

ANEXO III
MODELO DE PEDIDO DE CREDENCIAMENTO

Ao (nome instituição)

Rua..., nº cidade..., CEP. Estado,

Ref.: EDITAL DE CHAMAMENTO nº XXX/2025 - SES,

Objeto:.....

Manifestamos nosso interesse em ser credenciado para prestação de serviçosem total conformidade com os critérios e condições estabelecidos no EDITAL DE CHAMAMENTO nº XXX/2025–SES e seus Anexos, e em conformidade com a documentação que segue em anexo. Para tanto, declaramos, sob as penas da lei, que conhecemos os termos do Edital e seus Anexos, aos quais nos submetemos e que possuímos equipe com capacitação técnica para realização dos serviços necessárias para o atendimento do objeto.

Acompanham o nosso Pedido de Credenciamento os documentos exigidos no Edital, bem como todos aqueles julgados oportunos para perfeita compreensão e avaliação dos documentos de credenciamento.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Representante Legal

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DO EDITAL

A empresa, pessoa jurídica de direito privado, com sede na....., inscrita no CNPJ nº....., por meio de seu sócio-gerente ou representante legal, abaixo firmado, vem declarar que possui pleno conhecimento, e manifestar inteira concordância com todos os termos do EDITAL DE CHAMAMENTO N° xxx/202x, que trata da seleção e possível contratação de entidades filantrópicas e/ou privadas, prestadoras de serviços de saúde na área de anatomia patológica, assumindo a responsabilidade pela autenticidade de todos os documentos apresentados, sujeitando-se às penalidades legais e a sumária desclassificação do chamamento, e que fornecerá quaisquer informações complementares solicitadas pelo Agente de Contratação/Comissão.

Aracaju/SE, de de 2025.

Interessado

ANEXO V

DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DOS PREÇOS

A empresa, pessoa jurídica de direito privado, com sede na....., inscrita no CNPJ nº....., por meio de seu sócio-gerente ou representante legal, abaixo firmado, em atenção ao EDITAL DE CHAMAMENTO N° xxx/2025, vem manifestar sua aceitação aos preços praticados pela “pesquisa de mercado”, conforme Anexo VIII, para pagamento dos procedimentos contratados, estando também ciente de que para os reajustes serão adotados cálculos fundados nos reajustes aplicados à referida tabela.

Aracaju/SE, de de 202x.

Fornecedor

ANEXO VI

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DO INCISO XXXIII DO ART. 7º DA
CONSTITUIÇÃO FEDERAL**

Ref.: EDITAL DE CHAMAMENTO n.º __/20__ - PROCESSO n.º ____/20__

_____(nome do agente)_____, CNPJ n.º _____ sediada
_____, por intermédio de seu representante legal,
infra-assinado, e para os fins do Chamamento Público XXX em epígrafe, DECLARA expressamente,
sob as penas da lei que:

1. encontra-se em situação regular perante o Ministério do Trabalho, no que se refere à observância do disposto no inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal,
2. não emprega menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, nem menores de 16 (dezesesseis) anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Representante Legal

ANEXO VII
MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO IMPEDITIVO

Ref.: EDITAL DE CHAMAMENTO n.º ____/20__ - PROCESSO n.º ____/20__

_____(nome do agente)_____, CNPJ n.º _____
sediada

_____, por intermédio de seu representante legal, infra-assinado, e para os fins do Chamamento Público XXX em epígrafe, DECLARA expressamente, sob as penas da lei que para todos os fins de direito, a inexistência de fatos supervenientes impeditivos da habilitação ou que comprometam a idoneidade da proponente nos termos do Art. 337-M da Lei Federal n.º. 14.133/2021.

_____, ____ de _____ de ____.

Assinatura do Representante Legal

ANEXO VIII
VALORES DE REFERÊNCIA POR PROCEDIMENTO

Item	Descrição Resumida do Objeto	Unidade de Medida	Quantidade e Solicitada	Valor (unidade)	Valor Total (R\$)
1	020201002-3 DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	Unidade Mensal	50	7,04	352,00
2	020201011-2 DOSAGEM DE ACIDO ASCÓRBICO	Unidade Mensal	50	7,04	352,00
3	020201012-0 DOSAGEM DE ACIDO ÚRICO	Unidade Mensal	50	6,48	324,00
4	020201018-0 DOSAGEM DE AMILASE	Unidade Mensal	50	7,88	394,00
5	020201020-1 DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACÇÕES	Unidade Mensal	50	7,04	352,00
6	020201021-0 DOSAGEM DE CÁLCIO	Unidade Mensal	50	6,48	324,00
7	020201022-8 DOSAGEM DE CÁLCIO IONIZÁVEL	Unidade Mensal	50	12,29	614,50
8	020201026-0 DOSAGEM DE CLORETO	Unidade Mensal	50	6,48	324,00
9	020201027-9 DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	Unidade Mensal	50	12,29	614,50
10	020201028-7 DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	Unidade Mensal	50	12,29	614,50
11	020201029-5 DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	Unidade Mensal	50	6,48	324,00
12	020201031-7 DOSAGEM DE CREATININA	Unidade Mensal	50	6,48	324,00
13	020201032-5 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	Unidade Mensal	50	12,88	644,00
14	020201036-8 DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA	Unidade Mensal	50	12,88	644,00
15	020201038-4 DOSAGEM DE FERRITINA	Unidade Mensal	50	13,51	675,50
16	020201039-2 DOSAGEM DE	Unidade Mensal	50	12,29	614,50

	FERRO SÉRICO				
17	020201042-2 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	Unidade Mensal	50	7,04	352,00
18	020201043-0 DOSAGEM DE FOSFORO	Unidade Mensal	50	6,48	324,00
19	020201046-5 DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	Unidade Mensal	50	12,29	614,50
20	020201047-3 DOSAGEM DE GLICOSE	Unidade Mensal	50	6,48	324,00
21	020201050-3 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	Unidade Mensal	50	13,51	675,50
22	020201055-4 DOSAGEM DE LIPASE	Unidade Mensal	50	7,88	394,00
23	020201056-2 DOSAGEM DE MAGNÉSIO	Unidade Mensal	50	7,04	352,00
24	020201060-0 DOSAGEM DE POTÁSSIO	Unidade Mensal	50	6,48	324,00
25	020201061-9 DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS	Unidade Mensal	50	4,90	245,00
26	020201062-7 DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRACÇÕES	Unidade Mensal	50	6,48	324,00
27	020201063-5 DOSAGEM DE SÓDIO	Unidade Mensal	50	6,48	324,00
28	020201064-3 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	Unidade Mensal	50	7,04	352,00
29	020201065-1 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	Unidade Mensal	50	7,04	352,00
30	020201066-0 DOSAGEM DE TRANSFERRINA	Unidade Mensal	50	13,51	675,50
31	020201067-8 DOSAGEM DE TRIGLICERÍDEOS	Unidade Mensal	50	12,29	614,50
32	020201069-4 DOSAGEM DE UREIA	Unidade Mensal	50	6,48	324,00
33	020201070-8 DOSAGEM DE VITAMINA B12	Unidade Mensal	50	13,51	675,50
34	020201073-2 GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2	Unidade Mensal	50	13,51	675,50

	(EXCESSO OU DEFICIT))				
35	020201076-7 DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	Unidade Mensal	50	13,51	675,50
36	020202013-4 DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP)	Unidade Mensal	50	13,51	675,50
37	020202014-2 DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	Unidade Mensal	50	9,56	478,00
38	020202016-9 DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	Unidade Mensal	50	13,51	675,50
39	020202029-0 DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	Unidade Mensal	50	13,51	675,50
40	020202030-4 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	Unidade Mensal	50	5,36	268,00
41	020202038-0 HEMOGRAMA COMPLETO	Unidade Mensal	50	13,51	675,50
42	020203008-3 DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA	Unidade Mensal	50	13,51	675,50
43	020203010-5 DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECIFICO (PSA)	Unidade Mensal	50	13,51	675,50
44	020203020-2 DOSAGEM DE PROTEÍNA C REATIVA	Unidade Mensal	50	9,91	495,50
45	020203030-0 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	Unidade Mensal	50	13,51	675,50
46	020203047-4 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	Unidade Mensal	50	13,51	675,50
47	020203090-3 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVÍRUS	Unidade Mensal	50	13,51	675,50
48	020203096-2 PESQUISA DE ANTÍGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	Unidade Mensal	50	13,51	675,50
49	020203097-0 PESQUISA DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE	Unidade Mensal	50	13,51	675,50

	DO VÍRUS DA HEPATITE B (H)				
50	020203111-0 TESTE NÃO TREPONÊMICO P/ DETECÇÃO DE SÍFILIS	Unidade Mensal	50	9,91	495,50
51	020203121-7 DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	Unidade Mensal	50	13,51	675,50
52	020204014-3 PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	Unidade Mensal	50	5,78	289,00
53	020205009-2 DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	Unidade Mensal	50	13,51	675,50
54	020205011-4 DOSAGEM DE PROTEÍNAS (URINA DE 24 HORAS)	Unidade Mensal	50	7,14	357,00
55	020205013-0 EXAME QUALITATIVO DE CÁLCULOS URINÁRIOS	Unidade Mensal	50	12,95	647,50
56	020206009-8 DOSAGEM DE ALDOSTERONA	Unidade Mensal	50	13,51	675,50
57	020206016-0 DOSAGEM DE ESTRADIOL	Unidade Mensal	50	13,51	675,50
58	020206021-7 DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIÔNICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	Unidade Mensal	50	13,51	675,50
59	020206023-3 DOSAGEM DE HORMÔNIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	Unidade Mensal	50	13,51	675,50
60	020206024-1 DOSAGEM DE HORMÔNIO LUTEINIZANTE (LH)	Unidade Mensal	50	13,51	675,50
61	020206025-0 DOSAGEM DE HORMÔNIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	Unidade Mensal	50	13,51	675,50
62	020206026-8 DOSAGEM DE INSULINA	Unidade Mensal	50	13,51	675,50
63	020206027-6 DOSAGEM DE PARATORMÔNIO	Unidade Mensal	50	13,51	675,50
64	020206029-2 DOSAGEM DE PROGESTERONA	Unidade Mensal	50	13,51	675,50
65	020206030-6 DOSAGEM DE PROLACTINA	Unidade Mensal	50	13,51	675,50

66	020206031-4 DOSAGEM DE RENINA	Unidade Mensal	50	13,51	675,50
67	020206034-9 DOSAGEM DE TESTOSTERONA	Unidade Mensal	50	13,51	675,50
68	020206035-7 DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	Unidade Mensal	50	13,51	675,50
69	020206036-5 DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	Unidade Mensal	50	13,51	675,50
70	020206037-3 DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	Unidade Mensal	50	13,51	675,50
71	020206038-1 DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	Unidade Mensal	50	13,51	675,50
72	020206039-0 DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	Unidade Mensal	50	13,51	675,50
73	020207025-5 DOSAGEM DE LÍTIO	Unidade Mensal	50	7,88	394,00
74	020207035-2 DOSAGEM DE ZINCO	Unidade Mensal	50	13,51	675,50
75	020201079-1 DOSAGEM DE PEPTÍDEOS NATRIURÉTICOS TIPO B	Unidade Mensal	50	13,51	675,50
76	020208001-3 ANTIBIOGRAMA	Unidade Mensal	50	13,51	675,50
77	020208015-3 HEMOCULTURA	Unidade Mensal	50	13,51	675,50
78	020403015-3 RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA E PERFIL)	Unidade Mensal	50	28,50	1.425,00
79	020502004-6 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	Unidade Mensal	325	122,05	39.666,25
80	020502005-4 ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	Unidade Mensal	100	84,00	8.400,00
81	020502006-2 ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO	Unidade Mensal	75	84,00	6.300,00
82	021102003-6 ELETROCARDIOGRAMA (PRONTO SOCORRO / EXTERNO)	Unidade Mensal	300	15,45	4.635,00
83	021102004-4 MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	Unidade Mensal	100	135,00	13.500,00

84	021102005-2 MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL (M.A.P.A)	Unidade Mensal	120	140,98	16.917,60
85	021102006-0 TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMÉTRICO	Unidade Mensal	160	140,10	22.416,00
86	030101007-2 CONSULTA MEDICA EM AT ESPECIALIZADA	Unidade Mensal	80	55,00	4.400,00
87	020501001-6 ECOCARDIOGRAFIA DE STRESS	Unidade Mensal	16	300,30	4.804,80
88	020501002-4 ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA	Unidade Mensal	16	495,00	7.920,00
89	020501003-2 ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	Unidade Mensal	32	119,82	3.834,24
90	020801003-3 CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO POR STRESS	Unidade Mensal	16	3.880,94	62.095,04
91	020801002-5 CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO EM REPOUSO	Unidade Mensal	16	3.639,17	58.226,72
92	021102001-0 CATETERISMO CARDÍACO	Unidade Mensal	100	1.844,16	184.416,00
93	04.06.01 CIRURGIA CARDIOVASCULAR	Unidade Mensal	40	26.902,23	1.076.089,20
94	040603001-4 ANGIOPLASTIA CORONARIANA	Unidade Mensal	15	15.914,85	238.722,75
95	040603002-2 ANGIOPLASTIA CORONARIANA C/ IMPLANTE DE DOIS STENTS	Unidade Mensal	15	22.116,92	331.753,80
96	040603003-0 ANGIOPLASTIA CORONARIANA COM IMPLANTE DE STENT	Unidade Mensal	15	22.116,92	331.753,80
97	040603013-8 VALVULOPLASTIA PULMONAR PERCUTÂNEA	Unidade Mensal	2	16.152,12	32.304,24
98	040603012-0 VALVULOPLASTIA MITRAL PERCUTÂNEA	Unidade Mensal	2	34.044,05	68.088,10

99	040603016-2 IMPLANTE PERCUTÂNEO DE VÁLVULA AÓRTICA (TAVI) POR VIA FEMORAL	Unidade Mensal	2	34.044,05	68.088,10
100	040605001-5 ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO DIAGNOSTICO	Unidade Mensal	5	17.427,29	87.136,45
101	040605004-0 ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO I (ABLAÇÃO DE TAQUICARDIA POR REENTRADA NODAL DE VIAS ANÔMALAS)	Unidade Mensal	5	17.427,29	87.136,45
102	040605006-6 ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO II (ABLAÇÃO DAS VIAS ANÔMALAS MÚLTIPLAS)	Unidade Mensal	5	17.427,29	87.136,45
103	040605013-9 ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO II (ABLAÇÃO DE VIAS ANÔMALAS ESQUERDAS)	Unidade Mensal	5	17.427,29	87.136,45
104	041501001-2 TRATAMENTO COM CIRURGIAS MÚLTIPLAS	Unidade Mensal	5	23.380,32	116.901,60
105	03.03.06 PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	Unidade Mensal	10	4.736,63	47.366,30
106	04.12 CIRURGIA TORÁCICA	Unidade Mensal	20	4.222,56	84.451,20
107	DIÁRIAS DE LEITO DE UTI ADULTO	Unidade Mensal	90	1.500,00	135.000,00
TOTAL					3.360.502,04

Protocolo de Assinatura(s)

O documento acima foi proposto para assinatura digital. Para verificar as assinaturas acesse o endereço <http://edocsergipe.se.gov.br/consultacodigo> e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código de verificação: X1EE-EJFM-QPV6-A2DK



O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 21/08/2025 é(são) :

Legenda: ● Aprovada ● Indeterminada ● Pendente

- Claudio Mitidieri Simoes ***61810*** GABINETE DO SECRETARIO - SES Secretaria de Estado da Saúde 21/08/2025 15:39:01 (Docflow)