



MUNICÍPIO DE ITAMBARACÁ
Estado do Paraná

PROTOCOLO DE RETIRADA DO EDITAL

DECLARAMOS QUE RETIRAMOS O EDITAL:

() PESSOALMENTE

() VIA SITE www.itambaraca.pr.gov.br na seção Licitação;

() VIA E-MAIL

Data: _____

Edital nº: 007/2019

Tipo: CREDENCIAMENTO

Razão Social **OU** Nome da proponente _____

Endereço _____

Bairro _____ CEP: _____

Cidade _____, Estado _____

CNPJ ou CPF nº _____

Nº do telefone _____

E-mail para contato (obrigatório): _____

Declaramos que retiramos o Edital de Licitação referente ao Edital de **CREDENCIAMENTO Nº 007/2019**, devidamente preenchida e de acordo com a Lei 8.666/93, alterada pela Lei 8.883/94 e concordamos com as condições do Edital.

Assinatura do fornecedor e carimbo da empresa com CNPJ

- a) Objetivando a comunicação futura entre o Município de Itamaracá - Pr e essa Empresa, solicitamos a Vossa Senhoria o preenchimento e remessa do recibo de entrega do Edital supra, à Comissão de Licitação, por via postal, pelo fax (43) 3543-1224 ou pelo e-mail licitacao@itambaraca.pr.gov.br.
- b) O não encaminhamento do recibo exime a Comissão de Licitação, da comunicação de eventuais retificações ocorridas no instrumento convocatório como de quaisquer informações adicionais.



MUNICÍPIO DE ITAMBARACÁ
Estado do Paraná

PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO Nº 043/2019

INEXIGIBILIDADE Nº 008/2019 - PMI

CREDENCIAMENTO Nº 007/2019

1 – PREÂMBULO

1.1. O Município de Itambaracá, Estado do Paraná, Pessoa Jurídica de Direito Público, CNPJ/MF nº 76.235.738/0001-08, com sede à Avenida Interventor Manoel Ribas, 06, Centro, através do Senhor Carlos Cesar de Carvalho, Prefeito Municipal, nos termos dos artigos 24 e 25 da Lei Estadual nº 15.608, de 16 de agosto de 2007 combinada com a Lei Federal nº 8666, de 21 de junho de 1993, suas alterações, e demais legislações aplicáveis, torna pública a realização de **CREDENCIAMENTO** de Pessoa Jurídica para Prestação de Serviços de Exames Diagnóstico, nos termos e condições estabelecidas no presente instrumento de Credenciamento.

1.2 ENTREGA DOS ENVELOPES

1.2.1. Os envelopes contendo os documentos dos interessados exigidos neste procedimento deverão ser entregues, devidamente protocolados (protocolo no Departamento de Tributação), no Departamento de Licitação, à Avenida Interventor Manoel Ribas, nº 06, no edifício-sede da Prefeitura Municipal de Itambaracá, CEP 86.375-000. Os documentos para credenciamento deverão ser apresentados a partir dia **26 de setembro de 2019**.

1.2.2. O credenciamento ficará aberto por todo período de vigência do credenciamento (12 (doze) meses), para garantir a ampla abrangência dos prestadores de serviços, no atendimento do interesse municipal.

1.2.3. As empresas serão inicialmente credenciadas pela ordem de protocolo dos envelopes contendo os documentos de habilitação, junto ao setor indicado no item 1.2.1. do presente instrumento.

1.3. ABERTURA DOS ENVELOPES

1.3.1. Os envelopes serão abertos no dia da entrega, à hora da entrega no Departamento de Licitações.

1.3.2. A abertura do Envelope será realizado pela Comissão de Licitação, nomeados pela Portaria nº 001/2019, publicado no Diário Oficial dos Municípios do Paraná em 04 de janeiro de 2019, constituída pelos Srs. Andréia Silvestrini, José Wanderley Porto, Vanessa Ferreira Gonçalves, Eliete Caetano Domingues Velani e Tamires Fernanda Teixeira, sob a presidência do primeiro e a secretaria do segundo.



MUNICIPIÓ DE ITAMBARACÁ
Estado do Paraná

1.4. O processo de credenciamento de que trata este edital obedecerá às seguintes etapas:

- a) Entrega de toda a documentação exigida, no local, dias e horários estabelecidos no caput;
- b) Análise Documental;
- c) Habilitação;
- d) Divulgação dos resultados;
- e) Contratação conforme necessidade da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE;
- f) Acompanhamento da execução do contrato.

2 – OBJETO

2.1. O presente Instrumento tem por objetivo o **CREDENCIAMENTO** para prestação de serviços de Exames Diagnóstico por Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Serviços de Sedação e Contraste, Ultrassonografia, Medicina Nuclear In Vivo, Especialidade Neurológica, Gástrica, Cardiológica, Pneumologia, Angiologia e Radiografia, a fim de atender os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) do Município de Itambaracá/PR, conforme as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde, de acordo valores e procedimentos constantes no Decreto Municipal nº 4323/2019, conforme as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde;

2.2. O valores e procedimentos estão estipulados na tabela constante do anexo I, devidamente estabelecidos no **Decreto Municipal nº 4323/2019**, datado de 11 de julho de 2019, publicado na edição nº 1798, do dia 15 de julho de 2019 do Diário Oficial dos Municípios do Paraná.

2.2.1. O **valor estimado da contratação** para realização dos serviços é até R\$ 43.310,00 (quarenta e três mil trezentos e dez reais) mensais totalizando o valor anual de R\$ 519.720,00 (quinhentos e dezenove mil e setecentos e vinte reais) sendo que a quantidade de exames realizados (demanda) não poderá exceder ao valor estipulado a cada mês.

2.3. A quantidade de procedimentos a serem realizadas pelos credenciados levará em conta a demanda de pacientes e a disponibilidade da programação mensal estabelecida pela Secretaria Municipal de Saúde.

2.4 - A prestação dos serviços objeto do credenciamento obedecerá a sistema de rodízio entre os participantes sendo que a cada credenciado corresponderá quantidade proporcional ao total dos atendimentos previstos.

2.5 - Os interessados poderão solicitar a inscrição no Credenciamento a qualquer momento, sendo suas inscrições proporcionalmente adequadas ao período remanescente de vigência do Credenciamento.

3. EDITAL E ANEXOS

Anexo I – Termo de Referência;

Anexo II - Modelo de Carta Proposta para Credenciamento de Pessoa Jurídica;

Anexo III – Modelo de Declaração de Recebimento e/ou acesso a Documentação;



MUNICIPIÓ DE ITAMBARACÁ

Estado do Paraná

Anexo IV - Modelo de Declaração de Cumprimento do disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal

Anexo V – Modelo de Declaração de Idoneidade e de Inexistência de Fato Superveniente;

Anexo VI - Modelo de Declaração de que não possui no quadro societário servidor público municipal ou está em contrariedade com o Prejulgado n.º 09 do TCE/PR

Anexo VII – Minuta de Termo de Credenciamento.

3.1. O presente edital poderá ser obtido:

- a) no site WWW.itambaraca.pr.gov.br; - Portal de Transparência; e/ou Licitações onde serão também disponibilizadas todas as informações alusivas ao presente processo licitatório;
- b) junto à Comissão Permanente de Licitação do Município Itambaracá do Estado do Paraná, no endereço citado no Preâmbulo, que fornecerá cópia por meio magnético, devendo o interessado possuir pen drive ou outro meio de armazenamento eletrônico para obtenção do arquivo;
- c) por solicitação via e-mail, licitacao@itambaraca.pr.gov.br, obrigatório o envio, pelo mesmo meio, do aviso de recebimento;

3.2. A retirada do presente edital poderá ser feita nos dias úteis, no horário das 08:30 às 11:30 horas e das 13:00 às 17:00 horas, mediante assinatura de termo de recebimento.

3.3. Quaisquer alteração no Edital será publicado no site www.itambaraca.pr.gov.br, portanto **é altamente recomendável** que a empresa acompanhe regularmente o site do Município.

4. IMPUGNAÇÃO AO EDITAL

Qualquer cidadão poderá impugnar o ato convocatório deste credenciamento, durante o período de publicação, devendo protocolizar o pedido no setor de protocolo, situado no prédio sede da Prefeitura Municipal ou mediante petição enviada para o endereço eletrônico licitacao@itambaraca.gov.br - cabendo a Comissão Permanente de Licitação decidir sobre a petição no prazo de até 3 (três) dias úteis. (Artigo 41,§1º da Lei nº 8.666/93).

5 – DA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO

5.1. Poderão se credenciar na presente chamada pública todas as empresas do ramo de atividade pertinente ao objeto da contratação, que satisfaçam as condições específicas de habilitação fixadas neste edital, e que aceitem as exigências estabelecidas neste instrumento.

5.2. Não poderão participar do credenciamento os interessados que estejam cumprindo sanções administrativas previstas na Lei nº 8.666/93 ou tenham sido declarados inidôneos para contratar com a administração municipal.



MUNICIPIÓ DE ITAMBARACÁ
Estado do Paraná

5.3. Serão credenciadas todas as pessoas jurídicas que comprovarem a habilitação exigida neste edital.

6 – FORMA DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO

6.1. Os interessados poderão inscrever-se para Credenciamento, no Setor de Licitação, a partir da publicação do presente instrumento no jornal Diário oficial dos Municípios do Paraná.

6.2. Serão considerados credenciados as empresas que apresentarem os documentos enumerados no item 7.6 e 7.7 deste instrumento.

6.3. Os interessados poderão solicitar a inscrição no Credenciamento a qualquer momento, sendo suas inscrições proporcionalmente adequadas ao período remanescente de vigência do Credenciamento que será de 12 (doze) meses.

7 – FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

7.1. Os envelopes contendo a documentação exigida no item 7.6 e 7.7 deverão ser entregues na data, horário e local indicados no preâmbulo deste instrumento convocatório, devidamente lacrados, constando da face as seguintes indicações:

CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA.

CREDENCIAMENTO Nº 007/2019

INTERESSADO: _____

ENDEREÇO: _____

CNPJ/CPF: _____

TELEFONE PARA CONTATO: _____

E-MAIL: _____

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

7.3. Não será aceita a inscrição condicional, nem a complementação ou alteração de documentos depois de realizada a inscrição.

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



MUNICÍPIO DE ITAMBARACÁ
Estado do Paraná

7.5. O Envelope nº 01, apresentado fechado e rubricado, deverá conter a **Carta Proposta** para o objeto da licitação e os documentos para **Habilitação**, conforme segue:

7.6. DA CARTA PROPOSTA:

7.6.1. Carta Proposta (conforme modelo – Anexo II), devendo esta:

- a) ser digitada e impressa, sem emendas, rasuras, entrelinhas ou ambiguidades;
- b) ser datada e assinada pelo interessado pelo representante legal, conforme disposto no contrato social.

7.7. DA HABILITAÇÃO (Lei nº 8.666/93, Art.28, Art.29, Art.30 e Art.87)

7.7.1. Para comprovação de HABILITAÇÃO JURÍDICA

- a) Registro comercial, no caso de empresa individual;
- b) Ato constitutivo, estatuto social publicado de acordo com a Lei Federal nº 6.404/76, ou contrato social em vigor, devidamente registrado na Junta Comercial, em se tratando de sociedades comerciais, e no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;
- c) Inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada da prova da diretoria em exercício;
- d) Decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no país, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir;

7.7.2. Para fins de comprovação da REGULARIDADE FISCAL e TRABALHISTA:

- a) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (**CNPJ**);
- b) Prova de inscrição no Cadastro de Contribuinte Estadual, relativo ao domicílio ou sede do proponente, pertinente ao ramo de atividade e compatível com o objeto da presente licitação (**CICAD**), (se for o caso);
- c) Prova de regularidade fiscal perante a **Fazenda Federal**, abrangendo Contribuições Previdenciárias e as Contribuições devidas, por lei, a Terceiros, inclusive as inscritas na Dívida Ativa do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 02/10/2014, mediante apresentação de Certidão Conjunta Negativa de Débitos relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União ou Certidão Conjunta Positiva com Efeitos de Negativa de Débitos relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União; expedida pela Secretaria da Receita Federal (SRF) e Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN);
- d) Prova de regularidade para com a **Fazenda Estadual**, mediante apresentação de Certidão de Regularidade Fiscal, expedida pela Secretaria de Estado da Fazenda, do domicílio ou sede do proponente, ou outra equivalente, na forma da lei.
- e) Prova de regularidade para com a **Fazenda Municipal**, mediante apresentação de Certidão Negativa de Débito, expedida pela Secretaria Municipal da Fazenda, do domicílio ou sede do proponente, ou outra equivalente, na forma da Lei;
- f) Certidão de Regularidade de débito com o **Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS)**, com validade, mediante apresentação de Certidão Negativa de Débito, demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais;
- g) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação da **Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT)**,



MUNICIPIÓ DE ITAMBARACÁ
Estado do Paraná

nos termos da Lei 12.440 de 07/07/2011, a ser requerida via internet pelo site: www.tst.jus.br.

7.7.2.1 A regularidade exigida por ocasião da Licitação deverá manter-se na vigência do contrato, com ênfase à regularidade Fazenda Federal, Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), e Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT).

7.7.2.2. Em caso de apresentação de Certidão Positiva com Efeitos de Negativa, considera-se Certidão positiva com efeitos de negativa e serão aceitas somente as certidões onde conste a existência de débitos:

- a) Não vencidos;
- b) Em curso de cobrança executiva em que tenha sido efetuada a penhora;
- c) Cujas exigibilidades estejam suspensas por moratória, depósito de seu montante integral ou reclamações ou recursos, nos termos das leis reguladoras do processo tributário administrativo; e,
- d) Sujeitos à medida liminar em mandado de segurança.

7.7.3. Para comprovação da qualificação técnica:

- a) Alvará de Licença expedido pela Prefeitura Municipal, sede da Licitante, válido e em dia;
- b) Certificado de Inscrição de Empresa, expedido pelo Conselho Regional de Medicina do Paraná – CRM-PR;
- c) Licença para Funcionamento expedido pela Vigilância Sanitária da sede da proponente, observando as normas de controle de qualidade na área de saúde (normas da ANVISA);
- d) Relação atualizada contendo nome, especialidade e número de inscrição no CRM dos profissionais que compõem o quadro da proponente;

7.7.4. Para comprovação da qualificação econômico-financeira:

- a) Certidão negativa de falência ou concordata expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica ou de execução patrimonial, expedida no domicílio da licitante, com validade ou emitida a menos de 30 (trinta) dias.

7.7.5. DECLARAÇÕES RELATIVAS ÀS NORMAS CONSTITUCIONAIS:

- a) Declaração, assinada pelo representante legal do proponente, de que recebeu os documentos e tomou conhecimento de todas as informações e condições locais para o cumprimento das obrigações objeto da presente licitação. (Modelo constante no Anexo III).
- b) Declaração do proponente elaborada em papel timbrado, de cumprimento do disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal, assinada pelo licitante ou representante legal. (modelo constante no Anexo IV);
- c) Declaração de Idoneidade e de Superveniência de Fato Impeditivo da participação, se ocorrer, emitida em papel timbrado e assinada pelo licitante ou representante legal. (Modelo constante no Anexo V).
- d) Declaração de que não possui no quadro societário servidor público municipal ou está em contrariedade com o Prejulgado n.º 09 do TCE/PR, conforme no Anexo VI.

8. DA ANÁLISE DA DOCUMENTAÇÃO



MUNICIPIÓ DE ITAMBARACÁ

Estado do Paraná

8.1. Os envelopes contendo a documentação de habilitação deverão ser entregues no Departamento de Licitações da Prefeitura Municipal de Itambaracá/Pr, devidamente protocolado no setor competente.

8.2. A análise dos documentos apresentados será realizada pela Comissão de Licitação e por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, no prazo máximo de 05 (cinco) dias, prorrogáveis por igual período, contados a partir da data e horário de protocolo/ou entrega da documentação.

8.3. As empresas interessadas no credenciamento serão inicialmente cadastrados pela ordem de protocolo dos envelopes contendo os documentos de habilitação, junto ao local indicado no item 1.2.1, do presente instrumento.

8.4. Será publicada, no Diário Oficial do Município e divulgado no site da Prefeitura – www.itambaraca.pr.gov.br e fixado em quadros de avisos da Prefeitura Municipal, a relação dos credenciados previamente habilitados.

8.4.1. Feito isto, fica assegurado ao credenciante o direito de interposição de recurso ou pedido de reconsideração no prazo de 02 (dois) dias úteis.

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

8.5. Havendo mais de um credenciado para a prestação dos serviços objeto do credenciamento, o Município através do Fundo Municipal de Saúde fará a rotatividade de credenciados sendo que a cada credenciado corresponderá quantidade proporcional ao total dos atendimentos previstos, não podendo ultrapassar o valor mensal estipulado no item 2.2.1.e Termo de Referência deste Edital de Credenciamento.

9. RECURSOS

9.1. Os interessados poderão interpor recurso no prazo de até 02 (dois) dias úteis após a divulgação do resultado do credenciamento, no Departamento de Licitações da Prefeitura Municipal de Itambaracá/Pr.

9.2. Os recursos interpostos serão apreciados pela Comissão no prazo de 02 (dois) dias úteis. Caso não sejam acolhidos, serão encaminhados ao Departamento Jurídico, com parecer fundamentado sobre a manutenção da decisão, cabendo à este Departamento a decisão final em igual prazo.

9.3. A Comissão Julgadora reserva-se o direito de em qualquer época ou oportunidade, proceder a diligências destinadas a complementar ou esclarecer a instrução do processo.

10. DA CONTRATAÇÃO

10.1. Os interessados que foram habilitados ao credenciamento serão contratados por meio de Termo de Credenciamento de prestação de serviços, onde se estabelecerão os



MUNICÍPIO DE ITAMBARACÁ
Estado do Paraná

direitos, obrigações e responsabilidades das partes, conforme minuta constante do Anexo VII deste Edital.

10.2. O contrato terá sua vigência estabelecida pelo MUNICÍPIO DE ITAMBARACÁ, dentro dos limites previstos pela Lei Federal nº 8.666/93.

10.3. O CONTRATADO(A) deverá iniciar as suas atividades, em regra, a partir da assinatura do Termo de Credenciamento, e em casos excepcionais a critério da MUNICÍPIO DE ITAMBARACÁ, na defesa do interesse público.

11 – DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

11.1. Os pagamentos decorrentes da execução dos serviços correrão por conta dos recursos das seguintes dotações orçamentárias: Projeto/Atividade 2.038 – CR285 – Descrição: Fundo Municipal de Saúde - Elemento de Despesa 33.90.39.00.00, fonte 01303, para a Secretaria Municipal de Saúde.

11.2. O pagamento pela prestação dos serviços que vierem a ser requisitados e devidamente realizados, se dará de forma mensal, sendo que para os serviços prestados no mês, o pagamento será efetuado até 15 (quinze) dias após a apresentação da Nota Fiscal de prestação dos serviços devidamente atestada pela Secretaria Municipal de Saúde, acompanhada da relação nominal dos pacientes atendidos e seus respectivos exames efetuados, bem como das requisições de solicitações dos mesmos, a saber:

11.2.1. Apresentar Nota Fiscal de prestação de serviços juntamente com o relatório de procedimentos efetivamente realizados no período, devidamente autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde, sendo o valor a ser pago de acordo com o Decreto nº 4323/2019 de 11 de julho de 2019.

11.2.2. O Fundo Municipal de Saúde de Itambaracá somente pagará as empresas, após a comprovação de quitação das obrigações trabalhistas e previdenciárias, bem como apresentação de **Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS); Prova de regularidade fiscal perante a Fazenda Federal; e Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT)** em plena validade.

11.3. Havendo erro na emissão do documento de cobrança ou circunstancia que impeça a liquidação da despesa, como rasuras, entrelinhas, tal documento será devolvido à licitante e o pagamento ficará pendente até que sejam sanados os problemas; nesta hipótese o prazo para pagamento será reiniciado após a regularização da situação ou reapresentação do documento fiscal, não acarretando nenhum ônus para o Município de Itambaracá.

