbado pelo profissional de saúde e pelo usuário do serviço.

11.3 Para a comprovação da execução prestação de assistência no contrato para Laboratorial de Análises Clínicas exigir-se-á:

11.3.1 Solicitação do exame pelo profissional médico, carimbado (nome, profissão, número do registro do conselho regional profissional) e assinado;

11.3.2 Ficha de autorização emitida pela Regulação SES PB;

11.3.3 Documento comprobatório do exame, por exemplo: lista de execução dos exames assinada pelo paciente;

11.3.4 Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) ou Boletim de Produção Ambulatorial Individual (BPAI), com preenchimento de todos os dados de forma legível, assinado e carimbado pelo profissional de saúde e usuário do serviço.

11.4 Para a comprovação da execução prestação de assistência Laboratorial de Anatomo Patologia e Imunohistoquímica exigir-se-á:

11.4.1 Solicitação do exame pelo profissional médico, carimbado (nome, profissão, número do registro do conselho regional profissional) e assinado;

11.4.2 Ficha de autorização emitida pela Regulação SES PB;

11.4.3 Documento comprobatório do exame, por exemplo: laudo de resultado do exame;





11.4.4 Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) ou Boletim de Produção Ambulatorial Individual (BPAI), com preenchimento de todos os dados de forma legível, assinado e carimbado pelo profissional de saúde.

11.5 O Estabelecimento de Saúde eventualmente contratado se responsabiliza pela correta apresentação das Informações (AIH, APAC, BPA ou BPAI) devendo ser apoiado e supervisionado pela Regional de Saúde onde se encontra o Estabelecimento contratado, de acordo com os Protocolos Técnicos e Manual Técnico Operacional dos Sistemas de Informações Oficiais do SUS;

11.6 Caso não haja produção mensal aprovada nos Sistemas de Informações Oficiais do Sus (SIA/SUS) ou nos meios pré estabelecidos, consequentemente, não haverá pagamento a ser realizado.

## 12. FORMA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR E FORMA DE FORNECIMENTO

12.1 O fornecedor será selecionado por meio da realização de procedimento de Chamamento Público para Credenciamento, com adoção do critério de julgamento. As empresas selecionadas serão aquelas que estiverem aptas e especializadas na prestação de SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO; LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS, LABORATORIAIS DE ANATOMOPATOLOGIA E IMUNOHISTOQUÍMICA;

### 12.1.1 Ordem dos critérios

Capacidade de atendimento aos Procedimento para Ofertas de Cuidados Integrais (OCI) (Portaria SAES/MS Nº 1.821, de junho de 2024 e suas futuras publicações);

Disponibilidade e condições técnicas para realizar os serviços de forma itinerante;

Quantitativo de procedimentos propostos de serem realizados mensalmente;

Localização do Estabelecimento de Saúde e Gestão;

Ordem cronológica do recebimento do pedido de credenciamento, se necessário.

12.2 O fornecedor será avaliado por uma Comissão Avaliadora de Credenciamento.

Forma de fornecimento

12.3 O fornecimento do objeto será continuado.

Exigências de habilitação técnica

12.4 Para fins de habilitação técnica, deverá o interessado comprovar os seguintes requisitos:

12.5 Comprovação de aptidão para o fornecimento de bens similares de complexidade tecnológica e operacional equivalente ou superior com o objeto desta contratação, ou com o item pertinente,





por meio da apresentação de certidões ou atestados, por pessoas jurídicas de direito público ou privado, ou regularmente emitido(s) pelo Respectivo Conselho Regional de Exercício Profissional, quando for o caso.

12.6 A comprovação da capacidade técnico-operacional do interessado dar-se-á pela apresentação de atestado de capacidade técnica, emitido por pessoa jurídica de direito público ou privado, que comprove experiência anterior na prestação de serviços compatíveis com o objeto da contratação.

12.6.1 a. Características: execução de serviços continuados especializados para atendimento ambulatorial nas especialidades de: SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO; LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS, LABORATORIAIS DE ANATOMOPATOLOGIA E IMUNOHISTOQUÍMICA;

b. Quantidades: no mínimo, 10% por cento da quantidade do objeto estimado;

c. Prazos: no mínimo, 50% (cinquenta por cento) do prazo de execução do objeto estimado.

12.7 Alvará de Funcionamento, da pessoa jurídica interessada, em plena validade;

12.8 Comprovar a Inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

12.9 Para fins da comprovação de que trata este subitem, os atestados deverão dizer respeito a contratos executados com as seguintes características mínimas:

Capacidade técnica.

Capacidade operacional.

Capacidade de abrangência territorial, no que concerne a prestação do serviço no Estado da Paraíba.

12.10. Será admitida, para fins de comprovação de quantitativo mínimo, a apresentação e o somatório de diferentes atestados executados de forma concomitante.

12.12 Os atestados de capacidade técnica poderão ser apresentados em nome da matriz ou da filial do fornecedor.

12.13 O fornecedor disponibilizará todas as informações necessárias à comprovação da legitimidade dos atestados, apresentando, quando solicitado pela Administração, cópia do contrato que deu suporte à contratação, endereço atual da contratante e local em que foi executado o objeto contratado, dentre outros documentos.

12.14 Prova de atendimento aos requisitos, previstos na lei Lei n.º 6.360, de 23 de setembro de 1976, e na Resolução da Diretoria Colegiada da RDC/Anvisa nº 16, de 1º de abril de 2014.



### 13. ESTIMATIVAS DO VALOR DA CONTRATAÇÃO

13.1 O valor anual estimado para a execução do presente Edital importa em **R\$ 49.085.635,50** (quarenta e nove milhões, oitenta e cinco mil, seiscentos e trinta e cinco reais e cinquenta centavos), sendo, R\$ 33.440.411,81 (trinta e três milhões, quatrocentos e quarenta mil, quatrocentos e onze reais e oitenta e um centavos) para atendimento a procedimentos de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (anexo A); para serviços laboratoriais especializados em Anatomopatologia e Imunohistoquímica foram estimados no valor anual de R\$ 10.357.151,36 (dez milhões, trezentos e cinquenta e sete mil, cento e cinquenta e um reais e trinta e seis centavos) (anexo B); e para o serviço Laboratorial de Análises Clínicas foi estimado valor anual de R\$ 5.288.072,32 (cinco milhões, duzentos e oitenta e oito mil, setenta e dois reais e trinta e dois centavos) (anexo C).

13.2 O montante financeiro estimado para execução deste certame abrange a necessidade assistencial na extensão territorial de todo o Estado da Paraíba, daqueles municípios e estabelecimentos que estão sob a Gestão Dupla, e será atualizado conforme estudo de necessidade;

13.3 O acréscimo de demanda será feito mediante termo aditivo, e de acordo com as necessidades do credenciante, expansão dos serviços e aumento da necessidade assistencial e a capacidade operacional do Credenciado, os contratados poderão fazer acréscimo de até 25% (vinte e cinco por cento) nos valores limites do contrato, durante o período de sua vigência, mediante justificativa aprovada pela SES PB.

13.4 A estimativa de custo levou em consideração o risco envolvido na contratação e sua alocação entre contratante e contratado, conforme especificado na matriz de risco constante do Contrato.

### 14. DA INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO

13.1 Estando a empresa apta à contratação, o processo será encaminhado a Comissão de Credenciamento, que verificará a regularidade do procedimento, visando a realização do processo de inexigibilidade de licitação, tornando-se por fundamenta o “inciso IV, art 74 da Lei nº14.133/2021, tendo em vista o fato de que a competição resta faticamente impossibilitada, já





que é interesse da coletividade local que o maior número possível de empresas preste os serviços especializados em questão, bem como que não haverá divergência de valores, no intuito de ampliar o acesso da população envolvida.

#### 15. ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

15.1 Para atender às despesas decorrentes dos credenciamentos oriundos desde Edital, a SES utilizará recursos alocados pelo Fundo Nacional do Ministério da Saúde e, na sua insuficiência, recursos do Fundo Estadual de Saúde, conforme disponibilidade orçamentária.

15.2 A contratação será atendida pela seguinte dotação:

Gestão/Unidade: 25000

- I) Fonte de Recursos: 500 e 600
- II) Programa de Trabalho: 5007
- III) Elemento de Despesa: 339039

15.3 A dotação relativa aos exercícios financeiros subsequentes será indicada após aprovação da Lei Orçamentária respectiva e razão dos créditos correspondentes, mediante apostilamento.

#### 16. ANEXO (S)

ANEXO A – Tabela descritiva de procedimentos/exames em Serviços de Apoio a Diagnóstico e Terapêutico (SADT) com valores de pagamentos;

ANEXO B – Tabela descritiva de procedimentos/exames em Serviços Laboratoriais em Anatomopatologia e Imunohistoquímica com valores de pagamentos.

ANEXO C – Tabela descritiva de Serviços Laboratoriais de Análises Clínicas com valores de pagamento Tabela SIGTAP SUS.

João Pessoa, 17 de setembro de 2024.

Dayana Sampaio de Almeida  
**Gerente Executiva de Atenção Especializada**  
Mat.: 193848-7

Aprovado por:

**Arimatheus Silva Reis**  
**Secretário de Estado da Saúde da Paraíba**

Página 47 de 80



ANEXO A

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DA PARAÍBA				
Tabela descritiva de procedimentos/exames em Serviços de Apoio a Diagnóstico e Terapêutico (SADT) com valores de pagamentos.				
PROCEDIMENTO	CÓDIGO SIGTAP SUS	VALOR SIGTAP SUS (R\$)	VALOR COMPLEMENTAÇÃO (R\$)	TABELA VALOR COMPLEMENTAÇÃO SUS PB (R\$)
<b>BIÓPSIAS</b>				
BIÓPSIA DE PROSTATA GUIADA POR ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA RETAL		R\$ -	R\$ 360,00	R\$ 360,00
PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA (PAAF)	02.01.01.058-5	R\$ 66,48	R\$ 198,22	R\$ 264,70
PUNÇÃO DE MAMA POR AGULHA GROSSA (CORE BIÓPSIA)	02.01.01.060-7	R\$ 140,00	R\$ 124,70	R\$ 264,70
BIÓPSIA DE LESÃO DE PARTES MOLES (POR AGULHA/CEU ABERTO)	02.01.01.026-7	R\$ 114,36	R\$ 150,34	R\$ 264,70
BIÓPSIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR TMC/ULTRASSON./RNM/ RX	02.01.01.054-2	R\$ 97,00	R\$ 263,00	R\$ 360,00
BIÓPSIA DE PARENQUIMA HEPÁTICO GUIADA POR ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR		R\$ -	R\$ 360,00	R\$ 360,00
BIÓPSIA DE TIREÓIDE OU PARATIREÓIDE - PAAF	02.01.01.047-0	R\$ 23,73	R\$ 240,97	R\$ 264,70
SEDAÇÃO PARA BIÓPSIA		R\$ -	R\$ 250,00	R\$ 250,00
BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA (LÍNGUA, LÁBIO, MUCOSA, CAVIDADE BUCAL)	02.01.01.052-6	R\$ 21,56	R\$ 34,51	R\$ 56,07
BIÓPSIA DE PÁLPEBRA	02.01.01.035-6	R\$ 18,33	R\$ 9,70	R\$ 28,03
BIÓPSIA PELE E PARTES MOLES (PELE, TECIDO CELULAR OU GÂNGLIOS SUBCUTÂNEOS, PAREDE ABDOMINAL)	02.01.01.037-2	R\$ 25,83	R\$ 74,17	R\$ 100,00
BIÓPSIA DE PAVILHÃO AURICULAR	02.01.01.036-4	R\$ 14,66	R\$ 13,37	R\$ 28,03
BIÓPSIA/ PUNÇÃO DE TUMORE SUPERFICIAL DE PELE	02.01.01.002-0	R\$ 14,10	R\$ 25,14	R\$ 39,24
BIÓPSIA DE PIRÂMIDE NASAL	02.01.01.039-9	R\$ 18,33	R\$ 17,36	R\$ 35,69
BIÓPSIA DE SEIOS PARANASAIS	02.01.01.044-5	R\$ 18,33	R\$ 41,04	R\$ 59,37
BIÓPSIA DE FARINGE	02.01.01.019-4	R\$ 19,06	R\$ 16,56	R\$ 35,62
BIÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA	02.01.01.027-5	R\$ 200,00	R\$ 11,76	R\$ 211,76
BIÓPSIA DE OSSO/ CARTILAGEM DA CINTURA ESCAPULAR (POR AGULHA/ CÉU ABERTO)	02.01.01.030-5	R\$ 182,75	R\$ 175,15	R\$ 357,90
BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE	02.01.01.034-8	R\$ 23,99	R\$ 18,75	R\$ 42,74





BIÓPSIA DE OSSO/ CARTILAGEM DE MEMBRO INFERIOR (POR AGULHA/ CÉU ABERTO)	02.01.01.032-1	R\$ 188,78	R\$ 35,62	R\$ 224,40
BIÓPSIA DE OSSO/CARTILAGEM DE MEMBRO SUPERIOR (POR AGULHA/CÉU ABERTO)	02.01.01.033-0	R\$ 188,26	R\$ 35,62	R\$ 223,88
BIÓPSIA DE OSSO/CARTILAGEM DE CINTURA PÉLVICA (POR AGULHA/CÉU ABERTO)	02.01.01.031-3	R\$ 183,39	R\$ 35,07	R\$ 218,46
BIÓPSIA DE LESÃO DE PARTES MOLES (POR AGULHA/CÉU ABERTO)	02.01.01.026-7	R\$ 114,36	R\$ 22,18	R\$ 136,54
BIÓPSIA DE MÚSCULO	02.01.01.028-3	R\$ 18,33	R\$ 4,22	R\$ 22,55
<b>CINTILOGRAFIA</b>				
CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ LOCALIZAÇÃO DE NECROSE (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	02.08.01.004-1	R\$ 166,47	R\$ 33,29	R\$ 199,76
CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA)	02.08.01.008-4	R\$ 176,72	R\$ 74,98	R\$ 251,70
CINTILOGRAFIA PARA QUANTIFICAÇÃO DE SHUNT EXTRACARDIACO	02.08.01.006-8	R\$ 142,57	R\$ 28,51	R\$ 171,08
CINTILOGRAFIA PARA AVALIAÇÃO DE FLUXO SANGUÍNEO DE EXTREMIDADES	02.08.01.005	R\$ 114,02	R\$ 22,80	R\$ 136,82
CINTILOGRAFIA SINCRONADA DE CAMARAS CARDIACAS EM ESFORÇO	02.08.01.007-6	R\$ 214,85	R\$ 42,97	R\$ 257,82
CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM ESTRESSE (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	02.08.01.002-5	R\$ 408,52	R\$ 173,32	R\$ 581,84
CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM REPOUSO (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	02.08.01.003-3	R\$ 383,07	R\$ 162,52	R\$ 545,59
CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE DIVERTÍCULO DE MECKEL	02.08.02.008-0	R\$ 114,86	R\$ 48,73	R\$ 163,59
CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (LIQUIDO)	02.08.02.005-5	R\$ 135,38	R\$ 57,43	R\$ 192,81
CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRANSITO GASTRICO	02.08.02.007-1	R\$ 114,22	R\$ 78,59	R\$ 192,81
CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE REFLUXO GASTRO- ESOFÁGICO	02.08.02.011-0	R\$ 135,38	R\$ 57,43	R\$ 192,81
CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NÃO ATIVA	02.08.02.010-1	R\$ 310,82	R\$ 131,87	R\$ 442,69
CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTÍMULO	02.08.02.003-9	R\$ 87,89	R\$ 37,29	R\$ 125,18
CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (SEMI-SÓLIDO)	02.08.02.006-3	R\$ 135,38	R\$ 57,43	R\$ 192,81
CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E BAÇO (MÍNIMO 05 IMAGENS)	02.08.02.001-2	R\$ 133,26	R\$ 56,54	R\$ 189,80
CINTILOGRAFIA DO FÍGADO E VIAS BILIARES	02.08.02.002-0	R\$ 187,93	R\$ 79,73	R\$ 267,66
CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA	02.08.02.009-8	R\$ 157,23	R\$ 66,71	R\$ 223,94
CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE COM OU SEM CAPTAÇÃO	02.08.03.002-6	R\$ 77,28	R\$ 32,78	R\$ 110,06



CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE COM TESTE DE SUPRESSÃO/ ESTÍMULO	02.08.03.003-4	R\$ 107,30	R\$ 21,46	R\$ 128,76
TESTE DO PERCLORATO COM RADIOISÓTOPO	02.08.03.005-0	R\$ 107,40	R\$ 21,48	R\$ 128,88
CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DO CORPO INTEIRO (PCI)	02.08.03.004-2	R\$ 338,70	R\$ 143,70	R\$ 482,40
CINTILOGRAFIA DE PARATIREÓIDES	02.08.03.001-8	R\$ 324,54	R\$ 137,69	R\$ 462,23
CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)	02.08.04.005-6	R\$ 133,03	R\$ 357,37	R\$ 490,40
CINTILOGRAFIA DE TESTICULO E BOLSA ESCROTAL	02.08.04.003-0	R\$ 108,94	R\$ 21,78	R\$ 130,72
CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	02.08.04.007-2	R\$ 144,50	R\$ 61,31	R\$ 205,81
CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	02.08.04.006-4	R\$ 122,97	R\$ 52,17	R\$ 175,14
ESTUDO RENAL DINÂMICO COM OU SEM DIURÉTICO	02.08.04.010-2	R\$ 165,24	R\$ 140,29	R\$ 305,53
CINTILOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO	02.08.05.001-9	R\$ 180,32	R\$ 36,06	R\$ 216,38
CINTILOGRAFIA DE OSSOS COM OU SEM FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO)	02.08.05.003-5	R\$ 190,99	R\$ 81,03	R\$ 272,02
ESTUDO DE FLUXO SANGUÍNEO CEREBRAL	02.08.06.003-0	R\$ 119,16	R\$ 23,83	R\$ 142,99
CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIACAO DO TRANSITO LIQUORICO)	02.08.06.002-2	R\$ 205,34	R\$ 87,12	R\$ 292,46
CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL COM TALIO	02.08.06.001-4	R\$ 438,01	R\$ 185,73	R\$ 623,74
LINFOCINTILOGRAFIA	02.08.08.004-0	R\$ 141,33	R\$ 59,96	R\$ 201,29
CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO COM GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS	02.08.09.001-0	R\$ 906,80	R\$ 181,36	R\$ 1.088,16
CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	02.08.09.003-7	R\$ 289,43	R\$ 122,80	R\$ 412,23
CINTILOGRAFIA DE PULMAO COM GALIO 67	02.08.07.001-0	R\$ 457,55	R\$ 535,93	R\$ 993,48
CINTILOGRAFIA DE CORAÇÃO COM GALIO 67	02.08.01.001-7	R\$ 457,55	R\$ 91,51	R\$ 549,06
CINTILOGRAFIA DE RIM COM GALIO 67	02.08.04.002-1	R\$ 457,55	R\$ 91,51	R\$ 549,06
CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO OSSEO COM GALIO 67	02.08.05.004-3	R\$ 457,55		R\$ 457,55
CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR INALACAO (MINIMO 2 PROJECOES)	02.08.07.003-6	R\$ 128,12	R\$ 25,62	R\$ 153,74
CINTILOGRAFIA DE PULMAO PARA PESQUISA DE ASPIRACAO	02.08.07.002-8	R\$ 127,51	R\$ 26,23	R\$ 153,74
CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO (MINIMO 4 PROJECOES)	02.08.07.004-4	R\$ 130,50	R\$ 55,37	R\$ 185,87
CINTILOGRAFIA DE SISTEMA RETÍCULO-ENDOTELIAL (MEDULA ÓSSEA)	02.08.08.001-5	R\$ 112,61	R\$ 47,77	R\$ 160,38
DEMONSTRAÇÃO DE SEQUESTRO DE HEMÁCIAS PELO BAÇO (COM RADIOISÓTOPOS)	02.08.08.002-3	R\$ 97,37	R\$ 19,47	R\$ 116,84
CINTILOGRAFIA DA GLÂNDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)	02.08.09.002-9	R\$ 66,23	R\$ 28,10	R\$ 94,33



IMUNO-CINTILOGRAFIA (ANTICORPOS MONOCLONAL)	02.08.02.012-8	R\$ 1.103,26	-	R\$ 1.103,26
TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO (PLUMER -ATE 30MC)		R\$ -	R\$ 631,95	R\$ 631,95
TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO GRAVES		R\$ -	R\$ 512,31	R\$ 512,31

**RESSONANCIA MAGNETICA**

ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	02.07.01.001-3	R\$ 268,75	-	R\$ 268,75
ANGIORESSONANCIA DE CRANIO/PESCOÇO – ARTERIAL E/OU VENOSA		R\$ -	R\$ 420,00	R\$ 420,00
ANGIORESSONANCIA DE TORAX – ARTERIAL E/OU VENOSA		R\$ -	R\$ 420,00	R\$ 420,00
ANGIORESSONANCIA DE ABDOMEN/PELVE – ARTERIAL E/OU VENOSA		R\$ -	R\$ 420,00	R\$ 420,00
ANGIORESSONÂNCIA DE CORONÁRIA DE TÓRAX		R\$ -	R\$ 420,00	R\$ 420,00
ANGIORESSONANCIA DE ABDÔMEN TOTAL		R\$ -	R\$ 420,00	R\$ 420,00
ANGIORESSONÂNCIA DE MEMBROS SUPERIORES		R\$ -	R\$ 420,00	R\$ 420,00
ANGIORESSONÂNCIA DE MEMBROS INFERIORES		R\$ -	R\$ 420,00	R\$ 420,00
CONTRASTE PARA ANGIORESSONANCIA		R\$ -	R\$ 100,00	R\$ 100,00
RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBROS SUPERIORES (UNILATERAL)	02.07.02.002-7	R\$ 268,75	-	R\$ 268,75
RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	02.07.03.003-0	R\$ 268,75	-	R\$ 268,75
RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO SACRA	02.07.01.004-8	R\$ 268,75	-	R\$ 268,75
RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORÁCICA	02.07.01.005-6	R\$ 268,75	-	R\$ 268,75
RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	02.07.01.003-0	R\$ 268,75	-	R\$ 268,75
RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO- MANDIBULAR (BILATERAL)	02.07.01.002-1	R\$ 268,75	-	R\$ 268,75
RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA/PELVE/ABDOMEN INFERIOR	02.07.03.002-2	R\$ 268,75	-	R\$ 268,75
RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TÚRCICA	02.07.01.007-2	R\$ 268,75	-	R\$ 268,75
RESSONANCIA MAGNETICA DE CRÂNIO (boca/face/orbitas/ouvidos)	02.07.01.006-4	R\$ 268,75	-	R\$ 268,75
RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/ COLANGIORRESSONANCIA	02.07.03.004-9	R\$ 268,75	-	R\$ 268,75
RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDÔMEN SUPERIOR	02.07.03.001-4	R\$ 268,75	-	R\$ 268,75
RESSONANCIA MAGNETICA DE TÓRAX	02.07.02.003-5	R\$ 268,75	-	R\$ 268,75
CONTRASTE PARA RESSONÂNCIA		R\$ -	R\$ 100,00	R\$ 100,00
SEDAÇÃO PARA RESSONÂNCIA		R\$ -	R\$ 250,00	R\$ 250,00

**TOMOGRAFIAS**

TOMOGRAFIA DE CRÂNIO (INCLUI REGIÃO MASTEOIDEA)	02.06.01.007-9	R\$ 97,44	R\$ 42,56	R\$ 140,00
---	----------------	-----------	-----------	------------





TOMOGRAFIA DE SELA TURCICA	02.06.01.006-0	R\$ 97,44	R\$ 42,56	R\$ 140,00
TOMOGRAFIA DE COLUNA TORÁCICA	02.06.01.003-6	R\$ 86,76	R\$ 53,24	R\$ 140,00
TOMOGRAFIA DE COLUNA LOMBO SACRA	02.06.01.002-8	R\$ 101,10	R\$ 38,90	R\$ 140,00
TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL	02.06.01.001-0	R\$ 86,76	R\$ 53,24	R\$ 140,00
TOMOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO DE MEMBRO SUPERIOR (ESTERNO CLAVICULAR/OMBRO/COTOVELO E PUNHO)	02.06.02.001-5	R\$ 86,75	R\$ 53,25	R\$ 140,00
TOMOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES	02.06.03.002-9	R\$ 86,75	R\$ 53,25	R\$ 140,00
TOMOGRAFIA DE FACE/SEIOS DA FACE/ARTICULAÇÕES TÊMPORO MANDIBULARES	02.06.01.004-4	R\$ 86,75	R\$ 53,25	R\$ 140,00
TOMOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	02.06.03.001-0	R\$ 138,63	R\$ 1,37	R\$ 140,00
TOMOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	90.01.01.009-0	R\$ -	R\$ 280,00	R\$ 280,00
TOMOGRAFIA DE TÓRAX	02.06.02.003-1	R\$ 136,41	R\$ 53,59	R\$ 190,00
TOMOGRAFIA DE PESCOÇO	02.06.01.005-2	R\$ 86,75	R\$ 53,25	R\$ 140,00
TOMOGRAFIA DE PELVE/BACIA/ABDOMEN INFERIOR	02.06.03.003-7	R\$ 138,63	R\$ 1,37	R\$ 140,00
TOMOGRAFIA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	02.06.02.002-3	R\$ 86,75	R\$ 53,25	R\$ 140,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE CRÂNIO INCLUINDO VASOS VENOSOS E/OU ARTERIAIS		R\$ -	R\$ 420,00	R\$ 420,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE PESCOÇO, INCLUINDO VASOS VENOSOS E/OU ARTERIAIS		R\$ -	R\$ 420,00	R\$ 420,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE TÓRAX, VASOS VENOSOS E/OU ARTERIAIS		R\$ -	R\$ 420,00	R\$ 420,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE MEMBROS SUPERIORES, VASOS VENOSOS E/OU ARTERIAIS		R\$ -	R\$ 420,00	R\$ 420,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE MEMBROS INFERIORES, VASOS VENOSOS E/OU ARTERIAIS		R\$ -	R\$ 420,00	R\$ 420,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDOMEN INCLUINDO VASOS VENOSOS E/OU ARTERIAIS, COMPREENDENDO VASOS ILÍACOS;		R\$ -	R\$ 520,00	R\$ 520,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE CORONÁRIAS		R\$ -	R\$ 420,00	R\$ 420,00
UROTOMOGRAFIA		R\$ -	R\$ 348,00	R\$ 348,00
CONTRASTE PARA ANGIOTOMOGRAFIA		R\$ -	R\$ 100,00	R\$ 100,00
CONTRASTE PARA TOMOGRAFIA		R\$ -	R\$ 100,00	R\$ 100,00
<b>ULTRASSONOGRAFIA</b>				
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	02.05.02.003-8	R\$ 24,20	R\$ 33,26	R\$ 57,46
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	02.05.02.004-6	R\$ 37,95	R\$ 51,55	R\$ 89,50
ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	02.05.02.005-4	R\$ 24,20	R\$ 33,26	R\$ 57,46



ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO	02.05.02.006-2	R\$ 24,20	R\$ 33,26	R\$ 57,46
ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	02.05.02.007-0	R\$ 24,20	R\$ 33,26	R\$ 57,46
ULTRASSONOGRRAFIA DE GLOBO OCULAR/ORBITA (MONOCULAR)	02.05.02.008-9	R\$ 24,20	R\$ 15,04	R\$ 39,24
ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMÁRIA BILATERAL	02.05.02.009-7	R\$ 24,20	R\$ 24,85	R\$ 49,05
ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL	02.05.02.010-0	R\$ 24,20	R\$ 33,26	R\$ 57,46
ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA VIA TRANSRETAL	02.05.02.011-9	R\$ 24,20	R\$ 31,87	R\$ 56,07
ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE	02.05.02.012-7	R\$ 24,20	R\$ 24,85	R\$ 49,05
ULTRASSONOGRRAFIA DE OBSTÉTRICA	02.05.02.014-3	R\$ 24,20	R\$ 33,26	R\$ 57,46
ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA C/DOPPLER COLORIDO E PULSADO	02.05.02.015-1	R\$ 39,60	R\$ 72,54	R\$ 112,14
ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	02.05.02.016-0	R\$ 24,20	R\$ 24,85	R\$ 49,05
ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA		R\$ -	R\$ 112,14	R\$ 112,14
ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA COM TRANSLUCENCIA NUCAL		R\$ -	R\$ 112,14	R\$ 112,14
ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA	02.05.02.017-8	R\$ 24,20	R\$ 87,94	R\$ 112,14
ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	02.05.02.018-6	R\$ 24,20	R\$ 33,26	R\$ 57,46
ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES		R\$ -	R\$ 95,31	R\$ 95,31
ULTRASSONOGRRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL		R\$ -	R\$ 90,00	R\$ 90,00
ULTRASSONOGRRAFIA DE REGIÃO INGUINAL		R\$ -	R\$ 90,00	R\$ 90,00
ECODOPPLER ORGAOS OU ESTRUTURAS SUPERFICIAIS		R\$ -	R\$ 180,00	R\$ 180,00
ECODOPPLER DE TIREOIDE		R\$ -	R\$ 180,00	R\$ 180,00
ECODOPPLER DE BOLSA ESCROTAL		R\$ -	R\$ 180,00	R\$ 180,00
ECODOPPLER TRANSVAGINAL		R\$ -	R\$ 180,00	R\$ 180,00
DOPPLER DE VASOS CERVICAIS ARTERIAIS BILATERAL (CAROTIDAS)		R\$ -	R\$ 180,00	R\$ 180,00
DOPPLER VASOS CERVICAIS VENOSO BILATERAL		R\$ -	R\$ 150,00	R\$ 150,00
DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR/UNILATERAL		R\$ -	R\$ 150,00	R\$ 150,00
DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO INFERIOR/ UNILATERAL		R\$ -	R\$ 150,00	R\$ 150,00
DOPPLER ARTERIAL RENAL		R\$ -	R\$ 150,00	R\$ 150,00
DOPPLER AORTA E ILIACA		R\$ -	R\$ 150,00	R\$ 150,00
DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR/ UNILATERAL		R\$ -	R\$ 150,00	R\$ 150,00
DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR/ UNILATERAL		R\$ -	R\$ 150,00	R\$ 150,00
<b>ENDOSCOPIAS</b>				
ENDOSCOPIA-ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	02.09.01.003-7	R\$ 48,16	R\$ 144,57	R\$ 192,73
LARINGOSCOPIA	02.09.04.002-5	R\$ 47,14	R\$ 52,86	R\$ 100,00





VIDEOLARINGOSCOPIA	02.09.04.004-1	R\$ 45,50	R\$ 45,50	R\$ 91,00
COLONOSCOPIA	02.09.01.002-9	R\$ 112,66	R\$ 112,34	R\$ 225,00
RETOSSIGMOIDOSCOPIA	02.09.01.005-3	R\$ 23,13	R\$ 46,87	R\$ 70,00
<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>CÓDIGO SIGTAP SUS</b>	<b>VALOR SIGTAP SUS (R\$)</b>	<b>VALOR COMPLEMENTAÇÃO (R\$)</b>	<b>TABELA VALOR COMPLEMENTAÇÃO SUS PB (R\$)</b>
ELETROMIOGRAMA	02.11.05.006-7	R\$ 27,00	R\$ 81,00	R\$ 108,00
ENCEFALOGRAMA	02.11.05.XXX-X	R\$ 25,00	R\$ 50,00	R\$ 75,00
ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG)	02.11.05.008-3	R\$ 27,00	R\$ 81,00	R\$ 108,00
MAMOGRAFIA BILATERAL DIGITAL	02.04.03.018-8	R\$ 45,00	R\$ 67,50	R\$ 112,50
ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	02.05.01.003-2	R\$ 67,86	R\$ 67,86	R\$ 135,72
ECODOPPLER TRANSCRANIANO	02.05.02.001-1	R\$ 117,00	R\$ 117,00	R\$ 234,00
ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE	02.05.01.001-6	R\$ 165,00	R\$ 165,00	R\$ 330,00
TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET-CT)	02.06.01.009-5	R\$ 2.107,22	R\$ -	R\$ 2.107,22
EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)	02.03.02.003-0	R\$ 40,78	R\$ 122,34	R\$ 163,12

Demais procedimentos seguem valor Tabela SIGTAP SUS



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DA PARAÍBA				
Tabela descritiva de procedimentos/exames em Serviços Laboratoriais em Anatomopatologia e Imunohistoquímica com valores de pagamentos.				
ANATOMIA PATOLOGIA e IMUNOHISTOQUIMICA				
PROCEDIMENTO	CÓDIGO SIGTAP SUS	VALOR SIGTAP SUS (R\$)	VALOR COMPLEMENTAÇÃO (R\$)	TABELA VALOR COMPLEMENTAÇÃO SUS PB (R\$)
EXAME CITOPATOLÓGICO HORMONAL SERIADO (MÍNIMO TRÊS COLETAS)	02.03.01.002-7	R\$ 20,96	R\$ 27,35	R\$ 48,31
IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR/ MAXIMO 6 POR PCTE)	02.03.02.004-9	R\$ 131,52	R\$ 299,47	R\$ 430,99
EXAME DE CITOPATOLOGIA – (EXCETO CERVICO VAGINAL E DE MAMAS) – PAAF (ATE 5)	02.03.01.003-5	R\$ 20,96	R\$ 60,00	R\$ 80,96
EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA – PAAF DE MAMA	02.03.01.004-3	R\$ 35,34	R\$ 56,66	R\$ 92,00
EXAME ANATOMOPATOLOGICO PARA CONGELAMENTO/ PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU BIOPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)	02.03.02.003-0	R\$ 40,78	R\$ 51,22	R\$ 92,00
COLORACAO ESPECIAL – POR PEÇA	-	-	R\$ 43,16	R\$ 43,16
ATO DE COLETA DE PAAF DE ÓRGÃO OU ESTRUTURAS SUPERFICIAIS COM DESLOCAMENTO DO PATOLOGISTA	-	-	R\$ 118,73	R\$ 118,73
Demais procedimentos seguem valor Tabela SIGTAP SUS				





SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DA PARAÍBA		
Tabela descritiva de Serviços Laboratoriais de Análises Clínicas com valores de pagamento Tabela SIGTAP SUS.		
CÓDIGO SIGTAP SUS	ITEM DE PROGRAMAÇÃO - AMBULATORIAL	VALOR MÉDIO SIGTAP SUS (R\$)
020203XXXX	EXAMES SOROLÓGICOS E IMUNOLÓGICOS	R\$ 110,49
0202030237	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$ 80
0202031241	GENOTIPAGEM DO HIV	R\$ 0
020203XXXX	EXAMES SOROLÓGICOS E IMUNOLÓGICOS (FAEC)	R\$ 93,71
0202070182	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R\$ 58,61
020210XXXX	EXAMES DE GENÉTICA (MAC)	R\$ 155
0204010195	SIALOGRAFIA (POR GLANDULA)	R\$ 48,85
0212010042	FENOTIPAGEM K, FYA, FYB, JKA, JKB EM GEL	R\$ 10
0304080012	FATOR ESTIMULANTE DO CRESCIMENTO DE COLÔNIAS DE GRANULÓCITOS / MACRÓFAGOS	R\$ 871
020201XXXX	EXAMES BIOQUÍMICOS BÁSICOS	R\$ 2,3
020201XXXX	EXAMES BIOQUÍMICOS DIVERSOS	R\$ 5,15
020202XXXX	EXAMES HEMATOLÓGICOS E HEMOSTASIA BÁSICOS	R\$ 5,68
020202XXXX	EXAMES HEMATOLÓGICOS E HEMOSTASIA DIVERSOS (MAC)	R\$ 5,68
020203XXXX	EXAMES SOROLÓGICOS E IMUNOLÓGICOS (MAC)	R\$ 18,34
020204XXXX	EXAMES COPROLÓGICOS	R\$ 2,32
0202050017	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$ 3,7
020205XXXX	EXAMES DE UROANÁLISE	R\$ 3
020206XXXX	EXAMES HORMONAIIS	R\$ 12,01
020207XXXX	EXAMES TOXICOLÓGICOS OU DE MONITORIZAÇÃO TERAPÉUTICA	R\$ 8,83
020208XXXX	EXAMES MICROBIOLÓGICOS BÁSICOS	R\$ 5,3
020208XXXX	EXAMES MICROBIOLÓGICOS DIVERSOS	R\$ 5,64
020209XXXX	EXAMES EM OUTROS LÍQUIDOS BIOLÓGICOS	R\$ 3,52
020212XXXX	EXAMES IMUNOHEMATOLÓGICOS	R\$ 6,06

**Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba**

Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 – João Pessoa/PB (83) 3211-



Assinado com senha por [SES95658] [SENHA] IVNA COSTA CABRAL em 17/09/2024 - 16:45hs.  
Documento Nº: 5781851.47652417-3288 - consulta à autenticidade em  
<https://pbdoc.pb.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=5781851.47652417-3288>





SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE		
TEMPO MÁXIMO DE ESPERA PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES E EMISSÃO DE LAUDOS		
PROCEDIMENTO	Tempo máximo para realização do procedimento	Tempo máximo para emissão de Laudo de resultado de exame
Biópsias	10 dias	5 dias úteis
Eletroencefalograma (EEG)	5 dias	24 horas
Eletromiografia e Eletroneuromiografia	5 dias	5 dias úteis
Endoscopias (Esofagogastroduodenoscopia, Colonoscopia, Retossigmoidoscopia)	10 dias	24 horas
Densitometria Óssea	10 dias	2 dias úteis
Ecocardiografias	5 dias	24 horas
Ecodoppler Transcraniano	5 dias	24 horas
Diagnóstico por Medicina Nuclear In Vivo (Cintilografia, Linfocintilografia)	10 dias	3 dias úteis
Diagnóstico por Ressonância Magnética	10 dias	5 dias úteis
Diagnóstico por Tomografia Computadorizada (com e sem contraste)	10 dias	3 dias úteis
Tomografia Computadorizada por Emissão de Pósitrons (PET-CT)	10 dias	5 dias úteis
Mamografia Digital	10 dias	2 dias úteis
Ultrassonografias (sem Doppler e com Doppler)	10 dias	24 horas
Videolaringoscopia	10 dias	24 horas
Exame Citopatológico Hormonal Seriado	-	7 dias úteis
Exame de Citopatologia com PAAF	-	7 dias úteis
Exame Anatomopatológico para Congelamento/Parafina por Peça	-	7 dias úteis

**SecretariadeSaúde do Estado da Saúde**

Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 – João Pessoa/PB (83) 3211-



Assinado com senha por [SES95658] [SENHA] IVNA COSTA CABRAL em 17/09/2024 - 16:45hs.  
Documento Nº: 5781851.47652417-3288 - consulta à autenticidade em  
<https://pbdoc.pb.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=5781851.47652417-3288>



SESPRC202424483V02

Cirúrgica ou Biópsia		
Coloração Especial – Por Peça	-	7 dias úteis
Ato de Coleta de PAAF de Órgão ou Estruturas Superficiais com Deslocamento do Patologista	-	
Imunohistoquímica de Neoplasias Malignas	-	7 dias úteis
Exames Laboratoriais de Análises Clínicas	5 dias	3 dias úteis
Demais exames, consultar Regulação Estadual.		

**Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba**

Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 – João Pessoa/PB (83) 3211-



Assinado com senha por [SES95658] [SENHA] IVNA COSTA CABRAL em 17/09/2024 - 16:45hs.  
Documento Nº: 5781851.47652417-3288 - consulta à autenticidade em  
<https://pbdoc.pb.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=5781851.47652417-3288>



ANEXO II

FICHA DE REQUERIMENTO EDITAL DE CREDEBCIAMENTO 06/2024

1. DADOS DO PROPONENTE (PESSOA JURÍDICA)

Razão Social:				
Nome de Fantasia (se houver)				
CNPJ:		Ano de Criação:		
Nº de membros/Associados:		Área de Atuação:		
Endereço(Rua, Avenida, Quadra, Travessa, etc.):				
N.º:	Complemento:	Bairro:	Cidade:	UF:
Telefone fixo:( )			Celular:( )	
E-mail:			Site:	

**SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO E SERVIÇOS LABORATORIAIS PARA O ESTADO DA PARAÍBA, POR MACRORREGIÃO**

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
I MACRORREGIÃO

PROCEDIMENTOS

<input type="checkbox"/>	BIÓPSIAS	Especialidade/especificação: _____
<input type="checkbox"/>	DENSITOMETRIA ÓSSEA	
<input type="checkbox"/>	DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	
<input type="checkbox"/>	DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	
<input type="checkbox"/>	ENDOSCOPIAS	Especialidade/especificação: _____
<input type="checkbox"/>	ECOCARDIOGRAFIA	Especialidade/especificação: _____

SecretariadeSaúde do Estado da Saúde

Av. Dom Pedro II, 1826 - Torre CEP 58.040-440 - João Pessoa/PB (83) 3211-



Assinado com senha por [SES95658] [SENHA] IVNA COSTA CABRAL em 17/09/2024 - 16:45hs.  
Documento Nº: 5781851.47652417-3288 - consulta à autenticidade em  
<https://pbdoc.pb.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=5781851.47652417-3288>



SESPRC202424483V02

	ECODOPPLER	Especialidade/especificação: _____
	ELETROMIOGRAMA	
	ELETROENCEFALOGRAMA	
	ELETRONEUROMIOGRAFIA	
	ULTRASSONOGRÁFIAS	Especialidade/especificação: _____
	CINTILOGRAFIA	
	LINFOCINTILOGRAFIA	
	TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET-CT)	
	LABORATORIAL ANATOMOPATOLÓGICO	
	IMUNOHISTOQUÍMICA	
	LABORATORIAL ANÁLISES CLÍNICAS	
	OUTROS	Especialidade/especificação: _____

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
II MACRORREGIÃO**

**PROCEDIMENTOS**

	BIÓPSIAS	Especialidade/especificação: _____
	DENSITOMETRIA ÓSSEA	
	DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	
	DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	
	ENDOSCOPIAS	Especialidade/especificação: _____
	ECCARDIOGRAFIA	Especialidade/especificação: _____

**Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba**

Av. Dom Pedro II, 1826 - Torre CEP 58.040-440 - João Pessoa/PB (83) 3211-



	ECODOPPLER	Especialidade/especificação: _____
	ELETROMIOGRAMA	
	ELETROENCEFALOGRAMA	
	ELETRONEUROMIOGRAFIA	
	ULTRASSONOGRÁFIAS	Especialidade/especificação: _____
	CINTILOGRAFIA	
	LINFOCINTILOGRAFIA	
	TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET-CT)	
	LABORATORIAL ANATOMOPATOLÓGICO	
	IMUNOHISTOQUÍMICA	
	LABORATORIAL ANÁLISES CLÍNICAS	
	OUTROS	Especialidade/especificação: _____

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**  
**III MACRORREGIÃO**

**PROCEDIMENTOS**

	BIÓPSIAS	Especialidade/especificação: _____
	DENSITOMETRIA ÓSSEA	
	DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	
	DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	
	ENDOSCOPIAS	Especialidade/especificação: _____
	ECCARDIOGRAFIA	Especialidade/especificação: _____

**Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba**

Av. Dom Pedro II, 1826 - Torre CEP 58.040-440 - João Pessoa/PB (83) 3211-



<input type="checkbox"/>	ECODOPPLER	Especialidade/especificação: _____
<input type="checkbox"/>	ELETROMIOGRAMA	
<input type="checkbox"/>	ELETROENCEFALOGRAMA	
<input type="checkbox"/>	ELETRONEUROMIOGRAFIA	
<input type="checkbox"/>	ULTRASSONOGRÁFIAS	Especialidade/especificação: _____
<input type="checkbox"/>	CINTILOGRAFIA	
<input type="checkbox"/>	LINFOCINTILOGRAFIA	
<input type="checkbox"/>	TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET-CT)	
<input type="checkbox"/>	LABORATORIAL ANATOMOPATOLÓGICO	
<input type="checkbox"/>	IMUNOHISTOQUÍMICA	
<input type="checkbox"/>	LABORATORIAL ANÁLISES CLÍNICAS	
<input type="checkbox"/>	OUTROS	Especialidade/especificação: _____

- As informações prestadas neste pedido de credenciamento são verdadeiras;
- Qualquer fato superveniente impeditivo de credenciamento ou de contratação será informado;
- Conheço os termos do Edital de Credenciamento, bem como as informações e condições para o cumprimento das obrigações objeto do credenciamento, com as quais concordo;
- Estou de acordo com as normas e tabela de valores definidos;
- Não me encontro suspenso, nem declarado inidôneo para participar de licitações ou contratar com órgãos ou entidades da Administração Pública;
- Não me enquadro nas situações de impedimentos previstas no edital do credenciamento.

João Pessoa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
(nome, carimbo e assinatura do representante legal da empresa)

**Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba**  
Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 – João Pessoa/PB (83) 3211-



ANEXO III

MINUTA DO CONTRATO EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 06/2024

CONTRATO nº \_\_\_\_\_/2024.

Contrato que entre si firmam a SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DA PARAÍBA e o \_\_\_\_\_, destinados à para Prestação de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), Serviços Laboratoriais para Análises Clínicas, para Anatomopatológico e Imunohistoquímica.

CLÁUSULA PRIMEIRA – PRÊAMBULO DAS PARTES, DO FUNDAMENTO E OBJETO DO CONTRATO.

1.1. DAS PARTES

Pelo presente instrumento, de um lado a SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, inscrita no CNPJ sob o nº 08.778.268/0001-60, com sede na Av. Dom Pedro II, n. 1.826, Torre, João Pessoa-PB, CEP: 58.044-440, doravante denominado CONTRATANTE, neste ato representado pelo Secretário de Estado da Saúde, \_\_\_\_\_, brasileiro, inscrito no CPF sob o n.º \_\_\_\_\_, e de outro, XXXXXXXXXX, com sede estabelecida na cidade de XXXXXXXXXX, doravante denominado CONTRATADA, através de seu representante legal XXXXXXXXXX, portador da carteira de identidade nº XXXXXXXXXX e CPF nº XXXXXXXXXX, resolvem, de comum acordo, celebrar o presente CONTRATO, considerando a Lei Federal 14.133/21, inciso I do § 1º do art. 18 e a Lei 8080/90, art. 9º, sobre a Direção Única do SUS que deve ser exercida em cada esfera de governo resolvem celebrar o contrato consubstanciado no presente instrumento, cujas cláusulas seguem abaixo.

1.2. DO OBJETO

**Secretaria de Saúde do Estado da Saúde**

Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 – João Pessoa/PB (83) 3211-



Assinado com senha por [SES95658] [SENHA] IVNA COSTA CABRAL em 17/09/2024 - 16:45hs.  
Documento Nº: 5781851.47652417-3288 - consulta à autenticidade em  
<https://pbdoc.pb.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=5781851.47652417-3288>



SECRETARIA DE ESTADO  
DA SAÚDE



GOVERNO  
DA PARAÍBA

O presente Edital tem por objeto contratar entidades jurídicas, para prestação de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), Serviços Laboratoriais para Análises Clínicas, Anatomopatológico e Imunohistoquímica para atuarem na ampliação e fortalecimento da média complexidade Rede de Atenção à Saúde Estadual da Paraíba (inciso I do § 1º do art. 18 da Lei 14.133/2021) na perspectiva da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES) (Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023) e Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, no âmbito do SUS (Portaria GM/MS nº 3.492, de 8 de abril de 2024);

PARAGRAFO ÚNICO - Consideram-se integrantes da contratação, o Termo de Referência, o Edital de Credenciamento, anexos acostados ao Edital e demais documentos pertinentes, independente de transcrição.

PARAGRAFO PRIMEIRO - Fica assegurada a preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos e ainda persistindo a necessidade dos serviços demandados, a Secretaria recorrerá às entidades com fins lucrativos;

#### CLÁUSULA SEGUNDA - DO PAGAMENTO E DA DOTAÇÃO

##### 2.1. DO PAGAMENTO

2.1.1. Os pagamentos serão efetuados no prazo de até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento, conferência, aprovação e atesto, por meio de transferência bancária de acordo com Decreto Estadual nº 43.250, 19 de dezembro de 2022, e de acordo com as condições constantes na Seção XIII do Edital e da X do Termo de Referência, mediante a apresentação de Nota/Fatura, correspondente, de acordo com as demais exigências administrativas em vigor, em favor da CONTRATADA;

2.1.2. Em havendo alguma pendência impeditiva do pagamento, o prazo fluirá a partir da sua regularização por parte da contratada.

2.1.3. Os valores serão vinculados ao estabelecido em Termo de Referência, devidamente comprovado mediante apresentação de toda documentação descrita no item 11 e sub itens que o seguem, conforme descrito: solicitações médica para exames, assinados e carimbados, fichas de

**SecretariadeSaúde do Estado da Saúde**

Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 – João Pessoa/PB (83) 3211-



Assinado com senha por [SES95658] [SENHA] IVNA COSTA CABRAL em 17/09/2024 - 16:45hs.  
Documento Nº: 5781851.47652417-3288 - consulta à autenticidade em  
<https://pbdoc.pb.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=5781851.47652417-3288>





SECRETARIA DE ESTADO  
DA SAÚDE  
PB,



**GOVERNO  
DA PARAIBA**

autorização de exame emitida pela Regulação SES  
documento comprobatório do(s) exame (s), Boletim

de Produção Ambulatorial (BPA) ou Boletim de Produção Ambulatorial Individual (BPAI), assinado e carimbado pelo profissional e pelo usuário do serviço, laudos de resultados de exames.

2.1.4. Também devem ser observados os requisitos constantes no Termo de Referência e seus anexos no que se refere ao item DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO.

## 2.2 DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

2.2.1. Para atender às despesas decorrentes dos credenciamentos oriundos desde Edital, a SES utilizará recursos alocados pelo Fundo Nacional do Ministério da Saúde e, na sua insuficiência, recursos do Fundo Estadual de Saúde, conforme disponibilidade orçamentária.

2.2.2 As despesas vinculadas às contratações serão reconhecidas contabilmente com as dotações orçamentárias:

- I) Gestão/Unidade: 25000
- II) Fonte de Recursos: 500 e 600
- III) Programa de Trabalho: 5007
- IV) Elemento de Despesa: 339039

## CLÁUSULA TERCEIRA - DO PRAZO DE VIGÊNCIA

3.1. O prazo de vigência do presente contrato será de 12 (doze) meses, tendo por termo inicial a data de sua assinatura, podendo ser prorrogado, condicionado a verificação da real necessidade e vantagem para a Administração na continuidade do contrato, nos termos do Art. 105 da Lei 14.133/21.

## CLÁUSULA QUARTA – DAS ATRIBUIÇÕES

### 4.1. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA:

4.1.1 Executar fielmente o objeto dentro do melhor padrão de qualidade, de forma que os serviços a serem executados mantenham todas as especificações técnicas e qualidades exigidas pelo Ministério da Saúde, RDCs, Resoluções e Portarias específicas ao objeto de contrato e cumprindo todas as especificações estabelecidas no Edital, Termo de Referência e seus anexos;

4.1.2 Apresentar a CONTRATANTE a relação nominal dos profissionais responsáveis técnicos dos serviços, inclusive em caso de substituição, acompanhada das respectivas comprovação e


**Secretaria de Saúde do Estado da Saúde**

Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 – João Pessoa/PB (83) 3211-



Assinado com senha por [SES95658] [SENHA] IVNA COSTA CABRAL em 17/09/2024 - 16:45hs.  
Documento Nº: 5781851.47652417-3288 - consulta à autenticidade em  
<https://pbdoc.pb.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=5781851.47652417-3288>



SECRETARIA DE ESTADO  
DA SAÚDE  GOVERNO  
DA PARAÍBA atualizações de registro junto ao Conselho Regional  
de Exercício Profissional – seção Paraíba, com  
antecedência mínima de 10 dias úteis, de modo a compor arquivo de prontuários funcionais  
sempre à disposição da contratante;

4.1.3 Utilizar de forma privativa e confidencial, os documentos fornecidos pelo CONTRATANTE  
para a execução do Contrato;

4.1.4 Cumprir rigorosamente a capacidade operacional mensal, assim como prazos execução de  
procedimentos/exames e emissão de laudos, definida pela CONTRATANTE;

4.1.5 Efetuar os serviços designados pela CONTRATANTE, em unidades de saúde dentro do  
território Paraíba e na macrorregião pretendida;

4.1.6 Assumir inteira responsabilidade civil, administrativa e penal por quaisquer danos e prejuízos  
materiais ou pessoais causados diretamente ou por seus empregados ou prepostos, à contratante  
ou a terceiros;

4.1.7 Manter a CONTRATANTE informada sobre o andamento dos serviços, informando-a sempre  
que se registrarem ocorrências extraordinárias;

4.1.8 Utilizar, para a realização dos serviços de procedimentos/exames, profissionais devidamente  
habilitados, equipamentos e insumos de qualidade superior, reservando-se a CONTRATANTE o  
direito de exigir a substituição daqueles que comprovadamente não estejam cumprindo as  
exigências constantes do Edital;

4.1.9 A CONTRATANTE poderá rejeitar, com a devida justificativa, aqueles serviços que não  
preenchem as condições contratuais para prestação dos serviços objeto deste Edital, fixando prazo  
para sua substituição;

4.1.10 Providenciar a correção das deficiências apontadas pela CONTRATANTE quanto à execução  
dos serviços de modo a evitar qualquer prejuízo à execução do objeto deste Edital, sob pena de  
aplicação das sanções previstas neste instrumento;

4.1.11 Manter, durante a vigência do contrato, todas as condições e qualificações exigidas pela  
CONTRATANTE para a celebração do contrato;

4.1.12 A CONTRATADA poderá realizar a denúncia do ajuste, a qualquer tempo, pelo credenciado,  
bastando notificar a Administração, com a antecedência de trinta dias;

#### 4.2. DA COMPROVAÇÃO DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

### SecretariadeSaúde do Estado da Saúde

Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 – João Pessoa/PB (83) 3211-



Assinado com senha por [SES95658] [SENHA] IVNA COSTA CABRAL em 17/09/2024 - 16:45hs.  
Documento Nº: 5781851.47652417-3288 - consulta à autenticidade em  
<https://pbdoc.pb.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=5781851.47652417-3288>





4.2.1 Deverão ser fornecidas pela CONTRATADA a Declaração de Atesto do Responsável Técnico referente aos serviços executados, com toda documentação da prestação do serviço e do usuário (CPF E CNS);

4.2.2 Para a comprovação da execução da prestação da assistência no contrato para Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico exigir-se-á:

- i. Solicitação do exame pelo profissional médico, carimbado (nome, profissão, número do registro do conselho regional profissional) e assinado;
- ii. Ficha de autorização emitida pela Regulação SES PB;
- iii. Documento comprobatório do exame, por exemplo: ficha de execução do exame assinada pelo paciente, laudo de resultado com imagem;
- iv. Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) ou Boletim de Produção Ambulatorial Individual (BPAI), com preenchimento de todos os dados de forma legível, assinado e carimbado pelo profissional de saúde e pelo usuário do serviço.

4.2.3 Para a comprovação da execução prestação de assistência no contrato para Laboratorial de Análises Clínicas exigir-se-á:

- i. Solicitação do exame pelo profissional médico, carimbado (nome, profissão, número do registro do conselho regional profissional) e assinado;
- ii. Ficha de autorização emitida pela Regulação SES PB;
- iii. Documento comprobatório do exame, por exemplo: lista de execução dos exames assinada pelo paciente;
- iv. Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) ou Boletim de Produção Ambulatorial Individual (BPAI), com preenchimento de todos os dados de forma legível, assinado e carimbado pelo profissional de saúde e usuário do serviço.

4.2.4 Para a comprovação da execução prestação de assistência Laboratorial de Anatomia Patológica e Imunohistoquímica exigir-se-á:

- i. Solicitação do exame pelo profissional médico, carimbado (nome, profissão, número do registro do conselho regional profissional) e assinado;
- ii. Ficha de autorização emitida pela Regulação SES PB;
- iii. Documento comprobatório do exame, por exemplo: laudo de resultado do exame;

**Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba**

Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 – João Pessoa/PB (83) 3211-





iv. Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) ou  
Boletim de Produção Ambulatorial

Individual (BPAI), com preenchimento de todos os dados de forma legível, assinado e carimbado pelo profissional de saúde.

4.2.5 O Estabelecimento de Saúde eventualmente contratado se responsabiliza pela correta apresentação das Informações (AIH, APAC, BPA ou BPAI) devendo ser apoiado e supervisionado pela Regional de Saúde onde se encontra o Estabelecimento contratado, de acordo com os Protocolos Técnicos e Manual Técnico Operacional dos Sistemas de Informações Oficiais do SUS;

4.2.6 Caso não haja produção mensal aprovada nos Sistemas de Informações Oficiais do Sus (SIA/SUS) ou nos meios pré estabelecidos, conseqüentemente, não haverá pagamento a ser realizado.

#### 4.3. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE:

4.2.1. Fornecer, sempre que for necessário e quando forem solicitadas pela CONTRATADA, informações adicionais pertinentes aos serviços a serem executado;

4.2.2. Efetuar o pagamento na forma convencionada em contrato, desde que atendidas às exigências documentais pela CONTRATADA;

4.2.3. Fiscalizar a execução deste contrato, apontando vícios e defeitos quando ocorrerem, e determinar as correções;

4.2.4. Notificar, formal e tempestivamente, a CONTRATADA sobre as irregularidades observadas no cumprimento do contrato em 48 (quarenta e oito) horas após conhecimento das irregularidades;

4.2.5. Notificar a CONTRATADA por escrito e com antecedência, sobre multas, penalidades e quaisquer débitos de sua responsabilidade em 48 (quarenta e oito) horas após conhecimento das penalidades;

4.2.6. Aplicar as sanções administrativas contratuais pertinentes, em caso de inadimplemento;

4.2.7. Realizar pagamento após a realização de auditoria médica;

4.2.8. O atesto das Notas Fiscais nas faturas mensais compete ao gestor do contrato, que será designado pela CONTRATANTE;

4.2.9 Notificar a CONTRATADA sobre a extinção dos contratos, com antecedência de 30 dias.

4.2.10 A CONTRATANTE possibilitará que os usuários denunciem qualquer irregularidade verificada na prestação dos serviços e/ou no faturamento.

#### Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba

Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 – João Pessoa/PB (83) 3211-



5.1. É vedada a subcontratação completa, a qual consiste em: subcontratar outras empresas com mesma finalidade que a contratada;

#### CLÁUSULA SEXTA – DO REGIME DISCIPLINAR

6.1. O (A) CONTRATADO (A) se obriga a cumprir com disciplina, zelo, dedicação, competência, as determinações do CONTRATANTE, respondendo civil, penal e administrativamente por ações dolosas ou que configurem negligência, imprudência ou imperícia, sendo garantida a prévia defesa e contraditório.

6.2. Constatada a falta e a lesão ao interesse público, o contrato será rescindido, assegurando-se, contudo ao CONTRATADO o direito ao contraditório e à ampla defesa.

#### CLÁUSULA SÉTIMA – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

7.1 A CONTRATADA, em caso de inadimplemento de suas obrigações, garantido o contraditório e ampla defesa anteriormente a sua aplicação definitiva, ficará sujeita às sanções administrativas previstas nos arts. 155 a 163 da Lei n.º 14.133/21, a serem aplicadas pela autoridade competente da CONTRATANTE, conforme a gravidade do caso, sem prejuízo do ressarcimento dos danos porventura causados à Administração, e das cabíveis cominações legais:

7.2 O atraso injustificado na execução do serviço objeto deste Edital ensejará a credenciada multa de 0,5% (meio por cento) por dia, e por ocorrência, até o limite máximo de 5% (cinco por cento) sobre o valor total do contrato, recolhida no prazo máximo de 10 (dez) dias, uma vez comunicada.

7.3 A aplicação da multa referida no subitem acima, não impede que a Administração rescinda unilateralmente o contrato e aplique outras sanções previstas na Lei nº 14.133/21.

7.4 Pela inexecução total ou parcial do contrato a Administração poderá, garantida a prévia defesa, aplicar ao contratado as seguintes sanções:

a. advertência;

#### SecretariadeSaúdedoEstadoSaúde

Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 – João Pessoa/PB (83) 3211-





b. multa de 10% (dez por cento) do valor da nota de empenho ou Contrato, no caso de descumprimento parcial ou total de qualquer obrigação pactuada, salvo se decorrente de motivo de força maior definido em Lei, e reconhecido pela autoridade competente;

c. impedimento de licitar e contratar com a Administração pelo prazo de até 03 (três) anos

d. declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a contratada ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base no item anterior;

7.5 No caso de não-recolhimento do valor das multas de que trata os subitens 7.2 e 7.6. alínea b, poderá ser descontada dos pagamentos a que fizer jus a CONTRATADA ou ajuizada a dívida, consoante o § 8º do art.156 da Lei 14.133/21, acrescida de juros moratórios de 1,0% (um por cento) ao mês.

7.7 As penalidades serão obrigatoriamente registradas no SICAF, e no caso de suspensão de licitar, o licitante deverá ser descredenciado por igual período, sem prejuízo das multas previstas no Termo de Referência e das demais cominações legais.

7.8 No processo de aplicação de penalidades será sempre assegurado o direito ao contraditório e à ampla defesa.

7.9 A penalidade estabelecida no subitem 7.4, será da competência do Secretário de Estado da Saúde ou por agente que receba esta delegação.

#### CLÁUSULA OITAVA- DA RESCISÃO

8.1. Pela inexecução total ou parcial deste instrumento ou descumprimento das normas do SUS em vigor e nos casos enumerados na lei 14.133/21, poderão acarretar a rescisão do contrato, assegurado o contraditório e ampla defesa.

8.2. O CONTRATANTE poderá rescindir o presente contrato mediante simples aviso extrajudicial, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, por ato unilateral, reduzido a termo, precedido de decisão escrita e fundamentada, nas seguintes hipóteses:

a) Quando houver desvio de ética;

#### SecretariadeSaúdedoEstadodaSaúde

Av.DomPedroII,1826–TorreCEP58.040-440-JoãoPessoa/PB(83)3211-





- b) Desobediência das normas administrativas, inclusive a cobrança de serviços, diárias, taxas, materiais, medicamentos ou honorários, sob qualquer pretexto e/ou forma, dos usuários do SUS;
- c) Erros por imperícia, negligência ou imprudência;
- d) Desempenho clínico ou comportamental insatisfatório;
- e) Conveniência administrativa;
- f) Necessidade de adequação da despesa da SES com a sua receita;
- g) Por deixar de atender os usuários do SUS;
- h) Por avaliação de desempenho insatisfatória.
- i) Pelo Descredenciamento da pessoa jurídica contratada

8.3. O ato unilateral de que trata o item anterior deverá ser precedido de justificativa elaborada pelo Setor competente, autorizada pela Secretária da Saúde.

8.4. O presente contrato poderá ser rescindido por acordo entre as partes, amigavelmente, mediante simples aviso extrajudicial, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, reduzido a termo, precedido de decisão escrita e fundamentada da Gerência da Unidade, com anuência da Secretária de Saúde ou de pessoa por ela indicada.

8.5 A ausência da prestação de serviços do CONTRATADO aos usuários do SUS, poderá implicar, após avaliação técnica, sobre a alteração ou rescisão do contrato, mediante simples aviso extrajudicial.

8.6. Na hipótese de rescisão, o CONTRATADO fará jus aos valores relativos a serviços já prestados e ainda não pagos pela Administração.

#### CLÁUSULA NONA – DAS ALTERAÇÕES

9.1. Qualquer alteração do presente contrato será objeto de termo aditivo, na forma da legislação vigente.

#### CLÁUSULA DÉCIMA - DO FORO

### Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba

Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 – João Pessoa/PB(83)3211-



SECRETARIA DE ESTADO  
DA SAÚDE



GOVERNO  
DA PARAÍBA

10.1. As partes elegem o foro de João Pessoa, com exclusão de qualquer outro por mais privilegiado que seja, para dirimir questões oriundas do presente contrato que não puderem ser resolvidas pelas próprias contratantes.

E por estarem às partes justas e contratadas, firmam o presente contrato em 03(três) vias de igual teor e forma para um único efeito, na presença de 02 (duas) testemunhas, abaixo assinadas.

João Pessoa, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

XXXXXXXXXX

SECRETÁRIO DE SAÚDE DO ESTADO  
CONTRATANTE

CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

1. Nome: \_\_\_\_\_  
CPF
2. Nome: \_\_\_\_\_  
CPF

**Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba**

Av. Dom Pedro II, 1826 - Torre CEP 58.040-440 - João Pessoa/PB (83) 3211-



Assinado com senha por [SES95658] [SENHA] IVNA COSTA CABRAL em 17/09/2024 - 16:45hs.  
Documento Nº: 5781851.47652417-3288 - consulta à autenticidade em  
<https://pbdoc.pb.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=5781851.47652417-3288>



SESPRC202424483V02



**ANEXO IV**

**DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADE DE CARGOS E FUNÇÕES**

Eu, \_\_\_\_\_, declaro, para os devidos fins, que na Instituição \_\_\_\_\_, não há nenhum sócio, diretor ou representante legal que exerça Cargo ou Função de Chefia ou Assessoramento, em qualquer nível, na Administração Pública, do estado da Paraíba, não comprometendo desta forma a participação da Instituição supracitada no presente processo de Chamamento Público.

João Pessoa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

(nome, carimbo e assinatura do representante legal da empresa).

Observação: Em papel timbrado da Instituição interessada

**SecretariadeSaúdedoEstadodaSaúde**

Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 – João Pessoa/PB (83) 3211-



Assinado com senha por [SES95658] [SENHA] IVNA COSTA CABRAL em 17/09/2024 - 16:45hs.  
Documento Nº: 5781851.47652417-3288 - consulta à autenticidade em  
<https://pbdoc.pb.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=5781851.47652417-3288>



SESPRC202424483V02

ANEXO V

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA E FATO IMPEDITIVO E DE IDONEIDADE

A proponente abaixo assinada declara na forma Lei nº 14.133/2021 e sob as penas da lei, que até a presente data inexistem fatos impeditivos para a habilitação no Chamamento Público nº xx/2024, cujo objeto é o Credenciamento para contratação de serviços médicos especializados para atendimento hospitalar, ambulatorial nas especialidades de ginecologia, obstetrícia, ultrassonografista com experiência em ultrassonografia obstétrica, ginecológica e/ou neonatal, pediatria, neonatologia e cirurgia pediátrica e para teleatendimentos nas especialidades de obstetrícia, pediatria e subespecialidades pediátricas, para atuarem na ampliação e fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde materno infantil da Paraíba, que tenham habilitação para o exercício das funções previstas no edital, devendo declarar, obrigatoriamente, de imediato ocorrências posteriores.

João Pessoa \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
(nome, carimbo e assinatura do representante legal da empresa).

Observação: Em papel timbrado da Instituição interessada

**SecretariadeSaúdedoEstadoSaúde**

Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 – João Pessoa/PB (83) 3211-



Assinado com senha por [SES95658] [SENHA] IVNA COSTA CABRAL em 17/09/2024 - 16:45hs.  
Documento Nº: 5781851.47652417-3288 - consulta à autenticidade em  
<https://pbdoc.pb.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=5781851.47652417-3288>



ANEXO VI  
DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO AO INCISO XXXIII DO ART. 7º DA CF  
(EMPREGADO MENOR)

Declaramos, sob as penas da lei, em atendimento ao quanto previsto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal, para os fins do disposto no inciso V do art. 98 da Lei Estadual 9.433/05, que não empregamos menor de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre,

( ) nem menor de 16 anos.

( ) nem menor de 16 anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 anos.

João Pessoa \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

---

(nome, carimbo e assinatura do representante legal da empresa).

Observação: Em papel timbrado da Instituição interessada

**Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba**  
Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 – João Pessoa/PB (83) 3211-



Assinado com senha por [SES95658] [SENHA] IVNA COSTA CABRAL em 17/09/2024 - 16:45hs.  
Documento Nº: 5781851.47652417-3288 - consulta à autenticidade em  
<https://pbdoc.pb.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=5781851.47652417-3288>



ANEXO VII

DECLARAÇÃO DE EQUIPE TÉCNICA PARA EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 06/2024

Secretaria de Estado de Saúde da Paraíba

Comissão de Credenciamento

EDITAL Nº \_\_/2024

A empresa \_\_\_\_\_ (Razão Social), CNPJ nº \_\_\_\_\_, sediada na Rua \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_ (Bairro/Cidade), através de seu Diretor ou Representante Legal, \_\_\_\_\_ (Nome/CI/CPF), declara seus responsáveis técnicos, juntamente com outros profissionais habilitados (equipe técnica mínima), conforme abaixo se demonstra, se comprometem a exercer diretamente suas atividades naquele serviço:

Nome completo do profissional	Especialidade	Conselho Regional/número/UF	CPF	PREPOSTO? (sim/não)

João Pessoa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

Nome, Cargo e Assinatura do Representante Legal

Dados da Declarante: Razão Social e Nº do CNPJ

**Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba**

Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 – João Pessoa/PB (83) 3211-



ANEXO VIII

DECLARAÇÃO DE CAPACIDADE OPERACIONAL DE EXECUÇÃO  
EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 06/2024

Eu, \_\_\_\_\_, Responsável Técnico (cargo) \_\_\_\_\_ da [Instituição/Organização], com sede na [Endereço Completo], declaro para os devidos fins que nossa instituição possui plena capacidade técnica para execução dos serviços de tratamento oncológico, conforme detalhado abaixo:

1. SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO:

- Dispomos de infraestrutura adequada e profissionais especializados para Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, oferecendo suporte integral aos pacientes desde o agendamento, durante o exame até o diagnóstico, seguindo rigorosos protocolos de segurança e qualidade.

I MACRORREGIÃO		
PROCEDIMENTOS/EXAMES	Quantidade mensal	Quantidade anual

II MACRORREGIÃO		
PROCEDIMENTOS//EXAMES	Quantidade mensal	Quantidade anual

III MACRORREGIÃO		
PROCEDIMENTOS/EXAMES	Quantidade mensal	Quantidade anual

**Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba**  
Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 – João Pessoa/PB (83) 3211-



Assinado com senha por [SES95658] [SENHA] IVNA COSTA CABRAL em 17/09/2024 - 16:45hs.  
Documento Nº: 5781851.47652417-3288 - consulta à autenticidade em  
<https://pbdoc.pb.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=5781851.47652417-3288>



--	--	--

2. LABORATORIAL DE ANATOMOPATOLÓGICO:

- Contamos com infraestrutura adequada e profissionais especializados para Serviço Laboratorial em Anatomopatologia, seguindo rigorosos protocolos de segurança e qualidade.

I MACRORREGIÃO		
PROCEDIMENTOS/EXAMES	Quantidade mensal	Quantidade anual

II MACRORREGIÃO		
PROCEDIMENTOS/EXAMES	Quantidade mensal	Quantidade anual

III MACRORREGIÃO		
PROCEDIMENTOS/EXAMES	Quantidade mensal	Quantidade anual

3. LABORATORIAL DE IMUNOHISTOQUÍMICA

- Temos expertise em análise e laudo de Imunohistoquímica, seguindo rigorosos protocolos de segurança e qualidade.

I MACRORREGIÃO		
PROCEDIMENTOS/EXAMES	Quantidade mensal	Quantidade anual

II MACRORREGIÃO		
-----------------	--	--

**Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba**

Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 – João Pessoa/PB (83) 3211-



Assinado com senha por [SES95658] [SENHA] IVNA COSTA CABRAL em 17/09/2024 - 16:45hs.  
Documento Nº: 5781851.47652417-3288 - consulta à autenticidade em  
<https://pbdoc.pb.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=5781851.47652417-3288>



PROCEDIMENTOS/EXAMES	Quantidade mensal	Quantidade anual
<b>III MACRORREGIÃO</b>		
PROCEDIMENTOS/EXAMES	Quantidade mensal	Quantidade anual

#### 4 LABORATORIAL DE ANÁLISES CLÍNICAS

- Contamos com infraestrutura adequada e profissionais especializados para Serviço Laboratorial em Análises Clínicas oferecendo suporte integral aos pacientes desde o agendamento, durante o exame até os resultados; e seguindo rigorosos protocolos de segurança e qualidade.

<b>I MACRORREGIÃO</b>		
PROCEDIMENTOS/EXAMES	Quantidade mensal	Quantidade anual
<b>II MACRORREGIÃO</b>		
PROCEDIMENTOS/EXAMES	Quantidade mensal	Quantidade anual
<b>III MACRORREGIÃO</b>		
PROCEDIMENTOS/EXAMES	Quantidade mensal	Quantidade anual

**Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba**  
Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 – João Pessoa/PB (83) 3211-



Assinado com senha por [SES95658] [SENHA] IVNA COSTA CABRAL em 17/09/2024 - 16:45hs.  
Documento Nº: 5781851.47652417-3288 - consulta à autenticidade em  
<https://pbdoc.pb.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=5781851.47652417-3288>



SECRETARIA DE ESTADO  
DA SAÚDE



GOVERNO  
DA PARAIBA

Declaramos ainda que possuímos todas as licenças,  
certificações e autorizações necessárias

dos órgãos competentes para a prestação dos serviços mencionados acima.

Estamos à disposição para fornecer qualquer informação adicional que se faça necessária.

João Pessoa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_

[Nome Completo]

[Cargo]

[Instituição/Organização]

**SecretariadeSaúdedoEstadodaSaúde**

Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre CEP 58.040-440 – João Pessoa/PB (83) 3211-



Assinado com senha por [SES95658] [SENHA] IVNA COSTA CABRAL em 17/09/2024 - 16:45hs.  
Documento Nº: 5781851.47652417-3288 - consulta à autenticidade em  
<https://pbdoc.pb.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=5781851.47652417-3288>



SESPRC202424483V02