



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

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

**CRENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS 001 / 2018, TERMO DE INEXIGIBILIDADE 007/2018, PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE ALTO PARAÍSO.**

**TERMO DE CONTRATO Nº029/2018 PMAP, QUE ENTRE SI FAZEM O MUNICÍPIO DE ALTO PARAÍSO, ATRAVÉS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE A EMPRESA CENTRO DE RADIODIAGNÓSTICO DE UMUARAMA LTDA 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 numero **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 na RUA PROFESSORA RITA HELENA GARCIA MELO, Nº.735, 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 por seu Secretário de Saúde Sr. **RODRIGO WESLEY SOBREIRA REVESSO**, brasileiro, servidor publico municipal, portador da Cédula de Identidade nº 10.187.309-9, devidamente inscrito no **CPF, sobre o número**, 061.355.079-07, residente e domiciliado na rua JOSUÉ BALTAZAR RODRIGUES, Nº 1167, na cidade de Alto Paraíso – Paraná, doravante denominado simplesmente **CRENCIANTE** e **CENTRO DE RADIODIAGNÓSTICO DE UMUARAMA LTDA**, empresa Jurídica de direitos privados, inscrita no CNPJ nº: 10.337.743/0001-05, com sede na Rua. Guadiana, 4165 – sala de Radiologia, Zona I Umuarama – PR, nesse ato representado pelo Sr. **MARCIO MORIYOSHI NAGAZAVA**, brasileiro, casado, médico, CRM-PR nº. 15.968/PR RG. nº. 5.013.178-5 SESP/PR, CPF/MF nº. 801.969.349-15, doravante denominada simplesmente **CRENCIADO**, perante as testemunhas abaixo firmadas, pactuam o presente termo, cuja celebração foi autorizada de acordo com o Edital de Credenciamento Universal nº 001/2018, Termo de Inexigibilidade nº 007/2018, Processo nº 022/2018, homologada em 08/03/2018 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 do Ministério da Saúde 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**



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

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

1.1 O CREDENCIADO prestará serviços na área da saúde para atendimento geral, ESF, Estratégia saúde da família, atendimento de urgência e emergência serviços de saúde complementar e demais especialidades medicas, para preenchimento dos referidos cargos para o exercício de 2018, conforme o termo descritivo Anexo V, para a Saúde Pública do Município de ALTO PARAÍSO:

**CONFORME TABELA A BAIXO**

Nº ITEM	SERVIÇOS	DE R\$	ATÉ R\$
3	ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL	400,00	450,00
4	ANGIORESSONÂNCIA DE CARÓTIDAS	400,00	450,00
245	RESSONÂNCIA MAGNETICA ABDOME SUPERIOR	400,00	450,00
246	RESSONÂNCIA MAGNETICA ARTICULAÇÕES POR MEMBRO (PÉ, JOELHO, MÃO, PUNHO, COTOVELO, TORNOZELO E OMBRO)	400,00	450,00
247	RESSONÂNCIA MAGNETICA ATM POR LADO (SOMENTE BOCA ABERTA E FECHADA)	400,00	450,00
248	RESSONÂNCIA MAGNETICA BACIA OU PELVE	400,00	450,00
249	RESSONÂNCIA MAGNETICA COLANGIORESSONÂNCIA	550,00	600,00
250	RESSONÂNCIA MAGNETICA COLUNA CERVICAL	400,00	450,00
251	RESSONÂNCIA MAGNETICA COLUNA DORSAL	400,00	450,00
252	RESSONÂNCIA MAGNETICA COLUNA LOMBAR	400,00	450,00
253	RESSONÂNCIA MAGNETICA CRÂNIO	400,00	450,00
254	RESSONÂNCIA MAGNETICA FACE OU SEIO DA FACE	400,00	450,00
255	RESSONÂNCIA MAGNETICA MASTÓIDES OU OUVIDOS	400,00	450,00
256	RESSONÂNCIA MAGNETICA ORBITAS	400,00	450,00
257	RESSONÂNCIA MAGNETICA PESCOÇO – LARINGE, TIREÓIDE, FARINGE	400,00	450,00
258	RESSONÂNCIA MAGNETICA SELA TURCICA	400,00	450,00
259	RESSONÂNCIA MAGNETICA TÓRAX	400,00	450,00

## 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 e no Decreto Federal nº 1.651 de 28/09/95.

## CLÁUSULA TERCEIRA - DA VIGÊNCIA CONTRATUAL

3.1. O prazo de vigência deste contrato será de até **31 de JANEIRO de 2019**, 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.

**Parágrafo Único:** O prazo para execução dos serviços será até 31 de Janeiro de 2019.

## CLÁUSULA QUARTA - DO VALOR CONTRATUAL



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

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

4.1. Pela execução dos serviços previstos na cláusula primeira, o CREDENCIANTE pagará à CREDENCIADA o valor de até **R\$ 15.000,00** (quinze mil reais), 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:

4325	339034000000	OUTRAS DESPESAS DE PESSOAL DECORRENTES DE CONTRATOS	08.02.00.10.301.0014.2.040	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	4325
4529	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.00.10.302.0014.2.044	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	4503
4571	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.00.10.302.0014.2.044	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	4545
4602	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	08.02.00.10.302.0014.2.044	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	4587

## CLÁUSULA QUINTA - DOS REAJUSTES

5.1. O preço proposto é fixo e irrevogável até o prazo de **31 de JANEIRO de 2018**. No entanto, na hipótese de se efetivar a prorrogação prevista no subitem 3.1 deste Instrumento, o preço poderá ser reajustado com base na aprovação do Conselho Municipal de Saúde e valores da tabela SUS e Regional.

## CLÁUSULA SEXTA - DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

6.1. A remuneração dos serviços previstos no objeto deste contrato se dará unicamente com base nos Anexos IV e ordem de serviço.

6.2. Será efetuado o pagamento do valor referente aos serviços prestados até o dia 10 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;



# **Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR**

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

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

8.4. As multas aqui previstas não têm caráter compensatório, porém moratório e, conseqüentemente, 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.

## **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, 10 de Abril de 2018.

---

**DERCIO JARDIM JUNIOR**  
**PREFEITO MUNICIPAL**

---

**RODRIGO WESLEY SOBREIRA REVESSO**  
**SECRETARIO MUNICIPAL DE SAÚDE**

---

**CENTRO DE RADIODIAGNÓSTICO DE UMUARAMA LTDA**  
**CREDENCIADA.**



# **Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR**

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

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

---

**VALDEMIR RIBEIRO SPARAPAN**

**005.876.549-29**

**Testemunha**

---

**MARILDA ROSA NASCIMENTO SILVA**

**033.220.759-58**

**Testemunha**