11.4. Nenhum pagamento isentará o(a) CREDENCIADO(A) das responsabilidades assumidas na forma deste contrato, quaisquer que sejam, nem implicará na aprovação definitiva dos serviços prestados.

11.5. Os pagamentos serão realizados mediante crédito em conta corrente do CREDENCIADO (A), conforme prestação dos serviços e apresentação da nota fiscal de



MUNICÍPIO DE ITAMBARACÁ
Estado do Paraná

prestação de serviços, sendo vedada emissão de boleto bancário em nome do município.

11.6. Caso se verifique erro na nota fiscal de prestação de serviço, o pagamento será sustado até que as providências pertinentes tenham sido tomadas por parte da CREDENCIADA.

11.7. As notas fiscais de prestação de serviços deverão ser entregues na sede do CREDENCIANTE, no endereço descrito no preâmbulo deste instrumento, durante o horário de expediente.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. A inobservância, em qualquer fase do processo de credenciamento, por parte do interessado, dos prazos estabelecidos em notificações pessoais ou gerais, será caracterizada como desistência, implicando sua exclusão do certame.

12.2. É de inteira responsabilidade de o interessado acompanhar as informações e os resultados disponíveis no Diário Oficial dos Municípios do Paraná.

12.3. Os casos omissos serão dirimidos, sucessivamente, pelo MUNICÍPIO DE ITAMBARACÁ e pela Secretaria Municipal de Saúde.

12.4. O MUNICÍPIO, através da Secretaria de Saúde, reserva-se o direito, em qualquer fase do processo de credenciamento, de promover qualquer diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo relativo a este processo de credenciamento.

12.5. A contratada será a única responsável para com seus empregados e auxiliares, no que concerne ao cumprimento da Legislação Trabalhista, Previdência Social, Seguro de Acidentes do Trabalho ou quaisquer outros encargos previstos em lei, em especial no que diz respeito às normas de segurança do trabalho, previstos na Legislação Federal, sendo que o seu descumprimento poderá motivar aplicações de multas ou rescisão do contrato com a aplicação das sanções cabíveis.

12.6. Fica eleito o foro da cidade Andirá/Paraná, para dirimir as questões oriundas da execução deste instrumento, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Itambaracá, 25 de setembro de 2019

CARLOS CESAR DE CARVALHO
Prefeito Municipal

Nos termos do artigo 38, parágrafo único da Lei nº 8.666/93, o presente edital foi examinado e aprovado pela Assessoria Jurídica da Prefeitura Municipal de Itambaracá-PR, por atender aos requisitos legais.



MUNICÍPIO DE ITAMBARACÁ
Estado do Paraná

ANEXO I

TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO:

CREDENCIAMENTO para prestação de serviços de Exames Diagnóstico por Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Serviços de Sedação e Contraste, Ultrassonografia, Medicina Nuclear In Vivo, Especialidade Neurologia, Gástrica, Cardiológica, Pneumologia, Angiologia e Radiografia, a fim de atender os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) do Município de Itambaracá/PR, conforme as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde;

2. JUSTIFICATIVA

CONSIDERANDO que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” nos termos do art. 196 da Constituição Federal;

CONSIDERANDO que “são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado” consoante prescreve o art. 197 da Constituição Federal;

CONSIDERANDO que a direção SUS é exercida no município pela Secretaria Municipal de Saúde, nos termos do art. 9º, III da Lei 8.080/90;

CONDIDERANDO que “à direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde”, como dispõe o art. 18, I da Lei 8.080/90;

Para o atendimento das demandas por Consultas, Exames e Cirurgias e eletivas a Secretaria Municipal de Saúde de Itambaracá não dispõe de capacidade instalada, ou seja, não possui estrutura própria de serviço de apoio ao diagnóstico e tratamento, requerendo, portanto, sua aquisição junto ao mercado fornecedor.

A oferta destes serviços através de credenciamento, visa atender os critérios de melhoria no acesso e qualidade dos serviços de saúde, colocando em prática o compromisso com a qualificação dos trabalhos e do atendimento.

3. DOS EXAMES E DOS VALORES

3.1. Especificações técnicas e valores referenciais de mercado do no **Decreto Municipal nº 4323/2019**, datado de 11 de julho de 2019, publicado na edição nº 1798, do dia 15 de julho de 2019 do Diário Oficial dos Municípios do Paraná, com base nos valores submetidos a aprovação do Conselho Municipal de Saúde, os valores pago por cada exame são detalhados abaixo:

SERVIÇOS DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Item	Unid	Qtde/Mês	Serviços	R\$ Unid	R\$ Total/mês
1	Unid.	02	Ressonância Magnética de crânio	R\$ 400,00	R\$ 800,00
2	Unid.	02	Ressonância Magnética de coluna cervical	R\$ 400,00	R\$ 800,00
3	Unid.	02	Ressonância Magnética de coluna lombo sacra	R\$ 400,00	R\$ 800,00
4	Unid.	02	Ressonância Magnética de coluna torácica	R\$ 400,00	R\$ 800,00
5	Unid.	02	Ressonância Magnética de bacia	R\$ 400,00	R\$ 800,00



MUNICÍPIO DE ITAMBARACÁ
Estado do Paraná

			ou pelve		
6	Unid.	02	Ressonância Magnética de abdome superior	R\$ 400,00	R\$ 800,00
7	Unid.	02	Ressonância Magnética de tórax	R\$ 400,00	R\$ 800,00
VALOR TOTAL MENSAL R\$ 5.600,00					

SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

Item	Unid	Qtde/Mês	Serviços	R\$ Unid	R\$ Total/mês
1	Unid.	02	Tomografia de crânio	R\$ 200,00	R\$ 400,00
2	Unid.	02	Tomografia de coluna cervical	R\$ 200,00	R\$ 400,00
3	Unid.	02	Tomografia de coluna dorsal	R\$ 200,00	R\$ 400,00
4	Unid.	02	Tomografia de coluna lombar	R\$ 200,00	R\$ 400,00
5	Unid.	02	Tomografia de coluna sacra	R\$ 200,00	R\$ 400,00
6	Unid.	02	Tomografia de face ou seio da face	R\$ 200,00	R\$ 400,00
7	Unid.	02	Tomografia de abdômen superior	R\$ 200,00	R\$ 400,00
8	Unid.	02	Tomografia de abdômen inferior	R\$ 200,00	R\$ 400,00
9	Unid.	02	Tomografia de pelve ou bacia	R\$ 200,00	R\$ 400,00
10	Unid.	02	Tomografia de mastoides ou ouvidos	R\$ 200,00	R\$ 400,00
11	Unid.	02	Tomografia de pescoço	R\$ 200,00	R\$ 400,00
12	Unid.	02	Tomografia de segmentos apendiculares	R\$ 200,00	R\$ 400,00
13	Unid.	02	Tomografia de articulações externa-clavícula	R\$ 200,00	R\$ 400,00
14	Unid.	02	Tomografia de articulações	R\$ 200,00	R\$ 400,00
15	Unid.	02	Tomografia de joelho	R\$ 200,00	R\$ 400,00
VALOR TOTAL MENSAL R\$ 6.000,00					

SERVIÇOS DE SEDAÇÃO E CONTRASTE

Item	Unid	Qtde/Mês	Serviços	R\$ Unid	R\$ Total/mês
1.	Und	02	Contraste para ressonância e tomografia	R\$ 80,00	R\$ 160,00
2.	Und	02	Sedação adulto/infantil para ressonância e tomografia	R\$ 100,00	R\$ 200,00
VALOR TOTAL MENSAL R\$ 360,00					

SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA

Item	Unid	Qtde/Mês	Serviços	R\$ Unid	R\$ Total/mês
1	Unid.	10	USG transvaginal	R\$ 80,00	R\$ 800,00
2	Unid.	8	USG obstétrico	R\$ 80,00	R\$ 640,00
3	Unid.	5	USG abdome superior	R\$ 80,00	R\$ 400,00
4	Unid.	5	USG abdome inferior	R\$ 80,00	R\$ 400,00



MUNICÍPIO DE ITAMBARACÁ
Estado do Paraná

5	Unid.	5	USG abdome total	R\$ 100,00	R\$ 500,00
6	Unid.	5	USG de Fígado, Vesícula e vias biliares	R\$ 80,00	R\$ 400,00
7	Unid.	5	USG próstata trans. retal	R\$ 100,00	R\$ 500,00
8	Unid.	5	USG próstata via abdominal	R\$ 80,00	R\$ 400,00
9	Unid.	5	USG de tiróide	R\$ 80,00	R\$ 400,00
10	Unid.	10	USG Pélvico	R\$ 80,00	R\$ 800,00
11	Unid.	10	USG de Articulação	R\$ 80,00	R\$ 800,00
12	Unid.	10	USG das Mamas	R\$ 80,00	R\$ 800,00
13	Unid.	10	USG de partes moles	R\$ 80,00	R\$ 800,00
14	Unid.	5	USG Bolsa Escrotal	R\$ 80,00	R\$ 400,00
15	Unid.	10	USG Morfológico 1º e 3º trimestre	R\$ 150,00	R\$ 1.500,00
16	Unid.	10	USG de Rins e vias urinárias	R\$ 80,00	R\$ 800,00
VALOR TOTAL MENSAL R\$ 10.340,00					

SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO

Item	Unid	Qtde/Mês	Serviços	R\$ Unid	R\$ Total/mês
1	Unid.	02	Densimetria óssea duo energética de coluna (vert. Lomb.)	R\$ 100,00	R\$ 200,00
2	Unid.	01	Cintilografia renal com DTPA	R\$ 230,00	R\$ 230,00
3	Unid.	01	Cintilografia renal com DMSA	R\$ 180,00	R\$ 180,00
4	Unid.	01	Cintilografia óssea com fluxo	R\$ 250,00	R\$ 250,00
5	Unid.	02	Cintilografia óssea simples	R\$ 200,00	R\$ 400,00
VALOR TOTAL MENSAL R\$ 1.260,00					

SERVIÇOS DE MÉTODO DIAGNÓSTICO EM ESPECIALIDADE NEUROLOGIA

Item	Unid	Qtde/Mês	Serviços	R\$ Unid	R\$ Total/mês
1	Unid.	01	Angio ressonância cerebral	R\$ 400,00	R\$ 400,00
2	Unid.	02	Eletroneuromiografia (um membro)	R\$ 200,00	R\$ 400,00
3	Unid.	02	Eletroneuromiografia (dois membros)	R\$ 300,00	R\$ 600,00
VALOR TOTAL MENSAL R\$ 1.400,00					

SERVIÇOS DE PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA POR ENDOSCOPIA

Item	Unid	Qtde/Mês	Serviços	R\$ Unid	R\$ Total/mês
1	Unid.	25	Endoscopia	R\$ 230,00	R\$ 5.750,00
2	Unid.	15	Colonoscopia	R\$ 500,00	R\$ 7.500,00
VALOR TOTAL MENSAL R\$ 13.250,00					

SERVIÇOS DE MÉTODO DIAGNÓSTICO EM ESPECIALIDADE EM CARDIOLOGIA



MUNICÍPIO DE ITAMBARACÁ
Estado do Paraná

Item	Unid.	Qtde/Mês	Serviços	R\$ Unid	R\$ Total/mês
1	Unid.	10	Teste de esforço	R\$ 100,00	R\$ 1.000,00
2	Unid.	06	Holter de 24 horas – 2 ou mais canais	R\$ 100,00	R\$ 600,00
3	Unid.	05	MAPA de 24 horas	R\$ 100,00	R\$ 500,00
4	Unid.	10	ECG	R\$ 50,00	R\$ 500,00
VALOR TOTAL MENSAL R\$ 2.600,00					

SERVIÇOS DE MÉTODO DIAGNÓSTICO EM ESPECIALIDADE PNEUMOLOGIA

Item	Unid.	Qtde/Mês	Serviços	R\$ Unid	R\$ Total/mês
1	Unid.	02	Espirometria com prova de BD	R\$ 100,00	R\$ 200,00
2	Unid.	02	Nasofibrolaringoscopia	R\$ 100,00	R\$ 200,00
VALOR TOTAL MENSAL R\$ 400,00					

SERVIÇOS DE MÉTODO DIAGNÓSTICO EM ESPECIALIDADE ANGIOLOGIA

Item	Unid.	Qtde/Mês	Serviços	R\$ Unid	R\$ Total/mês
1	Unid.	02	Ecodoppler de artérias vertebrais	R\$ 150,00	R\$ 300,00
2	Unid.	02	Ecodoppler cardiograma	R\$ 150,00	R\$ 300,00
3	Unid.	02	Ecodoppler carótida	R\$ 150,00	R\$ 300,00
4	Unid.	02	Ecodoppler de membros inferiores (por membro)	R\$ 100,00	R\$ 200,00
VALOR TOTAL MENSAL R\$ 1.100,00					

SERVIÇOS DE MÉTODO DIAGNÓSTICO EM RADIOGRAFIA

Item	Unid.	Qtde/Mês	Serviços	R\$ Unid	R\$ Total/mês
1	Unid.	20	RX (GERAL) com laudo	R\$ 50,00	R\$ 1.000,00
VALOR TOTAL MENSAL R\$ 1.000,00					

4. DO NÚMERO DE PROCEDIMENTOS

A quantidade de procedimentos a serem realizadas pelos credenciados levará em conta a demanda de pacientes e a disponibilidade da programação mensal estabelecida pela Secretaria Municipal de Saúde.

5 DAS CONDIÇÕES ESPECÍFICAS DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO

São competências e/ou funções da contratada:



MUNICÍPIO DE ITAMBARACÁ
Estado do Paraná

5.1 - Realizar os procedimentos contratados, de acordo com a melhor técnica e com a observância de toda a legislação em vigor aplicável à prestação dos serviços, sem cobrança de qualquer valor adicional do paciente.

5.2 - O paciente será encaminhado **ÚNICA e EXCLUSIVAMENTE** através da Secretaria da Saúde e as guias de requisição de exames serão devidamente preenchidas, carimbadas, assinadas e autorizadas pela mesma.

5.2.1 - A autorização e o agendamento dos exames serão de responsabilidade da Secretaria da Saúde, a qual se encarregará de controlar a demanda encaminhada de acordo com o quantitativo físico e financeiro contratado

5.3 - Ser responsável pelos materiais, equipamentos, recursos humanos, medicamentos e tudo o mais que seja necessário para a realização do procedimento, de acordo com a melhor técnica.

5.4 - A realização dos exames e a entrega dos resultados serão de responsabilidade da credenciada, que assumirá todos os ônus decorrentes dos procedimentos.

5.5 - Entregar o resultado dos exames, com o laudo devido, no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados da realização do procedimento.

5.5.1 - O paciente ficará responsável pela retirada do resultado no mesmo local da realização do procedimento.

5.5.2 - Deverá ser entregue uma via do resultado do exame para o paciente (com identificação do usuário; data de realização do exame; Laudo Médico e Imagem, devidamente carimbado e assinado pelo profissional realizador do exame).

5.6 - Apresentar relatório com as guias de requisição, devidamente autorizadas, com nome do paciente, exames realizados e respectivos valores e deixar a disposição para conferência na Secretaria da Saúde.

5.6.1 - A Credenciada deverá de imediato, quando solicitado, apresentar documentos, prontuários e demais informações necessárias ao acompanhamento da execução do contrato.

5.7 - A Credenciada deverá atender os pacientes com dignidade, respeito, de forma universal, igualitário e em observância ao princípio da urbanidade. Sendo vedada qualquer tipo de diferença de atendimento dos demais pacientes.

5.7.1 - Seguir as Orientações da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde – PNH/MS, centrando as diretrizes assistenciais na qualidade do atendimento prestado ao usuário, voltada para a atenção acolhedora, resolutiva e humana:

5.8 – A Credenciada será responsável por todos e quaisquer danos e/ou prejuízos que vier a causar aos pacientes encaminhados para exames.

5.9 - Executar, conforme a melhor técnica, os exames de imagem, obedecendo rigorosamente às normas técnicas respectivas.

5.10 - Cumprir, dentro dos prazos estabelecidos as obrigações assumidas por força deste edital.

5.11 - A Credenciada deve permitir o acompanhamento, a fiscalização e o acesso dos responsáveis da Secretaria da Saúde ou Conselho Municipal de Saúde para supervisionar e acompanhar a execução da prestação dos serviços do contrato, sempre que solicitada.



MUNICIPIÓ DE ITAMBARACÁ

Estado do Paraná

5.12 - Somente serão pagos os exames comprovadamente realizados, mediante o envio de relatório mensal, os quais deverão conter a identificação do usuário; a data de realização do exame e a autorização.

5.13 - A Credenciada disponibilizará os serviços (atendimentos) no mínimo 01 (uma) vez por semana.

5.14 - A contratada deverá apresentar relação do corpo clínico (profissionais que atuarão na prestação dos serviços), constando o número do CPF e registro do profissional no conselho de classe regional respectivo;

6. PAGAMENTO

O pagamento pela prestação dos serviços que vierem a ser requisitados e devidamente realizados, se dará de forma mensal, sendo que para os serviços prestados no mês, o pagamento será efetuado até 15 (quinze) dias após a apresentação da Nota Fiscal de prestação dos serviços devidamente atestada pela Secretaria Municipal de Saúde, acompanhada da relação nominal dos pacientes atendidos e seus respectivos exames efetuados, bem como das requisições de solicitações dos mesmos.

7. GESTOR

A gestão do Contrato ficará a cargo da Secretaria Municipal de Saúde.



MUNICÍPIO DE ITAMBARACÁ
Estado do Paraná

ANEXO II
(modelo)

INEXIGIBILIDADE 000000/2019 - PMI
CREDENCIAMENTO Nº 000000/2019

MODELO DE CARTA PROPOSTA A SER EMITIDA EM PAPEL TIMBRADO
DO INTERESSADO E APRESENTADO AO MUNICÍPIO DE ITAMBARACÁ

Pedido de inscrição para **CREDENCIAMENTO** para prestação de serviços de Exames Diagnóstico por Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Serviços de Sedação e Contraste, Ultrassonografia, Medicina Nuclear In Vivo, Especialidade Neurologia, Gástrica, Cardiológica, Pneumologia, Angiologia e Radiografia, a fim de atender os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) do Município de Itambaracá/PR, conforme as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde, sob o regime de execução indireta junto ao Município de Itambaracá-Pr.

I- Dados de Identificação:

Nome: _____

Endereço: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____

C.N.P.J./ C.P.F.M.F.: _____

CRM nº. _____

II- Natureza do atendimento:

SERVIÇOS DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Item	Unid	Qtde/Mês	Serviços	R\$ Unid	R\$ Total/mês
1	Unid.	02	Ressonância Magnética de crânio	R\$ 400,00	R\$ 800,00
2	Unid.	02	Ressonância Magnética de coluna cervical	R\$ 400,00	R\$ 800,00
3	Unid.	02	Ressonância Magnética de coluna lombo sacra	R\$ 400,00	R\$ 800,00
4	Unid.	02	Ressonância Magnética de coluna torácica	R\$ 400,00	R\$ 800,00
5	Unid.	02	Ressonância Magnética de bacia ou pelve	R\$ 400,00	R\$ 800,00
6	Unid.	02	Ressonância Magnética de abdome superior	R\$ 400,00	R\$ 800,00
7	Unid.	02	Ressonância Magnética de tórax	R\$ 400,00	R\$ 800,00
VALOR TOTAL MENSAL					R\$ 5.600,00

SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

Item	Unid	Qtde/Mês	Serviços	R\$ Unid	R\$ Total/mês
------	------	----------	----------	----------	---------------



MUNICÍPIO DE ITAMBARACÁ
Estado do Paraná

1	Unid.	02	Tomografia de crânio	R\$ 200,00	R\$ 400,00
2	Unid.	02	Tomografia de coluna cervical	R\$ 200,00	R\$ 400,00
3	Unid.	02	Tomografia de coluna dorsal	R\$ 200,00	R\$ 400,00
4	Unid.	02	Tomografia de coluna lombar	R\$ 200,00	R\$ 400,00
5	Unid.	02	Tomografia de coluna sacra	R\$ 200,00	R\$ 400,00
6	Unid.	02	Tomografia de face ou seio da face	R\$ 200,00	R\$ 400,00
7	Unid.	02	Tomografia de abdômen superior	R\$ 200,00	R\$ 400,00
8	Unid.	02	Tomografia de abdômen inferior	R\$ 200,00	R\$ 400,00
9	Unid.	02	Tomografia de pelve ou bacia	R\$ 200,00	R\$ 400,00
10	Unid.	02	Tomografia de mastoides ou ouvidos	R\$ 200,00	R\$ 400,00
11	Unid.	02	Tomografia de pescoço	R\$ 200,00	R\$ 400,00
12	Unid.	02	Tomografia de segmentos apendiculares	R\$ 200,00	R\$ 400,00
13	Unid.	02	Tomografia de articulações externa-clavícula	R\$ 200,00	R\$ 400,00
14	Unid.	02	Tomografia de articulações	R\$ 200,00	R\$ 400,00
15	Unid.	02	Tomografia de joelho	R\$ 200,00	R\$ 400,00
VALOR TOTAL MENSAL R\$ 6.000,00					

SERVIÇOS DE SEDAÇÃO E CONTRASTE

Item	Unid	Qtde/Mês	Serviços	R\$ Unid	R\$ Total/mês
3.	Und	02	Contraste para ressonância e tomografia	R\$ 80,00	R\$ 160,00
4.	Und	02	Sedação adulto/infantil para ressonância e tomografia	R\$ 100,00	R\$ 200,00
VALOR TOTAL MENSAL R\$ 360,00					

SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA

Item	Unid	Qtde/Mês	Serviços	R\$ Unid	R\$ Total/mês
1	Unid.	10	USG transvaginal	R\$ 80,00	R\$ 800,00
2	Unid.	8	USG obstétrico	R\$ 80,00	R\$ 640,00
3	Unid.	5	USG abdome superior	R\$ 80,00	R\$ 400,00
4	Unid.	5	USG abdome inferior	R\$ 80,00	R\$ 400,00
5	Unid.	5	USG abdome total	R\$ 100,00	R\$ 500,00
6	Unid.	5	USG de Fígado, Vesícula e vias biliares	R\$ 80,00	R\$ 400,00
7	Unid.	5	USG próstata trans. retal	R\$ 100,00	R\$ 500,00
8	Unid.	5	USG próstata via abdominal	R\$ 80,00	R\$ 400,00
9	Unid.	5	USG de tireóide	R\$ 80,00	R\$ 400,00
10	Unid.	10	USG Pélvico	R\$ 80,00	R\$ 800,00



MUNICÍPIO DE ITAMBARACÁ
Estado do Paraná

11	Unid.	10	USG de Articulação	R\$ 80,00	R\$ 800,00
12	Unid.	10	USG das Mamas	R\$ 80,00	R\$ 800,00
13	Unid.	10	USG de partes moles	R\$ 80,00	R\$ 800,00
14	Unid.	5	USG Bolsa Escrotal	R\$ 80,00	R\$ 400,00
15	Unid.	10	USG Morfológico 1º e 3º trimestre	R\$ 150,00	R\$ 1.500,00
16	Unid.	10	USG de Rins e vias urinárias	R\$ 80,00	R\$ 800,00
VALOR TOTAL MENSAL R\$ 10.340,00					

SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO

Item	Unid	Qtde/Mês	Serviços	R\$ Unid	R\$ Total/mês
1	Unid.	02	Densimetria óssea duo energética de coluna (vert. Lomb.)	R\$ 100,00	R\$ 200,00
2	Unid.	01	Cintilografia renal com DTPA	R\$ 230,00	R\$ 230,00
3	Unid.	01	Cintilografia renal com DMSA	R\$ 180,00	R\$ 180,00
4	Unid.	01	Cintilografia óssea com fluxo	R\$ 250,00	R\$ 250,00
5	Unid.	02	Cintilografia óssea simples	R\$ 200,00	R\$ 400,00
VALOR TOTAL MENSAL R\$ 1.260,00					

SERVIÇOS DE MÉTODO DIAGNÓSTICO EM ESPECIALIDADE NEUROLOGIA

Item	Unid	Qtde/Mês	Serviços	R\$ Unid	R\$ Total/mês
1	Unid.	01	Angio ressonância cerebral	R\$ 400,00	R\$ 400,00
2	Unid.	02	Eletroneuromiografia (um membro)	R\$ 200,00	R\$ 400,00
3	Unid.	02	Eletroneuromiografia (dois membros)	R\$ 300,00	R\$ 600,00
VALOR TOTAL MENSAL R\$ 1.400,00					

SERVIÇOS DE PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA POR ENDOSCOPIA

Item	Unid	Qtde/Mês	Serviços	R\$ Unid	R\$ Total/mês
1	Unid.	25	Endoscopia	R\$ 230,00	R\$ 5.750,00
2	Unid.	15	Colonoscopia	R\$ 500,00	R\$ 7.500,00
VALOR TOTAL MENSAL R\$ 13.250,00					

SERVIÇOS DE MÉTODO DIAGNÓSTICO EM ESPECIALIDADE EM CARDIOLOGIA

Item	Unid	Qtde/Mês	Serviços	R\$ Unid	R\$ Total/mês
1	Unid.	10	Teste de esforço	R\$ 100,00	R\$ 1.000,00
2	Unid.	06	Holter de 24 horas – 2 ou mais canais	R\$ 100,00	R\$ 600,00
3	Unid.	05	MAPA de 24 horas	R\$ 100,00	R\$ 500,00
4	Unid.	10	ECG	R\$ 50,00	R\$ 500,00



MUNICÍPIO DE ITAMBARACÁ
Estado do Paraná

VALOR TOTAL MENSAL R\$ 2.600,00

SERVIÇOS DE MÉTODO DIAGNÓSTICO EM ESPECIALIDADE PNEUMOLOGIA

Item	Unid.	Qtde/Mês	Serviços	R\$ Unid	R\$ Total/mês
1	Unid.	02	Espirometria com prova de BD	R\$ 100,00	R\$ 200,00
2	Unid.	02	Nasofibrolaringoscopia	R\$ 100,00	R\$ 200,00
VALOR TOTAL MENSAL R\$ 400,00					

SERVIÇOS DE MÉTODO DIAGNÓSTICO EM ESPECIALIDADE ANGIOLOGIA

Item	Unid	Qtde/Mês	Serviços	R\$ Unid	R\$ Total/mês
1	Unid.	02	Ecodoppler de artérias vertebrais	R\$ 150,00	R\$ 300,00
2	Unid.	02	Ecodoppler cardiograma	R\$ 150,00	R\$ 300,00
3	Unid.	02	Ecodoppler carótida	R\$ 150,00	R\$ 300,00
4	Unid.	02	Ecodoppler de membros inferiores (por membro)	R\$ 100,00	R\$ 200,00
VALOR TOTAL MENSAL R\$ 1.100,00					

SERVIÇOS DE MÉTODO DIAGNÓSTICO EM RADIOGRAFIA

Item	Unid	Qtde/Mês	Serviços	R\$ Unid	R\$ Total/mês
1	Unid.	20	RX (GERAL) com laudo	R\$ 50,00	R\$ 1.000,00
VALOR TOTAL MENSAL R\$ 1.000,00					

III – Nome dos Profissionais disponíveis para prestar serviços ao Município, conforme especialidades:

Nome do Profissional	Registro Profissional	Especialidade

IV- Declaramos conhecer os termos do Edital nº 0 []/2019, seus anexos e aceitamos os preços discriminados Termo de Referencia do Edital (**Decreto Municipal nº 4323/2019**, datado de 11 de julho de 2019, publicado na edição nº 1798, do dia 15 de julho de 2019 do Diário Oficial dos Municípios do Paraná).

V- Dados Bancários: (onde deverão ser creditados os pagamentos)

Banco: _____

Agência: _____

Conta-Corrente: _____

Data: __ de __ 2019



MUNICÍPIO DE ITAMBARACÁ
Estado do Paraná

Atenção: Anexar todos os documentos necessários, de acordo com os subitens 7.6 e 7.7 do Edital de Credenciamento nº 007/2019.

Responsável (nome/cargo/assinatura)
Nome da Empresa



MUNICÍPIO DE ITAMBARACÁ
Estado do Paraná

ANEXO III
(modelo)

Ao Município de Itamaracá
INEXIGIBILIDADE 0 []/2019 - PMI
CREDENCIAMENTO Nº 0 []/2019

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO E/OU ACESSO À DOCUMENTAÇÃO

..... inscrito no CNPJ N....., por intermédio de seu representante legal o(a) Sr.(a)....., portador(a) da Carteira de Identidade n..... e do CPF n.....DECLARA, sob as penas da lei, que recebemos os documentos e tomamos conhecimento de todas as informações e condições para o cumprimento das obrigações deste Credenciamento.

(inserir o local), (inserir o dia) de (inserir o mês) de (inserir o ano)

Responsável (nome/cargo/assinatura)
Nome da Empresa

ANEXO IV
(modelo)

Ao Município de Itamaracá
INEXIGIBILIDADE 0 []/2019 - PMI
CREDENCIAMENTO Nº 0 []/2019

**DECLARAÇÃO DE OBSERVÂNCIA AO DISPOSTO NO INCISO XXXIII DO
ARTIGO 7º DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL.**

_____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, com sede na Rua _____, nº _____, Bairro _____, na cidade de _____/_____, por seu representante legal, Senhor _____, portador da Cédula de Identidade, RG. nº _____ e do CPF nº _____, residente e domiciliado na Rua _____, nº _____, Bairro _____, em _____/_____, DECLARA, para devidos fins do disposto no inciso V do artigo 27 da Lei Federal 8.666/93 e alterações, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1.999, regulamentado pelo Decreto nº 4.358/2002, que não emprega menor de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 (dezesesseis) anos.

() Emprega menor, a partir de 14 (quatorze) anos, na condição de aprendiz.

Por ser expressão de verdade, firmamos o presente.

(inserir o local), (inserir o dia) de (inserir o mês) de (inserir o ano)

Responsável (nome/cargo/assinatura)
Nome da Empresa



MUNICÍPIO DE ITAMBARACÁ
Estado do Paraná

ANEXO V
(modelo)

Ao Município de Itambaracá
INEXIGIBILIDADE 0 /2019 - PMI
CREDENCIAMENTO Nº 0 /2019

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE E DE INEXISTENCIA DE FATO SUPERVENIENTE

(nome do licitante), inscrita no CNPJ sob o n.º, declara, sob as penas da lei, que, até a presente data, inexistem fatos impeditivos para sua habilitação no presente credenciamento, estando ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores. Por ser verdade, firma a presente.

Por ser expressão de verdade, firmamos o presente.

(inserir o local), (inserir o dia) de (inserir o mês) de (inserir o ano)

Responsável (nome/cargo/assinatura)
Nome da Empresa



MUNICÍPIO DE ITAMBARACÁ
Estado do Paraná

(PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA)

ANEXO VI

Ao Município de Itambaracá

INEXIGIBILIDADE 0 /2019 - PMI
CREDENCIAMENTO Nº 0 /2019

MODELO

DECLARAÇÃO DE QUE NÃO POSSUI NO QUADRO SOCIETÁRIO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL OU ESTÁ EM CONTRARIEDADE COM O PREJULGADO N.º 09 DO TCE/PR

Declaramos para os devidos fins de direito, na qualidade de Proponente do procedimento licitatório, sob a modalidade Inexigibilidade nº 0 /2019, Credenciamento nº /2019, instaurado por esta Prefeitura, **que não possui no quadro societário servidor público municipal efetivo ou em comissão ou possui parentesco até 3º grau com (cônjuge, companheiro, consanguíneo ou afins) com servidor público municipal efetivo ou em comissão ocupante de cargo (Político, direção, chefia e assessoramento, ligado ao departamento de licitações e contratos ou Secretaria solicitante do certame, nos termos do Prejulgado de nº 09 do TCE/PR, bem como, não possui em seu quadro societário servidor público da ativa, ou empregado de empresa pública ou de sociedade de economia mista, sendo de sua inteira responsabilidade a fiscalização dessa obrigação.** Na hipótese de não representar a realidade do que acima declaro, valerá como confissão de erro substancial à minha pessoa, considero-me, portanto, como incluso no artigo 299 do Código Penal (declaração falsa ou diversa do que deverá ser escrita, com o fim de criar obrigações).

(inserir o local), (inserir o dia) de (inserir o mês) de (inserir o ano).

Representante Legal ou Procurador do Licitante (nome e assinatura)



MUNICÍPIO DE ITAMBARACÁ
Estado do Paraná

ANEXO VII

**MINUTA DE TERMO DE CREDENCIAMENTO DE
PESSOA JURÍDICA PARA PRESTAÇÃO DE
SERVIÇO DE EXAMES DIAGNÓSTICO, QUE
ENTRE SIM CELEBRAM O MUNICÍPIO DE
ITAMBARACA-PR E A EMPRESA**

O (inserir a contratante), situado na (Inserir endereço), PR, CNPJ (inserir número do CNPJ), a seguir denominado **CREDENCIANTE**, neste ato representado por seu (inserir nome do representante legal), portador da cédula de identidade R.G. nº (inserir número), CPF nº (inserir número), e a Pessoa Jurídica (inserir a credenciada), CNPJ/CPF (inserir número do CNPJ), localizada na (Inserir endereço), CEP: (inserir número), a seguir denominada **CREDENCIADA**, representada por (inserir nome do representante legal) portador da cédula de identidade R.G. nº (inserir número) CPF nº (inserir número), residente na (Inserir endereço), CEP: (inserir número), firmam o presente Termo de Credenciamento com fundamento no Artigo 25 da Lei Federal nº 8.666, de 21/06/93 e suas alterações, assim como pelas condições do edital **Processo inexigibilidade 000/2019 - PMI** referente a **CREDENCIAMENTO nº 000/2019** pelos termos da Carta Proposta da Contratada e pelas cláusulas a seguir expressas, definidoras dos direitos, obrigações e responsabilidades das partes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO E DA VINCULAÇÃO:

1.1. O presente contrato tem por objeto o **CREDENCIAMENTO** para prestação de serviços de Exames Diagnóstico por Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Serviços de Sedação e Contraste, Ultrassonografia, Medicina Nuclear In Vivo, Especialidade Neurologia, Gástrica, Cardiológica, Pneumologia, Angiologia e Radiografia, a fim de atender os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) do Município de Itambaracá/PR, conforme as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde, conforme as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde, que o(a) **CREDENCIADO(A)** se declara em condições de prestar, em estrita observância ao indicado nas especificações levadas a efeito pelo processo de **INEXIGIBILIDADE LICITAÇÃO Nº 000/2019 - PMI - CREDENCIAMENTO nº 000/2019**, nos valores estabelecidos no **Decreto Municipal nº 4323/2019**, datado de 11 de julho de 2019, publicado na edição nº 1798, do dia 15 de julho de 2019 do Diário Oficial dos Municípios do Paraná, parte integrante do presente Termo de Credenciamento, a saber:

SERVIÇOS DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Item	Unid	Qtde/Mês	Serviços	R\$ Unid	R\$ Total/mês
1	Unid.	02	Ressonância Magnética de crânio	R\$ 400,00	R\$ 800,00
2	Unid.	02	Ressonância Magnética de coluna cervical	R\$ 400,00	R\$ 800,00
3	Unid.	02	Ressonância Magnética de coluna lombo sacra	R\$ 400,00	R\$ 800,00
4	Unid.	02	Ressonância Magnética de coluna torácica	R\$ 400,00	R\$ 800,00
5	Unid.	02	Ressonância Magnética de bacia ou pelve	R\$ 400,00	R\$ 800,00
6	Unid.	02	Ressonância Magnética de abdome superior	R\$ 400,00	R\$ 800,00
7	Unid.	02	Ressonância Magnética de tórax	R\$ 400,00	R\$ 800,00
VALOR TOTAL MENSAL				R\$ 5.600,00	



MUNICÍPIO DE ITAMBARACÁ
Estado do Paraná

SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

Item	Unid	Qtde/Mês	Serviços	R\$ Unid	R\$ Total/mês
1	Unid.	02	Tomografia de crânio	R\$ 200,00	R\$ 400,00
2	Unid.	02	Tomografia de coluna cervical	R\$ 200,00	R\$ 400,00
3	Unid.	02	Tomografia de coluna dorsal	R\$ 200,00	R\$ 400,00
4	Unid.	02	Tomografia de coluna lombar	R\$ 200,00	R\$ 400,00
5	Unid.	02	Tomografia de coluna sacra	R\$ 200,00	R\$ 400,00
6	Unid.	02	Tomografia de face ou seio da face	R\$ 200,00	R\$ 400,00
7	Unid.	02	Tomografia de abdômen superior	R\$ 200,00	R\$ 400,00
8	Unid.	02	Tomografia de abdômen inferior	R\$ 200,00	R\$ 400,00
9	Unid.	02	Tomografia de pelve ou bacia	R\$ 200,00	R\$ 400,00
10	Unid.	02	Tomografia de mastóides ou ouvidos	R\$ 200,00	R\$ 400,00
11	Unid.	02	Tomografia de pescoço	R\$ 200,00	R\$ 400,00
12	Unid.	02	Tomografia de segmentos apendiculares	R\$ 200,00	R\$ 400,00
13	Unid.	02	Tomografia de articulações externa-clavícula	R\$ 200,00	R\$ 400,00
14	Unid.	02	Tomografia de articulações	R\$ 200,00	R\$ 400,00
15	Unid.	02	Tomografia de joelho	R\$ 200,00	R\$ 400,00
VALOR TOTAL MENSAL R\$ 6.000,00					

SERVIÇOS DE SEDAÇÃO E CONTRASTE

Item	Unid	Qtde/Mês	Serviços	R\$ Unid	R\$ Total/mês
5.	Und	02	Contraste para ressonância e tomografia	R\$ 80,00	R\$ 160,00
6.	Und	02	Sedação adulto/infantil para ressonância e tomografia	R\$ 100,00	R\$ 200,00
VALOR TOTAL MENSAL R\$ 360,00					

SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRRAFIA

Item	Unid	Qtde/Mês	Serviços	R\$ Unid	R\$ Total/mês
1	Unid.	10	USG transvaginal	R\$ 80,00	R\$ 800,00
2	Unid.	8	USG obstétrico	R\$ 80,00	R\$ 640,00
3	Unid.	5	USG abdome superior	R\$ 80,00	R\$ 400,00
4	Unid.	5	USG abdome inferior	R\$ 80,00	R\$ 400,00
5	Unid.	5	USG abdome total	R\$ 100,00	R\$ 500,00
6	Unid.	5	USG de Fígado, Vesícula e vias biliares	R\$ 80,00	R\$ 400,00
7	Unid.	5	USG próstata trans. retal	R\$ 100,00	R\$ 500,00
8	Unid.	5	USG próstata via abdominal	R\$ 80,00	R\$ 400,00



MUNICÍPIO DE ITAMBARACÁ
Estado do Paraná

9	Unid.	5	USG de tireoide	R\$ 80,00	R\$ 400,00
10	Unid.	10	USG Pélvico	R\$ 80,00	R\$ 800,00
11	Unid.	10	USG de Articulação	R\$ 80,00	R\$ 800,00
12	Unid.	10	USG das Mamas	R\$ 80,00	R\$ 800,00
13	Unid.	10	USG de partes moles	R\$ 80,00	R\$ 800,00
14	Unid.	5	USG Bolsa Escrotal	R\$ 80,00	R\$ 400,00
15	Unid.	10	USG Morfológico 1º e 3º trimestre	R\$ 150,00	R\$ 1.500,00
16	Unid.	10	USG de Rins e vias urinárias	R\$ 80,00	R\$ 800,00
VALOR TOTAL MENSAL R\$					10.340,00

SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO

Item	Unid	Qtde/Mês	Serviços	R\$ Unid	R\$ Total/mês
1	Unid.	02	Densimetria óssea duo energética de coluna (vert. Lomb.)	R\$ 100,00	R\$ 200,00
2	Unid.	01	Cintilografia renal com DTPA	R\$ 230,00	R\$ 230,00
3	Unid.	01	Cintilografia renal com DMSA	R\$ 180,00	R\$ 180,00
4	Unid.	01	Cintilografia óssea com fluxo	R\$ 250,00	R\$ 250,00
5	Unid.	02	Cintilografia óssea simples	R\$ 200,00	R\$ 400,00
VALOR TOTAL MENSAL R\$					1.260,00

SERVIÇOS DE MÉTODO DIAGNÓSTICO EM ESPECIALIDADE NEUROLOGIA

Item	Unid	Qtde/Mês	Serviços	R\$ Unid	R\$ Total/mês
1	Unid.	01	Angio ressonância cerebral	R\$ 400,00	R\$ 400,00
2	Unid.	02	Eletroneuromiografia (um membro)	R\$ 200,00	R\$ 400,00
3	Unid.	02	Eletroneuromiografia (dois membros)	R\$ 300,00	R\$ 600,00
VALOR TOTAL MENSAL R\$					1.400,00

SERVIÇOS DE PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA POR ENDOSCOPIA

Item	Unid	Qtde/Mês	Serviços	R\$ Unid	R\$ Total/mês
1	Unid.	25	Endoscopia	R\$ 230,00	R\$ 5.750,00
2	Unid.	15	Colonoscopia	R\$ 500,00	R\$ 7.500,00
VALOR TOTAL MENSAL R\$					13.250,00

SERVIÇOS DE MÉTODO DIAGNÓSTICO EM ESPECIALIDADE EM CARDIOLOGIA

Item	Unid	Qtde/Mês	Serviços	R\$ Unid	R\$ Total/mês
1	Unid.	10	Teste de esforço	R\$ 100,00	R\$ 1.000,00
2	Unid.	06	Holter de 24 horas – 2 ou mais canais	R\$ 100,00	R\$ 600,00



MUNICÍPIO DE ITAMBARACÁ
Estado do Paraná

3	Unid.	05	MAPA de 24 horas	R\$ 100,00	R\$ 500,00
4	Unid.	10	ECG	R\$ 50,00	R\$ 500,00
VALOR TOTAL MENSAL R\$ 2.600,00					

SERVIÇOS DE MÉTODO DIAGNÓSTICO EM ESPECIALIDADE PNEUMOLOGIA

Item	Unid.	Qtde/Mês	Serviços	R\$ Unid	R\$ Total/mês
1	Unid.	02	Espirometria com prova de BD	R\$ 100,00	R\$ 200,00
2	Unid.	02	Nasofibrolaringoscopia	R\$ 100,00	R\$ 200,00
VALOR TOTAL MENSAL R\$ 400,00					

SERVIÇOS DE MÉTODO DIAGNÓSTICO EM ESPECIALIDADE ANGIOLOGIA

Item	Unid	Qtde/Mês	Serviços	R\$ Unid	R\$ Total/mês
1	Unid.	02	Ecodoppler de artérias vertebrais	R\$ 150,00	R\$ 300,00
2	Unid.	02	Ecodoppler cardiograma	R\$ 150,00	R\$ 300,00
3	Unid.	02	Ecodoppler carótida	R\$ 150,00	R\$ 300,00
4	Unid.	02	Ecodoppler de membros inferiores (por membro)	R\$ 100,00	R\$ 200,00
VALOR TOTAL MENSAL R\$ 1.100,00					

SERVIÇOS DE MÉTODO DIAGNÓSTICO EM RADIOGRAFIA

Item	Unid	Qtde/Mês	Serviços	R\$ Unid	R\$ Total/mês
1	Unid.	20	RX (GERAL) com laudo	R\$ 50,00	R\$ 1.000,00
VALOR TOTAL MENSAL R\$ 1.000,00					

CLÁUSULA SEGUNDA – PREÇO

2.1. A CONTRATADA se obriga a prestar os serviços, objeto deste Contrato, pelo preço certo e ajustado de até R\$ 43.310,00 (quarenta e três mil trezentos e dez reais) mensais totalizando o valor anual de R\$ 519.720,00 (quinhentos e dezenove mil e setecentos e vinte reais), sendo que a quantidade de exames realizados (demanda) não poderá exceder ao valor estipulado a cada mês.

2.2. O pagamento de quaisquer taxas ou emolumentos concernentes ao objeto do presente contrato correrá por conta exclusiva da **CONTRATADA**, bem como demais encargos inerentes à sua completa execução.

2.3. Os serviços serão prestados em estrita obediência ao presente Termo de Credenciamento, serão executados assim que verificada sua necessidade, de acordo com a solicitação do **CREDENCIANTE** e mediante o sistema de rotatividade, caso haja mais de um credenciado nas especialidades, entre os demais credenciados, no limite dos valores a abaixo especificados:

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:

2.1. O pagamento pela prestação dos serviços que vierem a ser requisitados e devidamente realizados se dará de forma mensal, sendo que para os serviços prestados no mês, o pagamento será efetuado até 15 (quinze) dias após a apresentação da Nota Fiscal de prestação



MUNICÍPIO DE ITAMBARACÁ

Estado do Paraná

dos serviços devidamente atestada pela Secretaria Municipal de Saúde, acompanhada da relação nominal dos pacientes atendidos e seus respectivos exames efetuados, bem como das requisições de solicitações dos mesmos, a saber:

2.1.1. Apresentar Nota Fiscal de prestação de serviços juntamente com o relatório de procedimentos efetivamente realizados no período, devidamente autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde, sendo o valor a ser pago de acordo com o Decreto Municipal nº 4323/2019.

2.1.2. O Fundo Municipal de Saúde de Itamaracá somente pagará as empresas, após a comprovação de quitação das obrigações trabalhistas e previdenciárias, bem como apresentação de **Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS); Prova de regularidade fiscal perante a Fazenda Federal; e Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT)** em plena validade.

2.2. Havendo erro na emissão do documento de cobrança ou circunstância que impeça a liquidação da despesa, como rasuras, entrelinhas, tal documento será devolvido à licitante e o pagamento ficará pendente até que sejam sanados os problemas; nesta hipótese o prazo para pagamento será reiniciado após a regularização da situação ou reapresentação do documento fiscal, não acarretando nenhum ônus para o Município de Itamaracá.

2.3. Nenhum pagamento isentará o(a) CREDENCIADO(A) das responsabilidades assumidas na forma deste contrato, quaisquer que sejam, nem implicará na aprovação definitiva dos serviços prestados.

2.4. Os pagamentos serão realizados mediante crédito em conta corrente do CREDENCIADO (A), conforme prestação dos serviços e apresentação da nota fiscal de prestação de serviços, sendo vedada emissão de boleto bancário em nome do município.

2.5. Caso se verifique erro na nota fiscal de prestação de serviço, o pagamento será susado até que as providências pertinentes tenham sido tomadas por parte da CREDENCIADA.

2.6. As notas fiscais de prestação de serviços deverão ser entregues na sede do CREDENCIANTE, no endereço descrito no preâmbulo deste instrumento, durante o horário de expediente.

CLÁUSULA TERCEIRA - DO PRAZO:

O presente Termo de Credenciamento terá vigência de 12 (doze) meses a partir da assinatura do mesmo, podendo ser prorrogado desde que haja concordância entre as partes e que seja respeitada a legislação pertinente.

CLÁUSULA QUARTA - CRITÉRIO DE REAJUSTE:

4.1. Os valores serão fixos e irredutíveis.

4.1.1. Após os primeiros 12 (doze) meses, em caso de prorrogação, o valor mensal poderá ser reajustado, em conformidade com a legislação vigente, com a aplicação do Índice Geral de Preços do Mercado – IGPM, acumulado no período.

4.2. Ocorrendo desequilíbrio econômico-financeiro do futuro contrato, em face dos aumentos de custo que não possam, por vedação legal, ser refletidos através de reajuste ou revisão de preços básicos, as partes de comum acordo, com base no artigo 65, II “d” da Lei de Licitações, buscarão uma solução para a questão.

4.4. Durante as negociações, o prestador de serviço contratado em hipótese alguma poderá paralisar a execução dos serviços.



CLÁUSULA QUINTA - DAS CONDIÇÕES ESPECÍFICAS DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO

São competências e/ou funções da contratada:

5.1 - Realizar os procedimentos contratados, de acordo com a melhor técnica e com a observância de toda a legislação em vigor aplicável à prestação dos serviços, sem cobrança de qualquer valor adicional do paciente.

5.2 - O paciente será encaminhado **ÚNICA e EXCLUSIVAMENTE** através da Secretaria da Saúde e as guias de requisição de exames serão devidamente preenchidas, carimbadas, assinadas e autorizadas pela mesma.

5.2.1 - A autorização e o agendamento dos exames serão de responsabilidade da Secretaria da Saúde, a qual se encarregará de controlar a demanda encaminhada de acordo com o quantitativo físico e financeiro contratado

5.3 - Ser responsável pelos materiais, equipamentos, recursos humanos, medicamentos e tudo o mais que seja necessário para a realização do procedimento, de acordo com a melhor técnica.

5.4 - A realização dos exames e a entrega dos resultados serão de responsabilidade da credenciada, que assumirá todos os ônus decorrentes dos procedimentos.

5.5 - Entregar o resultado dos exames, com o laudo devido, no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados da realização do procedimento.

5.5.1 - O paciente ficará responsável pela retirada do resultado no mesmo local da realização do procedimento.

5.5.2 - Deverá ser entregue uma via do resultado do exame para o paciente (com identificação do usuário; data de realização do exame; Laudo Médico e Imagem, devidamente carimbado e assinado pelo profissional realizador do exame).

5.6 - Apresentar relatório com as guias de requisição, devidamente autorizadas, com nome do paciente, exames realizados e respectivos valores e deixar a disposição para conferência na Secretaria da Saúde.

5.6.1 - A Credenciada deverá de imediato, quando solicitado, apresentar documentos, prontuários e demais informações necessárias ao acompanhamento da execução do contrato.

5.7 - A Credenciada deverá atender os pacientes com dignidade, respeito, de forma universal, igualitário e em observância ao princípio da urbanidade. Sendo vedada qualquer tipo de diferença de atendimento dos demais pacientes.

5.7.1 - Seguir as Orientações da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde – PNH/MS, centrando as diretrizes assistenciais na qualidade do atendimento prestado ao usuário, voltada para a atenção acolhedora, resolutiva e humana:

5.8 – A Credenciada será responsável por todos e quaisquer danos e/ou prejuízos que vier a causar aos pacientes encaminhados para exames.

5.9 - Executar, conforme a melhor técnica, os exames de imagem, obedecendo rigorosamente às normas técnicas respectivas.



MUNICÍPIO DE ITAMBARACÁ
Estado do Paraná

5.10 - Cumprir, dentro dos prazos estabelecidos as obrigações assumidas por força deste edital.

5.11 - A Credenciada deve permitir o acompanhamento, a fiscalização e o acesso dos responsáveis da Secretaria da Saúde ou Conselho Municipal de Saúde para supervisionar e acompanhar a execução da prestação dos serviços do contrato, sempre que solicitada.

5.12 - Somente serão pagos os exames comprovadamente realizados, mediante o envio de relatório mensal, os quais deverão conter a identificação do usuário; a data de realização do exame e a autorização.

5.13 - A Credenciada disponibilizará os serviços (atendimentos) no mínimo 01 (uma) vez por semana.

5.14 - A contratada deverá apresentar relação do corpo clínico (profissionais que atuarão na prestação dos serviços), constando o número do CPF e registro do profissional no conselho de classe regional respectivo;

CLÁUSULA SEXTA – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA O CASO DE INADIMPLEMENTO CONTRATUAL:

6.1. De conformidade com o estabelecido nos artigos 86 e 87 da Lei Federal 8.666/93 de 21 de junho de 1993, a credenciada que descumprir as condições previstas neste Termo, poderá a Administração, garantida a prévia defesa, aplicar as seguintes penalidades:

6.1.1. Multa equivalente a 10% (dez por cento) do valor global contratado, para o caso de ocorrer desistência da mesma, bem como recusa injustificada ou desinteresse na assinatura do Termo de Credenciamento.

6.1.2. No caso de atraso ou negligência na prestação dos serviços, será aplicada multa diária de 0,5% (zero vírgula cinco por cento) calculado sobre o valor global do contrato, até o 7º (sétimo) dia.

6.1.3. Multa de 1% ao dia sobre o valor do global no caso de atraso ou paralisação superior a 10 (dez) dias dos serviços.

6.2. Em caso de inexecução parcial ou total do contrato, a Administração poderá, garantida a prévia defesa, aplicar as seguintes sanções:

6.2.1. Advertência Escrita;

6.2.2. Multa de 10% (dez por cento) do valor global do contratado;

6.2.3. Suspensão temporária do direito de licitar e impedimento de contratar com a Administração Pública pelo prazo de até 2 (dois) anos;

6.2.4. 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;

6.3. Os valores das multas serão descontados de qualquer fatura ou crédito existente na Prefeitura Municipal de Itambaracá, não se efetuando qualquer pagamento de fatura, enquanto referida multa não houver sido paga ou relevada a penalidade aplicada ou ainda, cobradas judicialmente.



MUNICÍPIO DE ITAMBARACÁ
Estado do Paraná

6.4. Não serão aplicadas as multas decorrentes de “casos fortuitos” ou “força maior”, devidamente comprovados.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO DESCREDENCIAMENTO

7.1. O cancelamento da prestação dos serviços terá lugar de pleno direito, em qualquer tempo, independente de notificação judicial ou extrajudicial, caso o **CREDENCIADO**:

- a) Recusar-se a prestar os serviços, preestabelecidos na ordem de convocação;
- b) Venha a agir com dolo, culpa, simulação ou em fraude na execução dos serviços;
- c) Quando pela reiteração de defeitos dos serviços ficarem evidenciada a incapacidade para dar execução satisfatória ao Termo de Credenciamento;
- d) Falir ou dissolver-se;
- e) Ceder ou transferir, no todo ou em parte, as obrigações decorrentes desta licitação, ou deleguem a outros as incumbências das obrigações nele consignadas, sem prévia e expressa anuência da Prefeitura Municipal de Itambaracá.
- f) Reiteração do atraso injustificado na prestação dos serviços
- g) Descumprir quaisquer condições previstas neste regulamento, bem como da Lei Federal nº. 8.666/93 e na Lei Federal 8.080/90.

7.2. A Credenciada poderá requerer seu descredenciamento, por meio de declaração justificada apresentada a Secretaria de Saúde do Município de Itambaracá, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

7.3. O Município de Itambaracá poderá revogar o credenciamento quando assim exigir o interesse público, mediante decisão fundamentada, sem que reste qualquer direito de indenização em favor dos credenciados, mas garantindo-se o pagamento dos serviços prestados até a data da revogação.

7.4. Havendo o descredenciamento, o **CREDENCIANTE** pagará ao **CREDENCIADO**, o numerário equivalente aos serviços efetivamente realizados no período, aprovados pela fiscalização, no valor avençado.

CLÁUSULA OITAVA – DOS CASOS DE RESCISÃO:

O presente Contrato será rescindido de pleno direito pelo **CREDENCIANTE**, independentemente de notificação judicial ou extrajudicial, ocorrendo qualquer das hipóteses previstas no art. 78, da Lei nº 8.666/93, ressalvados os casos fortuitos e de força maior, devidamente comprovados e aceitos pelo **CREDENCIANTE** ou ainda, no caso de cancelamento do credenciamento.

CLÁUSULA NONA – DOS RECURSOS FINANCEIROS:

As despesas/pagamentos decorrentes execução dos serviços correrão por conta das seguintes dotações orçamentárias: Projeto/Atividade 2.038 – CR285 – Descrição: Fundo Municipal de Saúde - Elemento de Despesa 33.90.39.00.00, fonte 01303, para a Secretaria Municipal de Saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

10.1. O Credenciado se obriga a:



MUNICÍPIO DE ITAMBARACÁ
Estado do Paraná

- a) Atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviços;
- b) Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de Serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação Legal;
- c) Realizar os procedimentos contratados, sem cobrança de qualquer valor adicional ao usuário do SUS do Município de Itambaracá;
- d) Garantir a confidencialidade dos dados e informações do paciente;
- e) Responsabilizarem-se por todos e quaisquer danos e/ou prejuízos que vier a causar aos pacientes encaminhados para exame;
- f) O Credenciado deverá manter-se habilitado junto aos respectivos órgãos de fiscalização da sua categoria, sob pena de rescisão contratual;
- g) Não serão objeto de pagamento os serviços não efetuados dentro da boa técnica profissional;
- h) A empresa credenciada será responsável pelo material necessário para a realização do procedimento, devendo usar somente materiais descartáveis e instrumental devidamente esterilizado;
- i) A entrega dos resultados dos exames dar-se-á no local onde foi realizado;
- j) Informar o Município de eventual alteração de sua razão social, de seu controle acionário ou de mudança de sua diretora ou de seu estatuto, enviando cópia autenticada da certidão da Junta comercial ou do cartório de registro civil das pessoas jurídicas;
- k) O Credenciado será responsável por todos os encargos fiscais, previdenciários, trabalhistas e assinar carteira de seus funcionários e das pessoas subordinadas a ele e envolvidas no atendimento, isentando integralmente o Município;
- l) Manter, durante todo o contrato, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no credenciamento;

10.2. Compete ao Município de Itambaracá:

- a) Pagar, ao credenciado, o preço estabelecido no edital ou em suas respectivas alterações;
- b) Designar servidor responsável pelo acompanhamento e fiscalização da execução dos serviços aqui ajustados;

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: DA FISCALIZAÇÃO E DA GESTÃO DO CONTRATO

11.1. O responsável pela FISCALIZAÇÃO dos serviços contratados, é o (a) Sr (a) _____, designado pela Portaria nº __/__.

11.2. O gestor do contrato é o (a) Sr(a). _____designado pela Portaria nº __/__.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DAS DISPOSIÇÕES SUPLETIVAS:

12.1. O presente Instrumento contratual rege-se pelas disposições expressas na Lei nº 8.666, de 21 de junho 1993, e pelos preceitos de direito público, aplicando-se-lhe supletivamente os princípios da Teoria Geral dos Contratos e as disposições de direito privado.

12.2. Nenhum serviço fora do contratado poderá ser prestado, ainda que em caráter extraordinário, sem a prévia e expressa autorização do **CREDENCIANTE**.

12.3. A **CREDENCIANTE** assume exclusiva responsabilidade pelo cumprimento de todas as obrigações decorrentes da execução deste contrato, sejam de natureza trabalhista, previdenciária, comercial, civil ou fiscal, inexistindo solidariedade do **CREDENCIADA** relativamente a esses encargos, inclusive os que eventualmente advirem de prejuízos causados a terceiros.

12.4. Rescindido o contrato em razão do inadimplemento de obrigações da **CONTRATADA**, esta ficará impedida de participar de novos contratos de serviços com os **CONTRATANTES** além das penalidades previstas no **Artigo nº 87 da Lei 8.666/93**.



MUNICÍPIO DE ITAMBARACÁ
Estado do Paraná

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DO FORO:

Fica eleito o Foro da Comarca de Andirá - Paraná, para dirimir quaisquer dúvidas ou questões oriundas do presente Contrato.

E, por estarem, **CREDENCIANTE** e **CREDENCIADA** de pleno acordo com o disposto neste instrumento, firmam-no, juntamente com duas testemunhas, em 03 (três) vias de igual teor e forma, obrigando-se por si e por seus herdeiros e sucessores, a cumpri-lo em todos os seus termos.

Itamaracá, ___ de ___ de 2019.

Assinatura do CREDENCIANTE

Assinatura da CREDENCIADA

TESTEMUNHAS: _____

Nome:

CPF:

Nome:

CPF: