



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 003/2021

CHAMAMENTO PÚBLICO - PMAP Nº 001 / 2021.

CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA ÁREA DA SAÚDE PARA ATENDIMENTO GERAL, ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, APOIO A EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (E.S.F), E DEMAIS SERVIÇOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES E ESPECIALIDADES, PARA PREENCHIMENTO DOS REFERIDOS CARGOS.

1 – PREÂMBULO:

1.1 – A Prefeitura Municipal de Alto Paraíso – Paraná, através da Comissão Permanente de Licitação, designada por ato do Chefe do Poder Executivo Municipal e de conformidade com a Lei nº 8.666/93, Lei 15.708/2009, suas alterações, Lei nº 8.080/90 e 8.142/90, Portaria nº 2048/2009, 2488/2011, 2979/2019, do Ministério da Saúde, Decreto 7.508/2011, Lei de licitação nº. 15.608/2007, Resolução Normativa - RN nº 71/2004-ANSS, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, Resolução nº 1613/2001-CFM e Acórdão 1633/08 e demais legislações aplicáveis torna pública a realização **CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA ÁREA DA SAÚDE PARA ATENDIMENTO GERAL, ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, APOIO A EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (E.S.F), E DEMAIS SERVIÇOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES E ESPECIALIDADES, PARA PREENCHIMENTO DOS REFERIDOS CARGOS,** existentes na Secretaria Municipal de Saúde.

2 – OBJETO:

2.1 – O presente Chamamento Público tem por objeto o, credenciamento de pessoa jurídica da área da saúde para atendimento geral, atendimento de urgência e emergência, apoio a Equipe de Estratégia de Saúde da Família (E.S.F), e demais serviços de saúde complementares e especialidades, para preenchimento dos referidos cargos, nos termos das condições estabelecidos a seguir:



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

3 – CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO:

3.1 – Poderão participar do Credenciamento Pessoas Jurídicas da área de saúde que gozem de boa reputação profissional, avaliadas como prestadores de serviços de saúde, desde que atendidos aos requisitos do item 6.1 exigidos neste instrumento de chamamento, bem como atendam as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento satisfatório.

3.2 – Não poderão participar no Credenciamento os interessados que estejam cumprindo as sanções previstas nos incisos III e IV do art. 87 da Lei nº. 8.666/93, Lei 15.608/2007.

4 – FORMA DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO:

4.1 – Os interessados poderão inscrever-se para Credenciamento a partir da publicação do presente termo no Órgão Oficial do Município e exposição no átrio do Paço Municipal, no Departamento de Licitação, Avenida Pedro Amaro Dos Santos, Nº. 900, Centro, Cep: 87.528-000 em Alto Paraíso – PR.

4.2 – Serão considerados 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 à partir da publicação deste, sendo suas 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.

5 – FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS:

5.1 – Os interessados deverão encaminhar os documentos relacionados no item 6.1 ao Departamento de Licitação, no horário das 08h00min às 16h30min em dias de expediente no Paço Municipal, situado na Avenida Pedro Amaro Dos Santos, Nº. 900, Centro, Cep: 87.528-000 Alto Paraíso – PR, em envelope fechado com as seguintes indicações:

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. 001/2021 – PMAP.

CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA ÁREA DA SAÚDE PARA ATENDIMENTO GERAL, ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, APOIO A EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (E.S.F), E DEMAIS SERVIÇOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES E ESPECIALIDADES, PARA PREENCHIMENTO DOS REFERIDOS CARGOS.



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

NOME DA EMPRESA INTERESSADA:

ENDEREÇO:

TELEFONE PARA CONTATO:

6 – DOCUMENTAÇÃO REFERENTE À HABILITAÇÃO:

6.1 – Para o credenciamento de Pessoas Jurídicas, os mesmos 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) – Tabela de Preços, conforme modelo contido no anexo V;
- d) – Cópias da CI/RG e CPF/MF, CONSELHO DE CLASE, DIPLOMA E / OU DECLARAÇÃO DE CONCLUSÃO, ESPECIALIDADES do(s) sócio(s) gerente(s);
- e) – Cópia do CNPJ da empresa;
- f) – Cópias do Contrato Social e suas alteração(ões);
- g) – Certidão Negativa de Débitos da Fazenda Federal;
- h) – Certidão Negativa de Débitos Estadual;
- i) – Certidão Negativa de Débitos e Municipal da sede da empresa;
- j) – Certidão de Fundo de Garantia por tempo de Serviço (FGTS);
- k) – Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT);
- l) – Certidão Negativa de Falência e Concordata, Recuperação Judicial ou Extra Judicial, expedida pela comarca do domicílio da pessoa jurídica, participante do Processo de Credenciamento. Não constando o prazo de validade, a Comissão de Licitação aceitará apenas a certidão expedida até 60(sessenta) dias antes da apresentação da documentação. Somente serão aceitas certidões com o mesmo CNPJ da participante no certame;
- m) – Documentações Pessoais dos Prestadores de Serviços (RG, CPF, CONSELHO e DIPLOMA / TÍTULOS).
- n) – Certidão Negativa de Débitos junto ao Conselho de Classe pretendida dos Prestadores de Serviços.

6.2 - Os documentos necessários à habilitação poderão ser apresentados em original, por qualquer processo de cópia autenticada por cartório competente ou por servidor da Administração ou publicação em órgão da imprensa oficial.



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

7 – PROCEDIMENTO DO CADASTRO:

7.1 – O cadastramento será amplamente divulgado através de publicação no Átrio do Paço Municipal, 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 e de jornal diário ao chamamento público para a atualização dos registros existentes e para o ingresso de novos interessados.

8 – CRITÉRIO DE CADASTRAMENTO:

8.1 – Os interessados serão inicialmente cadastrados pela ordem de apresentação dos envelopes contendo os documentos de habilitação, 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 de sua capacitação profissional.

8.3 – Aos inscritos será fornecido certificado, renovável sempre que atualizarem o registro.

8.4 – A atuação do cadastramento no cumprimento de obrigações assumidas será anotada no respectivo registro cadastral.

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

8.6 – 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 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 – As remunerações pela prestação dos serviços serão regidas pelo Anexo V, Tabela de Valores, referencia / 2021.



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

9.2 – O valor disponível para realização dos serviços a serem contratados ao CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA ÁREA DA SAÚDE PARA ATENDIMENTO GERAL, ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, APOIO A EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (E.S.F), E DEMAIS SERVIÇOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES E ESPECIALIDADES, PARA PREENCHIMENTO DOS REFERIDOS CARGOS, será de **ATÉ R\$ 2.800.000,00** (Dois Milhões e Oitocentos Mil reais) para o exercício de 2021.

9.3 – O prazo de execução será do dia **01 de FEVEREIRO DE 2021 ao dia 31 de JANEIRO DE 2022**, sendo que eventuais credenciamentos efetivados a partir da data limite 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 áreas médicas.

9.6 – Cada área médica credenciada terá sua agenda e carga horária definida pelo respectivo Contrato de Prestação de Serviço;

9.7 – A quitação será realizada entre os dias 10 e 15 do mês subsequente à prestação de serviços, mediante apresentação do respectivo comprovante fiscal/pessoa jurídica, após avaliação técnica da execução dos serviços pela Secretaria Municipal de Saúde.

9.8 – O pagamento será realizado através de banco oficial, emitido após avaliação dos procedimentos de saúde, prevista pelo itens 9.7.

10 – DO PRAZO E VIGÊNCIA:

10.1 – O prazo de execução e vigência do presente Credenciamento, nos termos do Chamamento Público nº. 001/2021 - PMAP e Lei Federal nº. 8080/90, Portaria 2048/2009, Decreto 7.508/2011 será do dia **01 de FEVEREIRO DE 2021 ao dia 31 de JANEIRO DE 2022**.

10.2 - Os eventuais credenciamentos efetivados a partir da data inaugural 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.



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

11 – CRITÉRIO DE REAJUSTE:

11.1 – Os valores dos procedimentos indicados não sofrerão reajustes pelo período de vigência da Tabela de Procedimentos e Serviços – Referência (anexo V). 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 inexecução total ou parcial na prestação dos serviços, a Prefeitura Municipal de Alto Paraíso poderá, garantida a prévia defesa, aplicar aos cadastrados as sanções previstas no art. 87 da Lei nº. 8666/93.

12. 2 – Para apuração de eventuais casos de inadimplemento dos serviços, o Departamento Municipal de Saúde manterá disponível ao usuário do SUS serviço de denúncia nas unidades de saúde do Município.

13 – CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:

13.1 – O Pagamento pela prestação dos serviços será realizado em até 10 (Dez) dias, após avaliação técnica da execução dos serviços pelo SMS.

13.2 – O respectivo Contrato de Trabalho disporá sobre as condições e horário do atendimento dos serviços médicos a serem prestados, 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 ou através de cheque recebido no Departamento Municipal de Fazenda.

13.4 – Os pagamentos pela execução dos serviços correrão por conta dos recursos da dotação orçamentária:

DESP.	ELEMENTO	DESCRIÇÃO	FUNCIONAL	DEPARTAMENTO
392	339034000000	OUTRAS DESPESAS DE PESSOAL DEC. DE CONT.	08.02.00.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
393	339034000000	OUTRAS DESPESAS DE PESSOAL DEC. DE CONT.	08.02.00.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
394	339034000000	OUTRAS DESPESAS DE	08.02.00.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

		PESSOAL DEC. DE CONT.		
5993	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTO S COMP.ES EM A	08.02.00.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
5994	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTO S COMP.ES EM A	08.02.00.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
5996	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTO S COMP.ES EM A	08.02.00.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
5997	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTO S COMP.ES EM A	08.02.00.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
6011	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.00.10.302.0014.2.044	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
6012	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.00.10.302.0014.2.044	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
6013	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.00.10.302.0014.2.044	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
6014	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.00.10.302.0014.2.044	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
461	339034000000	OUTRAS DESPESAS DE PESSOAL DEC. DE CONT.	08.02.00.10.303.0014.2.046	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
462	339034000000	OUTRAS DESPESAS DE PESSOAL DEC. DE CONT.	08.02.00.10.303.0014.2.046	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

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 Termo e às condições para atendimento das obrigações necessárias ao cumprimento de seu objeto, somente serão prestados quando



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

solicitados por escrito, ao Departamento de Licitações da Prefeitura Municipal, no horário das 08h00min as 16h30min em dias de expediente.

15.2 – Fica eleito o foro da cidade de Xambrê - 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 à Diretoria de Licitações da PMAP, em endereço indicado no item 15.1:

- a) anexo I – Modelo de requerimento para credenciamento;
- b) anexo II – Declaração de idoneidade;
- c) anexo III – Minuta da Ordem de Serviço Mensal;
- d) anexo IV – Minuta do Contrato de Prestação de Serviços;
- e) anexo V – Tabela de Valores referenciais para 2021.

Alto Paraíso PR, 20 de Janeiro de 2021.

Dercio Jardim Junior
Prefeito Municipal



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

ANEXO I

(em papel timbrado/personalizado do prestador)

Ilmo Senhor:

RODRIGO WESLEY SOBREIRA REVESSO.

Secretário Municipal de Saúde.

COM VISTAS A COMISSÃO DE LICITAÇÃO

ALTO PARAÍSO - PR.

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no **CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA ÁREA DA SAÚDE PARA ATENDIMENTO GERAL, ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, APOIO A EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (E.S.F), E DEMAIS SERVIÇOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES E ESPECIALIDADES, PARA PREENCHIMENTO DOS REFERIDOS CARGOS**, divulgado pelo Município de Alto Paraíso - Pr, através do Fundo Municipal de Saúde, objetivando a contratação de prestação de serviços médicos, nos termos do **Chamamento Público nº 001 / 2021**.

Nome da Empresa: _____

Endereço Comercial: _____

CEP: _____ **Cidade:** _____ **Estado:** _____

CNPJ: _____ **E-mail:** _____

Especialidade: _____

Responsável pela Empresa: _____

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

Alto Paraíso – Pr, em _____ de _____ de 2021.

Assinatura e Carimbo da Empresa.



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

ANEXO I

(em papel timbrado/personalizado do prestador)

Ilmo Senhor:

RODRIGO WESLEY SOBREIRA REVESSO.

Secretário Municipal de Saúde.

COM VISTAS A COMISSÃO DE LICITAÇÃO

ALTO PARAÍSO - PR.

A empresa _____, (qualificação da empresa) 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 ATENDIMENTO GERAL, ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, APOIO A EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (E.S.F), E DEMAIS SERVIÇOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES E ESPECIALIDADES, PARA PREENCHIMENTO DOS REFERIDOS CARGOS**, que não foi declarada inidônea para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Alto Paraíso - Pr, em ____ de _____ de 2021.

Assinatura e Carimbo da Empresa.



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

ANEXO III

CHAMAMENTO PÚBLICO - PMAP Nº. 001 / 2021.

CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA ÁREA DA SAÚDE PARA ATENDIMENTO GERAL, ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, APOIO A EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (E.S.F), E DEMAIS SERVIÇOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES E ESPECIALIDADES, PARA PREENCHIMENTO DOS REFERIDOS CARGOS.

ORDEM DE EXECUÇÃO DE SERVIÇO nº..... / 2021.

INEXIGIBILIDADE Nº 0..... / 2021.

CONTRATO Nº / 2021

Pela presente Ordem de Execução de Serviços sob nº. / 2021, o **MUNICÍPIO DE ALTO PARAÍSO**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ-MF sob o número 95.640.736/0001-30, com sede na Sede Na Avenida Pedro Amaro Dos Santos, Nº. 900 neste ato representado pelo Senhor Prefeito Municipal, **DERCIO JARDIM JUNIOR**, Prefeito Municipal, Portador da Cédula de Identidade nº 1.649.033-4 SSP/PR, devidamente inscrito no CPF sobre o número 474.519.719-53, residente e domiciliado no Município de Alto Paraíso, Estado do Paraná – Pr, através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, pessoa jurídica, inscrita no CNPJ sobre o número 09.251.282/0001-74, com sede na Avenida Augusto José De Souza, Nº 1986, CEP: 87528-000, neste ato representado pelo Sr. **RODRIGO WESLEY SOBREIRA REVESSO**, brasileiro, Secretário Municipal de Saúde, portador da Cédula de Identidade nº 10.187.309-9, SSP/PR, devidamente inscrito no CPF, sobre o número 061.355.079-07, residente e domiciliado na cidade de Alto Paraíso – Paraná, **AUTORIZA** a Empresa:

....., Prestadora de serviços de,
pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº., com sede na
Avenida, na cidade de, Estado do, neste
ato representado pela (o) Sra (o), brasileira (o), Médica (o)
portadora (a) da CI/RG nº: SSP/....., devidamente inscrita (o) no CPF/MF
nº., CRM-PR, autorizada (o) a iniciar a prestação dos Serviços
sendo **Serviços Especializados em**, objeto do



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

Chamamento Público nº. 001/2021, de **CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA ÁREA DA SAÚDE PARA ATENDIMENTO GERAL, ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, APOIO A EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (E.S.F), E DEMAIS SERVIÇOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES E ESPECIALIDADES, PARA PREENCHIMENTO DOS REFERIDOS CARGOS, PELO PERÍODO DE / 2021, PARA PREENCHIMENTO DOS REFERIDOS CARGOS, com divulgação no átrio do Paço Municipal, da Prefeitura Municipal de Alto Paraíso, Estado do Paraná, nos termos da Lei nº. 8.666/93 e alterações subsequentes; Lei 15.608/2007, Lei nº. 8080/90 e 8142/90, Portarias nº. 2048/2009, 2088/2011, 2979/2019, 358/2006 e 750/2006, Decreto 7.508/2011 e legislação pertinente, nas condições do referido Chamamento Público, nos seguintes termos:**

1 - A presente Ordem de Serviço visa atender ao Chamamento Público nº. 001 / 2021 que tem por objeto o Credenciamento de Profissional da área de médica e pessoa jurídica para prestação de serviços de saúde, abrangendo a seguinte especialidade médica sendo:

Nº.	SERVIÇO	R\$ UNIT.	R\$ TOTAL.
01	Serviços especializados em, prestados junto ao Fundo Municipal de Saúde, no mês de / 2021.	0,00	0,00

2) - O Credenciado como profissional da área médica detentor de boa reputação profissional, deverá manter durante a vigência deste Termo os requisitos exigidos pelo item 6.1 exigidos pelo instrumento de chamamento Público nº. 001/2021, bem como atender as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento satisfatório.

3) - O valor dos Serviços objetos dessa Ordem de Execução de Serviço para o período de / 2021, **será de R\$ 0,00** (Zero reais), de acordo com as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde, sendo que os procedimentos devem atender no mínimo a Tabela de Procedimentos Médicos.



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

- 4) - Entre os dias 05 e 09 de cada mês subsequente o prestador de serviço apresentará sob forma de relatórios, os serviços executados, separados por procedimentos acompanhados pelas respectivas guias referentes a este mês.
- 5) - Os impressos das guias de encaminhamento, serão fornecidos aos profissionais cadastrados, pelo Departamento Municipal de Saúde.
- 6) - O pagamento pela prestação de serviços será realizado em até 10 (Dez) dias após sua conclusão, mediante atendimento aos itens 2 e 4.
- 7) - O profissional cadastrado poderá requerer seu descredenciamento a qualquer tempo, independentemente da causa, desde que comunicado a intenção no descredenciamento com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.
- 8) - Caberá ao Secretário Municipal de Saúde a coordenação e fiscalização da prestação dos serviços através de planilha própria, conforme cada área.
- 9) - A escala de trabalho para o Credenciado será definida pelo Departamento Municipal de Saúde, em horários e períodos pré-determinados, devendo a referida escala incluir os feriados e finais de semana.
- 10) - A presente Ordem de Execução de Serviço terá prazo de execução no período de / 2021 e vigência por igual período.
- 11) - A presente Ordem de Execução de Serviço não caracteriza nenhum vínculo empregatício.
- 12) - A qualquer tempo o Termo de Credenciamento/Ordem de Serviço poderá ser alterado, visando adequar o serviço às condições de execução previstas pelo Departamento Municipal de Saúde.
- 13) – O Termo de Credenciamento poderá ser suspenso ou cancelado, se ficar demonstrado que o Credenciado deixou de satisfazer as exigências estabelecidas para o cadastramento, bem como senão atender as condições e os critérios mínimos



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento satisfatório, oportunidade em que haverá imediata abertura para inscrição de novos credenciados.

14) - É vedada a cobrança de sobretaxas pelo Credenciado, sendo motivo de descredenciamento, permitindo novos credenciamentos a qualquer momento.

15) - O valor da presente Ordem de Serviço não sofrerá reajuste pelo período de vigência. Eventual correção após este período será revista com base nos índices oficiais, determinadas pelo Ministério da Saúde.

16) - Integram e completam a presente Ordem de Execução de Serviços, para todos os fins de direito, obrigando as partes em todos os seus termos, as normas contidas na **Lei 8.666/1993 e alterações, 15.608/2007, Lei nº. 8080/1990 e 8142/90, Portarias nº. 2048/2009, 2088/2011, 2979/2019, 358/2006 e 750/2006 e Acórdão 1633/2008, Decreto 7.508/2011 e legislação pertinente, juntamente com seus anexos.**

Alto Paraíso – Paraná em de ,..... de 2021.

Rodrigo Wesley Sobreira Reverso
Secretário Municipal De Saúde.



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

ANEXO IV.

CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA ÁREA DA SAÚDE PARA ATENDIMENTO GERAL, ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, APOIO A EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (E.S.F), E DEMAIS SERVIÇOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES E ESPECIALIDADES, PARA PREENCHIMENTO DOS REFERIDOS CARGOS, TERMO DE INEXIGIBILIDADE / 2021, PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE ALTO PARAÍSO.

TERMO DE CONTRATO Nº / 2021 DA PMAP, QUE ENTRE SI FAZEM O MUNICÍPIO DE ALTO PARAÍSO, ATRAVÉS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE E A EMPRESA _____, **OBJETIVANDO A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE ALTO PARAÍSO - PARANÁ.**

O **MUNICÍPIO DE ALTO PARAÍSO**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ-MF sob o número 95.640.736/0001-30, com sede na AVENIDA PEDRO AMARO DOS SANTOS, Nº. 900 neste ato representado pelo Senhor Prefeito Municipal, **DERCIO JARDIM JUNIOR**, Prefeito Municipal, Portador da Cédula de Identidade nº 1.649.033-4 SSP/PR, devidamente inscrito no CPF sobre o número 474.519.719-53, residente e domiciliado neste Município, através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, pessoa jurídica, inscrita no CNPJ sobre o número 09.251.282/0001-74, com sede na Avenida Augusto José de Souza, nº 1986, CEP: 87528-000, neste ato representado pelo Sr. **RODRIGO WESLEY SOBREIRA REVESSO**, brasileiro, Secretário Municipal de Saúde, portador da Cédula de Identidade nº 10.187.309-9, SSP/PR, devidamente inscrito no CPF, sobre o número 061.355.079-07, residente e domiciliado na cidade de Alto Paraíso – Paraná, doravante denominado simplesmente **CREDENCIANTE** e _____, empresa Jurídica de direitos privados, inscrita no CNPJ nº: _____, com sede na Rua _____ nº _____, na cidade de _____, doravante denominada simplesmente **CREDENCIADO**, perante as testemunhas abaixo firmadas, pactuam o presente termo, cuja celebração foi autorizada de acordo com o Edital de Credenciamento Universal nº 001 / 2021, Termo de



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

Inexigibilidade nº _____ / 2021, Processo nº _____ / 2021 e que se regerá pelas Leis Federais nºs 8142/90, 8.666/93 e alterações posteriores, Lei 15.708/2009, Portarias nºs. 358/2006 e 2048/2009, 2088/2011, 2979/2019, do Ministério da Saúde, Decreto 7.508/2011 e Resolução Normativa - RN nº. 71/2004-ANSS, da Agência Nacional de Saúde Suplementar e demais entidades vinculadas ao Sistema Único de Saúde – SUS e Acordão 1633/2008, bem como nas recomendações técnicas e jurisprudenciais do E. Tribunal de Contas da União e dos Colendos Tribunais de Contas Estaduais, atendidas as cláusulas e condições a seguir enunciadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1 O CREDENCIADO prestará os seguintes serviços para a Saúde Pública do Município de Alto Paraíso:

✓ **(Descrição das atividades a serem executadas – Anexo V)**

CLÁUSULA SEGUNDA – DA FORMA DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1. Os serviços serão prestados para a Secretaria Municipal de Saúde do município de Alto Paraíso, Estado do Paraná, conforme cronograma.

2.2. O CREDENCIANTE fiscalizará a CREDENCIADA através do órgão competente, acompanhando inclusive o grau de satisfação dos usuários, em consonância e obediência ao prescrito nas Leis Federais 8.080/90 e 8.142/90 Portaria 2048/2009, 2488/2011, 2979/2019 e no Decreto Federal nº 1.651/1995, Decreto 7.508/2011.

CLÁUSULA TERCEIRA - DA VIGÊNCIA CONTRATUAL

3.1. O prazo de vigência deste contrato será até **31 de Janeiro de 2021**, com início à partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado, nos termos do artigo 57, inc. II da Lei nº 8.666/93, e suas alterações posteriores, Lei 15.708/2009.

CLÁUSULA QUARTA - DO VALOR CONTRATUAL

4.1. Pela execução dos serviços previstos na cláusula primeira, o CREDENCIANTE pagará à CREDENCIADA o valor de até **R\$ _____** (_____ reais) **ANO**, conforme relatório de produção a ser aferido pela Secretaria Municipal de Saúde.

4.2. As despesas decorrentes da execução do objeto do presente credenciamento correrão na seguinte dotação orçamentária:



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

<i>DESP.</i>	<i>ELEMENTO</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>FUNCIONAL</i>	<i>DEPARTAMENTO</i>
392	339034000000	OUTRAS DESPESAS DE PESSOAL DEC. DE CONT.	08.02.00.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
393	339034000000	OUTRAS DESPESAS DE PESSOAL DEC. DE CONT.	08.02.00.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
394	339034000000	OUTRAS DESPESAS DE PESSOAL DEC. DE CONT.	08.02.00.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
5993	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTO S COMP.ES EM A	08.02.00.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
5994	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTO S COMP.ES EM A	08.02.00.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
5996	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTO S COMP.ES EM A	08.02.00.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
5997	339039501000	SERVICOS E PROCEDIMENTO S COMP.ES EM A	08.02.00.10.301.0014.2.042	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
6011	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.00.10.302.0014.2.044	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
6012	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.00.10.302.0014.2.044	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
6013	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.00.10.302.0014.2.044	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
6014	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.00.10.302.0014.2.044	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
461	339034000000	OUTRAS DESPESAS DE PESSOAL DEC. DE CONT.	08.02.00.10.303.0014.2.046	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
462	339034000000	OUTRAS DESPESAS DE PESSOAL DEC. DE CONT.	08.02.00.10.303.0014.2.046	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

CLÁUSULA QUINTA - DOS REAJUSTES

5.1. O preço proposto é fixo e irrevogável até o prazo de **31 de Janeiro de 2022**. No entanto, na hipótese de se efetivar a prorrogação prevista no subitem 3.1 deste Instrumento.



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

CLÁUSULA SEXTA - DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

6.1. A remuneração dos serviços previstos no objeto deste contrato se dará unicamente com base nos Anexos V e Anexos III.

6.2. Será efetuado o pagamento do valor referente aos serviços prestados até o dia 10 (Dez) do mês subsequente.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA RESCISÃO CONTRATUAL

7.1. A inexecução total ou parcial deste Contrato ensejará a sua rescisão administrativa, nas hipóteses previstas nos arts. 77 e 78 da Lei nº 8.666/93 e posteriores alterações, com as consequências previstas no art. 80 da referida Lei, sem que caiba à CREDENCIADA direito a qualquer indenização.

7.2. A rescisão contratual poderá ser:

7.2.1. Determinada por ato unilateral da Administração, nos casos enunciados nos incisos I a XII e XVII do art. 78 da Lei 8.666/93.

7.2.2. Amigável, mediante autorização da autoridade competente, reduzida a termo no processo credenciatório, desde que demonstrada conveniência para a Administração.

CLÁUSULA OITAVA - DAS PENALIDADES

8.1 Sem prejuízo das sanções previstas nos arts. 86 e 87 da Lei 8.666/93, a empresa contratada ficará sujeita às seguintes penalidades, assegurada a prévia defesa;

8.2. Pelo atraso injustificado na execução do Contrato:

8.2.1. Multa de 0,33% (trinta e três centésimos por cento), sobre o valor da obrigação não cumprida, por dia de atraso, limitada ao total de 20% (vinte por cento);

8.3. Pela inexecução total ou parcial do Contrato:

8.3.1. Multa de 20% (vinte por cento), calculada sobre o valor do Contrato ou da parte não cumprida;

8.4. As multas aqui previstas não têm caráter compensatório, porém moratório e, consequentemente, o pagamento delas não exime o profissional contratado da reparação dos eventuais danos, perdas ou prejuízos que seu ato punível venha acarretar ao Município de Alto Paraíso, Estado do Paraná.

CLÁUSULA NONA - DA CESSÃO OU TRANSFERÊNCIA

9.1. O presente termo não poderá ser objeto de cessão ou transferência, no todo ou em parte.



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

CLÁUSULA DÉCIMA - DA PUBLICAÇÃO DO CONTRATO

10.1. O CREDENCIANTE providenciará a publicação respectiva, em resumo, do presente termo, na forma prevista em Lei.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS DISPOSIÇÕES COMPLEMENTARES

11.1. Os casos omissos ao presente termo serão resolvidos em estrita obediência às diretrizes da Lei nº 8.666/93, e posteriores alterações.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO FORO

12.1. Fica eleito o Foro da Comarca de Xambrê, Estado do Paraná, para qualquer procedimento relacionado com o cumprimento do presente Contrato.

E, para firmeza e validade do que aqui ficou estipulado, foi lavrado o presente termo em 03 (três) vias de igual teor, que, depois de lido e achado conforme, é assinado pelas partes contratantes e por duas testemunhas que a tudo assistiram.

Alto Paraíso, Estado do Paraná, ____ de _____ de 2021.

DERCIO JARDIM JUNIOR
PREFEITO MUNICIPAL

RODRIGO WESLEY SOBREIRA REVERSO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE.

EMPRESA CREDENCIADA.

TESTEMUNHA 01.

TESTEMUNHA 02.



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

ANEXO V.

PLANILHA DE VALORES.

PROCESSO DE CREDENCIAMENTO 001 / 2021.

CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA ÁREA DA SAÚDE PARA ATENDIMENTO GERAL, ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, APOIO A EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (E.S.F), E DEMAIS SERVIÇOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES E ESPECIALIDADES, PARA PREENCHIMENTO DOS REFERIDOS CARGOS.

Nº ITEM	SERVIÇOS	DE R\$	ATÉ R\$
1	Angioressonância Cerebral	400,00	450,00
2	Angioressonância De Carótidas	400,00	450,00
3	Aspiração De Ouvidos (Otorrino)	60,00	80,00
4	Audiometria Tonal (Fonoaudiologia)	20,00	50,00
5	Cirurgias De Ortopedia (Pequeno / Médio Porte	800,00	1.800,00
6	Colonoscopia	400,00	700,00
7	Colposcopia	250,00	700,00
8	Consulta Em Psicologia	30,00	80,00
9	Consulta Médica Em Cardiologia	60,00	250,00
10	Consulta Médica Em Clínica Cirúrgica	70,00	150,00
11	Consulta Médica Em Clínica Geral	40,00	100,00
12	Consulta Médica Em Dermatologia	180,00	250,00
13	Consulta Médica Em Endocrinologia	180,00	250,00
14	Consulta Médica Em Gastroenterologia	100,00	300,00
15	Consulta Médica Em Geriatria.	70,00	250,00
16	Consulta Médica Em Ginecologia	60,00	150,00
17	Consulta Médica Em Hematologia	100,00	300,00
18	Consulta Médica Em Homeopatia.	100,00	300,00
19	Consulta Médica Em Infectologista.	100,00	300,00
20	Consulta Médica Em Medicina Do Trabalho	70,00	150,00
21	Consulta Médica Em Nefrologia	70,00	150,00



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

22	Consulta Médica Em Neuro-Cirurgia.	200,00	400,00
23	Consulta Médica Em Neurologia.	200,00	400,00
24	Consulta Médica Em Obstetrícia	60,00	150,00
25	Consulta Médica Em Oftalmologia.	35,00	100,00
26	Consulta Médica Em Ortopedia	60,00	100,00
27	Consulta Médica Em Otorrinolaringologista.	80,00	150,00
28	Consulta Médica Em Pneumologia	70,00	150,00
29	Consulta Médica Em Psiquiatria	70,00	150,00
30	Consulta Médica Em Reumatologia.	150,00	250,00
31	Consulta Médica Em Urologia	100,00	200,00
32	Consulta Médica Pediatria	60,00	150,00
33	Consulta Médica Vascular.	150,00	300,00
34	Densitometria Corpo Inteiro	180,00	210,00
35	Densitometria Ossea 2 Segmentos (Femur E Coluna Lombar)	110,20	135,00
36	Densitometria Ossea 3 Segmentos (Femur, Coluna Lombar E Punho)	150,00	175,00
37	Ecocardiograma	200,00	250,00
38	Exame De Laringoscopia. Com Biopsia.	93,50	150,00
39	Exame De Laringoscopia. Sem Biopsia.	55,00	100,00
40	Frenectomia Em Consultório Médico	100,00	200,00
41	Frenectomia Em Nível Hospitalar.	162,80	300,00
42	Lavagem De Ouvidos (Otorrino)	60,00	80,00
43	Mamografia Bilateral Digital	45,00	65,00
44	Óculos C/ Lentes Corretivas Iguais / Maiores Que 0,5 Dioptrias (Armações Simples) Bifocal Até 6.00 Graus	75,00	100,00
45	Óculos C/ Lentes Corretivas Iguais / Maiores Que 0,5 Dioptrias (Armações Simples) Visão Simples Acima De 6.00 Graus	90,00	120,00



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

46	Óculos C/ Lentes Corretivas Iguais / Maiores Que 0,5 Dioptrias (Armações Simples) Visão Simples Até 6.00 Graus	50,00	80,00
47	Óculos C/ Lentes Corretivas Iguais / Maiores Que 0,5 Dioptrias (Armações Simples) Multifocal Até 6.00 Graus	110,00	140,00
48	Paaf De Tireoide E Mama (Aguilha Fina/Por Nodulo)	180,00	200,00
49	Plantões De Auxiliar / Técnico De Enfermagem 12 Horas Diurnos / Noturnos.	160,00	180,00
50	Plantões De Auxiliar / Técnico De Enfermagem 12 Horas Diurno. (FERIADOS COMUNS)	160,00	200,00
51	Plantões De Auxiliar / Técnico De Enfermagem 12 Horas Diurno.	320,00	400,00
	Feriados Especiais:		
	24/12 - Véspera De Natal. 25/12 – Natal		
	31/12 - Virada De Ano Novo 01/01 - Ano Novo		
52	Plantões De Auxiliar / Técnico De Enfermagem 12 Horas Diurno. Feriados Municipais / Recesso	160,00	200,00
53	Plantões De Enfermeiro (A) 12 Horas Diurno / Noturno.	200,00	230,00
54	Plantões De Enfermeiro (A) 12 Horas Diurno.	200,00	250,00
	Feriados Comuns:		
55		330,00	400,00
	Plantões De Enfermeiro (A) 12 Horas Diurno.		
	Feriados Especiais:		
	24/12 - Véspera De Natal. 25/12 – Natal		
	31/12 - Virada De Ano Novo 01/01 - Ano Novo		



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

56	Plantões De Enfermeiro (A) 12 Horas Diurno.	200,00	230,00
	Feriados Municipais / Recesso.		
57	Plantões Médicos De Urgência e Emergência 12 Hrs.	2.300,00	3.000,00
	(Contratação De Emergência)		
58	Plantões Médicos De Urgência e Emergência 12 Hrs.	1.500,00	2.000,00
	Feriados Comuns:		
59		2.000,00	2.400,00
	Plantões Médicos De Urgência e Emergência 12 Hrs.		
	Feriados Especiais:		
	24/12 - Véspera De Natal. 25/12 – Natal		
	31/12 - Virada De Ano Novo 01/01 - Ano Novo		
60	Plantões Médicos De Urgência e Emergência 12 Hrs.	1.200,00	1.500,00
	(Feriados Municipais / Recesso)		
61	Plantões Médicos De Urgência e Emergência 12 Hrs (Fins De Semana)	1.200,00	1.500,00
62	Plantões Médicos De Urgência e Emergência 12 Hrs (Semana - Dia)	1.200,00	1.500,00
63	Plantões Médicos De Urgência e Emergência 12 Hrs (Semana - Noite)	1.200,00	1.500,00
64	Raio X De Antebraço Ap/Perfil (Cada Lado)	40,00	60,00
65	Raio X De Arcos Costais (Cada Lado)	40,00	60,00
66	Raio X De Arcos Zigomáticos	40,00	60,00



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

67	Raio X De Seios Da Face (Waters E Hirtz)	40,00	60,00
68	Raio X De Abdome Simples (Necessita De Preparo)	40,00	60,00
69	Raio X De Articulação Coxo-Femural (Cada Lado)	40,00	60,00
70	Raio X De Articulação Sacroíliaca	40,00	60,00
71	Raio X De Bacia Em Ap	40,00	60,00
72	Raio X De Braço Ap/Perfil (Cada Lado)	40,00	60,00
73	Raio X De Calcâneo (Perfil Eaxial) (Cada Lado)	40,00	60,00
74	Raio X De Cavum Ou Adenóide (Perfil)	40,00	60,00
75	Raio X De Coluna Cervical (Ap-Perfil)	40,00	60,00
76	Raio X De Coluna Cervical (Obliquas Ou Flexão E Extensão)	40,00	60,00
77	Raio X De Coluna Dorsal (Ap-Perfil)	40,00	60,00
78	Raio X De Coluna Dorsal (Obliquas Ou Flexão E Extensão)	40,00	60,00
79	Raio X De Coluna Lombar (Ap-Perfil)	40,00	60,00
80	Raio X De Coluna Lombar (Obliquas Ou Flexão E Extensão)	40,00	60,00
81	Raio X De Coluna Para Escoliose Ap/Perfil	150,00	180,00
82	Raio X De Coluna Sacro-Cóccix	40,00	60,00
83	Raio X De Coluna Toráco-Lombar (Ap-Perfil)	40,00	60,00
84	Raio X De Cotovelo Ap/Perfil (Cada Lado)	40,00	60,00
85	Raio X De Coxa (Ap/Perfil) (Cada Lado)	40,00	60,00



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

86	Raio X De Crânio (Ap-Perfil)	40,00	60,00
87	Raio X De Escanometria De Membros Inferiores	100,00	130,00
88	Raio X De Idade Óssea Em Ap	40,00	60,00
89	Raio X De Joelho (Axial De Patela)	40,00	60,00
90	Raio X De Joelho Em Ap/Perfil (Cada Lado)	40,00	60,00
91	Raio X De Mão Ap/Oblíqua (Cada Lado)	40,00	60,00
92	Raio X De Membros Inferiores	100,00	130,00
93	Raio X De Nasal	40,00	60,00
94	Raio X De Ombro Ap (Cada Lado)	40,00	60,00
95	Raio X De Pé (Ap/Obliquo) (Cada Lado)	40,00	60,00
96	Raio X De Telerradiografia	150,00	180,00
97	Raio X De Torax Ap/Perfil	50,00	70,00
98	Raio X De Torax Em Ap	40,00	60,00
99	Ressonância Magnetica Abdome Superior	400,00	450,00
100	Ressonância Magnetica Articulações Por Membro (Pé, Joelho, Mão, Punho, Cotovelo, Tornozelo E Ombro)	400,00	450,00
101	Ressonância Magnetica Atm Por Lado (Somente Boca Aberta E Fechada)	400,00	450,00
102	Ressonância Magnetica Bacia Ou Pelve	400,00	450,00
103	Ressonância Magnetica Colangioressonância	550,00	600,00
104	Ressonância Magnetica Coluna Cervical	400,00	450,00



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

105	Ressonância Magnetica Coluna Dorsal	400,00	450,00
106	Ressonância Magnetica Coluna Lombar	400,00	450,00
107	Ressonância Magnetica Crânio	400,00	450,00
108	Ressonância Magnetica Face Ou Seio Da Face	400,00	450,00
109	Ressonância Magnetica Mastóides Ou Ouvidos	400,00	450,00
110	Ressonância Magnetica Orbitas	400,00	450,00
111	Ressonância Magnetica Pescoço – Laringe, Tireóide, Faringe	400,00	450,00
112	Ressonância Magnetica Sela Turcica	400,00	450,00
113	Ressonância Magnetica Tórax	400,00	450,00
114	Retirada De Corpo Estranho, Ouvido, Nariz, Faringe, Laringe (Otorrino)	66,00	100,00
115	Serviços De Farmacêutico - 40 Horas.	3.000,00	5.000,00
116	Serviços De Assistente Social 20 Horas.	1.800,00	2.500,00
117	Serviços De Auxiliar Enfermagem 40 Hrs.	1.500,00	1.800,00
118	Serviços De Auxiliar Enfermagem 12 x 36 Hrs - Noturno.	1.500,00	2.000,00
119	Serviços De Enfermeiro (A) 40 Horas - Diurno.	2.800,00	4.500,00
120	Serviços De Enfermeiro (A) Plantonista - Noturno - 12x36hrs.	2.800,00	4.500,00
121	Serviços Especializados em Exames de Ultrassonografias, a serem realizadas no Posto de Saúde Central do município, sendo aproximadamente 100 a 140 perícias mensais, conforme necessidade da Secretaria Municipal de	70,00	80,00



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

	Saúde.		
122	Serviços De Farmacêutico - 20 Horas.	1.800,00	2.500,00
123	Serviços De Fisioterapia - 20 Horas	1.800,00	2.500,00
124	Serviços De Fisioterapia - 40 Horas	2.800,00	4.500,00
125	Serviços De Fonoaudiologia - 20 Horas.	1.800,00	2.500,00
126	Serviços De Fonoaudiologia - 40 Horas.	2.800,00	4.500,00
127	Serviços De Odontologia - 20 Hrs.	1.800,00	2.500,00
128	Serviços De Odontologia 40 Hrs.	2.800,00	5.000,00
129	Serviços De Psicologia - 20 Horas	1.800,00	2.500,00
130	Serviços De Psicologia - 40 Horas	2.800,00	4.500,00
131	Sessão De Acupuntura.	20,00	40,00
132	Tomografia De Abdômen Superior	148,63	170,00
133	Tomografia De Angiotomografia Crânio	295,00	320,00
134	Tomografia De Angiotomografia De Abdome Total (Necessita Preparo) São 2 Procedimentos	295,00	320,00
135	Tomografia De Angiotomografia De Torax (Com Preparo)	295,00	320,00
136	Tomografia De Articulações	96,75	130,00
137	Tomografia De Coluna Cervical	96,76	130,00
138	Tomografia De Coluna Dorsal	96,76	130,00



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

139	Tomografia De Coluna Lombar	111,10	145,00
140	Tomografia De Crânio	107,44	140,00
141	Tomografia De Face Ou Seio Da Face	96,75	130,00
142	Tomografia De Mastóides Ou Ouvidos	96,75	130,00
143	Tomografia De Órbitas	160,00	190,00
144	Tomografia De Pelve Ou Bacia	148,63	170,00
145	Tomografia De Pescoço - Laringe, Tireóide, Faringe	96,75	130,00
146	Tomografia De Sela Túrsica	107,44	140,00
147	Tomografia De Tórax	146,41	170,00
148	Tomografia De Urotomografia Abdominal (Necessita Preparo)	272,60	310,00
149	Ultrassonografia Com Doppler Arterial <u>Membro Inferior Bilateral</u>	380,00	410,00
150	Ultrassonografia Com Doppler Arterial <u>Membro Inferior Unilateral</u>	190,00	220,00
151	Ultrassonografia Com Doppler <u>Arterial Membro Superior Bilateral</u>	380,00	410,00
152	Ultrassonografia Com Doppler Arterial <u>Membro Superior Unilateral</u>	190,00	220,00
153	Ultrassonografia Com Doppler Venoso <u>Membro Inferior Bilateral</u> (Trombose)	380,00	410,00
154	Ultrassonografia Com Doppler Venoso <u>Membro Inferior Bilateral</u> (Varizes)	380,00	410,00
155	Ultrassonografia Com Doppler <u>Venoso Membro Inferior Unilateral</u> (Trombose)	190,00	220,00
156	Ultrassonografia Com Doppler Venoso <u>Membro Inferior Unilateral</u> (Varizes)	190,00	220,00
157	Ultrassonografia Com Doppler Venoso <u>Membro Superior Bilateral</u>	380,00	410,00



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

158	Ultrassonografia Com Doppler Venoso <u>Membro Superior Unilateral</u>	190,00	220,00
159	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (Fígado, Vias Biliares, Vesícula, Pâncreas, Baço)	100,00	120,00
160	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL (Abdômen Superior, Retroperitônio, Rins E Bexiga)	120,00	140,00
161	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO (Rins E Bexiga)	100,00	120,00
162	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO (Joelho, Cotovelo, Ombro, Punho, Mão, Tornozelo, Panturrilha Em Alguns Casos)	120,00	140,00
163	Ultrassonografia De Doppler De Abdômen Total	170,00	190,00
164	ULTRASSONOGRRAFIA DE DOPPLER DE ARTÉRIAS RENAIIS (Necessita Preparo P/Exame)	200,00	220,00
165	Ultrassonografia De Doppler De Carótidas	130,00	150,00
166	Ultrassonografia De Doppler De Tv, Tireoide, Mama, Ab Superior.	145,00	165,00
167	ULTRASSONOGRRAFIA DE DOPPLER OBSTÉTRICO (Cada Feto)	140,15	160,15
168	Ultrassonografia De Doppler Peri/Pre Auricular	100,00	120,00
169	Ultrassonografia De Doppler Testiculo	189,00	219,00
170	ULTRASSONOGRRAFIA DE HIPOCONDRIO DIREITO (Fígado, Vesícula, Vias Biliares, Pâncreas)	100,00	120,00
171	ULTRASSONOGRRAFIA DE OBSTÉTRICA (Cada Feto)	100,00	120,00
172	ULTRASSONOGRRAFIA DE OBSTETRICO 1º TRIMESTRE (Cada Feto)	100,00	120,00
173	ULTRASSONOGRRAFIA DE OBSTETRICO MORFOLÓGICO (Cada Feto/Pode Realizar De 20 A 29 Semanas)	140,15	160,15
174	Ultrassonografia De Orbita (Unilateral)	150,00	170,00
175	Ultrassonografia De Órgãos E Estruturas Superficiais (Mamas, Região Cervical, Tireoide)	100,00	120,00



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

176	Ultrassonografia De Parede Abdominal	115,00	135,00
177	Ultrassonografia De Partes Moles Ou Axilas Por Lado	120,00	140,00
178	Ultrassonografia De Pélvica (Ginicológica Via Abdominal)	100,00	120,00
179	Ultrassonografia De Pélvica (Via Trans – Vaginal)	100,00	120,00
180	Ultrassonografia De Penis	160,00	180,00
181	Ultrassonografia De Próstata (Via Abdominal)	100,00	120,00
182	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL) (Necessita Preparo P/Exame)	120,00	140,00
183	Ultrassonografia De Regiao Axilar (Por Lado)	146,00	166,00
184	Ultrassonografia De Região Inguinal (Por Lado)	120,00	140,00
185	Ultrassonografia De Submandibular	145,00	165,00
186	Ultrassonografia De Supra Renal	90,00	110,00
187	Ultrassonografia De Testiculo Sem Doppler	89,00	109,00
188	Ultrassonografia De Transfontanelas	100,00	120,00
189	Ultrassonografia De Translucencia Nucal (De 9 A 13 Semanas)	150,00	170,00

Alto Paraíso – Paraná, 20 de Janeiro de 2021.

DERCIO JARDIM JUNIOR
PREFEITO MUNICIPAL

RODRIGO WESLEY SOBREIRA REVESSO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE.