



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO CAIUÁ
ESTADO DO PARANÁ
CNPJ – 75.483.230/0001-58

CHAMADA PÚBLICA Nº 002/2018

EDITAL PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICA PARA DISPONIBILIDADE MÉDICA CLINICOGERAL 12 (DOZE) HORAS, DISPONIBILIDADE MÉDICA CLINICO GERAL - SOBRE AVISO 12(DOZE) HORAS, PROTÉTICO, EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA E EXAMES LABORATORIAIS.

1 – PREÂMBULO

1.1 – A Prefeitura Municipal de Santo Antônio do Caiuá– através da Comissão Permanente de Licitação, observada as disposições legais da Lei Federal 8666/93 e suas alterações, Portaria nº 358/2006 do Ministério da Saúde, Resolução Normativa nº 71/2004 ANSS, Resolução 1613/2001 CFM, Resoluções 1420/2001 e 5351/2004, ambas do TCE/Pr e demais legislações aplicáveis, que institui e torna pública a realização de **jurídica para disponibilidade médica clinico geral 12 (doze) horas, disponibilidade médica clinico geral - sobre aviso 12(doze) horas, protético, exames de ultrassonografia e exames laboratoriais**, nos termos das condições estabelecidas no presente Edital de Chamamento Público.

1.2 – FORMAS DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO

1.2.1 – Os interessados deverão protocolar seus documentos em envelope lacrado, junto ao Departamento de Licitações da Prefeitura Municipal de Santo Antônio do Caiuá, situado do Paço Municipal à Avenida São João, 415, Centro, Santo Antônio do Caiuá - Pr, a partir do dia 03 de abril de 2018, no seguinte horário: das 08:00h às 11:30min e das 13:30min às 17:00hrs, conforme publicação do presente edital, no Diário Oficial Municipal;

1.2.2 – Serão considerados credenciados as Pessoas Jurídicas que apresentem os documentos enumerados no item 4 deste instrumento.

1.2.3 – Os interessados poderão solicitar o credenciamento a qualquer momento, desde a publicação do presente edital, tendo o direito de iniciar a prestação dos serviços a partir da assinatura do contrato, desde que possível, caso contrário aguardará distribuição.

1.2.4 – Os interessados em atenderem ao chamamento para credenciarem-se, poderão ter acesso a todo o chamamento e aos modelos em anexo, através do site www.pmsac.pr.gov.br em processos licitatórios.

2 – OBJETO

2.1 – O presente Chamamento Público tem por objeto o Credenciamento de Pessoas Jurídicas para disponibilidade médica clinico geral 12 (doze) horas, disponibilidade médica clinico geral - sobre aviso 12(doze) horas, protético, exames de ultrassonografia e exames laboratoriais através da Secretaria Municipal de Saúde, pelo prazo de 12(doze) meses, iniciando-se a partir da publicação deste edital, podendo ser prorrogado à critério das partes, abrangendo as modalidades descritas nos lotes abaixo:



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO CAIUÁ
ESTADO DO PARANÁ
CNPJ – 75.483.230/0001-58

DESCRIPTIVO DOS SERVIÇOS:

Lote: LOTE 01 DISPONIBILIDADE MÉDICA 12 (DOZE) HORAS			Preço Total do Lote:		695.400,00
Item	Especificação	Unid.	Quantidade	Preço Unit. Máximo	Preço Total
1	Disponibilidade médica de 12(doze) horas em horário diurno e noturno em dias uteis e nos finais da semana (sábados e domingos) e feriados municipais católicos e nacionais no Hospital Municipal	UN	732,00	950,00	695.400,00
Lote: : LOTE 02 - LOTE 01 DISPONIBILIDADE MÉDICA - SOBRE AVISO 12 (DOZE) HORAS			Preço Total do Lote:		50.400,00
Item	Especificação	Unid.	Quantidade	Preço Unit. Máximo	Preço Total
2	Disponibilidade médica (sobreaviso) 12 (doze) horas em horário diurno e noturno em dias uteis e nos finais da semana (sábados e domingos) e feriados municipais católicos e nacionais	UN	144,00	350,00	50.400,00
Lote: Lote: LOTE 03 - PROTESES DENTARIAS			Preço Total do Lote:		28.834,20
Item	Especificação	Unid.	Quantidade	Preço Unit. Máximo	Preço Total
3	SERVIÇO DE LABORATÓRIO DE PRÓTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVÍVEL COM ESTRUTURA METÁLICA (DENTES DAS MARCAS VIP, DENTRON, TRITONI OU SIMILAR COM REGISTRO E APROVADO PELA ANVISA) APRESENTAR AMOSTRA DA PRÓTESE E DA CARTELA DE DENTES	SERV	30,00	212,12	6363,60
4	SERVIÇO DE LABORATÓRIO DE PROTESE PARCIAL MAXILAR REMOVÍVEL COM ESTRUTURA METÁLICA (DENTES DAS MARCAS VIP, DENTRON, TRITONI OU SIMILAR COM REGISTRO E APROVADO PELA ANVISA) APRESENTAR AMOSTRA DA PRÓTESE E DA CARTELA DE DENTES	SERV	30,00	212,12	6363,60
5	SERVIÇO DE LABORATÓRIO DE PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR DENTES DAS MARCAS VIP, DENTRON, TRITONI OU SIMILAR COM REGISTRO E APROVADO PELA ANVISA) APRESENTAR AMOSTRA DA PRÓTESE E DA CARTELA DE DENTES	SERV	50,00	161,07	8053,50
6	SERVIÇO DE LABORATÓRIO DE PRÓTESE TOTAL MAXILAR DENTES DAS MARCAS VIP, DENTRON, TRITONI OU SIMILAR COM REGISTRO E APROVADO PELA ANVISA) APRESENTAR AMOSTRA DA PRÓTESE E DA CARTELA DE DENTES	SERV	50,00	161,07	8053,50
Lote: Lote: LOTE 04 - EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA			Preço Total do Lote:		169.351,20
Item	Especificação	Unid.	Quantidade	Preço Unit. Máximo	Preço Total
7	USG DE ABDOMEM TOTAL	SERV	36,00	80,00	2880,00
8	USG DE ABDOMEM INFERIOR	SERV	36,00	60,00	2160,00
9	USG DE ABDOMEM SUPERIOR	SERV	36,00	60,00	2160,00
10	ULTRASSONOGRAFIA APARELHO URINÁRIO (COM LAUDO)	UN	36,00	24,20	871,20
11	USG COM BIÓPSIA DE MAMA (agulha grossa)	SERV	36,00	440,00	15840,00
12	USG ANTEBRAÇO	SERV	24,00	150,00	3600,00
13	USG ARTICULAR COM DOPPLER	SERV	12,00	60,00	720,00
14	USG BOLSA ESCROTAL	SERV	36,00	60,00	2160,00
15	USG BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER	SERV	18,00	150,00	2700,00
16	USG DOPPLER COLORIDO CERVICAL BILATERAL	SERV	36,00	150,00	5400,00
17	USG DERMATOLÓGICO - PELE SUBCUTÂNEO - ULTR.	SERV	36,00	60,00	2160,00
18	USG GLOBO OCULAR - BILATERAL	SERV	36,00	60,00	2160,00
19	USG HEMITÓRAX	SERV	36,00	60,00	2160,00
20	USG HIPOCÔNDRIO	SERV	36,00	60,00	2160,00
21	USG JOELHO	SERV	36,00	60,00	2160,00
22	USG QUADRIL	SERV	36,00	60,00	2160,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO CAIUÁ
ESTADO DO PARANÁ
CNPJ – 75.483.230/0001-58

23	USG MÃO	SERV	36,00	60,00	2160,00
24	USG DE MEMBROS INFERIORES COM DOPPLER	SERV	36,00	150,00	5400,00
25	USG DE MEMBROS SUPERIORES COM DOPPLER	SERV	36,00	150,00	5400,00
192	USG OBSTETRICA	SERV	36,00	60,00	2160,00
193	USG OBSTETRICA COM DOPPLER	SERV	36,00	150,00	5400,00
194	USG OBSTETRICA 1º TRIMESTRE (endovaginal)	SERV	36,00	80,00	2880,00
195	USG OBSTETRICA 1º TRIMESTRE (endovaginal)	SERV	36,00	110,00	3960,00
196	USG OBSTETRICA GESTAÇÃO MÚLTIPLA (cada feto com doppler)	SERV	36,00	150,00	5400,00
197	USG OBSTETRICA TRANSVAGINAL	SERV	36,00	60,00	2160,00
198	USG OMBRO	SERV	36,00	60,00	2160,00
199	USG ÓRGÃOS SUPERFICIAIS PESCOÇO OU REGIÃO CERVICAL	SERV	36,00	60,00	2160,00
200	USG ÓRGÃOS SUPERFICIAIS PESCOÇO OU REGIÃO CERVICAL COM DOPPLER	SERV	36,00	150,00	5400,00
201	USG ÓRGÃOS SUPERFICIAIS REGIÃO INGUINAL	SERV	36,00	100,00	3600,00
202	USG PAREDE ABDOMINAL	SERV	36,00	60,00	2160,00
203	USG PÉ	SERV	36,00	60,00	2160,00
204	USG PÉLVICA	SERV	36,00	60,00	2160,00
205	USG PÉLVICA TRANSVAGINAL GEMELAR	SERV	36,00	125,00	4500,00
206	USG PERNA	SERV	36,00	60,00	2160,00
207	USG PERNA (suspeita de trombose)	SERV	36,00	250,00	9000,00
208	USG PERNA (Map. de Varizes)	SERV	36,00	320,00	11520,00
209	USG PROSTATA	SERV	36,00	60,00	2160,00
210	USG PUNHO	SERV	36,00	60,00	2160,00
211	USG RETROPERITÔNIO (grandes vasos ou adrenais)	SERV	36,00	60,00	2160,00
212	USG TIREÓIDE	SERV	36,00	60,00	2160,00
213	USG TIREÓIDE COM DOPPLER	SERV	36,00	150,00	5400,00
214	USG TRANSRETAL	SERV	36,00	60,00	2160,00
215	USG TRANSRETAL RADIAL	SERV	36,00	60,00	2160,00
216	USG TRANSVAGINAL COM DOPPLER	SERV	36,00	140,00	5040,00
217	USG TRANSVAGINAL (inclui abdome inferior feminino)	SERV	36,00	60,00	2160,00
218	USG TRANSVAGINAL PARA CONTROLE DE OVULAÇÃO	SERV	36,00	110,00	3960,00
219	USG TORÁCICO EXTRA CARDÍACO	SERV	36,00	60,00	2160,00
220	USG TORNOZELO	SERV	36,00	60,00	2160,00
221	USG VIAS URINÁRIAS	SERV	36,00	60,00	2160,00

Lote: LOTE 05 - EXAMES LABORATORIAIS

Preço Total do Lote:

298.473,60

Item	Especificação	Unid.	Quantidade	Preço Unit. Máximo	Preço Total
26	EXAME DE ANTIBIOGRAMA	SERV	120,00	4,98	597,60
27	EXAME DE BACTERIOSCOPIA NA URINA	SERV	120,00	4,25	510,00
28	EXAME DE BILIRRUBINAS	SERV	120,00	2,01	241,20
29	EXAME DE CÁLCIO	SERV	120,00	3,18	381,60
30	EXAME DE CÁLCIO IÔNICO	SERV	120,00	9,07	1088,40
31	EXAME DE CK B	SERV	120,00	3,68	441,60
32	EXAME DE COAGULOGRAMA COMPLETO	SERV	120,00	10,60	1272,00
34	EXAME DE COLESTEROL LDL	SERV	120,00	3,51	421,20
35	EXAME DE CREATININA FOSFOTINASE	SERV	120,00	4,12	494,40
36	EXAME DE CULTURA (SECREÇÃO/FEZES)	SERV	120,00	9,00	1080,00
37	EXAME DE CULTURA DE FUNGOS	SERV	120,00	5,19	622,80
38	EXAME DE DENGUE IGG	SERV	120,00	22,00	2640,00
39	EXAME DE DENGUE IGM	SERV	120,00	22,00	2640,00
40	EXAME DE ESTRADIOL	SERV	120,00	9,80	1176,00
41	EXAME DE FAN	SERV	120,00	8,00	960,00
42	EXAME DE FERRITINA	SERV	120,00	8,80	1056,00
43	EXAME DE FERRO	SERV	120,00	3,90	468,00
44	EXAME DE FOSFATASE ALCALINA	SERV	120,00	3,00	360,00
45	EXAME DE FSH	SERV	120,00	9,80	1176,00
46	EXAME DE GAMA - GT	SERV	120,00	3,80	456,00
47	EXAME DE HBS HEPATITE B (HBSAG)	SERV	120,00	9,80	1176,00
48	EXAME DE HEMOGLOBINA GLICADA	SERV	120,00	10,00	1200,00
49	EXAME DE IGE	SERV	120,00	9,80	1176,00
50	EXAME DE INSULINA	SERV	120,00	11,00	1320,00
51	EXAME DE KPTT	SERV	120,00	3,90	468,00
52	EXAME DE LACTOSE TESTE DE TOLERÂNCIA	SERV	120,00	11,80	1416,00

AVENIDA SÃO JOÃO, 415 – CEP: 87730-000.FONE/FAX: (44) 3443-1221



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO CAIUÁ
ESTADO DO PARANÁ
CNPJ – 75.483.230/0001-58

53	EXAME DE LDH LACTICA	SERV	120,00	6,00	720,00
54	EXAME DE LH	UN	120,00	9,80	1176,00
55	EXAME DE LIPIDOGRAMA	SERV	120,00	14,00	1680,00
56	EXAME DE MAGNÉSIO	UN	120,00	2,80	336,00
57	EXAME DE MICROALBUMINURIA	SERV	120,00	9,80	1176,00
58	EXAME DE MUCOPROTEÍNAS	SERV	120,00	3,00	360,00
59	EXAME DE PESQUISA DE FUNGOS	SERV	120,00	3,20	384,00
60	EXAME DE POTÁSSIO	SERV	120,00	3,20	384,00
61	EXAME DE PROLACTINA	SERV	120,00	12,00	1440,00
62	EXAME DE PROTEÍNAS TOTAIS	SERV	120,00	2,30	276,00
63	EXAME DE PSA TOTAL	SERV	120,00	9,80	1176,00
64	EXAME DE PSA LIVRE	SERV	120,00	12,00	1440,00
65	EXAME DE PROGESTERONA	SERV	120,00	9,80	1176,00
66	EXAME DE RETICULOCITOS	SERV	120,00	3,20	384,00
67	EXAME DE RUBEOLA IGM	SERV	120,00	12,00	1440,00
68	EXAME DE SÓDIO	SERV	120,00	3,20	384,00
69	EXAME DE T3	SERV	120,00	9,80	1176,00
70	EXAME DE T4	SERV	120,00	9,80	1176,00
71	EXAME DE T4 LIVRE	SERV	120,00	9,80	1176,00
72	EXAME DE TAP	SERV	120,00	3,90	468,00
73	EXAME DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	SERV	120,00	3,00	360,00
74	EXAME DE TGO	SERV	120,00	2,50	300,00
75	EXAME DE TGP	SERV	120,00	2,50	300,00
76	EXAME DE TSH	SERV	120,00	9,80	1176,00
77	EXAME DE TOXOPLASMOSE IGG E IGM	SERV	120,00	10,00	1200,00
78	EXAME DE ANTIPEROXIDADE	SERV	120,00	23,00	2760,00
79	EXAME DE UROCULTURA	SERV	120,00	8,00	960,00
80	EXAME DE VITAMINA B12	SERV	120,00	12,00	1440,00
81	EXAME DE WAALER ROSE	SERV	120,00	4,10	492,00
82	EXAME DE ANTITROMBINA III, DOSAGEM	SERV	120,00	18,00	2160,00
83	EXAME DE FIBRINOGENIO	SERV	120,00	6,00	720,00
84	EXAME DE HEMOGLOBINA DOSAGEM	SERV	120,00	3,50	420,00
85	EXAME DE HEMOGLOBINA ELETROFORESE EM GEL AMIDO OU ACET. DE CELULOSE	SERV	120,00	9,00	1080,00
86	EXAME DE MILEOGRAMA	SERV	120,00	25,00	3000,00
87	EXAME DE PROTOPORFIRINA ERITROCITÁRIA LIVRE - ZINCO	SERV	120,00	17,00	2040,00
88	EXAME DE CROMATINA AMIN. PLASMA	SERV	120,00	20,00	2400,00
89	EXAME DE ALBUMINA	SERV	120,00	2,50	300,00
90	EXAME DE CHAGAS IGG	SERV	120,00	9,80	1176,00
91	EXAME DE CHAGAS IGM	SERV	120,00	9,80	1176,00
92	EXAME DE CITOLOGIA ONCÓTICA (PREVENÇÃO)	SERV	120,00	15,00	1800,00
93	EXAME DE CLEARENCE DE CREATINA	SERV	120,00	5,20	624,00
94	EXAME DE COOMBS DIRETO	SERV	120,00	3,60	432,00
95	EXAME DE COOMBS INDIRETO	SERV	120,00	5,80	696,00
96	EXAME DE FÓSFORO	SERV	120,00	2,80	336,00
97	EXAME DE FTA ABS IGG	SERV	120,00	11,00	1320,00
98	EXAME DE FTA ABS IGM	SERV	120,00	9,80	1176,00
99	EXAME DE GLICOSE CURVA GLICÊMICA	SERV	120,00	12,50	1500,00
100	EXAME DE GLICOSE SOBRECARGA (1 HORA E 2 HORAS)	SERV	120,00	6,00	720,00
101	EXAME DE HELICOBACTER PYLORI IGG E IGM	SERV	120,00	25,00	3000,00
102	EXAME DE HANSENIASE	SERV	120,00	10,00	1200,00
103	EXAME DE HEPATITE C ANTI HCV	SERV	120,00	16,00	1920,00
104	EXAME DE LIPASE	SERV	120,00	6,80	816,00
105	EXAME DE PH (FEZES E URINA)	SERV	120,00	2,80	336,00
106	EXAME DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES	SERV	120,00	2,90	348,00
107	EXAME DE PROTEINÚRIA 24 HORAS	SERV	120,00	3,20	384,00
108	EXAME DE ÁCIDO VINIL MANDELICO VMA	SERV	120,00	18,00	2160,00
109	EXAME DE ACTH	SERV	120,00	35,00	4200,00
110	EXAME DE ANDROSTENEDIONA	SERV	120,00	32,00	3840,00
111	EXAME DE CALCITONINA	SERV	120,00	35,00	4200,00
112	EXAME DE 17 CGS	SERV	120,00	10,00	1200,00
113	EXAME DE 17 CTS	SERV	120,00	10,00	1200,00
114	EXAME DE CORTISOL	SERV	120,00	30,00	3600,00
115	EXAME DE HORMÔNIO DO CRESCIMENTO	SERV	120,00	18,00	2160,00
116	EXAME DE T3 LIVRE	SERV	120,00	10,80	1296,00
117	EXAME DE VITAMINA 25 OH	SERV	120,00	18,00	2160,00

AVENIDA SÃO JOÃO, 415 – CEP: 87730-000.FONE/FAX: (44) 3443-1221



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO CAIUÁ
ESTADO DO PARANÁ
CNPJ – 75.483.230/0001-58

118	EXAME DE DHEA	SERV	120,00	21,00	2520,00
119	EXAME DE S-DHEA	SERV	120,00	18,00	2160,00
120	EXAME DE 17 ALPHA - OH - PROGESTERONA NEONATAL	SERV	120,00	33,00	3960,00
121	EXAME DE TESTOSTERONA TOTAL	SERV	120,00	18,00	2160,00
122	EXAME DE PTH	SERV	120,00	38,00	4560,00
123	EXAME DE TESTOSTERONA LIVRE	SERV	120,00	30,00	3600,00
124	EXAME DE SEMATOMEDINA C	SERV	120,00	35,00	4200,00
125	EXAME DE TIREOGLOBULINA DOSAGEM	SERV	120,00	25,00	3000,00
126	EXAME DE CORTISOL LIVRE	SERV	120,00	30,00	3600,00
127	EXAME DE TROPONINA	SERV	120,00	12,00	1440,00
128	EXAME DE ÁCIDO FÓLICO	SERV	120,00	21,25	2550,00
129	EXAME DE ÁCIDO VALPROICO	SERV	120,00	20,00	2400,00
130	EXAME DE ALDOLASE	SERV	120,00	3,68	441,60
131	EXAME DE ALFA FETO PROTEÍNA	SERV	120,00	25,00	3000,00
132	EXAME DE ALFA-1 GLICOPROTEÍNA ÁCIDA	SERV	120,00	3,68	441,60
133	EXAME DE CARBAMAZEPINA	SERV	120,00	20,00	2400,00
134	EXAME DE CERULOPLASMINA	SERV	120,00	15,00	1800,00
135	EXAME DE ELETROFORESE DE LIPOPROTEÍNAS	SERV	120,00	15,00	1800,00
136	EXAME DE FENITOÍNA	SERV	120,00	35,22	4226,40
137	EXAME DE FENOBARBITAL	SERV	120,00	20,00	2400,00
138	EXAME DE GASOMETRIA	SERV	120,00	16,75	2010,00
139	EXAME DE GGP	SERV	120,00	12,00	1440,00
140	EXAME DE LITIO	SERV	120,00	4,00	480,00
141	EXAME DE TEOFILINA	SERV	120,00	20,00	2400,00
142	EXAME DE COLESTEROL VLDL	SERV	120,00	6,00	720,00
143	EXAME DE GLICEMIA APÓS SOBRECARGA COM DEXTROSOL OU GLICOSE	SERV	120,00	6,00	720,00
144	EXAME DE MALTOSE, TESTE DE TOLERÂNCIA	SERV	120,00	16,00	1920,00
145	EXAME DE ANTI-DNA	SERV	120,00	8,67	1040,40
146	EXAME DE ANTI-ENA, SM/RNP	SERV	120,00	20,00	2400,00
147	EXAME DE ANTIMITOCONDRIA	SERV	120,00	17,00	2040,00
148	EXAME DE ANTIMUSCULO LISO	SERV	120,00	17,00	2040,00
149	EXAME DE ANTITEREOGLOBULINA	SERV	120,00	18,00	2160,00
150	EXAME DE ANTIMICROSSOMAL	SERV	120,00	23,00	2760,00
151	EXAME DE HEPATITE B (AURÁLIA)	SERV	120,00	18,00	2160,00
152	EXAME DE ANTIGENOCARNINOEMBRIOGÊNICO	SERV	120,00	25,00	3000,00
153	EXAME DE CHLAMYDIA IFI IGG E IGM	SERV	120,00	15,00	1800,00
154	EXAME DE CITOMEGALOVÍRUS	SERV	120,00	14,00	1680,00
155	EXAME DE COMPLEMENTO C3 E C4	SERV	120,00	17,00	2040,00
156	EXAME DE BACTERIOSCOPIA POR LÂMINA	SERV	120,00	2,80	336,00
157	EXAME DE IGA, IDIR	SERV	120,00	17,00	2040,00
158	EXAME DE IGG E IGM, IDIR	SERV	120,00	18,00	2160,00
159	EXAME DE ANTICARDIOLIPINA IGG E IGM	SERV	120,00	20,41	2449,20
160	EXAME DE LEISHMANIOSE	SERV	120,00	10,00	1200,00
161	EXAME DE LINFOCITOS T HELPER, DOSAGEM	SERV	120,00	34,02	4082,40
162	EXAME DE LINFÓCITOS T SUPRESSORES, DOSAGEM	SERV	120,00	56,70	6804,00
163	EXAME DE LISTERIOSE, AGLUTINAÇÃO	SERV	120,00	11,34	1360,80
164	EXAME DE MONONUCLEOSE MONOTESTE	SERV	120,00	6,12	734,40
165	EXAME DE RUBÉOLA IGG	SERV	120,00	17,00	2040,00
166	EXAME DE ANTICORTEX SUPRA RENAL	SERV	120,00	17,16	2059,20
167	EXAME DE ANTIMUSCULO ESTRIADO	SERV	120,00	17,00	2040,00
168	EXAME DE ANTI RO/SSA	SERV	120,00	18,00	2160,00
169	EXAME DE ANTI-LA-SSB	SERV	120,00	18,00	2160,00
170	EXAME DE ANTI-SM	SERV	120,00	20,00	2400,00
171	EXAME DE ANTI-RNP	SERV	120,00	17,16	2059,20
172	EXAME DE HERPES SIMPLIS IGG E IGM	SERV	120,00	17,16	2059,20
173	EXAME DE HERPES ZOOSTER IGG E IGM	SERV	120,00	22,68	2721,60
174	EXAME DE WESTERN BLOT ANTI-HIV	SERV	120,00	85,00	10200,00
175	EXAME DE TOXOCARA CANNIS	SERV	120,00	22,68	2721,60
176	EXAME DE MARCADORES TUMORAIS (CA-19/9, CA-125, CA-15/3)	SERV	120,00	30,00	3600,00
177	EXAME DE CITOMEGALOVÍRUS IGM	SERV	120,00	20,00	2400,00
178	EXAME DE ANTIINSULINA	SERV	120,00	17,16	2059,20
179	EXAME DE ANTIGLIADINA IGA E IGE	SERV	120,00	17,50	2100,00
180	EXAME DE ANTIESCLERODERMA	SERV	120,00	13,61	1633,20
181	EXAME DE MARCADORES TUMORAIS (CA-72/4, CA-	SERV	120,00	50,00	6000,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO CAIUÁ
ESTADO DO PARANÁ
CNPJ – 75.483.230/0001-58

	50)				
182	EXAME DE ROTAVÍRUS, PESQUISA	SERV	120,00	11,34	1360,80
183	EXAME DE HEMOCULTURA	SERV	120,00	11,49	1378,80
184	EXAME DE CULTURA PARA MYCROBACTERIUM	SERV	120,00	15,00	1800,00
185	EXAME DE DOSAGEM DE COMP. URINÁRIO	SERV	120,00	2,00	240,00
186	EXAME DE PERFIL REUMATOLÓGICO	SERV	120,00	22,68	2721,60
187	EXAME DE CROMATINA SEXUAL	SERV	120,00	6,80	816,00
188	EXAME DE COBRE	SERV	120,00	3,51	421,20
189	EXAME DE HEPATITE B E HEPATITE C - PCR (QUALITATIVO)	SERV	30,00	174,00	5220,00
190	EXAME DE HEPATITE B E HEPATITE C - PCR (QUANTITATIVO)	SERV	30,00	322,00	9660,00
191	EXAME DE GENOTIPAGEM HC	SERV	30,00	298,48	8954,40

3 – FORMAS DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

3.1 – Os interessados deverão apresentar os documentos relacionados no item 4 em envelope lacrado com as seguintes indicações:

CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICA PARA DISPONIBILIDADE MÉDICA CLINICOGERAL 12 (DOZE) HORAS, DISPONIBILIDADE MÉDICA CLINICO GERAL - SOBRE AVISO 12(DOZE) HORAS, PROTÉTICO, EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA E EXAMES LABORATORIAIS.
CHAMADA PÚBLICA Nº 002/2018

INTERESSADO:

ENDEREÇO:

TELEFONE PARA CONTATO:

4 – DOCUMENTAÇÕES REFERENTES À HABILITAÇÃO

4.1 - Pessoa Jurídica.

4.1.1 Quanto à qualificação jurídica:

- a) registro comercial, no caso de empresa individual;
- b) ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado na Junta Comercial, em se tratando de sociedades comerciais;
- c) documentos de eleição dos atuais administradores, tratando-se de sociedades por ações, acompanhados da documentação mencionada na alínea “b”, deste subitem;
- d) decreto de autorização e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, tratando-se de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no país, quando a atividade assim o exigir.
- e) Declaração de Idoneidade e inexistência de fato impeditivo, na forma do artigo 32, § 2º. da Lei nº. 8.666/93 e alterações posteriores, conforme **Anexo II – Declaração de Idoneidade e Fatos Supervenientes - Modelo**;
- f) Declaração de que o credenciado não emprega menores de idade, conforme Modelo do **Anexo III – Declaração de que o Credenciado não emprega menor de idade**;

4.1.2 Quanto à regularidade fiscal:

- a) Certidão Negativa da Dívida Ativa da União e Certidão de Quitação de **Tributos e Contribuições Federais** (administrado pela Secretaria da Receita Federal) conjunta com a Certidão Negativa de Débitos – **CND** (emitida pela Previdência Social);



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO CAIUÁ
ESTADO DO PARANÁ
CNPJ – 75.483.230/0001-58

- b) Certidão de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviços (F.G.T.S.) (emitida pela Caixa Econômica Federal);
- c) Prova de **regularidade para com a Fazenda Estadual** através de Certidão (CND) expedida pela Secretaria de Estado de Fazenda do domicílio ou sede do licitante.
- d) Certidão Negativa de **Débitos Municipais** do domicílio ou sede do licitante.
- e) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;
- f) Alvará de localização fornecido pelo Município da sede da pessoa jurídica;
- g) Registro no Conselho Regional de Medicina de acordo com o artigo 30, inciso I da Lei 8666/93. As empresas que solicitarem o credenciamento que não possuam CRM jurídico terão prazo de 15 (quinze) dias para apresentar protocolo de requerimento de CRM jurídico.

4.1.3 Quanto à qualificação técnica:

- a) Relação dos serviços que se propõe a realizar, de acordo com os itens constantes da Tabela de “Modelo de Solicitação e Declarações” (ANEXO V) contendo o código, a descrição com a quantidade e o valor;
- b) Modelo de Requerimento para credenciamento – ANEXO I;
- c) O (a) participante deverá apresentar Cópia autenticada do Diploma registrado de curso de Graduação em Medicina, ou Cópia autenticada da Certidão de Conclusão de Curso acompanhado do respectivo histórico escolar com a necessária comprovação pela Instituição de Ensino de que o Diploma encontra-se em trâmite para registro. Apresentar cópia autenticada Prova de inscrição no Conselho Regional de Medicina – CRM ou protocolo (para os profissionais que já tenham o diploma). Para profissional Protético cópia de diploma ou inscrição no Conselho Regional de Odontologia para prestação de serviços de Prótese Dentária do(s) sócio(s) gerente(s); do profissional (s) do Quadro Técnico e responsável (is) pela execução dos serviços e os respectivos títulos de especialidade, se for o caso.
- d) Apresentação de alvará de funcionamento do estabelecimento, quando for credenciar também o espaço físico, excluindo a prestação de serviço somente do profissional em ambiente oferecidos pelo serviço do município/SUS;
- e) Apresentação de licença sanitária, quando for o caso de atendimento no próprio consultório ou clínica médica;
- f) Cadastro do estabelecimento do CNES (cadastro nacional de estabelecimento de saúde);
- g) Rol de equipamentos disponíveis conforme o caso.
- h) Cópia do certificado/diploma e especialização/doutorado.
- i) Declaração de Conduta ética do profissional, emitida pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná.
- j) Relação dos serviços que se propõe a realizar, de acordo com os itens constantes da Tabela de “Termo de Compromisso de Realização de Disponibilidade Médica/Serviços (ANEXO V) contendo a descrição com a quantidade pretendida e o valor unitário;



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO CAIUÁ
ESTADO DO PARANÁ
CNPJ – 75.483.230/0001-58

- k) Cópia dos diplomas e títulos de especialidade, cópia dos registros profissionais nos respectivos Conselhos dos profissionais que compõem a equipe técnica, juntamente com o **Anexo IV** devidamente preenchido.
- l) Prova de vínculo empregatício de Profissional médico, sócio proprietário ou cotista, em caso de exercer direção técnica da empresa informar: cópia autenticada do contrato social e suas modificações em vigor ou da última Ata de eleição da diretoria, devidamente registrada no órgão competente;
- m) Profissional médico, com vínculo empregatício com a empresa: cópia autenticada do registro em carteira de trabalho ou da ficha de registro de empregados autenticada junto à Delegacia Regional do Trabalho;
- n) Profissional médico, credenciado ou prestador de serviço autônomo, com vínculo contratual com a empresa: cópia autenticada do contrato de prestação de serviços ou termo de credenciamento em vigor.

4.4 – Os documentos apresentados para o Credenciamento deverão estar em nome da empresa responsável pelo contrato com o número do CNPJ e endereço respectivo.

4.5 – Os documentos apresentados poderão ser entregues em original, por processo de cópia devidamente autenticada em Cartório, ou cópia não autenticada, desde que sejam exibidos os originais para autenticação por servidor da administração. Não serão aceitas cópias de documentos obtidas por meio de aparelho fac-símile (FAX). Não serão aceitas cópias de documentos ilegíveis;

5 – FONTE DE RECURSOS

5.1- A remuneração dos serviços credenciados será estabelecida com base nos valores indicados no Anexo I, os quais têm como referências tabela cis/amumpar e Cisamusep.

5.2 – A remuneração pela prestação dos serviços de Disponibilidade Médica, Serviços Protéticos, Ultrassonografia e Exames Laboratoriais será sem nenhum acréscimo de acordo com o estabelecido no item 2, subitem 2.1, descontando-se os impostos e taxas que incidam sobre os pagamentos.

5.3- As despesas para a execução deste contrato correrão por conta das seguintes dotações:

07.004.10.302.0019.2.035.3.3.90.39.00.00, Conta de Despesa: 229 - fonte: 000 – Livre;
07.004.10.302.0019.2.035.3.3.90.39.00.00, Conta de Despesa: 230 - fonte: 014 – Saúde;
07.004.10.302.0019.2.034.3.3.90.39.00.00, Conta de Despesa: 216 - fonte: 000 – Livre;
07.004.10.302.0019.2.034.3.3.90.39.00.00, Conta de Despesa: 217 - fonte: 014 – Saúde;

6 – CONDIÇÕES PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

6.1 Estará habilitado para o Credenciamento, o pleiteante que possua parecer favorável da Comissão Permanente de Licitações. As empresas serão inicialmente cadastradas pela ordem de apresentação dos envelopes contendo os documentos de habilitação, junto ao setor de Licitações e, posteriormente, o mesmo critério será adotado para a formalização do contrato dos credenciados, ou seja, conforme a ordem cronológica de apresentação. **O número total de horas de Disponibilidade Médica, Protético, Ultrassonografia e Exames laboratoriais a ser credenciado será destinado/entregue àqueles que lograrem a devida habilitação, e, nos casos em que houver mais de uma empresa credenciada, os procedimentos serão distribuídos pela Secretaria de Saúde entre as**



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO CAIUÁ
ESTADO DO PARANÁ
CNPJ – 75.483.230/0001-58

empresas habilitadas, conforme a proposta ofertada pela empresa e a demanda do serviço, respeitando o limite contido neste Edital. Definidos os habilitados e cotas o processo de Chamada Pública será encaminhado para abertura de Processo de Inexigibilidade de licitação. O credenciamento configurará uma relação contratual de prestação de serviços;

6.2 O Município reserva-se o direito de fiscalizar, de forma permanente, a prestação dos serviços pelos credenciados, podendo proceder ao descredenciamento, em caso de má prestação e descumprimento das cláusulas contratuais, verificada em processo administrativo específico, com garantia do contraditório;

6.3 Não poderá exercer a atividade por credenciamento a pessoa que se enquadre nas vedações do artigo 9º da lei 8.666/93, ou ainda, estiver em exercício de mandato eletivo ou com registro oficial de candidatura para qualquer desses cargos. O credenciado que venha se enquadrar nestas situações terá suspensa a respectiva atividade, enquanto perdurar o impedimento, considerando-se, também, o prazo de vigência estabelecido no instrumento legal de credenciamento;

6.4- Fica assegurado aos usuários SUS, todas as normativas previstas na Política Nacional de Humanização. Qualquer tipo de discriminação ou cobrança pelos serviços diretamente ao usuário dará causa para instauração de processo administrativo para aplicação das sanções previstas na Lei 8.666/93, garantida defesa na forma da lei;

6.5- As escalas dos profissionais serão definidas pela Secretaria Municipal de Saúde em conjunto com os credenciados, com prazo mínimo de 05 (cinco) dias de antecedência que preceder o mês de execução das mesmas;

6.6- Somente se admitirá faltas aos plantões em situação excepcional e devidamente justificada, e caberá à empresa contratada a oportuna substituição do plantonista em tal eventualidade.

6.8- A prestação de serviço deverá atender:

- a) as determinações dos Regimentos Internos do Pronto Atendimento Municipal e normas da Comissão de Ética Médica;
- b) o cumprimento dos protocolos estabelecidos para atender às epidemias, endemias e controles específicos de saúde pública;
- c) o atendimento quanto aos fluxos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde;
- d) as determinações da Auditoria Municipal de Saúde.

6.9- O cumprimento dos horários de entrada e saída seguirão para pagamento e responsabilidade legal conforme registrado em escala assinada (de acordo com determinação do C.R.M).

6.10 São de responsabilidade exclusiva e integral do **CREDENCIADO**, em caso de empresa, o fornecimento dos recursos humanos, da categoria médica e dos serviços de Protético e Exames de Ultrassonografia e Exames Laboratoriais, necessários para a realização dos serviços constantes deste instrumento, incluídos encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes do vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações, em nenhuma hipótese, poderão ser transferidos ao Município de Santo Antônio do Caiuá.

7 – FORMALIZAÇÃO:

Sendo homologado o pedido de credenciamento, será formalizado o termo próprio, através de Contrato.

AVENIDA SÃO JOÃO, 415 – CEP: 87730-000.FONE/FAX: (44) 3443-1221



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO CAIUÁ
ESTADO DO PARANÁ
CNPJ – 75.483.230/0001-58

8– CRITÉRIO DE CADASTRAMENTO

8.1 – Os interessados serão inicialmente cadastrados pela ordem de apresentação dos envelopes contendo os documentos de habilitação, junto ao depto indicado no item 6.1 deste edital, e posteriormente recadastrado conforme a ordem de execução dos serviços.

9 – SANÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA O CASO DE INADIMPLÊNCIA DOS SERVIÇOS

9.1 – Pela inexecução total ou parcial na prestação dos serviços, o Município de Santo Antonio do Caiuá poderá, garantida a prévia defesa, aplicar aos cadastrados as sanções previstas no artigo 87 da Lei nº 8.666/93.

10 – CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

10.1 – O pagamento pela prestação dos serviços será efetuado até o 15º dia do mês subsequente ao mês trabalhado, através de depósito bancário;

10.2 – O pagamento está condicionado a validade das certidões negativas do INSS conjunta com a FEDERAL e FGTS.

10.3 – Nos exercícios financeiros futuros, as despesas correrão à conta das dotações próprias que forem aprovadas para os mesmos.

11 – RECURSOS

1.1 – Aos credenciados será assegurado o direito de interposição de recurso, nos termos do artigo 109 da Lei nº 8.666/93, o qual será recebido e processado nos termos legais.

12 – DISPOSIÇÕES GERAIS

12. 1- O credenciamento terá vigência de 12 (doze) meses, a partir da assinatura do contrato de credenciamento, prorrogável por igual período, até o limite legal de 60 meses, enquanto houver interesse da Administração Pública. O credenciamento de um serviço poderá ser, a qualquer tempo, alterado, suspenso ou cancelado, se o credenciado deixar de satisfazer as exigências deste Edital/contrato e das normas do Sistema Único de Saúde.

12.2- O Processo de monitoramento e fiscalização do Credenciamento será definido pela Secretaria Municipal da Saúde.

12.3- Ao Município reserva-se o direito de, justificadamente, anular ou revogar o presente edital, sem que caibam reclamações ou indenizações.

12.4 – Esclarecimentos relativos ao presente chamamento público e as condições para atendimento das obrigações necessárias ao cumprimento de seu objeto, somente serão prestados quando solicitados por escrito, encaminhado à Comissão Permanente de Licitação, Depto de Licitações, Prefeitura Municipal de Santo Antônio do Caiuá, Avenida São João, 415, centro- Pr, CEP 87.830-000.

12.5 – Fica eleito o foro da Comarca de Alto Paraná, estado do Paraná, como competente para dirimir todas as questões decorrentes do credenciamento.

AVENIDA SÃO JOÃO, 415 – CEP: 87730-000.FONE/FAX: (44) 3443-1221



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO CAIUÁ
ESTADO DO PARANÁ
CNPJ – 75.483.230/0001-58

13 – ANEXOS

13.1 – Integram o presente instrumento, os seguintes documentos.

Anexo I – Modelo de Requerimento para Credenciamento;

Anexo II – Modelo de Declaração de Idoneidade;

Anexo III – Modelo de Declaração de que não emprega menores;

Anexo IV – Modelo de Declaração de Responsabilidade Técnica;

Anexo V - Termo de Compromisso de realização de Disponibilidade Medica e sobre avisos;

Anexo VI – Minuta do Contrato de Credenciamento.

Santo Antônio do Caiuá, 02 de abril de 2018.

Osmar Stachovski
Prefeito Municipal



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO CAIUÁ
ESTADO DO PARANÁ
CNPJ – 75.483.230/0001-58

ANEXO I

MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO

Ao Município de Santo Antônio do Caiuá

O interessado abaixo qualificado REQUER sua inscrição no serviço de (...), descrito nos itens abaixo relacionados do Chamamento Público nº 002/2018, objetivando a prestação de tais serviços junto ao Hospital Municipal e UBS do Município de Santo Antônio do Caiuá, divulgado em (...) no Diário Oficial do Município de Santo Antônio do Caiuá.

Razão Social:

CNPJ:

Endereço:

fone/fax:

Representante legal:

CPF:

Data:



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO CAIUÁ
ESTADO DO PARANÁ
CNPJ – 75.483.230/0001-58

ANEXO II

MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

Declaramos para os devidos fins de direito, na qualidade de interessado ao Chamamento Público nº 002/2018, instaurado pela Prefeitura Municipal de Santo Antônio do Caiuá que não fomos declarados inidôneos para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

Razão Social:

CNPJ:

Endereço:

fone/fax:

Representante legal:

CPF:

Data:

Assinatura do Representante legal



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO CAIUÁ
ESTADO DO PARANÁ
CNPJ – 75.483.230/0001-58

ANEXO III

MODELO DE DECLARAÇÃO DE QUE NÃO EMPREGA MENORES

Declaramos para fins do disposto no inciso V, do artigo 27, da Lei Federal no 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não empregamos menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos. Por ser expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz ().

Razão Social:

CNPJ:

Endereço:

fone/fax:

Representante legal:

CPF:

Data:

(Observação - ressalva: em caso positivo, assinalar a ressalva acima).

Assinatura do Representante legal



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO CAIUÁ
ESTADO DO PARANÁ
CNPJ – 75.483.230/0001-58

ANEXO IV – DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

À Comissão de Licitação

Ref: Edital de Chamamento Público para Fins de Credenciamento nº 002/2018-PMSAC

Declaramos para os devidos fins, que o(s) responsável(eis) técnico(s) pela execução dos serviços objeto do edital supracitado, caso venhamos ser credenciado, é:

Nome	Assinatura

(local), ____ de _____ de 2018.

(nome, RG nº e assinatura do responsável legal)



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO CAIUÁ
ESTADO DO PARANÁ
CNPJ – 75.483.230/0001-58

ANEXO V

**MODELO DE TERMO DE COMPROMISSO DE REALIZAÇÃO DE
DISPONIBILIDADE MÉDICA E DIPONIBILIDADE MÉDICA - SOBRE AVISO,
PROTÉTICO, EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA E EXAMES LABORATORIAIS.**

À Prefeitura Municipal de Santo Antônio do Caiuá/PR

Ref.: Edital Chamamento Público para Fins de Credenciamento – PMSAC

Ass.: Solicitação de Credenciamento.

NOME/RAZÃO SOCIAL	
CNPJ/CPF	
ENDEREÇO	
FONE/FAX	
CONTATO	

Para prestação de serviços de Disponibilidade Médica, Protético, Ultrassonografia e Exames Laboratoriais, para atender o Município de Santo Antonio do Caiuá, pelo período de 12 (Doze) meses, constantes na tabela abaixo:

Para os Lotes 01 e 02

Lote	Descrição do Plantão	Quantidade semana de Plantões	Valor Unitário do Plantão

Para os Lotes 03, 04 e 05

Lote	Descrição do Serviço	Quantidade	Valor Unitário

***(utilizar o descritivo contido no item 2.1 deste edital para preenchimento na disponibilidade e quantidades de interesse do profissional/empresa)**

Tem a presente, a finalidade de solicitar-lhes o Credenciamento como prestador de serviços para a Prefeitura Municipal de Santo Antônio do Caiuá- PR, nas condições estabelecidas no Edital Chamamento Público para Fins de Credenciamento nº. 002/2018-PMSAC. Cumpre-nos informar-lhes que examinamos os documentos de Credenciamento, inteirando-nos dos mesmos, para a elaboração da presente declaração.

01 Em consonância com os documentos, declaramos:

01.01 Que nos comprometemos efetuar os serviços, objeto deste processo de Credenciamento, nas condições exigidas pela Secretaria Municipal da Saúde;

01.02 Que todas as despesas com a preparação e apresentação da presente proposta correrão unicamente por nossa conta;

AVENIDA SÃO JOÃO, 415 – CEP: 87730-000.FONE/FAX: (44) 3443-1221



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO CAIUÁ
ESTADO DO PARANÁ
CNPJ – 75.483.230/0001-58

01.03 Que reconhecemos à Prefeitura Municipal de Santo Antônio do Caiuá o direito de aceitar ou rejeitar todos os documentos, sem que assista qualquer direito indenizatório às proponentes;

01.04 Que a apresentação desta documentação considerou o pleno conhecimento das condições que servirão de base para a execução do objeto a ser CREDENCIADO.

Local, ____ de _____ de _____.

Denominação social ou carimbo com assinatura do representante legal



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO CAIUÁ
ESTADO DO PARANÁ
CNPJ – 75.483.230/0001-58

ANEXO VI

MINUTA DO CONTRATO DE CREDENCIAMENTO

O Município de Santo Antônio do Caiuá, Estado do Paraná, pessoa jurídica de direito público interno, com inscrição no CNPJ sob nº 75.483.230/0001-58, sediada à Avenida São João, 415, nesta cidade, devidamente representada pelo seu Prefeito Municipal Osmar Stachovski, brasileiro, casado, residente e domiciliado na cidade de Santo Antônio do Caiuá, Estado do Paraná, à Av. Parapanema, nº 201, portador do RG nº 975.124, e do CPF nº 174.780.659-53, doravante neste contrato denominada simplesmente de CONTRATANTE; e de outro lado a empresa/pessoa credenciada _____, residente e domiciliado em xxxxx nº xxx, xxxxxx, na cidade de xxxxxx, estado de xxxxxx, portadora do CPF/CNPJ xxxxxxxx e do RG xxxxxxxx, a seguir denominada CONTRATADA, acordam e ajustam firmar o presente contrato de prestação de serviços, nos termos da Lei nº 8.666 de 21 de junho de 1993 e suas alterações, de mais legislações pertinentes, assim como pelas condições constantes do Edital de Chamamento Público sob nº 002/2018, pelos termos da proposta da contratada e pelas cláusulas a seguir expressas, definidoras dos direitos, obrigações e responsabilidades das partes.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente contrato tem por objeto a execução de serviços pessoas jurídica para disponibilidade médica clinicogeral 12 (doze) horas, disponibilidade médica clinico geral - sobre aviso 12(doze) horas, protético, exames de ultrassonografia e exames laboratoriais a serem prestados conforme solicitação e escala pela CONTRATADA, através de profissional, dentro dos limites quantitativos distribuídos, horários e dias a serem fixados, no termo de compromisso de realização de serviços pelas prestadoras de serviços credenciadas.

§1º Os serviços ora contratados, serão ofertados com base nas indicações técnicas do planejamento da saúde, mediante compatibilização das necessidades da demanda e a disponibilidade de recursos financeiros.

§2º Os serviços serão prestados pela CONTRATADA/CONTRATADO, no Hospital Municipal e nas sede das empresas credenciadas.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS CONDIÇÕES GERAIS:

Na execução do presente contrato, os partícipes deverão observar as seguintes condições gerais:

I - encaminhamento e atendimento do usuário, de acordo com as regras estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde;

II - gratuidade das ações e dos serviços de saúde executados, não podendo haver cobrança, aos usuários ou seus acompanhantes, de qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados nos termos deste contrato;

III - a eventual prescrição de medicamentos deve observar a Política Nacional de Medicamentos, conformando-se às listagens Municipal, Estadual e Federal;



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO CAIUÁ
ESTADO DO PARANÁ
CNPJ – 75.483.230/0001-58

IV – a prescrição de exames e procedimentos deve conformar-se àqueles preconizados na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS e, na vigência deste instrumento, suas atualizações; e aos casos em que o poder público municipal, estadual ou federal possua rotina de fornecimento;

V – as solicitações de exames, procedimentos e medicamentos não contemplados nos instrumentos referidos no inciso anterior, uma vez geradas pelo CONTRATADO, passam a configurar como direito do usuário, e deverão ser atendidas exclusivamente pelo CONTRATADO, sem expectativa de remuneração adicional pelo CONTRATANTE, a qualquer título;

VI - atendimento humanizado, de acordo com a Política Nacional de Humanização do SUS;

VII - observância integral dos protocolos técnicos de atendimento e regulamentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e respectivos gestores do SUS;

VIII - A prestação de serviço deverá atender: a) as determinações dos Regimentos Internos do Pronto Atendimento Municipal e normas da Comissão de Ética Médica; b) o cumprimento dos protocolos estabelecidos para atender às epidemias, endemias e controles específicos de saúde pública; c) o atendimento quanto aos fluxos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde; d) as determinações da Auditoria Municipal de Saúde.

IX - É de responsabilidade exclusiva e integral do CONTRATADO a utilização de pessoal para execução do objeto deste contrato, incluídos encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a CONTRATANTE ou para o Ministério da Saúde;

X – Ao Município reserva-se o direito de fiscalizar, de forma permanente, a prestação dos serviços pelos credenciados, podendo proceder ao descredenciamento, em caso de má prestação e descumprimento das cláusulas contratuais, verificada em processo administrativo específico, com garantia do contraditório;

XI - Garantir o acesso dos membros do Conselho Municipal de Saúde aos serviços contratados no exercício de seu poder de fiscalização;

XII - Não poderá exercer a atividade, como recurso humano do credenciado, a pessoa física que se enquadrar nas vedações do artigo 9º da lei 8.666/93, ou ainda, estiver em exercício de mandato eletivo ou com registro oficial de candidatura para qualquer desses cargos; constatadas, eventualmente, estas situações, o credenciado terá suspensa a respectiva atividade, enquanto perdurar o impedimento;

XIII – A qualquer momento as empresas credenciadas poderão pedir o descredenciamento desde que comunique a administração com no mínimo 30 (trinta dias de antecedência).

XIV – Irregularidades poderão ser denunciadas a qualquer tempo, pelo credenciado, bastando que notifique a administração, com antecedência de dois dias úteis

XV - Os serviços serão prestados diretamente por profissionais CREDENCIADOS da empresa CONTRATADA.

XVI - Para os efeitos do inciso anterior, consideram-se profissionais do próprio CONTRATADO:

1. o membro do seu corpo técnico e de profissionais;
2. o profissional que tenha vínculo de emprego com o CONTRATADO;
3. o profissional autônomo, a empresa, o grupo, a sociedade ou conglomerado de profissionais que exerça atividade na área de saúde e que prestem serviços ao CONTRATADO.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA RELAÇÃO JURÍDICA DO CONTRATADO

A prestação dos serviços ora contratados não implica vínculo empregatício nem exclusividade de colaboração entre CONTRATANTE e CONTRATADA.

CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO CAIUÁ
ESTADO DO PARANÁ
CNPJ – 75.483.230/0001-58

- a) Manter sempre atualizado os prontuários dos pacientes atendidos;
- b) Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;
- c) Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade a prestação de serviços;
- d) Notificar a CONTRATANTE de eventual alteração de sua razão social ou de seu controle acionário, de mudança em sua diretoria, contrato ou estatuto, endereço, enfim, qualquer dado informado nos documentos exigidos no edital, no prazo de até 30 (trinta) dias da data da alteração;
- e) Apresentar relatório médico dos pacientes atendidos ao término do plantão;
- f) Apresentar Nota Fiscal, bem como os documentos necessários ao recebimento de seus créditos;
- g) Executar o objeto do contrato nos prazos e formas ajustadas;
- h) Cumprir os horários estabelecidos para os serviços constantes do objeto deste, sob pena de não lhe ser remunerado o respectivo plantão;
- i) Não se ausentar ou deixar seus funcionários se ausentarem do local de trabalho, a não ser para serviços atinentes a profissão e que tenham que ser realizados externamente, inclusive viagem;
- j) Responsabilizar-se pelas despesas oriundas do credenciamento, tais como encargos sociais, fiscais, previdenciários, impostos, taxas e tantos outros todos que incidirem sobre os serviços prestados, bem como seguro de acidente, etc;
- k) Fica vedado o pagamento de qualquer sobretaxa em relação a 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.
- l) Ser igualmente responsável em relação aos seus funcionários/empregados, por todas as despesas decorrentes da execução dos serviços, tais como salários, seguro de acidente, taxas, impostos e contribuições, indenizações, vale refeição, vale transporte e outros que porventura venham a ser criadas e exigidas pela legislação;
- m) Prestar relatório de cada plantão realizado, discriminando todos os atos ocorridos e protocolando-os ao final do plantão, junto ao Depto Médico.
- n) Comunicar imediatamente e por escrito ao Depto Médico ou ao Secretário Municipal de Saúde, qualquer anormalidade ou de caráter urgente.
- o) Observar as normas legais de segurança a que está sujeita a atividade contratada.
- p) Caso haja necessidade emergencial deverá, via Secretaria Municipal de Saúde, ser providenciada a convocação do plantonista da escala de sobre aviso.
- q) A contratada, responde juntamente com o médico plantonista, por qualquer tipo de falha, seja profissional ou funcional ocorrida na realização dos plantões e objeto deste contrato.
- r) Eventual impedimento do interessado em atender aos plantões assumidos no termo de compromisso, obriga este a providenciar um substituto cadastrado ao Chamamento, no prazo de



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO CAIUÁ
ESTADO DO PARANÁ
CNPJ – 75.483.230/0001-58

até 48hrs que anteceder ao plantão a ser substituído, mediante apresentação do profissional para assinatura do termo de compromisso.

CLÁUSULA QUINTA – DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

- a) Estabelecer a escala de plantões e distribuições de serviços;
- b) Convocar os médicos de sobre aviso para os plantões necessários.
- c) Providenciar o acionamento da Central de Leitos, nos casos em que o médico recomendar.
- d) Providenciar os pagamentos até o 15º dia do mês subsequente ao mês trabalhado mediante apresentação da Nota Fiscal em caso de empresa e do relatório emitido pela Secretaria de Saúde em caso de pessoa física, de acordo com as condições contratuais.
- e) Descontar impostos, taxas e o que demais for previsto em lei, dos pagamentos mensais aos credenciados/plantonistas.

CLÁUSULA SEXTA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONTRATADA

A CONTRATADA será responsável pela indenização de dano causado ao paciente, ao Município de Santo Antônio do Caiuá, aos órgãos do SUS e a terceiros a eles vinculados, decorrentes de ato ou omissão voluntárias, negligência, imperícia ou imprudência, praticadas por seus empregados, profissionais ou prepostos, ficando assegurado ao CONTRATANTE o direito de regresso.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO VALOR

A CONTRATANTE pagará à CONTRATADA, pelos serviços efetivamente prestados, a importância correspondente aos valores fixados no termo de compromisso da realização dos serviços de XXXX.

XXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXX

CLÁUSULA OITAVA – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

Os pagamentos decorrentes da execução dos serviços correrão por conta das dotações orçamentárias abaixo descritas:

07.004.10.302.0019.2.035.3.3.90.39.00.00, Conta de Despesa: 229 - fonte: 000 – Livre;
07.004.10.302.0019.2.035.3.3.90.39.00.00, Conta de Despesa: 230 - fonte: 014 – Saúde;
07.004.10.302.0019.2.034.3.3.90.39.00.00, Conta de Despesa: 216 - fonte: 000 – Livre;
07.004.10.302.0019.2.034.3.3.90.39.00.00, Conta de Despesa: 217 - fonte: 014 – Saúde;

Nos exercícios financeiros futuros, as despesas correrão à conta das dotações próprias que forem aprovadas para os mesmos.

CLÁUSULA NONA – DA APRESENTAÇÃO DAS CONTAS E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

- a) O CONTRATANTE apresentará a CONTRATADA, mensalmente, até o 5º dia útil subsequente, relatório de seus serviços desenvolvidos no mês que se findou.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO CAIUÁ
ESTADO DO PARANÁ
CNPJ – 75.483.230/0001-58

b) A CONTRATADA de posse do relatório apresentará mensalmente ao CONTRATANTE , Nota Fiscal, e os documentos fiscais necessários ao recebimento.

b.1) Após a validação dos documentos realizado pelo CONTRATANTE, a CONTRATADA receberá, até o 15º dia do mês subsequente ao mês trabalhado, o valor da fatura, descontados os impostos e tributos previstos na legislação.

c) O pagamento está condicionado à validade da CND do INSS, conjunta com a FEDERAL, Débitos trabalhistas e do Certificado de Regularidade do FGTS.

CLÁUSULA DÉCIMA – DO REAJUSTE DO PREÇO

Dentro dos 12 (doze) meses da data de assinatura deste contrato, os valores não poderão ser reajustados.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA E FISCALIZAÇÃO

A execução do presente contrato será avaliada pelos órgãos competentes do CONTRATANTE, mediante procedimento de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste contrato, e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DAS PENALIDADES

Fica a CONTRATADA sujeita a multa prevista no artigo 87 da Lei nº 8.666/93, correspondente a 2% (dois por cento) do valor do contrato, por infração de qualquer cláusula ou condição desde contrato, sem prejuízo das demais penalidades previstas na legislação referente a licitações e contratos administrativos, assegurado o direito à defesa. Parágrafo Único: O valor da multa será descontado dos pagamentos devidos pelo CONTRATANTE à CONTRATADA.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA RESCISÃO

Constituem motivos para rescisão do presente contrato não cumprimento de qualquer de suas cláusulas e condições, bem como os motivos previstos na legislação referente a licitações e contratos administrativos, sem prejuízo das multas cominadas na Cláusula Décima Segunda. §1º A CONTRATADA reconhece desde já os direitos do CONTRATANTE em caso de rescisão administrativa prevista na legislação referente à licitações e contratos administrativos.

§2º Em caso de rescisão contratual, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, será observado o prazo de sessenta dias para ocorre a rescisão. Se neste prazo a CONTRATADA negligenciar a prestação dos serviços ora contratados a multa cabível poderá ser duplicada.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO

A duração do presente contrato será de 12 (doze) meses, a partir da data de assinatura, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos até completar 60 (sessenta) meses.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DA INEXIGIBILIDADE

A contratação em tela não depende de prévio procedimento licitatório, considerando que o credenciamento é aberto a todos os interessados, bem assim a especificidade dos serviços e as



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO CAIUÁ
ESTADO DO PARANÁ
CNPJ – 75.483.230/0001-58

habilitações prévias do CONTRATADO, e posto que o pagamento será feito considerando a remuneração por valores previamente tabelados, definidos e amplamente difundidos pelo Edital de Chamada Pública 002/2018 e seu anexo, o que torna inexigível o certame, a teor do que reza o artigo 25 da Lei Federal nº 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DA FISCALIZAÇÃO

A Secretária de Saúde, o Senhora Zulmira Helena dos Anjos Soares da Silva, será responsável pela fiscalização do presente contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DO FORO

Fica eleito o foro da Comarca da Cidade de Alto Paraná - PR, para dirimir dúvidas e os casos omissos, que porventura surgirem. E por estarem as partes de acordo, assinam o presente contrato em duas vias de igual teor e forma, juntamente com duas testemunhas, se obrigando ao cumprimento de todas as cláusulas inseridas neste instrumento contratual, ressalvados os interesses do contratante Município de Santo Antônio do Caiuá - Paraná.

Santo Antônio do Caiuá, de 2018.

Município de Santo Antônio do Caiuá
Contratante Contratada

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Testemunhas:

1) _____

2) _____

Nome:

Nome: