



Estado do Rio Grande do Sul
MUNICÍPIO DE ARATIBA

CNPJ: 87.613.469/0001-84
Rua Luiz Loeser, 287, Centro - 99770-000
(54) 3376 1114 - www.pmaratiba.com.br
ARATIBA - RS

MUNICÍPIO DE ARATIBA/RS
PROCESSO Nº 096/2018
INEXIGIBILIDADE Nº 006/2018
EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO - CREDENCIAMENTO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CHAMAMENTO PÚBLICO PARA **CREDENCIAMENTO** DE PESSOAS FÍSICAS E JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES E PROCEDIMENTOS MÉDICOS.

O **MUNICÍPIO DE ARATIBA/RS**, comunica aos interessados que está procedendo no **CREDENCIAMENTO** de pessoas físicas e jurídicas, para prestação dos serviços e procedimentos abaixo descritos.

O credenciamento será executado em conformidade com as normas gerais da Lei Federal nº 8.666/1993 e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis ao procedimento.

1.1. Constitui objeto do credenciamento a prestação de serviços de exames e procedimentos médicos constantes na tabela abaixo, conforme valores que seguem:

Item	Quant.	Descrição	Valor unitário
1	20	US ABDOMEN INFERIOR FEMININO (BEXIGA, UTERO, OVARIO E ANEXOS).	R\$ 84,00
2	20	US ABDOMEN INFERIOR MASCULINO (BEXIGA, PROSTATA E VESICULAS SEMINAIS).	R\$ 85,66
3	30	US ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, VIAS BILIARES, VESICULA, PANCREAS, BAÇO).	R\$ 89,66
4	40	US ABDOMEN TOTAL	R\$ 131,25
5	20	US APARELHO URINARIO FEMININO (RINS, URETERES, BEXIGA).	R\$ 93,66
6	20	US APARELHO GENITÁRIO MASCULINO (RINS, URETERES, BEXIGA, PROSTATA).	R\$ 93,66
7	40	US ARTICULAÇÕES (POR ARTICULAR)	R\$ 89,66
8	30	US ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL, AXILAS, MUSCULOS, TENDÃO).	R\$ 89,66
9	10	US GLANDULAS SALIVARES (TODAS)	R\$ 89,66
10	05	US GLOBO OCULAR	R\$ 97,33
11	05	US GLOBO OCULAR C/ DOPPLER	R\$ 176,00
12	30	US MAMAS	R\$ 90,75
13	30	US OBSTETRICA	R\$ 90,25
14	30	US OBSTRETRICA 1º TRIMESTRE (TRANSVAGINAL)	R\$ 126,75
15	30	US OBSTETRICA COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL	R\$ 122,00
16	20	US OBSTETRICA CONVENCIONAL COM DOOPLER COLORIDO	R\$ 174,00
17	20	US OBSTETRICA MORFOLOGICA	R\$ 278,25
18	20	US OBSTETRICA C/ PERFIL BIOFISICO FETAL	R\$ 164,00
19	10	US OBSTETRICA GEMELAR C/ DOPPLER (CADA FETO)	R\$ 79,50
20	30	US ORGÃOS SUPERFICIAIS (TIREOIDE OU ESCROTO - PENIS OU CRANIO)	R\$ 89,66
21	10	US TIREOIDE C/ DOPPLER	R\$ 234,00
22	15	US PROSTATA TRANSRETAL	R\$ 100,00
23	10	US RETROPERITONIO (GRANDES VASOS, ADRENAIS)	R\$ 96,75
24	05	US TORACICO EXTRACARDIACO (TORAX)	R\$ 89,66
25	35	US PELVICA TRANSVAGINAL (UTERO, OVARIO, ANEXOS E VAGINA).	R\$ 89,66
26	05	US PELVICA TRANSVAGINAL P/ CONTROLE DE OVULAÇÃO	R\$ 163,00
27	40	US TIREOIDE	R\$ 90,75
28	05	US TESTICULAR	R\$ 89,66
29	05	US CRANIANA	R\$ 89,66
30	40	US CAROTIDAS - VERTEBRAIS (DOIS VASOS)	R\$ 190,00
31	50	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICO	R\$ 200,00
32	10	MAMOGRAFIA DIGITAL	R\$ 100,00
33	07	POLISSONOGRAFIA	R\$ 700,00
34	20	ELETRONECEFALOGRAMA	R\$ 250,00
35	02	CINTILOGRAFIA OSSEA	R\$ 372,50
36	02	CINTILOGRAFIA TIREOIDE	R\$ 280,00
37	02	CINTILOGRAFIA PARARIREOIDES	R\$ 737,50



Estado do Rio Grande do Sul
MUNICÍPIO DE ARATIBA

CNPJ: 87.613.469/0001-84
Rua Luiz Loeser, 287, Centro - 99770-000
(54) 3376 1114 - www.pmaratiba.com.br

ARATIBA - RS

38	02	CINTILOGRAFIA DAS GLANDULAS SALIVARES	R\$ 292,50
39	02	CINTILOGRAFIA RENAL DMSA	R\$ 372,50
40	02	CINTILOGRAFIA RENAL DTPA	R\$ 372,50
41	02	CINTILOGRAFIA RENAL DTPA COM TESTE DO CAPTOPRIL	R\$ 350,00
42	02	CINTILOGRAFIA OU VESISO-URETERAL	R\$ 450,00
43	02	CINTILOGRAFIA TESTICULAR	R\$ 347,50
44	02	CINTILOGRAFIA MIOCARDICA	R\$ 1.150,00
45	02	CINTILOGRAFIA MIOCARDICA COM TALIO 201 (VIABILIDADE MUSCULO CARDIACO)	R\$ 1.500,00
46	02	CINTILOGRAFIA DE PERFURASÃO CEREBRAL (SPECT CEREBRAL)	R\$ 982,50
47	02	CINTILOGRAFIA CEREBRAL COM TRODAT (PARKINSON E ALZEIMER)	R\$ 2.800,00
48	02	LINFOCINTILOGRAFIA (MELANOMA, MAMAS E MEMBROS)	R\$ 420,00
49	02	PESQUISA CORPO INTEIRO IODO 131	R\$ 700,00
50	02	PESQUISA CORPO INTEIRO GALIO 67	R\$ 1.100,00
51	02	CINTILOGRAFIA COM OCTREORIDE (TUMORES NEUROENDOCRINOS)	R\$ 2.800,00
52	02	CINTILOGRAFIA GALIO (INFECÇÃO /INFLAMAÇÃO/OSTEOMELITE)	R\$ 1.100,00
53	02	CINTILOGRAFIA GALIO TUMOR (LINFOMAS)	R\$ 1.100,00
54	02	REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO COM OU SEM ESVAZIAMENTO	R\$ 405,00
55	02	POLL HEPATICO (DETERMINAÇÃO FLUXO SANG. REGIONAL).	R\$ 400,00
56	02	REFLUXO GASTROESOFAGICO	R\$ 355,00
57	02	SANGRAMENTO DIGESTICO	R\$ 400,00
58	02	CINTILOGRAFIA HEPATICA (FIGADO E BAÇO)	R\$ 487,50
59	02	CINTILOGRAFIA HEPATICA (VIAS BILIARES)	R\$ 400,00
60	02	CINTILOGRAFIA PULMONAR PERFUSIONAL	R\$ 457,50
61	02	CINTILOGRAFIA MAMARIA	R\$ 510,00
62	02	CISTERNOCINTILOGRAFIA	R\$ 425,00
63	02	CINTILOGRAFIA OSSEA DMSA- V	R\$ 397,50
64	30	ECOCARDIOGRAMA COM DOPPLER E MICROBOLHAS	R\$ 230,00
65	05	ECOCARDIOGRAMA PEDIATRICO ATE 14 ANOS	R\$ 200,00
66	05	ECOCARDIOGRAMA FETAL	R\$ 250,00
67	20	ECOCARDIOGRAMA DE STRESS FARMACOLOGICO (DOBUTAMINA)	R\$ 400,00
68	20	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO	R\$ 400,00
69	30	HOLTER 24H	R\$ 200,00
70	05	LOOPER 24H	R\$ 250,00
71	05	TILT TEST	R\$ 300,00
72	40	TESTE ERGOMETRICO	R\$ 150,00
73	45	ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 50,00
74	30	UROFLUXOMETRIA	R\$ 100,00
75	30	URETROCISTOCOSPIA	R\$ 600,00
76	30	ESTUDO URODINAMICO	R\$ 500,00
77	30	BRONCOPROVOCAÇÃO	R\$ 150,00
78	05	ESPIROMETRIA COM DIFUSÃO	R\$ 250,00
79	05	PLETISMOGRAFIA	R\$ 350,00
80	30	CAUTERIZAÇÃO QUIMICA	R\$ 249,00
81	30	BIOPSIA EXCISIONAL GRANDE	R\$ 577,50
82	30	BIOPSIA INCISIONAL	R\$ 367,50
83	30	BIOPSIA EXCISIONAL	R\$ 522,50
84	30	RETIRADA DE CISTO EPIDERMICO	R\$ 495,00
85	30	RETIRADA DE NEVO FACIAL	R\$ 342,50
86	30	SHORING (1 LESAO)	R\$ 273,50
87	30	SHORING (1 A 3 LESOES)	R\$ 317,50
88	30	SHORING (3 A 5 LESOES)	R\$ 372,50
89	30	RETIRADA DE NEVO	R\$ 326,00
90	30	APLICAÇÃO DE TRIONCIL	R\$ 286,00
91	35	TC CRANIO OU ORBITAS OU SELA TURSICA	R\$ 290,00
92	20	TC ARTICULAÇÕES TEMPORO MANDIBULAR	R\$ 380,00
93	30	TC FACE OU SEIOS DA FACE O ARTICULAÇÃO	R\$ 330,00
94	20	TC COLUNA CERVICAL DORSAL OU LOMBAR	R\$ 295,00
95	20	TC ARTICULAÇÕES	R\$ 315,00



Estado do Rio Grande do Sul
MUNICÍPIO DE ARATIBA

CNPJ: 87.613.469/0001-84
Rua Luiz Loeser, 287, Centro - 99770-000
(54) 3376 1114 - www.pmaratiba.com.br
ARATIBA - RS

96	30	TC ABDOMEM SUPERIOR	R\$ 320,00
97	15	TC PESCOÇO (PARTES MOLES-LARINGE)	R\$ 355,00
98	20	TC BACIA OU PELVE	R\$ 355,00
99	20	TC TORAX	R\$ 400,00
100	10	TC MASTOIDES OU OUVIDO	R\$ 350,00
101	30	TC ABDOMEM TOTAL	R\$ 602,50
102	10	TC SCORE DE CALCIO	R\$ 425,00
103	15	TC CORONARIAS	R\$ 400,00
104	05	ANGIOTOMOGRAFIA (CRANIO E PESCOÇO)	R\$ 900,00
105	05	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA E TORACICA	R\$ 915,00
106	05	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL	R\$ 915,00
107	15	ESCANOMETRIA DIGITAL	R\$ 195,00
108	15	TC SEGMENTOS APENDICULARES	R\$ 355,00
109	10	ANGIOTOMOGRAFIA	R\$ 880,00
110	05	RM ESPECTROSCOPIA	R\$ 675,00
111	05	RM SELA TURSICA (HIPOFISE)	R\$ 553,66
112	10	RM CRANIO	R\$ 478,66
113	10	RM ARTICULAÇÃO- MANDIBULAR (BILATERAL)	R\$ 478,66
114	05	RM PESCOÇO	R\$ 478,66
115	05	RM MAMA BILATERAL	R\$ 495,00
116	10	RM PERNA	R\$ 478,66
117	30	RM COLUNA TORACICA	R\$ 478,66
118	10	RM COXO- FEMORAL (UNILATERAL)	R\$ 478,66
119	30	RM JOELHO (UNILATERAL)	R\$ 478,66
120	30	RM COLUNA LOMBO SACRA	R\$ 478,66
121	20	RM OMBRO (UNILATERAL)	R\$ 478,66
122	20	RM SEGMENTO APENDICULAR (UNILATERAL)	R\$ 495,00
123	30	RM COLUNA CERVICAL	R\$ 478,66
124	30	RM ARTICULAR	R\$ 495,00
125	20	RM COXA UNILATERAL	R\$ 495,00
126	30	RM BACIA (PARTE OSSEA)	R\$ 478,66
127	30	RM ABDOMEM SUPERIOR	R\$ 478,66
128	20	RM PELVE	R\$ 478,66
129	30	RM TORAX	R\$ 478,66
130	05	RM CORAÇÃO ESTRESSE+PERFUSÃO	R\$ 1.090,00
131	05	RM CORAÇÃO OU AORTA COM CINE	R\$ 935,00
132	05	COLANGIORESSONANCIA	R\$ 700,00
133	05	RM ABDOMEM TOTAL	R\$ 913,50
134	05	RM PLEXO BRAQUIAL (UNILATERAL)	R\$ 478,66
135	05	RM COTOVELO OU PUNHO (UNILATERAL)	R\$ 488,00
136	05	RM DINAMICA	R\$ 819,00
137	05	RM APARELHO URINARIO	R\$ 530,00
138	05	ANGIORESSONANCIA CAROTIDAS	R\$ 750,00
139	10	RM BASE DO CRANIO	R\$ 478,66
140	05	RM ORBITA BILATERAL	R\$ 478,66
141	05	RM OSSOS TEMPORASI (BILATERAL)	R\$ 478,66
142	05	RM FACE (INCLUI SEIOS DA FACE)	R\$ 478,66
143	05	RM FETAL	R\$ 935,00
144	05	RM MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	R\$ 478,66
145	05	RM MÃO (NÃO INCLUI PUNHO)	R\$ 478,66
146	05	RM PE (ANTEPE) - NÃO INCLUI TORNOZELO	R\$ 488,66
147	05	ANGIORESSONANCIA AORTA ABDOMINAL	R\$ 1.040,00
148	05	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	R\$ 796,66
149	05	US ABSTETRICA GEMELAR (CADA FETO)	R\$ 79,50
150	30	CAUTERIZAÇÃO DE BIOPSIA DE PELE- BIOPSIA INCISIONAL	R\$ 367,50
151	15	COLPOSCOPIA	R\$ 680,00
152	20	BIOPSIA DE COLO/VULVA	R\$ 360,00
153	20	VULVOSCOPIA	R\$ 360,00



Estado do Rio Grande do Sul
MUNICÍPIO DE ARATIBA

CNPJ: 87.613.469/0001-84
Rua Luiz Loeser, 287, Centro - 99770-000
(54) 3376 1114 - www.pmaratiba.com.br

ARATIBA - RS

154	20	RETIRADA DE POLIPOCOLO + BIOPSIA DE COLO OU VULVA	R\$ 280,00
155	20	CAUTERIZAÇÃO DE COLO	R\$ 700,00
156	20	US TRANSVAGINAL	R\$ 600,00
157	35	TESTE DE CAMINHADA	R\$ 89,66
158	30	FIBROBRONCOSCOPIA	R\$ 100,00
159	15	PUNÇÃO ASPIRATORIA DE TIREOIDE	R\$ 1.200,00
160	20	ECODOPPLER VENOSOS MEMBROS INFERIORES	R\$ 347,00
161	45	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE PROSTATA ATÉ 08 FRAGMENTOS	R\$ 207,50
162	05	ECODOPPLER ARTERIAL MEMBROS INFERIORES	R\$ 435,00
163	40	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE PROSTATA MAIS DE 8 FRAGMENTOS	R\$ 200,00
164	20	ECODOPPLER DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS	R\$ 435,00
165	40	ECODOPPLER MEMBROS SUPERIORES	R\$ 200,00
166	20	PUNÇÃO ASPIRATIVA RENAL FEMININA	R\$ 200,00
167	05	ECODOPPLER DE AORTA E ILIACAS	R\$ 442,50
168	20	PUNÇÃO ASPIRATIVA RENAL MASCULINA	R\$ 200,00
169	05	ECODOPPLER DE AORTA E RENAS	R\$ 442,50
170	10	AGULHAMENTO POR ECO	R\$ 227,50
171	10	US DOPPLER VEIA CAVA SUPERIOR OU INFERIOR	R\$ 497,50
172	30	AGULHAMENTO POR MAMO	R\$ 200,00
173	05	US DOPPLER BILATERAL DE VASOS CERV. VENOSO	R\$ 547,50
174	30	PUNÇÃO DE ORGÃO OU ESTRUTURA POR TC+ ACRESCENTAR EXAME BASE	R\$ 190,00
175	20	US DE ABDOMEM COM DOPPLER SISTEMA PORTA E ARTERIAS VICERAIS	R\$ 890,00
176	30	ENDOSCOPIA GIGESTIVA ALTA	R\$ 200,00
177	15	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM PESQUISA DE H. PILORI E/OU BIOPSIA	R\$ 325,00
178	15	COLONOSCOPIA	R\$ 365,00
179	15	COLONOSCOPIA COM POLIPECTOMIA	R\$ 680,00
180	15	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	R\$ 280,00
181	10	MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL PRESSÃO ARTERIAL 24H	R\$ 122,00
182	30	BIOPSIA PERCUTANEA DE MAMA/ RIM E OUTROS CORE BIOPSY ORIENTADA POR ECOGRAFIA	R\$ 390,00
183	30	PUNÇÃO BIOPSIA ASPIRATIVA (PAAF) DE MAMA/TIREOIDE/LINFONODO OU ESTRUTURA ORIENTADA POR ECOGRAFIA	R\$ 255,00
184	05	BIOPSIA PERCUTANEA DE FRAGMENTO HEPATICA GUIADA POR ECOGRAFIA	R\$ 393,00
185	20	TC COM SEDAÇÃO (TODAS)	R\$ 442,50
186	30	ECOCARDIOGRAFIA BIDIMENSIONAL COM MAPEAMENTO DE FLUXO	R\$ 280,00
187	50	ELETRONEUROMIOGRAFIA MEMBROS SUPERIORES	R\$ 385,00
188	50	ELETRONEUROMIOGRAFIA MEMBROS INFERIORES	R\$ 385,00
189	50	ELETRONEUROMIOGRAFIA MEMBROS MMSS E MMII	R\$ 513,00
190	10	RM BOLSA ESCROTA	R\$ 446,00
191	10	US OBSTETRICA COM AMNIOCENTESE	R\$ 368,00
192	30	US DE PROSTATA VIA ABDOMINAL	R\$ 85,66
193	30	RX URETROCISTOGRAFIA DE ADULTO	R\$ 200,00
194	10	RM CONDUTO AUDITIVO	R\$ 460,00
195	10	RM REFLUXO LIQUORICO	R\$ 460,00
196	10	RM HIDRO RM (COLANGIO RM OU URO RM)	R\$ 460,00
197	10	RM RINS	R\$ 460,00
198	10	RM PERFURAÇÃO CEREBRAL	R\$ 200,00
199	10	RM REGIÃO PUBLICA	R\$ 460,00
200	30	CAUTERIZAÇÃO DE BIOPSIA DE PELE - BIOPSIA QUIMICA GRUPO DE 5 LESÕES	R\$ 300,00
201	30	CAUTERIZAÇÃO E BIOPSIA DE PELE- RETIRADA DE NEVO	R\$ 326,00
202	30	CAUTERIZAÇÃO E BIOPSIA DE PELE- RETIRADA DE LESÃO POR SHAVING (GRUPO DE 5 LESÕES).	R\$ 372,50
203	30	CAUTERIZAÇÃO E BIOPSIA DE PELE BIOPSIA EXCISIONAL	R\$ 450,00
204	30	ELETROFULGURAÇÃO (GRUPO DE 5 LESÕES)	R\$ 450,00
205	30	APLICAÇÃO DE MARGEM	R\$ 300,00
206	30	CRIOTERAPIA (GRUPO DE 5 LESÕES)	R\$ 400,00
207	15	POLIPECTOMIA	R\$ 200,00
208	20	ESPIROMETRIA	R\$ 120,00



Estado do Rio Grande do Sul
MUNICÍPIO DE ARATIBA

CNPJ: 87.613.469/0001-84
Rua Luiz Loeser, 287, Centro – 99770-000
(54) 3376 1114 – www.pmaratiba.com.br
ARATIBA – RS

1.2 Todos os serviços serão pagos de acordo com os valores constantes na tabela do item 1.1.

2. CONDIÇÕES PARA CREDENCIAMENTO

2.1. As pessoas jurídicas ou físicas interessadas em prestar os serviços/procedimentos, objeto deste credenciamento no Município de Aratiba/RS, deverão entregar os documentos indicados no item 3 desse edital, na Administração Municipal de Aratiba/RS, no Setor de Licitações, situado na Rua Luiz Loeser, nº 287, Bairro centro, nesta cidade, no horário das 08:30 às 11:30h e das 13h às 17h.

2.2. O credenciamento permanecerá aberto a futuros interessados que preencherem as condições previstas nesse edital, durante todo o seu período de vigência.

2.3. A vigência do credenciamento é de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogada por iguais e sucessivos períodos, até o limite máximo de 60 (sessenta) meses, conforme art. 57, inciso II da Lei nº 8.666/1993.

2.4. Decorrido o prazo de 12 (doze) meses, os valores do presente credenciamento poderão ser reajustados pelo IGP-M acumulado nos últimos 12 (doze) meses, se houver índice positivo, ou índice que vier a substituí-lo.

3. DOCUMENTOS PARA CREDENCIAMENTO

3.1. As **pessoas jurídicas** deverão apresentar os seguintes documentos:

a) **contrato social** devidamente registrado na Junta Comercial do Estado ou no Cartório de Títulos e Documentos, em que conste, dentre os seus objetos, a prestação dos serviços indicados no item 1.1;

b) comprovação de inscrição no **Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ**;

c) prova de regularidade com a **Fazenda Municipal**, relativa ao domicílio ou sede do credenciado;

d) prova de regularidade com a **Fazenda Estadual**, relativa ao domicílio ou sede do credenciado;

e) prova de regularidade quanto aos tributos administrados pela Secretaria da **Receita Federal** do Brasil - RFB e quanto à Dívida Ativa da União administrada pela Procuradoria Geral da Fazenda Nacional – PGFN (Certidão Conjunta Negativa);

f) certidão negativa de débito com o **FGTS**;

g) prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a **Justiça do Trabalho**, mediante a apresentação de certidão negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943;

h) **alvará** de localização fornecido pelo Município do estabelecimento;

i) **alvará sanitário** fornecido pelo Município do estabelecimento;

j) **declaração**, conforme o modelo instituído pelo Decreto Federal nº 4.358/2002, que atende ao disposto no artigo 7º, inciso XXXIII, da Constituição da República;

k) certidão de registro no órgão competente, qual seja CRM;

l) A Pessoa Jurídica deverá comprovar, através de contrato de trabalho em vigor ou contrato de prestação de serviços, com firma reconhecida e, em sendo sócio, através do contrato social da empresa, que o(s) profissional(is) indicado(s) para a execução dos serviços pertença(m) ao seu quadro de funcionários.

m) requerimento de credenciamento, anexo I.

3.2 As **pessoas físicas** deverão apresentar os seguintes documento:

a) carteira de identidade;

b) comprovação de inscrição no Cadastro de Pessoa Física – CPF;

c) certidão de registro no órgão competente, qual seja CRM;

d) comprovação de inscrição na Previdência Social;

e) cadastro de INSS – autônomo;

f) **alvará sanitário** fornecido pelo Município do estabelecimento

g) requerimento de credenciamento, Anexo I desse edital.



Estado do Rio Grande do Sul
MUNICÍPIO DE ARATIBA

CNPJ: 87.613.469/0001-84
Rua Luiz Loeser, 287, Centro – 99770-000
(54) 3376 1114 – www.pmaratiba.com.br
ARATIBA – RS

3.3. Os documentos poderão ser apresentados em original, por cópia autenticada por tabelião ou por servidor do Município ou publicação em órgão de imprensa oficial. Os documentos emitidos em meio eletrônico, com o uso de certificação digital, serão tidos como originais, estando sua validade condicionada a verificação de autenticidade pela Administração.

4. CONDIÇÕES PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

4.1. Os serviços serão prestados **exclusivamente no estabelecimento do credenciado**, com pessoal e material próprios, sendo de sua responsabilidade exclusiva e integral os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais decorrentes do serviço, cujos ônus e obrigações, em nenhuma hipótese, poderão ser transferidos para o Município.

4.2. A escolha do estabelecimento ou profissional será feita exclusivamente pelo beneficiário, tomador do serviço, que receberá lista dos credenciados, com os seus respectivos horários de atendimento, quando autorizado o serviço pela Secretaria da Saúde do Município.

4.3. Para a realização do serviço, o credenciado deverá receber do beneficiário, a autorização emitida pela Secretaria da Saúde do Município, na qual constará o serviço a ser realizado.

4.4. É vedado:

- a)** o trabalho do credenciado nas dependências ou setores próprios do Município;
- b)** o credenciamento de profissionais que sejam servidores, conforme art. 84 da Lei nº 8.666/1993, do Município credenciante, bem como de pessoas jurídicas com as quais esses mantenham qualquer vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira ou trabalhista, conforme art. 9º, inciso III e §3º, respectivamente, da Lei nº 8.666/1993;
- c)** a cobrança diretamente do beneficiário de quaisquer valores decorrentes do credenciamento.

4.5. O Município reserva-se o direito de fiscalizar, de forma permanente, a prestação dos serviços pelos credenciados, podendo proceder no descredenciamento, em casos de má prestação, que deverá ser verificada em processo administrativo específico, com garantia do contraditório e da ampla defesa.

4.6. Em caso de negativa injustificada de atendimento, posteriormente a conclusão do processo administrativo, além do descredenciamento, serão aplicadas as seguintes penalidades:

- a)** multa no valor de 20% (vinte por cento) sobre o valor do serviço omitido, por ocorrência;
- b)** suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com o Município pelo prazo de 2 (dois) anos.

4.7. O credenciado poderá solicitar o seu descredenciamento a qualquer tempo, desde que observando o prazo de antecedência de 10 (dez) dias, durante o qual deverá atender a eventual demanda existente.

5. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

5.1. O pagamento pelos serviços prestados pelo credenciado será efetuado mensalmente, até o 10º (décimo) dia útil do mês subsequente ao da prestação dos serviços, levando-se em conta o número de serviços/procedimentos efetivamente realizados por encaminhamento do Município, multiplicado pelo valor constante na tabela do item 1.1.

5.2. O pagamento somente será efetuado mediante apresentação da autorização da prestação do serviço, emitido pela Secretária da Saúde, devidamente assinada pelo beneficiário, comprovando a efetiva prestação, acompanhada da nota e da fatura dos procedimentos.

5.3. A documentação indicada no item anterior deverá ser entregue na Secretaria da Saúde do Município, ou via e-mail (sec.saude@pmaratiba.com.br ou saude@pmaratiba.com.br), no primeiro dia útil de cada mês, sendo que o pagamento será realizado em até 10 (dez) dias úteis após o seu recebimento e confirmação da prestação dos serviços pelo fiscal designado pela Administração.

5.4. O Município realizará o pagamento do valor total dos exames/procedimentos, não havendo qualquer contrapartida por parte dos beneficiários.



Estado do Rio Grande do Sul
MUNICÍPIO DE ARATIBA

CNPJ: 87.613.469/0001-84
Rua Luiz Loeser, 287, Centro – 99770-000
(54) 3376 1114 – www.pmaratiba.com.br
ARATIBA – RS

5.5. Ocorrendo atraso no pagamento, os valores serão corrigidos monetariamente pelo IGP-M/FGV do período, ou outro índice que vier a substituí-lo, e a Administração pagará a contratada com juros de 0,5% ao mês, *pro rata*.

6. FORMALIZAÇÃO

6.1. O credenciamento será formalizado mediante termo próprio, conforme Anexo II, contendo as cláusulas e condições previstas neste edital, bem como aquelas previstas no art. 55 da Lei nº 8.666/1993, que lhe forem pertinentes.

7. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

7.1. As despesas oriundas deste credenciamento correrão à conta da seguinte dotação orçamentária:

08	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
08.02	Manutenção das Ações em Saúde
2051	Manut. Dos Serviços de Atenção Básica à Saúde
339039000000 (897)	Outros serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica
FONTE DE RECURSO	40 – ASPS

8. IMPUGNAÇÕES E RECURSOS

8.1 Eventuais pedidos de impugnações ao presente edital de chamamento público deverão ser dirigidos ao Setor de Licitações e protocolados durante o horário de expediente da Administração, que se inicia às 8:30h às 11:30h e das 13:00h às 17:00h.

8.2 Da decisão relativa ao credenciamento ou descredenciamento caberá recurso no prazo de 05 (cinco) dias úteis, que deverá ser dirigido ao Prefeito Municipal e protocolizado durante o horário de expediente, que se inicia às 08:30h às 11:30h e das 13h às 17h.

8.3 É admitido o envio de impugnações do edital ou de recurso por e-mail, desde que original seja protocolado na forma dos itens 8.1 e 8.2 no prazo de 2 (dois) dias úteis, a contar do recebimento do e-mail, sob pena de indeferimento.

9. DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

9.1. A vigência do Contrato será de até 12 (doze) meses, podendo ser renovado por períodos anuais, por interesse da ADMINISTRAÇÃO e com anuência da CONTRATADA, limitado ao prazo máximo de 60 (sessenta) meses, nos termos do Art. 57, Inciso II, da Lei nº 8.666, de 21/6/1993 e legislação subsequente.

10. INFORMAÇÕES

10.1. Informações serão prestadas aos interessados no horário das 8:30h às 11:30h e das 13:00h às 17:00h, na Prefeitura Municipal de Aratiba, no Setor de Licitações, sito a Rua Luiz Loeser, nº 287, bairro centro.

10.2. Todo licitante pode retirar o presente Edital e o Termo de Credenciamento através do site www.pmaratiba.com.br.

10.3. Fica eleito o Foro da Comarca de Erechim/RS para quaisquer litígios decorrentes do presente Edital.

Aratiba, 03 de maio de 2018.

GUILHERME EUGÊNIO GRANZOTTO

Prefeito de Aratiba

Registre-se e publique-se.

Este edital se encontra examinado e
aprovado por esta Assessoria Jurídica.

Em ___ / ___ / ___

Assessora Jurídica



Estado do Rio Grande do Sul
MUNICÍPIO DE ARATIBA

CNPJ: 87.613.469/0001-84
Rua Luiz Loeser, 287, Centro – 99770-000
(54) 3376 1114 – www.pmaratiba.com.br
ARATIBA – RS

ANEXO I
PROCESSO Nº 096/2018
INEXIGIBILIDADE Nº 006/2018
EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO - CREDENCIAMENTO
REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO

À Comissão de Seleção de Credenciamento da Prefeitura Municipal de Aratiba.
CREDENCIAMENTO de pessoas físicas e jurídica, para prestação de serviços de exames e procedimentos médicos conforme tabela constante no item 1.1. do edital.

Proponente:

CNPJ/CPF: _____ Telefone: _____

E-mail: _____

Dados bancários:

Nome Banco: _____ Nº Agência: _____ C/C: _____

MARCAR	ITEM	DESCRIÇÃO
()	1	US ABDOMEN INFERIOR FEMININO (BEXIGA, UTERO, OVARIO E ANEXOS)
()	2	US ABDOMEN INFERIOR MASCULINO (BEXIGA, PROSTATA E VESICULAS SEMINAIS)
()	3	US ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, VIAS BILIARES, VESICULA, PANCREAS, BAÇO)
()	4	US ABDOMEN TOTAL
()	5	US APARELHO URINARIO FEMININO (RINS, URETERES, BEXIGA)
()	6	US APARELHO GENITÁRIO MASCULINO (RINS, URETERES, BEXIGA, PROSTATA)
()	7	US ARTICULAÇÕES (POR ARTICULAR)
()	8	US ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL, AXILAS, MUSCULOS, TENDÃO)
()	9	US GLANDULAS SALIVARES (TODAS)
()	10	US GLOBO OCULAR
()	11	US GLOBO OCULAR C/ DOPPLER
()	12	US MAMAS
()	13	US OBSTETRICA
()	14	US OBSTETRICA 1º TRIMESTRE (TRANSVAGINAL)
()	15	US OBSTETRICA COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL
()	16	US OBSTETRICA CONVENCIONAL COM DOPPLER COLORIDO
()	17	US OBSTETRICA MORFOLOGICA
()	18	US OBSTETRICA C/ PERFIL BIOFISICO FETAL
()	19	US OBSTETRICA GEMELAR C/ DOPPLER (CADA FETO)
()	20	US ORGÃOS SUPERFICIAIS (TIREOIDE OU ESCROTO – PENIS OU CRANIO)
()	21	US TIREOIDE C/ DOPPLER
()	22	US PROSTATA TRANSRETAL
()	23	US RETROPERITONIO (GRANDES VASOS, ADRENAIS).
()	24	US TORACICO EXTRACARDIACO (TORAX)
()	25	US PELVICA TRANSVAGINAL (UTERO, OVARIO, ANEXOS E VAGINA)
()	26	US PELVICA TRANSVAGINAL P/ CONTROLE DE OVULAÇÃO
()	27	US TIREOIDE
()	28	US TESTICULAR
()	29	US CRANIANA
()	30	US CAROTIDAS – VERTEBRAIS (DOIS VASOS)
()	31	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICO
()	32	MAMOGRAFIA DIGITAL
()	33	POLISSONOGRAFIA
()	34	ELETRORNOCEFALOGRAMA
()	35	CINTILOGRAFIA OSSEA



Estado do Rio Grande do Sul
MUNICÍPIO DE ARATIBA

CNPJ: 87.613.469/0001-84
Rua Luiz Loeser, 287, Centro - 99770-000
(54) 3376 1114 - www.pmaratiba.com.br
ARATIBA - RS

()	36	CINTILOGRAFIA TIREOIDE
()	37	CINTILOGRAFIA PARARIREOIDES
()	38	CINTILOGRAFIA DAS GLANDULAS SALIVARES
()	39	CINTILOGRAFIA RENAL DMSA
()	40	CINTILOGRAFIA RENAL DTPA
()	41	CINTILOGRAFIA RENAL DTPA COM TESTE DO CAPTOPRIL
()	42	CINTILOGRAFIA OU VESISO-URETERAL
()	43	CINTILOGRAFIA TESTICULAR
()	44	CINTILOGRAFIA MIOCARDICA
()	45	CINTILOGRAFIA MIOCARDICA COM TALIO 201 (VIABILIDADE MUSCULO CARDIACO)
()	46	CINTILOGRAFIA DE PERFURAÇÃO CEREBRAL (SPECT CEREBRAL)
()	47	CINTILOGRAFIA CEREBRAL COM TRODAT (PARKINSON E ALZEIMER)
()	48	LINFOCINTILOGRAFIA (MELANOMA, MAMAS E MEMBROS)
()	49	PESQUISA CORPO INTEIRO IODO 131
()	50	PESQUISA CORPO INTEIRO GALIO 67
()	51	CINTILOGRAFIA COM OCTREORIDE (TUMORES NEUROENDOCRINOS)
()	52	CINTILOGRAFIA GALIO (INFECÇÃO /INFLAMAÇÃO/OSTEOMELITE)
()	53	CINTILOGRAFIA GALIO TUMOR (LINFOMAS)
()	54	REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO COM OU SEM ESVAZIAMENTO
()	55	POLL HEPATICO (DETERMINAÇÃO FLUXO SANG. REGIONAL)
()	56	REFLUXO GASTROESOFAGICO
()	57	SANGRAMENTO DIGESTIVO
()	58	CINTILOGRAFIA HEPATICA (FIGADO E BAÇO)
()	59	CINTILOGRAFIA HEPATICA (VIAS BILIARES)
()	60	CINTILOGRAFIA PULMONAR PERFUSIONAL
()	61	CINTILOGRAFIA MAMARIA
()	62	CISTERNOCINTILOGRAFIA
()	63	CINTILOGRAFIA OSSEA DMSA- V
()	64	ECOCARDIOGRAMA COM DOPPLER E MICROBOLHAS
()	65	ECOCARDIOGRAMA PEDIATRICO ATE 14 ANOS
()	66	ECOCARDIOGRAMA FETAL
()	67	ECOCARDIOGRAMA DE STRESS FARMACOLOGICO (DOBUTAMINA)
()	68	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO
()	69	HOLTER 24H
()	70	LOOPER 24H
()	71	TILT TEST
()	72	TESTE ERGOMETRICO
()	73	ELETROCARDIOGRAMA
()	74	UROFLUXOMETRIA
()	75	URETROCISTOSCOPIA
()	76	ESTUDO URODINAMICO
()	77	BRONCOPROVOCAÇÃO
()	78	ESPIROMETRIA COM DIFUSÃO
()	79	PLETISMOGRAFIA
()	80	CAUTERIZAÇÃO QUIMICA
()	81	BIOPSIA EXCISIONAL GRANDE
()	82	BIOPSIA INCISIONAL
()	83	BIOPSIA EXCISIONAL
()	84	RETIRADA DE CISTO EPIDERMICO
()	85	RETIRADA DE NEVO FACIAL
()	86	SHORING (1 LESAO)
()	87	SHORING (1 A 3 LESOES)
()	88	SHORING (3 A 5 LESOES)
()	89	RETIRADA DE NEVO
()	90	APLICAÇÃO DE TRIONCIL
()	91	TC CRANIO OU ORBITAS OU SELA TURCICA
()	92	TC ARTICULAÇÕES TEMPORO MANDIBULAR
()	93	TC FACE OU SEIOS DA FACE O ARTICULAÇÃO
()	94	TC COLUNA CERVICAL DORSAL OU LOMBAR



Estado do Rio Grande do Sul
MUNICÍPIO DE ARATIBA

CNPJ: 87.613.469/0001-84
Rua Luiz Loeser, 287, Centro - 99770-000
(54) 3376 1114 - www.pmaratiba.com.br

ARATIBA - RS

()	95	TC ARTICULAÇÕES
()	96	TC ABDOMEM SUPERIOR
()	97	TC PESCOÇO (PARTES MOLES-LARINGE)
()	98	TC BACIA OU PELVE
()	99	TC TORAX
()	100	TC MASTOIDES OU OUVIDO
()	101	TC ABDOMEM TOTAL
()	102	TC SCORE DE CALCIO
()	103	TC CORONARIAS
()	104	ANGIOTOMOGRAFIA (CRANIO E PESCOÇO)
()	105	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA E TORACICA
()	106	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL
()	107	ESCANOMETRIA DIGITAL
()	108	TC SEGMENTOS APENDICULARES
()	109	ANGIOTOMOGRAFIA
()	110	RM ESPECTROSCOPIA
()	111	RM SELA TURSICA (HIPOFISE)
()	112	RM CRANIO
()	113	RM ARTICULAÇÃO- MANDIBULAR (BILATERAL)
()	114	RM PESCOÇO
()	115	RM MAMA BILATERAL
()	116	RM PERNA
()	117	RM COLUNA TORACICA
()	118	RM COXO- FEMORAL (UNILATERAL)
()	119	RM JOELHO (UNILATERAL)
()	120	RM COLUNA LOMBO SACRA
()	121	RM OMBRO (UNILATERAL)
()	122	RM SEGMENTO APENDICULAR (UNILATERAL)
()	123	RM COLUNA CERVICAL
()	124	RM ARTICULAR
()	125	RM COXA UNILATERAL
()	126	RM BACIA (PARTE OSSEA)
()	127	RM ABDOMEM SUPERIOR
()	128	RM PELVE
()	129	RM TORAX
()	130	RM CORAÇÃO ESTRESSE+PERFUSÃO
()	131	RM CORAÇÃO OU AORTA COM CINE
()	132	COLANGIORESSONANCIA
()	133	RM ABDOMEM TOTAL
()	134	RM PLEXO BRAQUIAL (UNILATERAL)
()	135	RM COTOVELO OU PUNHO (UNILATERAL)
()	136	RM DINAMICA
()	137	RM APARELHO URINARIO
()	138	ANGIORESSONANCIA CAROTIDAS
()	139	RM BASE DO CRANIO
()	140	RM ORBITA BILATERAL
()	141	RM OSSOS TEMPORASI (BILATERAL)
()	142	RM FACE (INCLUI SEIOS DA FACE)
()	143	RM FETAL
()	144	RM MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL
()	145	RM MÃO (NÃO INCLUI PUNHO)
()	146	RM PE (ANTEPE) - NÃO INCLUI TORNOZELO
()	147	ANGIORESSONANCIA AORTA ABDOMINAL
()	148	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL
()	149	US ABSTETRICA GEMELAR (CADA FETO)
()	150	CAUTERIZAÇÃO DE BIOPSIA DE PELE- BIOPSIA INCISIONAL
()	151	COLPOSCOPIA
()	152	BIOPSIA DE COLO/VULVA
()	153	VULVOSCOPIA



Estado do Rio Grande do Sul
MUNICÍPIO DE ARATIBA

CNPJ: 87.613.469/0001-84
Rua Luiz Loeser, 287, Centro - 99770-000
(54) 3376 1114 - www.pmaratiba.com.br

ARATIBA - RS

()	154	RETIRADA DE POLIPOCOLO + BIOPSIA DE COLO OU VULVA
()	155	CAUTERIZAÇÃO DE COLO
()	156	US TRANSVAGINAL
()	157	TESTE DE CAMINHADA
()	158	FIBROBRONCOSCOPIA
()	159	PUNÇÃO ASPIRATORIA DE TIREOIDE
()	160	ECODOPPLER VENOSOS MEMBROS INFERIORES
()	161	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE PROSTATA ATÉ 08 FRAGMENTOS
()	162	ECODOPPLER ARTERIAL MEMBROS INFERIORES
()	163	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE PROSTATA MAIS DE 8 FRAGMENTOS
()	164	ECODOPPLER DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS
()	165	ECODOPPLER MEMBROS SUPERIORES
()	166	PUNÇÃO ASPIRATIVA RENAL FEMININA
()	167	ECODOPPLER DE AORTA E ILIACAS
()	168	PUNÇÃO ASPIRATIVA RENAL MASCULINA
()	169	ECODOPPLER DE AORTA E RENAS
()	170	AGULHAMENTO POR ECO
()	171	US DOPPLER VEIA CAVA SUPERIOR OU INFERIOR
()	172	AGULHAMENTO POR MAMO
()	173	US DOPPLER BILATERAL DE VASOS CERV. VENOSO
()	174	PUNÇÃO DE ORGÃO OU ESTRUTURA POR TC+ ACRESCENTAR EXAME BASE
()	175	US DE ABDOMEM COM DOPPLER SISTEMA PORTA E ARTERIAS VICERAIS
()	176	ENDOSCOPIA GIGESTIVA ALTA
()	177	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM PESQUISA DE H. PILORI E/OU BIOPSIA
()	178	COLONOSCOPIA
()	179	COLONOSCOPIA COM POLIPECTOMIA
()	180	RETOSSIGMOIDOSCOPIA
()	181	MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL PRESSÃO ARTERIAL 24H
()	182	BIOPSIA PERCUTANEA DE MAMA/ RIM E OUTROS CORE BIOPSY ORIENTADA POR ECOGRAFIA
()	183	PUNÇÃO BIOPSIA ASPIRATIVA (PAAF) DE MAMA/TIREOIDE/LINFONODO OU ESTRUTURA ORIENTADA POR ECOGRAFIA
()	184	BIOPSIA PERCUTANEA DE FRAGMENTO HEPATICA GUIADA POR ECOGRAFIA
()	185	TC COM SEDAÇÃO (TODAS)
()	186	ECOCARDIOGRAFIA BIDIMENSIONAL COM MAPEAMENTO DE FLUXO
()	187	ELETRONEUROMIOGRAFIA MEMBROS SUPERIORES
()	188	ELETRONEUROMIOGRAFIA MEMBROS INFERIORES
()	189	ELETRONEUROMIOGRAFIA MEMBROS MMSS E MMII
()	190	RM BOLSA ESCROTA
()	191	US OBSTETRICA COM AMNIOCENTESE
()	192	US DE PROSTATA VIA ABDOMINAL
()	193	RX URETROCISTOGRAFIA DE ADULTO
()	194	RM CONDUTO AUDITIVO
()	195	RM REFLUXO LIQUORICO
()	196	RM HIDRO RM (COLANGIO RM OU URO RM)
()	197	RM RINS
()	198	RM PERFURAÇÃO CEREBRAL
()	199	RM REGIÃO PUBLICA
()	200	CAUTERIZAÇÃO DE BIOPSIA DE PELE - BIOPSIA QUIMICA GRUPO DE 5 LESÕES
()	201	CAUTERIZAÇÃO E BIOPSIA DE PELE- RETIRADA DE NEVO
()	202	CAUTERIZAÇÃO E BIOPSIA DE PELE- RETIRADA DE LESÃO POR SHAVING (GRUPO DE 5 LESÕES).
()	203	CAUTERIZAÇÃO E BIOPSIA DE PELE BIOPSIA EXCISIONAL
()	204	ELETROFULGURAÇÃO (GRUPO DE 5 LESÕES)
()	205	APLICAÇÃO DE MARGEM
()	206	CRIOTERAPIA (GRUPO DE 5 LESÕES)
()	207	POLIPECTOMIA
()	208	ESPIROMETRIA

OBS: A solicitante deverá assinalar apenas os itens que pretende executar através do presente credenciamento.



Estado do Rio Grande do Sul
MUNICÍPIO DE ARATIBA

CNPJ: 87.613.469/0001-84
Rua Luiz Loeser, 287, Centro – 99770-000
(54) 3376 1114 – www.pmaratiba.com.br
ARATIBA – RS

Indicação dos horários de atendimento na forma do presente credenciamento:

Manhã: das __ hs às __ hs.

Tarde: das __ hs às __ hs.

_____(nome do proponente), inscrito no CNPJ nº _____, com sede a _____ (endereço completo) _____, vem requerer a inscrição no credenciamento para prestação de serviços de exames e procedimentos médicos de acordo com a exigência do Edital de Chamamento 006/2018, bem como indicar o(s) profissional(is) _____ inscrito(s) no CRM sob nº _____ para prestação dos serviços.

Em anexo, segue a documentação exigida neste Edital, de cujos termos declaro estar ciente e de acordo, aceitando os valores tabelados no item 1.1 do edital.

Termos em que pede e espera deferimento.

Aratiba,.....de..... de 2018.

(Nome e assinatura do proponente)



Estado do Rio Grande do Sul
MUNICÍPIO DE ARATIBA

CNPJ: 87.613.469/0001-84
Rua Luiz Loeser, 287, Centro - 99770-000
(54) 3376 1114 - www.pmaratiba.com.br
ARATIBA - RS

ANEXO II
PROCESSO Nº 096/2018
INEXIGIBILIDADE Nº 006/2018
EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO - CREDENCIAMENTO
MINUTA DE TERMO DE CREDENCIAMENTO Nº __/2018

GESTOR DO CONTRATO: DÉBORA L. CENCI
FISCAL DO CONTRATO: ROSANGELA DALPONTE

CREDENCIAMENTO DE PESSOAS FÍSICAS E JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS ABAIXO DESCRITOS.

O MUNICÍPIO DE ARATIBA, pessoa jurídica de direito público interno, com sede à Rua Luiz Loeser, nº 287, inscrito no CNPJ sob o nº 87.613.469/0001-84, por representação legal do Prefeito Municipal, Senhor Guilherme Eugênio Granzotto, brasileiro, residente na cidade de Aratiba, doravante denominado **CREDENCIANTE**, e a empresa _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, situada na _____, neste ato representada pelo(a) Senhor(a) _____, inscrito(a) no RG nº _____, CPF nº _____, doravante denominada **CREDENCIADA**, têm justo e acordado este Termo de Credenciamento, em conformidade com a Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações, e mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

1.1. Constitui objeto do credenciamento a prestação de serviços de exames e procedimentos médicos, conforme itens constantes na tabela abaixo:

Item	Descrição dos Serviços	Valor unitário
		R\$

1.2. Todos os serviços serão pagos de acordo com os valores constantes na tabela acima.

2. CLÁUSULA SEGUNDA – PRAZO

2.1. O prazo de vigência do credenciamento será de 12 (doze) meses, a contar de sua assinatura, podendo ser prorrogado, por interesse do CREDENCIANTE e anuência do CREDENCIADO, por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 (sessenta) meses.

2.2. Decorrido o prazo de 12 (doze) meses, os valores do presente credenciamento poderão ser reajustados pelo IGP-M, acumulado nos últimos 12 (doze) meses, se houver índice positivo, ou índice que vier a substituí-lo.

3. CLÁUSULA TERCEIRA – CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

3.1. O pagamento pelos serviços prestados através do credenciado será efetuado mensalmente, até o 10º (décimo) dia útil do mês subsequente ao da prestação dos serviços, levando-se em conta o número de procedimentos efetivamente realizados por encaminhamento do Município, multiplicado pelo valor constante na tabela do item 1.1.

3.2. O pagamento somente será efetuado mediante apresentação da autorização da prestação do serviço, emitido pela Secretária da Saúde, devidamente assinada pelo beneficiário, comprovando a efetiva prestação, acompanhada da nota e da fatura dos procedimentos.

3.3. A documentação indicada no item anterior deverá ser entregue na Secretaria da Saúde do Município, ou via e-mail (sec.saude@pmaratiba.com.br ou saude@pmaratiba.com.br), no primeiro dia



Estado do Rio Grande do Sul
MUNICÍPIO DE ARATIBA

CNPJ: 87.613.469/0001-84
Rua Luiz Loeser, 287, Centro – 99770-000
(54) 3376 1114 – www.pmaratiba.com.br
ARATIBA – RS

útil de cada mês, sendo que o pagamento será realizado em até 10 (dez) dias úteis após o seu recebimento e confirmação da prestação dos serviços pelo fiscal designado pela Administração.

3.4. Ocorrendo atraso no pagamento, os valores serão corrigidos monetariamente pelo IGP-M/FGV do período, ou outro índice que vier a substituí-lo, e a Administração pagará a contratada com juros de 0,5% ao mês, *pro rata*.

3.5. As despesas correrão à conta das seguintes dotações orçamentárias:

08	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
08.02	Manutenção das Ações em Saúde
2051	Manut. Dos Serviços de Atenção Básica à Saúde
339039000000 (897)	Outros serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica
FONTE DE RECURSO	40 – ASPS

4. CLÁUSULA QUARTA – CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO

I - Os serviços serão prestados **exclusivamente no estabelecimento do credenciado**, com pessoal e material próprios, sendo de sua responsabilidade exclusiva e integral os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais decorrentes do serviço, cujos ônus e obrigações, em nenhuma hipótese, poderão ser transferidos para o Município.

II - A escolha do estabelecimento ou profissional será feita exclusivamente pelo paciente, que receberá lista dos credenciados para a realização do serviço, com os seus respectivos horários de atendimento, quando autorizada a consulta ou o procedimento pela Secretaria de Saúde do Município.

III - Para a realização do atendimento, o credenciado deverá receber do paciente a autorização de atendimento emitida pela Secretaria de Saúde do Município, na qual constará o serviço e/ou procedimento a ser realizado.

IV – O credenciamento caracteriza uma relação contratual de prestação de serviços;

V – O CREDENCIADO deverá manter, durante a vigência deste termo, as condições de habilitação exigidas para a sua celebração;

VI – É de responsabilidade exclusiva e integral do CREDENCIADO a utilização de pessoal para a execução dos respectivos procedimentos, incluídos encargos trabalhistas, previdenciários, sociais e fiscais resultantes de vínculo empregatício ou comerciais;

VII – É vedado:

a) (se pessoa jurídica) a existência de servidor público, contratado sob qualquer título; ocupante de cargo eletivo ou com registro oficial de candidatura a cargo no Município CREDENCIANTE no quadro social ou de empregados da CREDENCIADO, sob pena de rescisão deste termo; ou

b) a transferência dos direitos e obrigações decorrentes desse termo

5. CLÁUSULA QUINTA – FISCALIZAÇÃO

5.1. O CREDENCIANTE realizará a fiscalização dos serviços decorrentes desse termo, que ficará a cargo da Secretaria Municipal de Saúde, que designará servidor para tanto, não excluindo ou restringindo a responsabilidade do CREDENCIADO na prestação do serviço objeto desse termo.

6. CLÁUSULA SEXTA – RESCISÃO

6.1. O CREDENCIANTE se reserva o direito de rescindir unilateralmente o presente Termo pela inobservância das previsões legais contidas nos artigos 58, inciso II, 77, 78, incisos I ao XII, XVII e XVIII, 79, inciso I, todos da Lei 8.666/93.

6.2. A rescisão deste Termo se dará numa das seguintes hipóteses:

a) pela ocorrência de seu termo final;

b) por acordo entre as partes;



Estado do Rio Grande do Sul
MUNICÍPIO DE ARATIBA

CNPJ: 87.613.469/0001-84
Rua Luiz Loeser, 287, Centro – 99770-000
(54) 3376 1114 – www.pmaratiba.com.br
ARATIBA – RS

c) unilateral, pelo CREDENCIANTE, após o devido processo legal, no caso de descumprimento de condição estabelecida no edital ou neste próprio termo.

7. CLÁUSULA SÉTIMA - FORO

7.1. Fica eleito o foro da Comarca de Erechim/RS para dirimir as dúvidas oriundas deste Termo, quando não solvidas administrativamente.

E, por estarem justos e acordados, assinam o presente termo, em 4 (quatro) vias de igual teor e forma.

Aratiba, __ de __ de 2018.

GUILHERME EUGÊNIO GRANZOTTO

Prefeito de Aratiba
CONTRATANTE.

CNPJ _____
CONTRATADA