



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - CEP 87670-000 - Centro

CHAMADA PÚBLICA Nº 04/2020

CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA ÁREA DA SAÚDE PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ESPECIALIDADES DE SAÚDE, REFERÊNCIA PARA A REDE DE ATENÇÃO BÁSICA MUNICIPAL DE SAÚDE E HOSPITAL MUNICIPAL ESPÍRITO SANTO DE INAJÁ.

PREÂMBULO

1.1– O MUNICÍPIO DE INAJÁ, com sede à Avenida Antonio Veiga Martins, 80 – Centro, nesta cidade, de conformidade com a Lei nº. 8.666/93, suas alterações, Lei nº. 8.080/90 e 8142/90, Portarias nº. 358/2006, 648/2006 e 650/2006 do Ministério da Saúde, Resolução Normativa - RN nº. 71/2004-ANSS, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, Resolução nº. 1613/2001-CFM e demais legislações aplicáveis, torna pública a realização de Credenciamento de Pessoa Jurídica da área da Saúde para Prestação de Serviços de Auditoria Médica Hospitalar, Perícia Médica e Medicina do Trabalho, Cardiologia, Exames Laboratoriais em Clínica Básica, Ginecologia, Pediatria, Clínico Geral, Diretor Técnico Hospitalar, Diretor Clínico Hospitalar, Disponibilidade Médica de Urgência e Emergência, Disponibilidade Médica PSF, Ultrassonografia, Radiologia, Ressonância, Tomografia, Atendimento de Consultas e procedimentos de Urgência e Emergência, Consultas, Procedimentos Ambulatoriais na Rede Municipal de Saúde e Hospital Municipal Espírito Santo de Inajá, para o exercício de 2020/2021, nos termos das condições estabelecidos no presente Instrumento de Chamamento.

2 – OBJETO:

– O presente Chamamento Público tem por objeto Credenciamento de Pessoa Jurídica da área da Saúde para Prestação de Serviços Auditoria Médica Hospitalar, Perícia Médica e Medicina do Trabalho, Cardiologia, Exames Laboratoriais em Clínica Básica, Ginecologia, Pediatria, Clínico Geral, Diretor Técnico Hospitalar, Diretor Clínico Hospitalar, Disponibilidade Médica de Urgência e Emergência, Disponibilidade Médica PSF, Ultrassonografia, Radiologia, Ressonância, Tomografia, Atendimento de Consultas e procedimentos de Urgência e Emergência, Consultas, Procedimentos Ambulatoriais na Rede Municipal de Saúde e Hospital Municipal Espírito Santo de Inajá

3 – CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO:

– Poderão participar do Credenciamento pessoas jurídicas da área da saúde que gozem de boa reputação profissional, avaliadas como prestadores de serviços de saúde, desde que atendidos os requisitos do item 6.1 exigidos neste instrumento de chamamento, bem como atendam as condições e os critérios mínimos estabelecidos



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - CEP 87670-000 - Centro

pelo SUS e TABELA DE VALORES DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS, aprovada pelo CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, visando o atendimento satisfatório.

– Não poderão participar no Credenciamento as empresas que estejam cumprindo as sanções previstas nos incisos III e IV do art. 87 da Lei nº. 8.666/93, e cujo dirigente possua cargo dentro do sistema.

– Não poderão participar do Credenciamento os interessados concordatários ou em processo de falência, sob concurso de credores, em dissolução ou em liquidação.

– Não poderão participar do Credenciamento as pessoas jurídicas que tenham sido declaradas inidôneas por órgão da Administração Pública, Direta ou Indireta, Federal, Estadual, Municipal ou do Distrito Federal, por meio de ato publicado no Diário Oficial da União, do Estado ou do Município, pelo órgão que o praticou, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição.

4 – FORMA DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO:

– Os interessados poderão inscrever-se para Credenciamento, a partir da data de 28 de fevereiro de 2019, no Departamento de Licitação, sito à Avenida Antonio Veiga Martins, 80, CEP: 87.670-000 (fone) 44 – 3440.1221, nesta cidade.

– Serão consideradas credenciadas as pessoas jurídicas que apresentarem os documentos enumerados no item 6.1 deste Termo.

– Os interessados poderão solicitar a inscrição no Credenciamento a partir de **13 de julho de 2020**, sendo o início da prestação de serviço se dará após a análise da documentação, feita pelos membros da comissão especial de credenciamento, as inscrições proporcionalmente adequadas ao período remanescente de vigência do Credenciamento.

– Os interessados para atenderem o chamamento do credenciamento, poderão ter acesso aos modelos, no endereço citado no item 4.1, deste Termo.

– A Comissão Especial de Credenciamento designada pela portaria nº 046/2020 deverá analisar a documentação a que se refere o item 6.1 emitindo parecer conclusivo atestando o enquadramento da empresa nas exigências do presente Chamamento.

5 – FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS:

– Os interessados deverão encaminhar os documentos relacionados no item 6.1 no , no Departamento de Licitação, aos cuidados dos servidores: Renato Rafael Diogo do Valle, Diego Rafael Floripes de Souza e Alvaro Cezar de Assis, no horário das 08h às 11h e das 13h30min às 17h em dias de expediente, no seguinte endereço: Avenida Antonio Veiga Martins, 80, CEP: 87.670-000 (fone) 44 – 3440.1221 – Inajá – Pr



Prefeitura do Município delnaja

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - CEP 87670-000 - Centro

6 – DOCUMENTAÇÃO REFERENTE À HABILITAÇÃO:

– Para credenciamento de pessoa jurídica deverá apresentar os seguintes documentos:

- a) - requerimento para credenciamento, conforme modelo contido no **anexo I**;
- b) – declaração de idoneidade, conforme modelo contido no **anexo II**;
- c) – declaração de conhecimento do Edital, seus anexos, instruções e procedimentos, conforme modelo contido no **anexo III**;
- d) – declaração de que não possui em seu quadro de funcionários menores de 18 anos exercendo trabalhos noturnos, perigoso ou insalubre, ou menores de 16 anos exercendo qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 anos, conforme modelo contido no **anexo IV**;
- e) - cópias da CI/RG e CPF/MF do(s) sócio(s) gerente(s);
- f) - cópia do CNPJ da empresa;
- g) – cópia do contrato social em vigor, inclusive a última alteração em vigor, ou contrato consolidado;
- h) - certidão Negativa de Débitos da Fazenda Federal, Estadual e Municipal da sede da empresa;
- i) - prova de regularidade com a Seguridade Social (INSS) e Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);
- j) - prova de regularidade com a Justiça do Trabalho – Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT).
- k) – certidão negativa de falência ou concordata expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica;
- l) - cópia(s) de inscrição (ões) no Conselho Regional de Medicina – CRM ou CRO Conselho Regional de Odontologia do(s) sócio(s) gerente(s); dos médico(s) do Quadro Técnico e responsável (is) pela execução dos serviços e os respectivos títulos de especialidade, se for o caso.
- m) 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;
- n) - apresentação de licença sanitária, quando for o caso de atendimento no próprio consultório ou clínica médica/odontológica;
- o) - cadastro do estabelecimento do CNES (cadastro nacional de estabelecimento de saúde);
- p) - declaração de que os proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados não exercerem cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde-SUS, nos termos do § 4º do art. 26 da lei 8080/90; nem tampouco incidem nas proibições do art. 76 da Lei Orgânica Municipal (* Art. 76 - O Prefeito, o Vice-Prefeito, os Vereadores e os Servidores Municipais, bem como as pessoas ligadas a qualquer deles por matrimônio ou parentesco, afim ou consanguíneo, até o segundo grau, ou por adoção, não poderão contratar como



Prefeitura do Município delnaja

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - CEP 87670-000 - Centro

Município, subsistindo a proibição até seis (6) meses após findas as respectivas funções. Parágrafo único - Não se incluem nesta proibição os contratos cujas cláusulas e condições sejam uniformes para todos os interessados), conforme modelo contido no **anexo V** (deve ser apresentado uma declaração para cada sócio, proprietário, diretor e responsável pela execução dos serviços).

q) - rol de equipamentos disponíveis conforme o caso.

r) cópia do certificado/diploma e especialização/doutorado.

s) Declaração de Conduta ética do profissional, emitida pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná.

– Os documentos necessários à habilitação poderão ser apresentados em original, por qualquer processo de cópia autenticada por cartório competente ou por membro da Comissão Especial de Credenciamento ou publicação em órgão da imprensa oficial.

– ***A partir de 03/11/2014, não existe mais a emissão de certidão específica, relativa a prova de regularidade com a Seguridade Social (INSS), portanto, o contribuinte que possuir a Certidão Específica Previdenciária e a Certidão Conjunta PGFN/RFB, dentro do período de validade nelas indicados, poderá apresentá-las conjuntamente. Entretanto, se possuir apenas uma das certidões ainda no prazo de validade, terá que emitir a certidão que entrou em vigência em 03 de novembro de 2014 e abrange todos os créditos tributários federais administrados pela RFB e PGFN.***

7 – PROCEDIMENTO DO CADASTRO:

– O cadastramento será amplamente divulgado através de publicação no órgão oficial do Município, bem como por meio de expedição de convites aos profissionais da área médica, que gozem de boa reputação profissional.

– Os inscritos serão cadastrados segundo a avaliação técnica pelos elementos constantes da documentação relacionadas no item 6.1 do presente instrumento.

- Para renovação do Credenciamento, o responsável pela Unidade contratante deverá proceder, no mínimo anualmente, através da imprensa oficial ao chamamento público para a atualização dos registros existentes e para o ingresso de novos interessados.

8 – CRITÉRIO DE CADASTRAMENTO:

– As pessoas jurídicas serão inicialmente cadastradas mediante apresentação dos documentos de habilitação a Comissão especial de credenciamento, junto ao setor indicado no item 5.1 deste edital e posteriormente recadastrados conforme a ordem de execução dos serviços.

– Ao requerer a inscrição no cadastro, ou atualização deste, a qualquer tempo, o interessado fornecerá os elementos necessários à satisfação das exigências contidas no item 6.1 deste instrumento, bem como de sua capacitação profissional.



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - CEP 87670-000 - Centro

– A qualquer tempo o Termo de Credenciamento/Ordem de Serviço poderá ser alterado, visando adequar o serviço às condições de execução previstas pela Secretaria Municipal de Saúde.

– O Termo de Credenciamento poderá ser suspenso ou cancelado, se ficar demonstrado que o inscrito deixou de satisfazer as exigências estabelecidas para o cadastramento, bem como não atender as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento satisfatório, oportunidade em que haverá imediata abertura para inscrição de novos credenciados.

9 – DO VALOR E PRAZO DE EXECUÇÃO:

– A remuneração pela prestação dos serviços será pactuada mediante Contrato de Prestação de Serviços, regida pela Planilha de Custos - Tabela de Procedimentos Médicos com valores referenciais para o exercício de 2020 - aprovada pelo SUS, referência SIA/SUS, **anexo VII**.

– O valor disponível para realização dos serviços será de até de R\$ 1.300.020,00 (Hum milhão, trezentos mil e vinte reais), para a Divisão Médica Geral – UBS e Hospital Municipal Espírito Santo de Inajá.

– O prazo de execução será para o exercício de 2020/2021, até a data de **13 de julho de 2021**, sendo que os credenciamentos efetivados a partir desta data serão efetivados e pagos em proporcionalidade, podendo ser prorrogado por até igual período ou seja por 12 (doze) meses.

– É vedada a cobrança de sobretaxas pelos credenciados, sendo motivo de descredenciamento, permitindo novos credenciamentos a qualquer momento.

– O pagamento pelos serviços, ora Credenciados, será individualizado pela natureza da prestação, complexidade e especialidade das respectivas Áreas Médicas da Clínica Geral do Hospital Municipal Espírito Santo de Inajá, assim discriminados:

9.1– AUDITORIA MÉDICA HOSPITALAR/

Controle e Avaliação dos Recursos e Procedimentos adotados, visando sua Resolubilidade e melhoria dos serviços praticada nos Atos Médicos. Serviços contratados pela Saúde. Avaliação/Auditagem de Procedimentos dos Laudos de Autorização de Internação Hospitalar de urgência e emergência.

Auditoria em serviços prestados na Assistência Ambulatorial/S I A /FAE dos estabelecimentos de Saúde do Município.

Local – Hospital Municipal Espírito Santo e Secretaria de Saúde



Prefeitura do Município delnaja

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - CEP 87670-000 - Centro

R\$ 1.000,00 (um mil reais)/mensal 04 vezes por mês, com horários a definir.

9.2 - PERICIA MÉDICA E MEDICINA DO TRABALHO

Demanda SUS/municipal.

Local – Hospital Municipal Espírito Santo e Secretaria de Saúde

R\$ 1.200,00 (um mil e duzentos reais)/mensal 01(uma) vezes por mês, com horários a definir.

- Prestação de serviços de elaboração, implementação, execução, segurança e medicina do trabalho, programa de controle médico de saúde ocupacional (PCMSO) e programa de prevenção de riscos ambientais (PPRA), por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do (PCMSO) com objetivo de promoção e preservação da saúde do conjunto dos seus trabalhadores. Segue a norma regulamentadora -NR 7 através da portaria 3217/74.

9.3 - PROCEDIMENTOS CIRURGICOS DE PEQUENO PORTE

Demanda SIA/SUS – Pactuação – conforme necessidade

Pequenas Cirurgias/Procedimentos (Todas as especialidades credenciadas)

- Valor R\$ 35,00 (trinta e cinco reais) – 15 (quinze) procedimentos por mes/conforme necessidade

9.4- DIRETOR CLINICO

Visitas diárias – valor – R\$ 1.500,00 (um mil quinhentos reais)/mensal Demanda

Hospitalar – Pactuação

9.5 -DIRETOR TECNICO

Visitas diárias – valor – R\$ 1.500,00 (um mil e quinhentos reais)/mensal Demanda



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - CEP 87670-000 - Centro

Hospitalar – Pactuação

9.6- DISPONIBILIDADE MÉDICA - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:

Procedimentos de Urgência e Emergência – Pronto Atendimento.

Consultas e Cirurgias Eletivas – demais procedimentos Clínica e Cirúrgica Geral. Local – Hospital Municipal e Unidade Básica de saúde.

9.7 - DISPONIBILIDADE MÉDICA: de 12(doze) horas R\$ 1.150,00 (um mil, cento e cinquenta reais).

Obs: Sobreaviso – solicitado mediante demanda hospitalar, pagamento por horas trabalhadas. valor de acordo com plantão, R\$ 95,00 (noventa e cinco reais) por hora trabalhada.

Demanda pré-definida SUS/município – Pactuação

Horário de atendimento – das 07h as 19h/19h as 07h todos os dias da semana, em feriados e finais de semana.

9.8- DISPONIBILIDADE MÉDICA – PSF – Prestação de serviços médicos, Clínico Geral, para desenvolvimento de ações educativas individuais e coletivas, consultas médicas, atendimento ambulatorial, procedimentos médicos de baixa e média complexidade, visitas domiciliares e atuação nos programas desenvolvidos pelo Município, com carga horária de 20 (vinte) horas semanais, com valor de R\$ 7.500,00 (sete mil e quinhentos reais) mensal.

9.9– CARDIOLOGIA:

Consultas Médica em atenção especializada:

Local – UBS – INAJÁ

Valor: R\$ 65,00 (sessenta e cinco reais) Demanda SUS/municipal – Pactuação – 24 (vinte e quatro) consultas mensais. Revisão em até trinta dias.

Exames:

Sistema Holter 24 (vinte e quatro) horas – R\$ 130,00 (cento e trinta reais)– 05 (cinco) por mês.



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - CEP 87670-000 - Centro

Ecocardiograma com Doppler Adulto – R\$ 130,00 (cento e trinta reais) – 05 (cinco) por mês.

Ecocardiograma com Doppler Infantil – R\$ 110,00 (cento e dez reais) – 05 (cinco) por mês.

Teste Ergométrico Computadorizado – R\$ 80,00 (oitenta reais) – 05 (cinco) por mês.

Eletrocardiograma com laudo – R\$ 30,00 (trinta reais) - 10 (dez) por mês.

Monitorização ambulatorial de pressão arterial – mapa – R\$ 80,00 (oitenta reais) – 05 (cinco) por mês.

Espirometria: exame detecta doenças respiratórias – R\$ 40,00 (quarenta reais) – 05 (cinco) por mês.

Exame audiometria: - R\$ 40,00 (quarenta reais) – 05 (cinco) por mês.

9.10 -GINECOLOGIA:

Consulta Ginecológica:

Local – UBS – INAJÁ

Valor: R\$ 65,00 (sessenta e cinco reais) Demanda SUS/municipal – Pactuação – 30 (trinta) consultas mensais.

Revisão em até 30 (trinta) dias.

Cauterização R\$ 30,00 (trinta reais) com 5 (cinco)

cauterização mensal, utilizado de acordo com a demanda.

Revisão em até 30 (trinta) dias.

9.11 - PEDIATRIA:

Consulta Pediátrica:

Local – UBS – INAJÁ

Valor: R\$ 65,00 (sessenta e cinco reais)

Demanda SUS/municipal – Pactuação – 20 (vinte)

consultas mensais. Revisão em até 30 (trinta) dias.



Prefeitura do Município delnaja

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - CEP 87670-000 - Centro

9.12- ULTRASSONOGRAFIA:

Procedimentos: USG abdominal total, superior; USG aparelho urinário (rins, bexiga), USG obstétrica, USG pélvico (ginecologia e transvaginal) – urgência e emergência.

TABELA CIS/AMUNPAR - Demanda pré-definida SUS/município – Pactuação –

Os laudos das ultrassonografias deverão ser entregues imediatos.

Valor Máximo de R\$ 3.000,00 (três mil reais) por mês.

9.13 -EXAME DIAGNÓSTICO RESSONÂNCIA MAGNÉTICA /TABELA AMUNPAR - –

Valor Máximo de R\$ 1.500,00 (um mil e quinhentos reais) por mês

9.14-EXAMES DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA /TABELA AMUNPAR -

Valor Máximo de R\$ 1.500,00 (um mil e quinhentos reais) por mês

9.15- PLANILHA DE CUSTOS - TABELA DE VALORES DE EXAMES LABORATORIAIS - AUTORIZADOS PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DE PACIENTES INTERNADOS NO HOSPITAL - Valor Máximo de R\$ 8.000,00 (oito mil reais) por mês

9.16- EXAMES DE RADIOGRAFIA – Valor Máximo de R\$ 1.500,00 (um mil e quinhentos reais) por mês-

OBS: AS ESPECIALIDADES QUE ESTÃO MENCIONADAS NO CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 004-2020, A DEMANDA DO MUNICÍPIO É MAIOR, DO QUE O NÚMERO DE VAGAS CEDIDO PELO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE/AMUNPAR.

– Cada área médica credenciada terá sua agenda e carga horária definida pela respectiva Ordem de Serviço;

– A quitação será efetuada mensalmente, mediante apresentação do respectivo comprovante fiscal/fatura, mediante comprovação fiscal e trabalhista, após avaliação técnica da execução dos serviços pela Comissão especial do credenciamento, devidamente acompanhada das planilhas de serviços prestados a que se refere o ANEXO VII.



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - CEP 87670-000 - Centro

– O pagamento será realizado através de banco oficial (preferencialmente BANCO DO BRASIL, visto que se houver cobrança pelo pagamento a outros bancos, esta cobrança será repassada ao credor), emitido após avaliação dos procedimentos de saúde – especialidades SIA/SUS - prevista em edital.

10 – DO PRAZO DE VIGÊNCIA:

– O prazo de execução e vigência do presente Credenciamento, nos termos do Chamamento Público nº. 004/2020-PMI e Lei Federal nº. 8080/90 será no ano fiscal de 2020/2021, até **13 de julho de 2021**, podendo ser prorrogado por até igual período, ou seja, até 12 (doze) meses, pelo inciso II, do art. 57 da Lei de Licitações 8.666/93.

– O critério de contratação das empresas para a prestação dos serviços na Rede Municipal de Saúde e Hospital Municipal Espírito Santo, será conforme a necessidade de ampliação dos serviços ofertados a população, abrangendo os regimes e as especialidades médicas referidas neste Edital.

– A empresa credenciada e convocada terá que prestar serviços no período de vigência do contrato em quantidades, dias e horários a ser distribuída pela direção do Hospital Municipal e pela Secretaria Municipal de Saúde.

– A direção do Hospital Municipal, juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde, enviará para a empresa que prestará os serviços a autorização para a realização do mesmo em papel timbrado.

- Os credenciamentos efetivados no período a partir da data inicial de vigência deste Termo serão efetivados e pagos em proporcionalidade ou período remanescente.

– A vigência do presente Instrumento fica vinculada existência de recursos orçamentários nos termos fixados pelo inciso II, do art. 57 da Lei de Licitações.

11 – CRITÉRIO DE REAJUSTE:

– O valor dos procedimentos indicados no item 9 não sofrerá reajuste pelo período de vigência da Tabela de Procedimentos Médicos para 2020 – Referência SIA/SUS. Eventual correção após este período será revista com base nos índices oficiais, determinada pelo Ministério da Saúde.

12 – SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E INADIMPLEMENTO DOS SERVIÇOS:

– Pela não execução total ou parcial do objeto, a Prefeitura Municipal de Inajá, poderá aplicar a contratada as seguintes sanções:

I- Advertência;

II- Multa equivalente a até 20% (vinte por cento) do valor do serviço constante na ordem de serviço, no caso de:

a) afastar-se de suas atividades profissionais mesmo temporariamente, sem deixar



Prefeitura do Município de Delnaja

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - CEP 87670-000 - Centro

outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes em estado grave;



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - CEP 87670-000 - Centro

b) deixar de comparecer a plantão em dia e horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por motivo de força maior;
c) descumprir as demais cláusulas contratuais ou obrigações assumidas decorrentes do presente credenciamento

III) Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Prefeitura Municipal de Inajá pelo prazo de 02 (dois) anos;

IV) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Prefeitura Municipal de Inajá e Administração Pública, enquanto perdurem os motivos determinantes da punição ou, até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que o proponente ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes, depois de decorrido o prazo da sanção aplicada com base no contido no inciso III.

– A multa a que alude o inciso II do subitem acima não impede que a Prefeitura Municipal de Inajá rescinda unilateralmente o contrato e aplique as outras sanções previstas na Lei nº 8.666/93.

– As sanções previstas no inciso III e do item 12.1 poderão também ser aplicadas às empresas ou aos profissionais que, em razão dos contratos regidos pela Lei nº 8.666/93:

a) Tenha sofrido condenação definitiva por praticarem, por meios dolosos, fraude fiscal no recolhimento de quaisquer tributos;

b) Tenham praticado atos ilícitos visando a frustrar os objetivos da licitação;

c) Demonstrem não possuir idoneidade para contratar com a Prefeitura Municipal de Inajá em virtude de atos ilícitos praticados.

13 – CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:

- Os pagamentos pelos serviços prestados pelo credenciado serão efetuados mensalmente, tendo em conta o número de procedimentos efetivamente realizados, mediante apresentação do respectivo comprovante fiscal/fatura, mediante comprovação fiscal e trabalhista, após avaliação técnica da execução dos serviços pela Comissão especial do credenciamento, devidamente acompanhada das planilhas de serviços prestados a que se refere o ANEXO VII.

- A respectiva Ordem de Execução de Serviço, vinculada ao contrato de prestação de serviços, disporá sobre as condições e horário do atendimento dos serviços a serem prestados em feriados e finais de semana, respeitadas as condições de execução dos serviços de referência e contra-referência das Unidades de Saúde conveniadas.

- O pagamento será realizado através de banco oficial, facultando-se ao profissional a indicação de outro banco, desde que assumam os encargos com a respectiva ordem de pagamento.



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - CEP 87670-000 - Centro

– Os pagamentos pela execução dos serviços correrão por conta dos recursos da dotação orçamentária - outros Serviços de Terceiros – Pessoas Jurídicas:

14	- 09.01.2.901	33.90.39.00.00.00.00	1000	R\$ 206.515,02
15	- 09.01.2.904	33.90.39.00.00.00.00	1018	R\$ 231.945,00
16	- 09.02.2.902	33.90.39.00.00.00.00	1303	R\$ 149.927,44
17	- 09.02.2.904	33.90.39.00.00.00.00	1303	R\$ 464.567,54
18	- 09.02.2.904	33.90.39.00.00.00.00	0494	R\$ 185.358,00

OBS: Ultrapassado o exercício financeiro de 2020, o Município adotará as medidas necessárias para assumir a dotação correspondente para o período.

19 – RECURSOS ADMINISTRATIVOS:

– Aos credenciados é assegurado o direito de interposição de Recurso, nos termos do art. 109 da Lei nº. 8666/93, o qual será recebido e processado nos termos ali estabelecidos.

– A eventual impugnação ao presente Chamamento deve ser apresentada pelo interessado, considerando a natureza suplementar dos serviços de saúde, em razão de sua vinculação aos critérios previstos pela Resolução Normativa - RN nº. 71/2004-ANSS.

20 – DISPOSIÇÕES GERAIS:

– Esclarecimentos relativos ao presente chamamento público e às condições para atendimento das obrigações necessárias ao cumprimento de seu objeto, somente serão prestados quando solicitados por escrito, encaminhados ao Departamento de Licitação, sito à Avenida Antonio Veiga Martins, 80, CEP: 87.670-000 (fone) 44 – 3440.1221, em Inajá –PR..

– Fica eleito o foro da cidade de Paranacity, Estado do Paraná, como competente para dirimir todas as questões decorrentes do credenciamento.

21 – ANEXOS:

– Os anexos abaixo relacionados, integrantes do presente Termo, poderão ser obtidos junto ao Departamento de Licitação, em endereço indicado no item 15.1:

- a) anexo I - modelo de requerimento para credenciamento;
- b) anexo II – modelo de declaração de idoneidade;
- c) anexo III – modelo de conhecimento de edital;
- d) anexo IV – modelo de declaração de não existência de trabalhadores menores;
- e) anexo V – modelo de declaração de emprego;
- f) anexo VI - Planilha de Custos – Tabela de Procedimentos Médicos com valores referenciais para 2019 - aprovada pelo SUS, referência SIA/SUS.
- g) anexo VII - Declaração de Composição de Quadro Societário



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - CEP 87670-000 - Centro

Inajá-PR, 08 de julho de 2020.

Cleber Geraldo da Silva
PREFEITO MUNICIPAL



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - CEP 87670-000 - Centro

ANEXO I

(em papel timbrado/personalizado do prestador)

A COMISSÃO ESPECIAL DE CREDENCIAMENTO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE INAJÁ - PR.

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA ÁREA DA SAÚDE PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, divulgado pelo Município de Inajá, através do Departamento Municipal de Saúde, objetivando a contratação de prestação de serviços médicos, nos termos do Chamamento Público nº. 004/2020.

Nome: _____

Endereço _____ Comercial: _____

CEP: _____ Cidade: _____

_____ Estado: _____

CNPJ: _____, e-mail: _____

Número _____ conta

corrente: _____ Agência: _____

Horário _____ de

atendimento: _____

Especialidade: _____

Procedimentos (relacionar os códigos de acordo com a
Tabela de Procedimentos Médicos):

Médico _____ Responsável: _____

CRM nº: _____ R.G. nº. _____ : _____ CPF/MF Nº _____

local, _____ de _____ de 2020.

(assinatura do solicitante)

(nome do solicitante)



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - CEP 87670-000 - Centro

ANEXO II

(em papel timbrado/personalizado do prestador)

,A COMISSÃO ESPECIAL DE CREDENCIAMENTO DA PREFEITURA MUNICIPAL
DE INAJÁ-PR.

MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE E DE INEXISTÊNCIA DE FATO SUPERVENIENTE

O representante legal da Empresa _____,
(qualificação) abaixo firmado, DECLARA para os devidos fins de direito, na
qualidade de solicitante de cadastramento em CREDENCIAMENTO DE PESSOA
JURÍDICA DA ÁREA DA SAÚDE PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE,
que não foi declarada inidônea para licitar ou contratar com o Poder Público, em
qualquer de suas esferas, estando portanto, apta a contratar com o Poder Público,
em qualquer de suas esferas e sob as penas da lei, que até a presente data
inexistem fatos impeditivos para a nossa habilitação, ciente da obrigatoriedade de
declarar ocorrências posteriores.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Local, _____ de _____ de 2020.

(assinatura do solicitante)

(nome do solicitante)



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - CEP 87670-000 - Centro

ANEXO III

(em papel timbrado/personalizado do prestador)

A COMISSÃO ESPECIAL DE CREDENCIAMENTO DA PREFEITURA MUNICIPAL
DE INAJÁ-PR.

MODELO DE DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO DO EDITAL, SEUS ANEXOS, INSTRUÇÕES E PROCEDIMENTOS

(Nome da Empresa) _____ CNPJ nº _____
estabelecida à _____ (endereço completo), declara conhecer o Edital
de Chamamento Público para CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA
ÁREA DE SAÚDE PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE Nº 004/2020 e
seus anexos.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Local, _____ de _____ de 2020.

(assinatura do solicitante)

(nome do solicitante)



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - CEP 87670-000 - Centro

ANEXO IV

(em papel timbrado/personalizado do prestador)

A COMISSÃO ESPECIAL DE CREDENCIAMENTO DA PREFEITURA MUNICIPAL
DE INAJÁ-PR.

MODELO DE DECLARAÇÃO DE NÃO EXISTÊNCIA DE TRABALHADORES MENORES

O _____ representante _____ legal _____ da
Empresa _____ na qualidade
de proponente do procedimento licitatório sob a modalidade CHAMAMENTO
PÚBLICO Nº 004/2020 - PMI para CREDENCIAMENTO DE PE SSOA JURÍDICADA
ÁREA DA SAÚDE PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, declara para os
fins de direitos e sob as penalidades da lei que a referida empresa não possui em
seu quadro de funcionários menores de 18 anos exercendo trabalhos noturnos,
perigoso ou insalubre, ou menores de 16 anos exercendo qualquer trabalho, salvo
na condição de aprendiz, a partir de 14 anos.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Local, _____ de _____ de 2020.

(assinatura do solicitante)

(nome do solicitante)



Prefeitura do Município de Delnaja

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - CEP 87670-000 - Centro

ANEXO V

MODELO DE DECLARAÇÃO DE EMPREGO

(em papel timbrado/personalizado da empresa)

Eu, _____ (Nome do profissional) _____ apresento essa declaração de emprego, cargo ou função remunerada sob qualquer forma, ou serviços Federais, Estaduais, Municipais, Paraestatais, Sociedades de Economia Mista, Forças Armadas, PESSOAS Privadas etc:

1- Nome das Entidades Empregadoras

- a)
- b)
- c)

2- Natureza das atividades que exerce:

- a)
- b)
- c)

3- Horários ou compromissos de trabalho:

- a)
- b)
- c)

4- Locais de Trabalho:

- a)
- b)
- c)

Declaro para os devidos fins que não incorro nas proibições do § 4º do art. 26 da lei 8080/90 e do art. 76 da Lei Orgânica Municipal.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Local, _____ de _____ de 2020.

(assinatura do solicitante)

(nome do solicitante)



Prefeitura do Município delnaja

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - CEP 87670-000 - Centro

PLANILHA DE CUSTOS

TABELA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS/EXAMES/CIRURGIAS TABELA SUS/SIGTAP/AMUMPAR/CISAMUSEP/DEMANDA MUNICIPAL

- AUDITORIA MÉDICA HOSPITALAR/

Controle e Avaliação dos Recursos e Procedimentos adotados, visando sua Resolubilidade e melhoria dos serviços praticada nos Atos Médicos. Serviços contratados pela Saúde. Avaliação/Auditagem de Procedimentos dos Laudos de Autorização de Internação Hospitalar de urgência e emergência.

Auditoria em serviços prestados na Assistência Ambulatorial/S I A /FAE dos estabelecimentos de Saúde do Município.

Local – Hospital Municipal Espírito Santo e Secretaria de Saúde

R\$ 1.000,00 (um mil reais)/mensal 04 vezes por mês, com horários a definir.

PERICIA MÉDICA E MEDICINA DO TRABALHO

Demanda SUS/municipal.

Local – Hospital Municipal Espírito Santo e Secretaria de Saúde

R\$ 1.200,00(um mil e duzentos reais)/mensal 01(uma) vezes por mês, com horários a definir.

- Prestação de serviços de elaboração, implementação, execução, segurança e medicina do trabalho, programa de controle médico de saúde ocupacional (PCMSO) e programa de prevenção de riscos ambientais (PPRA), por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do (PCMSO) com objetivo de promoção e preservação da saúde do conjunto dos seus trabalhadores. Segue a norma regulamentadora -NR 7 através da portaria 3217/74.



Prefeitura do Município delnaja

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - CEP 87670-000 - Centro

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS DE PEQUENO PORTE

Demanda SIA/SUS – Pactuação – conforme necessidade

Pequenas Cirurgias/Procedimentos (Todas as especialidades credenciadas)

– Valor R\$ 35,00 (trinta e cinco reais) – 15 (quinze) procedimentos por mes/conforme necessidade

- DIRETOR CLINICO

Visitas diárias – valor – R\$ 1.500,00 (hum mil quinhentos reais)/mensal Demanda

Hospitalar – Pactuação

DIRETOR TECNICO

Visitas diárias – valor – R\$ 1.500,00 (hum mil e quinhentos reais)/mensal Demanda

Hospitalar – Pactuação

- DISPONIBILIDADE MÉDICA - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:

Procedimentos de Urgência e Emergência – Pronto Atendimento.

Consultas e Cirurgias Eletivas – demais procedimentos Clínica e Cirúrgica Geral. Local – Hospital Municipal e Unidade Básica de saúde.

DISPONIBILIDADE MÉDICA: de 12 (doze) horas R\$ 1.150,00 (hum mil, cento e cinquenta reais).

Obs: Sobreaviso – solicitado mediante demanda hospitalar, pagamento por horas trabalhadas. valor de acordo com plantão, R\$ 95,00 (noventa e cinco reais) por hora trabalhada.

Demanda pré-definida SUS/município – Pactuação

Horário de atendimento – das 07h as 19h/19h as 07h todos os dias da semana, em feriados e finais de semana.

- DISPONIBILIDADE MEDICA – PSF – Prestação de serviços médicos, Clínico Geral, para desenvolvimento de ações educativas



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - CEP 87670-000 - Centro

individuais e coletivas, consultas médicas, atendimento ambulatorial, procedimentos médicos de baixa e média complexidade, visitas domiciliares e atuação nos programas desenvolvidos pelo Município, com carga horária de 20 (vinte) horas semanais, com valor de R\$ 7.500,00 (sete mil e quinhentos reais) mensal.

– CARDIOLOGIA:

Consultas Médica em atenção especializada:

Local – UBS – INAJÁ

Valor: R\$ 65,00 (sessenta e cinco reais) Demanda SUS/municipal – Pactuação – 24 (vinte e quatro) consultas mensais. Revisão em até trinta dias.

Exames:

Sistema Holter 24 (vinte e quatro) horas – R\$ 130,00 (cento e trinta reais)– 05 (cinco) por mês.

Ecocardiograma com Doppler Adulto – R\$ 130,00 (cento e trinta reais) – 05 (cinco) por mês.

Ecocardiograma com Doppler Infantil – R\$ 110,00 (cento e dez reais) – 05 (cinco) por mês.

Teste Ergométrico Computadorizado – R\$ 80,00 (oitenta reais) – 05 (cinco) por mês.

Eletrocardiograma com laudo – R\$ 30,00 (trinta reais) - 10 (dez) por mês.

Monitorização ambulatorial de pressão arterial – mapa – R\$ 80,00 (oitenta reais)– 05 (cinco) por mês.

Espirometria: exame detecta doenças respiratórias – R\$ 40,00 (quarenta reais) – 05 (cinco) por mês.

Exame audiometria: - R\$ 40,00 (quarenta reais)– 05 (cinco) por mês.

GINECOLOGIA:

Consulta Ginecológica:



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - CEP 87670-000 - Centro

Local – UBS – INAJÁ

Valor: R\$ 65,00 (sessenta e cinco reais) Demanda SUS/municipal – Pactuação – 30 (trinta) consultas mensais.

Revisão em até 30 (trinta) dias.

Cauterização R\$ 30,00 (trinta reais) com 5 (cinco)

cauterização mensal, utilizado de acordo com a demanda.

Revisão em até 30 (trinta) dias.

PEDIATRIA:

Consulta Pediátrica:

Local – UBS – INAJÁ

Valor: R\$ 65,00 (sessenta e cinco reais)

Demanda SUS/municipal – Pactuação – 20 (vinte)

consultas mensais. Revisão em até 30 (trinta) dias.

–ULTRASSONOGRAFIA:

Procedimentos: USG abdominal total, superior; USG aparelho urinário (rins, bexiga), USG obstétrica, USG pélvico (ginecologia e transvaginal) – urgência e emergência, comprovação desses exames através do relatório emitido pelo sistema da PRODASP, implantado na unidade.

TABELA AMUNPAR - Demanda pré-definida SUS/município – Pactuação – Máximo de 50 exames mensais Totais/mês - Os laudos das ultrassonografias deverão ser entregues imediatos.

Valor Máximo de R\$ 3.000,00 (três mil reais) por mês

ULTRA-SONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DE 1	VASO	150,00
---	------	--------



Prefeitura do Município delnaja

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

Av. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - CEP 87670-000 - Centro

ULTRA-SONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDODE2	VASOS	150,00
ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, VESICULA, VIAS BILIARES) (COM LAUDO)		60,00
ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (COM LAUDO)		80,00
ULTRA-SONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO (COM LAUDO)		60,00
ULTRA-SONOGRAFIA DE ARTICULACAO (COM LAUDO)		70,00
ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR (DOIS OLHOS)		120,00
ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR) (COM LAUDO)		100,00
ULTRA-SONOGRAFIA DE ORGAOS E ESTRUTURAS (Mamas, Tendoes, Penis)		60,00
ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL) (COM LAUDO)		60,00
ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL COM BIOPSIA)		360,00



Prefeitura do Município de Ipanema

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - CEP 87670-000 - Centro

ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL) (COM LAUDO	150,00
ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATE 3 VASOS) (COM LAUDO)	150,00
ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO (COM LAUDO)	150,00
ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA (COM LAUDO)	60,00
ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA MORFOLOGICA	180,00
ULTRA-SONOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA (COM LAUDO)	60,00
ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL (COM LAUDO)	60,00

EXAME DIAGNÓSTICO RESSONÂNCIA MAGNÉTICA /TABELA AMUNPAR - -

Valor Máximo de R\$ 1.500,00 (um mil e quinhentos reais) por mês

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO	268,75
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL E LOMBAR	268,75
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA	268,75
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN SUPERIOR	268,75
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	268,75
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PLEXO BRANQUIAL (UNILATERAL)	268,75
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TORAX	268,75
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CORAÇÃO OU AORTA COM CINE-RM	268,75
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA OU PELVIS	268,75
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE OMBRO (UNILATERAL)	268,75



Prefeitura do Município de Ipanajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - CEP 87670-000 - Centro

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COTOVELO / PUNHO (UNILATERAL)	268,75
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÃO COXAFEMURAL(BILATERAL)	268,75
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE JOELHO (UNILATERAL)	268,75
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TORNOZELO OU PÉ(UNILATERAL)	268,75
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SEGMENTO APENDICULAR (UNILATERAL)	268,75
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ATM (BILATERAL)	268,75
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES	268,75
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÕES	268,75
ANGIOGRAFIA POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	137,01
ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL	570,00

EXAMES DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA /TABELA AMUNPAR

Valor Máximo de R\$ 1.500,00 (um mil e quinhentos reais) por mês

TOMOGRAFIA DE ABDOMEM SUPERIOR	138,63
TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL COM OU SEM CONTRASTE	86,76
TOMOGRAFIA DE COLUNA LOMBAR/LOMBO SACRA	101,10
TOMOGRAFIA DE CRÂNIO COM OU SEM CONTRASTE	97,44
TOMOGRAFIA DE MEDIASTINO	136,41
TOMOGRAFIA DE MEMBROS INFERIORES	86,75



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - CEP 87670-000 - Centro

TOMOGRAFIA DE MEMBROS SUPERIORES	86,75
TOMOGRAFIA DE PELVE E/OU BACIA	138,63
TOMOGRAFIA DE PESCOÇO	86,75
TOMOGRAFIA DE SEGMENTOS APENDICULARES	86,75
TOMOGRAFIA DE SEIOS DA FACE/TEMP.	86,75
MANDIBULAR/OUVIDO	86,75
TOMOGRAFIA DE SELA TURCICA	97,44
TOMOGRAFIA DE TORAX/COLUNA TORAXICA	136,41

PLANILHA DE CUSTOS - TABELA DE VALORES DE
EXAMES LABORATORIAIS - AUTORIZADOS PELA SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE E DE PACIENTES INTERNADOS NO HOSPITAL -
Valor Máximo de R\$ 8.000,00 (oito mil reais) por mês

	EXAMES	
1	Acido úrico	R\$ 2,50
2	Antibiograma	R\$ 5,98
3	Aslo	R\$ 6,00
4	B.A.A.R Pesquisa	R\$ 5,20
5	Bacterioscopia na urina	R\$ 4,25
6	Beta - HCG	R\$ 11,00
7	Bilirrubinas	R\$ 3,40
8	Cálcio	R\$ 3,40
9	Cálcio Ionico	R\$ 5,30
10	CK MB	R\$ 18,37
11	Coagulograma completo	R\$ 13,61
12	Colesterol total	R\$ 3,40
13	Colesterol HDL	R\$ 6,80
14	Colesterol LDL	R\$ 9,07
15	Creatinina	R\$ 3,40
16	Creatino fosfoquinase	R\$ 9,87



Prefeitura do Município delnaja

ESTADO DOPARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - CEP 87670-000 - Centro

17	Cultura (secreção/fezes)	R\$ 15,00
18	Cultura de fungos	R\$ 15,00
19	Dengue IGG	R\$ 18,55
20	Dengue IGM	R\$ 18,55
21	Estradiol	R\$ 18,14
22	FAN	R\$ 10,00
23	Ferritina	R\$ 15,59
24	Ferro	R\$ 3,51
25	Fosfatase alcalina	R\$ 3,40
26	FSH	R\$ 13,61
27	GAMA – GT	R\$ 5,00
28	Glicose	R\$ 3,40
29	Hepatite B anti HBS	R\$ 18,55
30	HBS Hepatite B (HBSAG)	R\$ 18,55
31	Hemoglobina glicada	R\$ 12,00
32	Hemograma com plaquetas	R\$ 8,51
33	HIV ½	R\$ 18,55
34	IGE	R\$ 10,00
35	Insulina	R\$ 13,00
36	KPTT	R\$ 5,77
37	Fator reumatóide	R\$ 10,00
38	Lactose teste de tolerancia	R\$ 15,00
39	LDH Lactica	R\$ 7,00
40	LH	R\$ 13,61
41	Lipidograma	R\$ 15,00
42	Magnesio	R\$ 3,15
43	Microalbuminuria	R\$ 12,00
44	Mucoproteinas	R\$ 3,40
45	Parasitológico	R\$ 4,50
46	Pesquisa de fungos	R\$ 4,00
47	Plaquetas, contagem	R\$ 3,20
48	Potassio	R\$ 5,00
49	Prolactina	R\$ 13,00
50	Proteinas totais	R\$ 3,00
51	PSA total	R\$ 18,55
52	PSA livre	R\$ 18,55
53	Progesterona	R\$ 18,55
54	Reticulocitos	R\$ 4,50
55	Rubeola IGM	R\$ 17,00
56	Sódio	R\$ 4,00
57	T3	R\$ 9,80



Prefeitura do Município delnaja

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - CEP 87670-000 - Centro

58	T4	R\$ 9,80
59	T4 Livre	R\$ 10,00
60	TAP	R\$ 5,00
61	Tempo de coagulação	R\$ 3,00
62	TGO	R\$ 3,00
63	TGP	R\$ 3,00
64	Triglicerídeos	R\$ 4,50
65	Tempo de sangramento	R\$ 3,00
66	TSH	R\$ 9,80
67	Toxoplasmose IGG e IGM	R\$ 18,55
68	Antiperoxidação	R\$ 23,00
69	Ureia	R\$ 3,40
70	Rotina de urina	R\$ 3,40
71	Urocultura	R\$ 10,00
72	VDRL – Sífilis	R\$ 3,60
73	VHS	R\$ 2,90
74	Vitamina B12	R\$ 15,24
75	Waller rose	R\$ 6,00
76	Antitrombina III, dosagem	R\$ 20,00
77	Fibrinogênio	R\$ 7,00
78	Hematócrito	R\$ 3,50
79	Hemoglobina, dosagem	R\$ 3,50
80	Hemoglobina eletroforese em gel amido ou acet. de celulose	R\$ 12,00
81	Mielograma	R\$ 28,00
82	Protoporfirina eritrocitária livre - zinco	R\$ 17,00
83	Cromatina Amin. Plasma	R\$ 20,00
84	Albumina	R\$ 3,40
85	Amilase	R\$ 2,25
86	Chagas IGG	R\$ 10,00
87	Chagas IGM	R\$ 10,00
88	Citologia oncológica (prevenção)	R\$ 18,00
89	Clearance de creatinina	R\$ 6,00
90	Coombs direto	R\$ 10,00
91	Coombs indireto	R\$ 10,00
92	Eritograma	R\$ 3,90
93	Fósforo	R\$ 4,00
94	FTA ABS IGG	R\$ 11,00
95	FTA ABS IGM	R\$ 9,80
96	Glicose Curva glicêmica (5 D)	R\$ 15,00
97	Glicose sobrecarga (1 hora e 2 horas)	R\$ 10,00



Prefeitura do Município delnaja

ESTADO DOPARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - CEP 87670-000 - Centro

98	Helicobacter Pylori IGG e IGM	R\$ 30,00
99	Hanseníase	R\$ 10,00
100	Hepatite C anti HCV	R\$ 18,55
101	Lipase	R\$ 6,80
102	PCR (dosado)	R\$ 3,80
103	Pesq. de leucocitos nas fezes	R\$ 2,27
104	PH (fezes, urina)	R\$ 2,80
105	Proteínas totais e frações	R\$ 3,40
106	Proteinúria 24 hrs	R\$ 5,00
107	PSO (fezes)	R\$ 2,80
108	Acido vanil mandelico VMA	R\$ 18,00
109	ACTH	R\$ 35,00
110	Androstenediona	R\$ 35,00
111	Calcitonina	R\$ 35,00
112	17 CGS	R\$ 10,00
113	17 CTS	R\$ 10,00
114	Cortisol	R\$ 30,00
115	Hormonio do crescimento	R\$ 20,00
116	Secreção vaginal (a fresco)	R\$ 4,00
117	Secreção vaginal (gram)	R\$ 4,00
118	T3 Livre	R\$ 10,00
119	Tipagem sanguínea	R\$ 10,00
120	Vitamina 25 OH	R\$ 18,00
121	DHEA	R\$ 23,00
122	S-DHEA	R\$ 18,00
123	17 Alfa-OH-progesterona neonatal	R\$ 33,00
124	Testosterona total	R\$ 20,00
125	PTH	R\$ 40,00
126	Testosterona livre	R\$ 34,00
127	Somatomedina C	R\$ 35,00
128	Tireoglobulina, dosagem	R\$ 25,00
129	Cortisol Livre	R\$ 34,00
130	Troponina	R\$ 20,00
131	Acido fólico	R\$ 21,25
132	Acido valproico	R\$ 22,00
133	Aldolase	R\$ 5,00
134	Alfa feto proteína	R\$ 25,00
135	Alfa-1 glicoproteína acida	R\$ 5,00
136	Carbamazepina	R\$ 20,00
137	Ceruloplasmina	R\$ 17,00
138	Eletroforese de lipoproteínas	R\$ 17,00



Prefeitura do Município delnaja

ESTADO DOPARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - CEP 87670-000 - Centro

139	Fenitoína	R\$ 35,22
140	Fenobarbital	R\$ 35,22
141	Gasometria	R\$ 18,00
142	GGPD	R\$ 15,00
143	Lítio	R\$ 4,00
144	Teofilina	R\$ 22,00
145	Colesterol VLDL	R\$ 6,00
146	Glicemia após sobrecarga com dextrosol ou glicose	R\$ 10,00
147	Maltose, teste de tolerancia	R\$ 16,00
148	Anti-DNA	R\$ 10,00
149	Anti-ENA, SM/RNP	R\$ 20,00
150	Antimitocondria	R\$ 17,00
151	Antimúsculo liso	R\$ 17,00
152	Antitireoglobulina	R\$ 25,00
153	Antimicrosomal	R\$ 25,00
154	Hepatite B (Austrália)	R\$ 18,55
155	CEA Antigenocarcinogênico	R\$ 25,00
156	Chlamydia IFI IGG e IGM	R\$ 18,55
157	Citomegalovírus	R\$ 11,61
158	Complemento C3 e C4	R\$ 17,00
159	Bacterioscopia por lâmina	R\$ 3,50
160	IGA, IDIR	R\$ 17,00
161	IGG e IGM, IDIR	R\$ 18,00
162	Anticardiolipina IGG e IGM	R\$ 20,00
163	Leishmaniose	R\$ 10,00
164	Linfócitos T Helper, dosagem	R\$ 34,00
165	Linfócitos T Supressores, dosagem	R\$ 56,70
166	Listeriose, aglutinação	R\$ 10,00
167	Mononucleose monoteste	R\$ 17,00
168	Proteína C reativa	R\$ 18,00
169	Rubeola IGG	R\$ 17,00
170	Anticórtex supra renal	R\$ 17,16
171	Antimúsculo estriado	R\$ 17,00
172	Anti-RO/SSA	R\$ 18,55
173	Anti-LA-SSB	R\$ 18,55
174	Anti-SM	R\$ 20,00
175	Anti-RNP	R\$ 17,16
176	Herpes simples IGG e IGM	R\$ 17,16
177	Herpes Zoster IGG e IGM	R\$ 20,00
178	Western Blot Anti-HIV	R\$ 198,00



Prefeitura do Município delnaja

ESTADO DOPARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - CEP 87670-000 - Centro

179	Toxocara Canis	R\$ 22,00
180	Marcadores tumorais (CA-19/9, CA-125, CA-15/3)	R\$ 30,00
181	Citomegalovirus IGM	R\$ 11,61
182	Antiinsulina	R\$ 17,16
183	Antigliadina IGA e IGE	R\$ 17,50
184	Antiescleroderma	R\$ 13,00
185	Marcadores tumorais (CA-72/4, CA-50)	R\$ 50,00
186	Rotavirus, pesquisa	R\$ 11,34
187	Hemocultura	R\$ 11,49
188	Cultura para Mycobacterium	R\$ 18,00
189	Dosagem de comp. Urinario	R\$ 3,00
190	Perfil reumatologico	R\$ 20,00
191	Cromatina sexual	R\$ 6,80
192	Cobre	R\$ 10,00
193	Hep. B e Hep. C - PCR (Qualitativo)	R\$ 197,00
194	Hep. B e Hep. C - PCR (Quantitativo)	R\$ 365,00
195	Genotipagem HC	R\$ 298,48

EXAMES DE RADIOGRAFIA – Valor Máximo de
R\$1.500,00 (um mil e quinhentos reais) por mês

1	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	26,00
2	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	26,00
3	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	26,00
4	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	26,00
5	RADIOGRAFIA DE ADENOIDES- LATERAL	26,00
6	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	26,00
7	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	26,00
8	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO - FEMORAL	26,00
9	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO - UMERAL	26,00
10	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO - CLAVICULAR	26,00
11	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO - ILIACA	26,00
12	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO - MANDIBULAR BILATERAL	26,00
13	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO - TARSICA	26,00
14	RADIOGRAFIA DE BACIA	26,00
15	RADIOGRAFIA DE BRACO	26,00
16	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	26,00



Prefeitura do Município de Delnópolis

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - CEP 87670-000 - Centro

17	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	26,00
18	RADIOGRAFIA DE CRANIO AP / LAT / BRETTON OU TOWNE	26,00
19	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	26,00
20	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	26,00
21	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	26,00
22	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL /DINAMICA	26,00
23	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	26,00
24	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)	26,00
25	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA	26,00
26	RADIOGRAFIADecoracaoEvasosDaBase(PA+LATERAL+ OBLIQUA)	26,00
27	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)	26,00
28	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	26,00
29	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	26,00
30	RADIOGRAFIA DE COXA	26,00
31	RADIOGRAFIADecranio(PA+LATERAL+OBLIGUA/BRETTON + HIRTZ)	26,00
32	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	26,00
33	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)	26,00
34	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	26,00
35	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	26,00
36	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO	60,00
37	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO, ESOFAGO, HIATO E DUODENO (EED)	150,00
38	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO)	60,00
39	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	26,00
40	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	26,00
41	RADIOGRAFIADeJOELHOOU PATELA(AP+LATERAL+OBLIQUA + 3 AXIAIS)	26,00
42	RADIOGRAFIA DE LARINGE	26,00
43	RADIOGRAFIA DE MAO	26,00
44	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	26,00
45	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)	26,00
46	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	26,00
47	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL +HIRTZ)	26,00
48	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	26,00
49	RADIOGRAFIA DE PERNA	26,00
50	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	26,00



Prefeitura do Município delnaja

ESTADO DOPARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - CEP 87670-000 - Centro

51	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	26,00
52	RADIOGRAFIADSEIOSDAFACE(FN+MN+LATERAL+HIRTZ)	26,00
53	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL +BRETTON)	26,00
54	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO - LORDORTICA)	26,00
55	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL)	26,00
56	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	26,00
57	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	26,00
58	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	26,00
59	RADIOGRAFIAP/ESTUDODODELGADOC/DUPLOCONTRASTE (ENTEROCLISE)	79,38
60	RADIOGRAFIA PANORAMICA	45,36
61	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUNA TOTAL-TELESPONDILOGRAFIA (P/ ESCOLIOSE)	62,37
62	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	26,00
	RADIOGRAFIAPANORÂMICAPADRÃO(IMAGEMRADIOGRÁFICA ONLINE, SEM LAUDO E SEM RADIOGRAFIA FÍSICA)	45,00
63	RADIOGRAFIAPANORÂMICAPADRÃO(IMAGEMRADIOGRÁFICA COMLAUDO ON LINE, SEM RADIOGRAFIA FÍSICA)	53,33
64	RADIOGRAFIAPANORÂMICAPADRÃO(IMAGEMRADIOGRÁFICA COMLAUDO EM CD, SEM RADIOGRAFIA FÍSICA)	51,00
65	RADIOGRAFIAPANORÂMICAPADRÃO(IMAGEMRADIOGRÁFICA COMLAUDO IMPRESSO, COM RADIOGRAFIA FÍSICA)	54,67
66	RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL (BITE - WING)	26,00
67	RADIOGRAFIA PERI-APICAL TOTAL	68,04

AVALIAÇÃO DOS CUSTOS/BALIZAMENTO

O custo unitário estimado foi apurado conforme tabela fornecida pelo Consorcio Intermunicipal de Saúde – AMUNPAR e serviços semelhantes já realizados por municípios vizinhos e também valores o ultimo Credenciamento feito por este município, conforme orienta o Cartilha confeccionada pelo Tribunal de Contas da União, Ministério Publico e TCE/PR. Peças já juntadas ao processo.



Prefeitura do Município delnaja

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - CEP 87670-000 - Centro

ANEXO VII

DECLARAÇÃO DE COMPOSIÇÃO DE QUADRO SOCIETÁRIO ***(EXCLUSIVA PARA PESSOA JURÍDICA)***

1 – DA EMPRESA PROPONENTE		
Razão social:		
Endereço:		
Bairro:	CEP:	
Cidade:	Estado:	CNPJ:
Conta Corrente nº:	Agência nº	Banco:
IE:	Fone:	e-mail:
2 – DO REPRESENTANTE LEGAL AUTORIZADO PARA ASSINAR CONTRATO:		
Nome:		
Função:	Atribuição:	
Data Nasc.:	Estado Civil:	
RG nº:	Emissor:	CPF/MF nº:
Endereço:		
Bairro:	CEP:	
Cidade:	Estado:	
Fone:	Celular:	e-mail:

Declaro sob as penas da lei, serem verdadeiras as informações acima prestadas.

_____/____, ____ de _____ de 2020.