



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - TELEFAX: (44) 3440-1221

CEP: 87670-000 - E-mail: pminaja@uol.com.br

CHAMAMENTO PÚBLICO – PMI Nº. 001/2018

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, Ultrassonografia, Fisioterapia, 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 2018, nos termos das condições estabelecidos no presente Instrumento de Chamamento.

2 – OBJETO:

2.1 – 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, Ultrassonografia, Fisioterapia, 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:

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



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - TELEFAX: (44) 3440-1221

CEP: 87670-000 - E-mail: pminaja@uol.com.br

3.2 – 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.

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

3.4 – 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:

4.1 – Os interessados poderão inscrever-se para Credenciamento, a partir da data de 01 de março de 2018, , no Departamento de Licitação, sito à Avenida Antonio Veiga Martins, 80, CEP: 87.670-000 (fone) 44 – 3440.1221, nesta cidade.

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

4.3 – Os interessados poderão solicitar a inscrição no Credenciamento a partir de 01 de março de 2018, sendo as inscrições proporcionalmente adequadas ao período remanescente de vigência do Credenciamento.

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

4.5 – A Comissão Especial de Credenciamento designada pela portaria nº 013/2018 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:

5.1 – Os interessados deverão encaminhar os documentos relacionados no item 6.1 no , no Departamento de Licitação, aos cuidados do servidor Diego Rafael Floripes de Souza e Alvaro Cezar de Assis, no horário das 08h às 11h e das 13h30min às 16h em dias de expediente, no seguinte endereço: Avenida Antonio Veiga Martins, 80, CEP: 87.670-000 (fone) 44 – 3440.1221 – Inaja - Pr

6 – DOCUMENTAÇÃO REFERENTE À HABILITAÇÃO:

6.1 – 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**;



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - TELEFAX: (44) 3440-1221

CEP: 87670-000 - E-mail: pminaja@uol.com.br

- 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 com o 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).



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - TELEFAX: (44) 3440-1221

CEP: 87670-000 - E-mail: pminaja@uol.com.br

- 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.

6.2 – 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.

6.3 – 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:

7.1 – 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.

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

7.3 - 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:

8.1 – 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.

8.2 – 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.

8.3 – 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.

8.4 – O Termo de Credenciamento poderá ser suspenso ou cancelado, se ficar demonstrado que o inscrito deixou de satisfazer as exigências estabelecidas para o



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - TELEFAX: (44) 3440-1221

CEP: 87670-000 - E-mail: pminaja@uol.com.br

cadastro, bem como senão 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:

9.1 – 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 2017 - aprovada pelo SUS, referência SIA/SUS, **anexo VII**.

9.2 – O valor disponível para realização dos serviços será de até R\$ 680.000,00 (seiscentos e oitenta mil reais) para a Divisão Médica Geral – UBS e Hospital Municipal Espírito Santo de Inajá.

9.3 – O prazo de execução será para o exercício de 2018, até a data de 31 de dezembro de 2018, sendo que os credenciamentos efetivados a partir desta data serão efetivados e pagos em proporcionalidade.

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

9.5 – 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:

9.5.1 – 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

R\$ 1.500,00/mensal 04 vezes por mês, com horários a definir.

9.5.2 PERICIA MÉDICA E MEDICINA DO TRABALHO

Demanda SUS/municipal

Local – Hospital Municipal Espírito Santo e Secretaria de Saúde

R\$ 1.500,00/mensal 04 vezes por mês, com horários a definir.

9.5.3- PROCEDIMENTOS CIRURGICOS DE PEQUENO PORTE

Demanda SIA/SUS – Pactuação – conforme necessidade

Pequenas Cirurgias / Procedimentos (Todas as especialidades credenciadas)



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - TELEFAX: (44) 3440-1221

CEP: 87670-000 - E-mail: pminaja@uol.com.br

– Valor R\$ 35,00 – 15 procedimentos por semanais/conforme necessidade

9.5.4- DIRETOR CLINICO

Visitas diárias – valor – R\$ 3.300,00/mensal

Demanda Hospitalar – Pactuação

9.5.5-DIRETOR TECNICO

Visitas diárias – valor – R\$ 3.000,00/mensal

Demanda Hospitalar – Pactuação

9.5.6 - 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 de Inajá.

DISPONIBILIDADE MÉDICA: de 12 horas R\$ 1.250,00

SOBREAVISO R\$ 300,00

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.

9.5.7– CARDIOLOGIA:

Consultas Médica em atenção especializada:

Local – UBS – INAJÁ

Valor: R\$ 50,00

Demanda SUS/municipal – Pactuação – 40 consultas mensais.

Revisão em até trinta dias.

Exames:

Sistema Holter 24 horas – R\$ 130,00 – 05 por mês

Ecocardiograma com Doppler Adulto – R\$ 130,00 – 05 por mês

Ecocardiograma com Doppler Infantil – R\$ 130,00 – 05 por mês

Teste Ergométrico Computadorizado – R\$ 110,00 - 05 por mês

Eletrocardiograma com laudo – R\$ 35,00 - 10 por mês

Monitorização ambulatorial de pressão arterial – mapa – R\$ 120,00 – 05 por mês

Espirometria: exame detecta doenças respiratórias – R\$ 40,00 – 05 por mês



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - TELEFAX: (44) 3440-1221

CEP: 87670-000 - E-mail: pminaja@uol.com.br

Exame audiometria: - R\$ 40,00 – 05 por mês

Consultas Médica em atenção especializada:

Local – Essas consultas serão realizadas em clinicas particulares credenciadas no município ou fora do município de Inajá – Pr., através desse chamamento publico.

Valor: R\$ 60,00

Demanda SUS/municipal – Pactuação – 40 consultas mensais

Revisão em até trinta dias.

9.5.8-GINECOLOGIA:

Consulta Ginecologica:

Local – UBS – INAJÁ

Valor: R\$ 50,00

Demanda SUS/municipal – Pactuação – 20 consultas mensais.

Revisão em até trinta dias.

Consultas Médica em atenção especializada:

Local – Essas consultas serão realizadas em clinicas particulares credenciadas no município ou fora do município de Inajá – Pr., através desse chamamento publico.

Valor: R\$ 60,00

Demanda SUS/municipal – Pactuação – 20 consultas mensais.

Procedimentos: Cauterização R\$ 30,00

Revisão em até trinta dias.

9.5.9 – CLINICO GERAL/CONSULTAS:

Consulta Ginecologica:

Local – UBS – INAJÁ

Valor: R\$ 50,00

Demanda SUS/municipal – Pactuação – 60 consultas mensais.

Revisão em até trinta dias.

9.5.10– FISIOTERAPIA:

- 40 Hrs Semanais

- Valor – 3.500,00 - mensais



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - TELEFAX: (44) 3440-1221

CEP: 87670-000 - E-mail: pminaja@uol.com.br

9.5.11 – ULTRASSONOGRAFIA:

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

TABELA CISAMUSEP - 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

9.5.12 -EXAME DIAGNÓSTICO RESSONÂNCIA MAGNÉTICA /TABELA AMUNPAR - –

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

9.5.13-EXAMES DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA /TABELA AMUNPAR -

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

9.5.14 - 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\$ 4.000,00

(quatro mil e quinhentos reais) por mês

9.5.15 - EXAMES DE RADIOGRAFIA – Valor Máximo de R\$

1.500,00 (um mil e quinhentos reais) por mês -

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

9.7 – A quitação será efetuada mensalmente, mediante apresentação do respectivo comprovante fiscal/fatura, 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.

9.8 – O pagamento será realizado através de banco oficial, emitido após avaliação dos procedimentos de saúde – especialidades SIA/SUS - prevista pelo item 9.5.

10 – DO PRAZO E VIGÊNCIA:

10.1 – O prazo de execução e vigência do presente Credenciamento, nos termos do Chamamento Público nº. 001/2018-PMI e Lei Federal nº. 8080/90 será no ano fiscal de 2018, até 31 de dezembro de 2018.

10.2 – 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.



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - TELEFAX: (44) 3440-1221

CEP: 87670-000 - E-mail: pminaja@uol.com.br

10.3 – 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.

10.4 – 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.

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

10.3 – 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:

11.1 – O valor dos procedimentos indicados no item 9.5 não sofrerá reajuste pelo período de vigência da Tabela de Procedimentos Médicos para 2018 – 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:

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

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.



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - TELEFAX: (44) 3440-1221

CEP: 87670-000 - E-mail: pminaja@uol.com.br

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

12.2 – As sanções previstas no inciso III e do item 12.1 poderão também ser aplicada 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:

13.1 - Os pagamentos pelos serviços prestados pelo credenciado será efetuado mensalmente, tendo em conta o número de procedimentos efetivamente realizados, mediante apresentação do respectivo comprovante fiscal/fatura, 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.

13.2 - 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.

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

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

09.001.2.901 – 3.3.90.39.00.00.00.00 – 1000 (192)
09.001.2.901 – 3.3.90.39.00.00.00.00 – 1303 (193)
09.002.2.902 – 3.3.90.39.00.00.00.00 – 1000 (205)
09.002.2.902 – 3.3.90.39.00.00.00.00 – 1303 (206)
09.002.2.903 – 3.3.90.39.00.00.00.00 – 1303 (267)
09.002.2.903 – 3.3.90.39.00.00.00.00 – 1497 (268)
09.002.2.904 – 3.3.90.39.00.00.00.00 – 1000 (219)
09.002.2.904 – 3.3.90.39.00.00.00.00 – 1303 (220)
09.002.2.904 – 3.3.90.39.00.00.00.00 – 1495 (221)
09.002.2.904 – 3.3.90.39.00.00.00.00 – 1496 (222)
09.002.2.905 - 3.3.90.39.00.00.00.00 – 1303 (235)
09.002.2.905 – 3.3.90.39.00.00.00.00 – 1495 (236)
09.002.2.907 – 3.3.90.39.00.00.00.00 – 1303 (253)



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - TELEFAX: (44) 3440-1221

CEP: 87670-000 - E-mail: pminaja@uol.com.br

14 – RECURSOS ADMINISTRATIVOS:

14.1 – 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.

14.2 – 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.

15 – DISPOSIÇÕES GERAIS:

15.1 – 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..

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

16 – ANEXOS:

16.1 – Os anexos abaixo relacionados, integrantes do presente Termo, poderão ser obtidos junto a Secretaria Municipal de Saúde, 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 2018 - aprovada pelo SUS, referência SIA/SUS.

Inajá, 23 de março de 2018.

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 - TELEFAX: (44) 3440-1221

CEP: 87670-000 - E-mail: pminaja@uol.com.br

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. 001/2018.

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):



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - TELEFAX: (44) 3440-1221

CEP: 87670-000 - E-mail: pminaja@uol.com.br

Médico

Responsável:

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

local, _____ de _____ de 2018.

(assinatura do solicitante)

(nome do solicitante)

ANEXO II

(em papel timbrado/personalizado do prestador)

A 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



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - TELEFAX: (44) 3440-1221

CEP: 87670-000 - E-mail: pminaja@uol.com.br

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 2018.

(assinatura do solicitante)

(nome do solicitante)

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**



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - TELEFAX: (44) 3440-1221

CEP: 87670-000 - E-mail: pminaja@uol.com.br

(Nome da Empresa)_____ CNPJ nº _____
estabelecida à _____ (endereço completo), declara conhecer o Edital
de Chamamento Público para CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA
ÁREA DA SAÚDE PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE Nº 001/2018 e
seus anexos.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Local, _____ de _____ de 2018.

(assinatura do solicitante)

(nome do solicitante)

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 001/2018 - PMI para CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA
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,



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - TELEFAX: (44) 3440-1221

CEP: 87670-000 - E-mail: pminaja@uol.com.br

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 2018.

(assinatura do solicitante)

(nome do solicitante)

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:



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - TELEFAX: (44) 3440-1221

CEP: 87670-000 - E-mail: pminaja@uol.com.br

- 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 2018.

(assinatura do solicitante)

(nome do solicitante)

PLANILHA DE CUSTOS

**TABELA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS/EXAMES/CIRURGIAS
TABALEA SUS/SIGTAP/AMUMPAR/CISAMUSEP/DEMANDA MUNICIPAL -
(ORÇAMENTOS).**

- AUDITORIA MÉDICA HOSPITALAR/

Controle e Avaliação dos Recursos e Procedimentos adotados, visando sua Resolubilidade e melhoria dos serviços praticada nos Atos Médicos. Serviços



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - TELEFAX: (44) 3440-1221

CEP: 87670-000 - E-mail: pminaja@uol.com.br

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\$ 1.500,00/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\$ 1.500,00/mensal 04 vezes por mês, com horários a definir.

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS DE PEQUENO PORTE

Demanda SIA/SUS – Pactuação – conforme necessidade

Pequenas Cirurgias / Procedimentos (Todas as especialidades credenciadas)

– Valor R\$ 35,00 – 15 procedimentos por semanais/conforme necessidade

- DIRETOR CLINICO

Visitas diárias – valor – R\$ 3.300,00/mensal

Demanda Hospitalar – Pactuação

DIRETOR TECNICO

Visitas diárias – valor – R\$ 3.000,00/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 Espírito Santo.

DISPONIBILIDADE MÉDICA: de 12 horas R\$ 1.250,00

SOBREAVISO R\$ 300,00

Demanda pré-definida SUS/município – Pactuação



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - TELEFAX: (44) 3440-1221

CEP: 87670-000 - E-mail: pminaja@uol.com.br

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

– CARDIOLOGIA:

Consultas Médica em atenção especializada:

Local – UBS – INAJÁ

Valor: R\$ 50,00

Demanda SUS/municipal – Pactuação – 40 consultas mensais.

Revisão em até trinta dias.

Exames:

Sistema Holter 24 horas – R\$ 130,00 – 05 por mês

Ecocardiograma com Doppler Adulto – R\$ 130,00 – 05 por mês

Ecocardiograma com Doppler Infantil – R\$ 130,00 – 05 por mês

Teste Ergométrico Computadorizado – R\$ 110,00 - 05 por mês

Eletrocardiograma com laudo – R\$ 35,00 - 10 por mês

Monitorização ambulatorial de pressão arterial – mapa – R\$ 120,00 – 05 por mês

Espirometria: exame detecta doenças respiratórias – R\$ 40,00 – 05 por mês

Exame audiometria: - R\$ 40,00 – 05 por mês

Consultas Médica em atenção especializada:

Local – Essas consultas serão realizadas em clinicas particulares credenciadas no município ou fora do município de Inajá – Pr., através desse chamamento publico.

Valor: R\$ 60,00

Demanda SUS/municipal – Pactuação – 40 consultas mensais

Revisão em até trinta dias.

GINECOLOGIA:

Consulta Ginecologica:

Local – UBS – INAJÁ

Valor: R\$ 50,00



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - TELEFAX: (44) 3440-1221

CEP: 87670-000 - E-mail: pminaja@uol.com.br

Demanda SUS/municipal – Pactuação – 20 consultas mensais.

Revisão em até trinta dias.

Consultas Médica em atenção especializada:

Local – Essas consultas serão realizadas em clinicas particulares credenciadas no município ou fora do município de Inajá – Pr., através desse chamamento publico.

Valor: R\$ 60,00

Demanda SUS/municipal – Pactuação – 20 consultas mensais.

Procedimentos: Cauterização R\$ 30,00

Revisão em até trinta dias.

– CLINICO GERAL/CONSULTAS:

Consulta Ginecologica:

Local – UBS – INAJÁ

Valor: R\$ 50,00

Demanda SUS/municipal – Pactuação – 20 consultas mensais.

Revisão em até trinta dias.

– FISIOTERAPIA:

- 40 Hrs Semanais

- Valor – 3.500,00 - mensais

– 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 BHETA implantado na unidade.

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



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - TELEFAX: (44) 3440-1221

CEP: 87670-000 - E-mail: pminaja@uol.com.br

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

| | |
|--|--------|
| ULTRA-SONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DE 1 VASO | 147,00 |
| ULTRA-SONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DE 2 VASOS | 199,50 |
| ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, VESICULA, VIAS BILIARES) (COM LAUDO) | 58,38 |
| ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (COM LAUDO) | 89,16 |
| ULTRA-SONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO (COM LAUDO) | 58,38 |
| ULTRA-SONOGRAFIA DE ARTICULACAO (COM LAUDO) | 49,14 |
| ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR (DOIS OLHOS) | 131,04 |
| ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR) (COM LAUDO) | 73,71 |
| ULTRA-SONOGRAFIA DE ORGAOS E ESTRUTURAS (Mamas, Tendoes, Penis) | 47,76 |
| ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL) (COM LAUDO) | 39,80 |
| ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL COM BIOPSIA) | 311,22 |
| ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL) (COM LAUDO) | 98,28 |
| ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATE 3 VASOS) (COM LAUDO) | 196,56 |
| ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO (COM LAUDO) | 171,99 |
| ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA (COM LAUDO) | 38,74 |



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - TELEFAX: (44) 3440-1221

CEP: 87670-000 - E-mail: pminaja@uol.com.br

| | |
|---|--------|
| ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA MORFOLOGICA | 135,95 |
| ULTRA-SONOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA (COM LAUDO) | 32,76 |
| ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL (COM LAUDO) | 53,07 |

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 |
| 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 |



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - TELEFAX: (44) 3440-1221

CEP: 87670-000 - E-mail: pminaja@uol.com.br

| | |
|--|--------|
| 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 PULMONAR | 138,63 |

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 |
| 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 |



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - TELEFAX: (44) 3440-1221

CEP: 87670-000 - E-mail: pminaja@uol.com.br

| | |
|-------------------------------------|--------|
| 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\$ 4.000,00 (quatro mil e quinhentos reais) por
mês

| | EXAMES | |
|----|--------------------------|-----------|
| 1 | Acido úrico | R\$ 2,50 |
| 2 | Antibiograma | R\$ 5,98 |
| 3 | Aslo | R\$ 2,83 |
| 4 | B.A.A.R Pesquisa | R\$ 5,20 |
| 5 | Bacterioscopia na urina | R\$ 3,20 |
| 6 | Beta – HCG | R\$ 4,60 |
| 7 | Bilirrubinas | R\$ 3,45 |
| 8 | Cálcio | R\$ 2,90 |
| 9 | Cálcio Ionico | R\$ 4,20 |
| 10 | CK MB | R\$ 13,80 |
| 11 | Coagulograma completo | R\$ 10,60 |
| 12 | Colesterol total | R\$ 2,30 |
| 13 | Colesterol HDL | R\$ 4,20 |
| 14 | Colesterol LDL | R\$ 6,00 |
| 15 | Creatinina | R\$ 2,30 |
| 16 | Creatino fosfoquinase | R\$ 8,20 |
| 17 | Cultura (secreção/fezes) | R\$ 9,00 |
| 18 | Cultura de fungos | R\$ 5,19 |
| 19 | Dengue IGG | R\$ 22,00 |
| 20 | Dengue IGM | R\$ 22,00 |
| 21 | Estradiol | R\$ 9,80 |
| 22 | FAN | R\$ 8,00 |
| 23 | Ferritina | R\$ 8,80 |
| 24 | Ferro | R\$ 3,90 |
| 25 | Fosfatase alcalina | R\$ 3,00 |
| 26 | FSH | R\$ 9,80 |
| 27 | GAMA – GT | R\$ 3,80 |
| 28 | Glicose | R\$ 2,30 |
| 29 | Hepatite B anti HBS | R\$ 9,80 |



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - TELEFAX: (44) 3440-1221

CEP: 87670-000 - E-mail: pminaja@uol.com.br

| | | |
|----|-----------------------------|-----------|
| 30 | HBS Hepatite B (HBSAG) | R\$ 8,80 |
| 31 | Hemoglobina glicada | R\$ 10,00 |
| 32 | Hemograma com plaquetas | R\$ 6,50 |
| 33 | HIV ½ | R\$ 12,00 |
| 34 | IGE | R\$ 9,80 |
| 35 | Insulina | R\$ 11,00 |
| 36 | KPTT | R\$ 3,90 |
| 37 | Fator reumatóide | R\$ 3,90 |
| 38 | Lactose teste de tolerancia | R\$ 11,80 |
| 39 | LDH Lactica | R\$ 6,00 |
| 40 | LH | R\$ 9,80 |
| 41 | Lipidograma | R\$ 14,00 |
| 42 | Magnesio | R\$ 2,80 |
| 43 | Microalbuminuria | R\$ 9,80 |
| 44 | Mucoproteinas | R\$ 3,00 |
| 45 | Parasitológico | R\$ 3,45 |
| 46 | Pesquisa de fungos | R\$ 3,20 |
| 47 | Plaquetas, contagem | R\$ 3,20 |
| 48 | Potassio | R\$ 3,20 |
| 49 | Prolactina | R\$ 12,00 |
| 50 | Proteinas totais | R\$ 2,30 |
| 51 | PSA total | R\$ 9,80 |
| 52 | PSA livre | R\$ 12,00 |
| 53 | Progesterona | R\$ 9,80 |
| 54 | Reticulocitos | R\$ 3,20 |
| 55 | Rubeola IGM | R\$ 12,00 |
| 56 | Sódio | R\$ 3,20 |
| 57 | T3 | R\$ 9,80 |
| 58 | T4 | R\$ 9,80 |
| 59 | T4 Livre | R\$ 9,80 |
| 60 | TAP | R\$ 3,90 |
| 61 | Tempo de coagulação | R\$ 3,00 |
| 62 | TGO | R\$ 2,50 |
| 63 | TGP | R\$ 2,50 |
| 64 | Triglicerideos | R\$ 3,80 |
| 65 | Tempo de sangramento | R\$ 3,00 |
| 66 | TSH | R\$ 9,80 |
| 67 | Toxoplasmose IGG e IGM | R\$ 10,00 |
| 68 | Antiperoxidade | R\$ 23,00 |
| 69 | Ureia | R\$ 2,30 |
| 70 | Rotina de urina | R\$ 4,30 |



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - TELEFAX: (44) 3440-1221

CEP: 87670-000 - E-mail: pminaja@uol.com.br

| | | |
|-----|--|-----------|
| 71 | Urocultura | R\$ 8,00 |
| 72 | VDRL – Sífilis | R\$ 3,60 |
| 73 | VHS | R\$ 2,90 |
| 74 | Vitamina B12 | R\$ 12,00 |
| 75 | Waaler rose | R\$ 4,10 |
| 76 | Antitrombina III, dosagem | R\$ 18,00 |
| 77 | Fibrinogênio | R\$ 6,00 |
| 78 | Hematócito | R\$ 3,50 |
| 79 | Hemoglobina, dosagem | R\$ 3,50 |
| 80 | Hemoglobina eletroforese em gel amido ou acet. de celulose | R\$ 9,00 |
| 81 | Mielograma | R\$ 25,00 |
| 82 | Protoporfirina eritrocitária livre - zinco | R\$ 17,00 |
| 83 | Cromatina Amin. Plasma | R\$ 20,00 |
| 84 | Albumina | R\$ 2,50 |
| 85 | Amilase | R\$ 3,00 |
| 86 | Chagas IGG | R\$ 9,80 |
| 87 | Chagas IGM | R\$ 9,80 |
| 88 | Citologia oncológica (prevenção) | R\$ 15,00 |
| 89 | Clearance de creatinina | R\$ 5,20 |
| 90 | Coombs direto | R\$ 3,60 |
| 91 | Coombs indireto | R\$ 5,80 |
| 92 | Eritograma | R\$ 3,90 |
| 93 | Fósforo | R\$ 2,80 |
| 94 | FTA ABS IGG | R\$ 11,00 |
| 95 | FTA ABS IGM | R\$ 9,80 |
| 96 | Glicose Curva glicêmica (5 D) | R\$ 12,50 |
| 97 | Glicose sobrecarga (1 hora e 2 horas) | R\$ 6,00 |
| 98 | Helicobacter Pylori IGG e IGM | R\$ 25,00 |
| 99 | Hanseníase | R\$ 10,00 |
| 100 | Hepatite C anti HCV | R\$ 16,00 |
| 101 | Lipase | R\$ 6,80 |
| 102 | PCR (dosado) | R\$ 3,80 |
| 103 | Pesq. de leucócitos nas fezes | R\$ 2,00 |
| 104 | PH (fezes, urina) | R\$ 2,80 |
| 105 | Proteínas totais e frações | R\$ 2,90 |
| 106 | Proteinúria 24 hrs | R\$ 3,20 |
| 107 | PSO (fezes) | R\$ 2,80 |
| 108 | Ácido vanil mandélico VMA | R\$ 18,00 |
| 109 | ACTH | R\$ 35,00 |
| 110 | Androstenediona | R\$ 32,00 |



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - TELEFAX: (44) 3440-1221

CEP: 87670-000 - E-mail: pminaja@uol.com.br

| | | |
|-----|---|-----------|
| 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\$ 18,00 |
| 116 | Secreção vaginal (a fresco) | R\$ 3,20 |
| 117 | Secreção vaginal (gram) | R\$ 3,68 |
| 118 | T3 Livre | R\$ 10,80 |
| 119 | Tipagem sanguínea | R\$ 6,80 |
| 120 | Vitamina 25 OH | R\$ 18,00 |
| 121 | DHEA | R\$ 21,00 |
| 122 | S-DHEA | R\$ 18,00 |
| 123 | 17 Alfa-OH-progesterona neonatal | R\$ 33,00 |
| 124 | Testosterona total | R\$ 18,00 |
| 125 | PTH | R\$ 38,00 |
| 126 | Testosterona livre | R\$ 30,00 |
| 127 | Somatomedina C | R\$ 35,00 |
| 128 | Tireoglobulina, dosagem | R\$ 25,00 |
| 129 | Cortisol Livre | R\$ 30,00 |
| 130 | Troponina | R\$ 12,00 |
| 131 | Acido fólico | R\$ 21,25 |
| 132 | Acido valproico | R\$ 20,00 |
| 133 | Aldolase | R\$ 3,68 |
| 134 | Alfa feto proteína | R\$ 25,00 |
| 135 | Alfa-1 glicoproteína acida | R\$ 3,68 |
| 136 | Carbamazepina | R\$ 20,00 |
| 137 | Ceruloplasmina | R\$ 15,00 |
| 138 | Eletroforese de lipoproteínas | R\$ 15,00 |
| 139 | Fenitoína | R\$ 35,22 |
| 140 | Fenobarbital | R\$ 20,00 |
| 141 | Gasometria | R\$ 16,75 |
| 142 | GGPD | R\$ 12,00 |
| 143 | Lítio | R\$ 4,00 |
| 144 | Teofilina | R\$ 20,00 |
| 145 | Colesterol VLDL | R\$ 6,00 |
| 146 | Glicemia após sobrecarga com dextrosol ou glicose | R\$ 6,00 |
| 147 | Maltose, teste de tolerancia | R\$ 16,00 |
| 148 | Anti-DNA | R\$ 8,67 |
| 149 | Anti-ENA, SM/RNP | R\$ 20,00 |
| 150 | Antimitocondria | R\$ 17,00 |
| 151 | Antimusculo liso | R\$ 17,00 |



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - TELEFAX: (44) 3440-1221

CEP: 87670-000 - E-mail: pminaja@uol.com.br

| | | |
|-----|--|-----------|
| 152 | Antitireoglobulina | R\$ 18,00 |
| 153 | Antimicrosomal | R\$ 23,00 |
| 154 | Hepatite B (Austrália) | R\$ 18,00 |
| 155 | CEA Antigenocarninoembriogenico | R\$ 25,00 |
| 156 | Chlamydia IFI IGG e IGM | R\$ 15,00 |
| 157 | Citomegalovírus | R\$ 14,00 |
| 158 | Complemento C3 e C4 | R\$ 17,00 |
| 159 | Bacterioscopia por lamina | R\$ 2,80 |
| 160 | IGA, IDIR | R\$ 17,00 |
| 161 | IGG e IGM, IDIR | R\$ 18,00 |
| 162 | Anticardiolipina IGG e IGM | R\$ 18,00 |
| 163 | Leishmaniose | R\$ 10,00 |
| 164 | Linfocitos T Helper, dosagem | R\$ 30,00 |
| 165 | Linfocitos T Supressores, dosagem | R\$ 50,00 |
| 166 | Listeriose, aglutinação | R\$ 10,00 |
| 167 | Mononucleose monoteste | R\$ 5,40 |
| 168 | Proteína C reativa | R\$ 16,00 |
| 169 | Rubeola IGG | R\$ 17,00 |
| 170 | Anticortex supra renal | R\$ 17,16 |
| 171 | Antimusculo estriado | R\$ 17,00 |
| 172 | Anti-RO/SSA | R\$ 18,00 |
| 173 | Anti-LA-SSB | R\$ 18,00 |
| 174 | Anti-SM | R\$ 20,00 |
| 175 | Anti-RNP | R\$ 17,16 |
| 176 | Herpes simples IGG e IGM | R\$ 17,16 |
| 177 | Herpes Zooster IGG e IGM | R\$ 20,00 |
| 178 | Western Blot Anti-HIV | R\$ 85,00 |
| 179 | Toxocara Canis | R\$ 20,00 |
| 180 | Marcadores tumorais (CA-19/9, CA-125, CA-15/3) | R\$ 30,00 |
| 181 | Citomegalovirus IGM | R\$ 20,00 |
| 182 | Antiinsulina | R\$ 17,16 |
| 183 | Antigliadina IGA e IGE | R\$ 17,50 |
| 184 | Antiescleroderma | R\$ 12,00 |
| 185 | Marcadores tumorais (CA-72/4, CA-50) | R\$ 50,00 |
| 186 | Rotavirus, pesquisa | R\$ 10,25 |
| 187 | Hemocultura | R\$ 11,49 |
| 188 | Cultura para Mycobacterium | R\$ 15,00 |
| 189 | Dosagem de comp. Urinario | R\$ 2,00 |
| 190 | Perfil reumatologico | R\$ 20,00 |
| 191 | Cromatina sexual | R\$ 6,00 |
| 192 | Cobre | R\$ 3,51 |



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - TELEFAX: (44) 3440-1221

CEP: 87670-000 - E-mail: pminaja@uol.com.br

| | | |
|-----|--------------------------------------|------------|
| 193 | Hep. B e Hep. C - PCR (Qualitativo) | R\$ 174,00 |
| 194 | Hep. B e Hep. C - PCR (Quantitativo) | R\$ 322,00 |
| 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) | 14,18 |
| 2 | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA) | 14,18 |
| 3 | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS) | 17,35 |
| 4 | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP) | 14,18 |
| 5 | RADIOGRAFIA DE ADENOIDES- LATERAL | 14,18 |
| 6 | RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO | 14,18 |
| 7 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR | 14,18 |
| 8 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO - FEMORAL | 14,18 |
| 9 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO - UMERAL | 14,18 |
| 10 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO - CLAVICULAR | 14,18 |
| 11 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO - ILIACA | 14,18 |
| 12 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO - MANDIBULAR BILATERAL | 14,18 |
| 13 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO - TARSICA | 14,18 |
| 14 | RADIOGRAFIA DE BACIA | 14,18 |
| 15 | RADIOGRAFIA DE BRACO | 14,18 |
| 16 | RADIOGRAFIA DE CALCANEIO | 14,18 |
| 17 | RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ | 14,18 |
| 18 | RADIOGRAFIA DE CRANIO AP / LAT / BRETTON OU TOWNE | 14,18 |
| 19 | RADIOGRAFIA DE CLAVICULA | 14,18 |
| 20 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO) | 14,18 |
| 21 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS) | 14,18 |
| 22 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA | 14,18 |
| 23 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA | 14,18 |
| 24 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS) | 14,18 |
| 25 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA | 14,18 |
| 26 | RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLIQUA) | 16,24 |
| 27 | RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL) | 14,18 |
| 28 | RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX) | 14,18 |
| 29 | RADIOGRAFIA DE COTOVELO | 14,18 |
| 30 | RADIOGRAFIA DE COXA | 14,18 |
| 31 | RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + | 14,18 |



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - TELEFAX: (44) 3440-1221

CEP: 87670-000 - E-mail: pminaja@uol.com.br

| | | |
|----|---|--------|
| | HIRTZ) | |
| 32 | RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL) | 14,18 |
| 33 | RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES) | 14,18 |
| 34 | RADIOGRAFIA DE ESOFAGO | 14,18 |
| 35 | RADIOGRAFIA DE ESTERNO | 14,18 |
| 36 | RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO | 56,70 |
| 37 | RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO, ESOFAGO, HIATO E DUODENO (EED) | 136,50 |
| 38 | RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO) | 56,70 |
| 39 | RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL) | 14,18 |
| 40 | RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL) | 14,18 |
| 41 | RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS) | 14,18 |
| 42 | RADIOGRAFIA DE LARINGE | 14,18 |
| 43 | RADIOGRAFIA DE MAO | 14,18 |
| 44 | RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL) | 20,41 |
| 45 | RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA) | 14,18 |
| 46 | RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL) | 14,18 |
| 47 | RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ) | 14,18 |
| 48 | RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE | 14,18 |
| 49 | RADIOGRAFIA DE PERNA | 14,18 |
| 50 | RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA) | 14,18 |
| 51 | RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA | 14,18 |
| 52 | RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ) | 14,18 |
| 53 | RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON) | 17,58 |
| 54 | RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO - LORDORTICA) | 14,18 |
| 55 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL) | 16,24 |
| 56 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA) | 14,18 |
| 57 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL) | 14,18 |
| 58 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA) | 14,18 |
| 59 | RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (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 | 14,18 |
| | RADIOGRAFIA PANORÂMICA PADRÃO (IMAGEM RADIOGRÁFICA ON LINE, SEM LAUDO E SEM RADIOGRAFIA FÍSICA) | 45,00 |
| 63 | RADIOGRAFIA PANORÂMICA PADRÃO (IMAGEM RADIOGRÁFICA | 53,33 |



Prefeitura do Município de Inajá

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ N.º 76.970.318/0001-67

AV. ANTÔNIO VEIGA MARTINS, 80 - TELEFAX: (44) 3440-1221

CEP: 87670-000 - E-mail: pminaja@uol.com.br

| | | |
|----|--|-------|
| | COM LAUDO ON LINE, SEM RADIOGRAFIA FÍSICA) | |
| 64 | RADIOGRAFIA PANORÂMICA PADRÃO (IMAGEM RADIOGRÁFICA COM LAUDO EM CD, SEM RADIOGRAFIA FÍSICA) | 51,00 |
| 65 | RADIOGRAFIA PANORÂMICA PADRÃO (IMAGEM RADIOGRÁFICA COM LAUDO IMPRESSO, COM RADIOGRAFIA FÍSICA) | 54,67 |
| 66 | RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL (BITE - WING) | 10,89 |
| 67 | RADIOGRAFIA PERI-APICAL TOTAL | 68,04 |