



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

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

CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS 001 / 2018, TERMO DE INEXIGIBILIDADE 008/2018, PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE ALTO PARAÍSO.

TERMO DE CONTRATO Nº030/2018 PMAP, QUE ENTRE SI FAZEM O MUNICÍPIO DE ALTO PARAÍSO, ATRAVÉS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE A EMPRESA CARDI -CENTRO AVANÇADO DE RADIODIAGNÓSTICO 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 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 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 **CREDENCIANTE** e **CARDI - CENTRO AVANÇADO DE RADIODIAGNÓSTICO LTDA**, empresa Jurídica de direitos privados, inscrita no CNPJ nº: 05.241.325/0001 -80, com sede na Rua. Guadiana, 4095 - 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 **CREDENCIADO**, 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 008/2018, Processo nº 024/2018, homologado em 14/03/2018, 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

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



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

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

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\$
8	BIOPSIA DE FÍGADO	450,00	480,00
9	BIOPSIA DE PROSTATA 6 FRAGMENTOS (NECESSITA PREPARO)	450,00	480,00
10	BIOPSIA DE TIREOIDE E MAMA (AGULHA GROSSA/POR NODULO)	250,00	270,00
47	DENSITOMETRIA CORPO INTEIRO	180,00	210,00
48	DENSITOMETRIA OSSEA 2 SEGMENTOS (FEMUR E COLUNA LOMBAR)	110,20	135,00
49	DENSITOMETRIA OSSEA 3 SEGMENTOS (FEMUR, COLUNA LOMBAR E PUNHO)	150,00	175,00
180	MAMOGRAFIA BILATERAL DIGITAL	45,00	65,00
185	PAAF DE TIREOIDE E MAMA (AGULHA FINA/POR NODULO)	180,00	200,00
201	RAIO X DE ANTEBRAÇO AP/PERFIL (CADA LADO)	40,00	60,00
202	RAIO X DE ARCOS COSTÁIS (CADA LADO)	40,00	60,00
203	RAIO X DE ARCOS ZIGOMÁTICOS	40,00	60,00
204	RAIO X DE SEIOS DA FACE (WATERS E HIRTZ)	40,00	60,00
205	RAIO X DE ABDOME SIMPLES (NECESSITA DE PREPARO)	40,00	60,00
206	RAIO X DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMURAL (CADA LADO)	40,00	60,00
207	RAIO X DE ARTICULAÇÃO SACROÍLIACA	40,00	60,00
208	RAIO X DE BACIA EM AP	40,00	60,00
209	RAIO X DE BRAÇO AP/PERFIL (CADA LADO)	40,00	60,00
210	RAIO X DE CALCÂNEO (PERFIL EAXIAL) (CADA LADO)	40,00	60,00
211	RAIO X DE CAVUM OU ADENÓIDE (PERFIL)	40,00	60,00
212	RAIO X DE COLUNA CERVICAL (AP-PERFIL)	40,00	60,00
213	RAIO X DE COLUNA CERVICAL (OBLIQUAS OU FLEXÃO E EXTENSÃO)	40,00	60,00
214	RAIO X DE COLUNA DORSAL (AP-PERFIL)	40,00	60,00
215	RAIO X DE COLUNA DORSAL (OBLIQUAS OU FLEXÃO E EXTENSÃO)	40,00	60,00
216	RAIO X DE COLUNA LOMBAR (AP-PERFIL)	40,00	60,00
217	RAIO X DE COLUNA LOMBAR (OBLIQUAS OU FLEXÃO E EXTENSÃO)	40,00	60,00
218	RAIO X DE COLUNA PARA ESCOLIOSE AP/PERFIL	150,00	180,00
219	RAIO X DE COLUNA SACRO-CÓCCIX	40,00	60,00
220	RAIO X DE COLUNA TORÁCO-LOMBAR (AP-PERFIL)	40,00	60,00
221	RAIO X DE COTOVELO AP/PERFIL (CADA LADO)	40,00	60,00
222	RAIO X DE COXA (AP/PERFIL) (CADA LADO)	40,00	60,00
223	RAIO X DE CRÂNIO (AP-PERFIL)	40,00	60,00
224	RAIO X DE ESCANOMETRIA DE MEMBROS INFERIORES	100,00	130,00
225	RAIO X DE IDADE ÓSSEA EM AP	40,00	60,00
226	RAIO X DE JOELHO (AXIAL DE PATELA)	40,00	60,00
227	RAIO X DE JOELHO EM AP/PERFIL (CADA LADO)	40,00	60,00
228	RAIO X DE MÃO AP/OBLÍQUA (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

229	RAIO X DE MEMBROS INFERIORES	100,00	130,00
230	RAIO X DE NASAL	40,00	60,00
231	RAIO X DE OMBRO AP (CADA LADO)	40,00	60,00
232	RAIO X DE PÉ (AP/OBLIQUO) (CADA LADO)	40,00	60,00
233	RAIO X DE TELERRADIOGRAFIA	150,00	180,00
234	RAIO X DE TORAX AP/PERFIL	50,00	70,00
235	RAIO X DE TORAX EM AP	40,00	60,00
236	RAIO-X C/ CONTRASTE DE ESÔFAGO (6 HORAS DE JEJUM)	120,00	150,00
237	RAIO-X C/ CONTRASTE DE SERIOGRAFIA EED (ESÔFAGO, ESTÔMAGO E DUODENO) 6 HORAS JEJUM	120,00	150,00
238	RAIO-X C/ CONTRASTE DE COLANGIOGRAFIA PELO DRENO KEHR (EXAME PÓS OPERATORIO)	190,00	220,00
239	RAIO-X C/ CONTRASTE DE ENEMA OPACO (NECESSITA PREPARO)	150,00	180,00
240	RAIO-X C/ CONTRASTE DE HISTEROSALPINGOGRAFIA	190,00	220,00
241	RAIO-X C/ CONTRASTE DE TRANSITO INTESTINAL	120,00	150,00
242	RAIO-X C/ CONTRASTE DE URETROCISTOGRAFIA ADULTO MICCIONAL/RETROGRADA	190,00	220,00
243	RAIO-X C/ CONTRASTE DE URETROCISTOGRAFIA CRIANÇA MICCIONAL/RETROGRADA	190,00	220,00
244	RAIO-X C/ CONTRASTE DE UROGRAFIA EXCRETORA (NECESSITA PREPARO)	180,00	210,00
276	TOMOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	148,63	170,00
277	TOMOGRAFIA DE ANGIOTOMOGRAFIA CRÂNIO	295,00	320,00
278	TOMOGRAFIA DE ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDOME TOTAL (NECESSITA PREPARO) SÃO 2 PROCEDIMENTOS	295,00	320,00
279	TOMOGRAFIA DE ANGIOTOMOGRAFIA DE TORAX (COM PREPARO)	295,00	320,00
280	TOMOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES	96,75	130,00
281	TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL	96,76	130,00
282	TOMOGRAFIA DE COLUNA DORSAL	96,76	130,00
283	TOMOGRAFIA DE COLUNA LOMBAR	111,10	145,00
284	TOMOGRAFIA DE CRÂNIO	107,44	140,00
285	TOMOGRAFIA DE FACE OU SEIO DA FACE	96,75	130,00
286	TOMOGRAFIA DE MASTÓIDES OU OUVIDOS	96,75	130,00
287	TOMOGRAFIA DE ÓRBITAS	160,00	190,00
288	TOMOGRAFIA DE PELVE OU BACIA	148,63	170,00
289	TOMOGRAFIA DE PESCOÇO - LARINGE, TIREÓIDE, FARINGE	96,75	130,00
290	TOMOGRAFIA DE SELA TÚRSICA	107,44	140,00
291	TOMOGRAFIA DE TÓRAX	146,41	170,00
292	TOMOGRAFIA DE UROTOMOGRAFIA ABDOMINAL (NECESSITA PREPARO)	272,60	310,00
293	ULTRASSONOGRAMA COM DOPPLER ARTERIAL <u>MEMBRO INFERIOR BILATERAL</u>	380,00	410,00
294	ULTRASSONOGRAMA COM DOPPLER ARTERIAL <u>MEMBRO INFERIOR UNILATERAL</u>	190,00	220,00
295	ULTRASSONOGRAMA COM DOPPLER ARTERIAL MEMBRO SUPERIOR	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

	<u>BILATERAL</u>		
296	ULTRASSONOGRRAFIA COM DOPPLER ARTERIAL <u>MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL</u>	190,00	220,00
297	ULTRASSONOGRRAFIA COM DOPPLER VENOSO <u>MEMBRO INFERIOR BILATERAL</u> (TROMBOSE)	380,00	410,00
298	ULTRASSONOGRRAFIA COM DOPPLER VENOSO <u>MEMBRO INFERIOR BILATERAL</u> (VARIZES)	380,00	410,00
299	ULTRASSONOGRRAFIA COM DOPPLER <u>VENOSO MEMBRO INFERIOR UNILATERAL</u> (TROMBOSE)	190,00	220,00
300	ULTRASSONOGRRAFIA COM DOPPLER VENOSO <u>MEMBRO INFERIOR UNILATERAL</u> (VARIZES)	190,00	220,00
301	ULTRASSONOGRRAFIA COM DOPPLER VENOSO <u>MEMBRO SUPERIOR BILATERAL</u>	380,00	410,00
302	ULTRASSONOGRRAFIA COM DOPPLER VENOSO <u>MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL</u>	190,00	220,00
303	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (fígado, vias biliares, vesícula, pâncreas, baço)	100,00	120,00
304	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL (abdômen superior, retroperitônio, rins e bexiga)	120,00	140,00
305	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO (rins e bexiga)	100,00	120,00
306	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO (joelho, cotovelo, ombro, punho, mão, tornozelo, panturrilha em alguns casos)	120,00	140,00
307	ULTRASSONOGRRAFIA DE DOPPLER DE ABDÔMEN TOTAL	170,00	190,00
308	ULTRASSONOGRRAFIA DE DOPPLER DE ARTÉRIAS RENAIIS (necessita preparo p/exame)	200,00	220,00
309	ULTRASSONOGRRAFIA DE DOPPLER DE CARÓTIDAS	130,00	150,00
310	ULTRASSONOGRRAFIA DE DOPPLER DE TV, TIREOIDE, MAMA, AB SUPERIOR.	145,00	165,00
311	ULTRASSONOGRRAFIA DE DOPPLER OBSTÉTRICO (cada feto)	140,15	160,15
312	ULTRASSONOGRRAFIA DE DOPPLER PERI/PRE AURICULAR	100,00	120,00
313	ULTRASSONOGRRAFIA DE DOPPLER TESTICULO	189,00	219,00
314	ULTRASSONOGRRAFIA DE HIPOCONDRIO DIREITO (fígado, vesícula, vias biliares, pâncreas)	100,00	120,00
315	ULTRASSONOGRRAFIA DE OBSTÉTRICA (cada feto)	100,00	120,00
316	ULTRASSONOGRRAFIA DE OBSTETRICO 1º TRIMESTRE (cada feto)	100,00	120,00
317	ULTRASSONOGRRAFIA DE OBSTETRICO MORFOLÓGICO (cada feto/pode realizar de 20 a 29 semanas)	140,15	160,15
318	ULTRASSONOGRRAFIA DE ORBITA (UNILATERAL)	150,00	170,00
319	ULTRASSONOGRRAFIA DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (MAMAS, REGIÃO CERVICAL, TIREOIDE)	100,00	120,00
320	ULTRASSONOGRRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	115,00	135,00
321	ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES OU AXILAS POR LADO	120,00	140,00
322	ULTRASSONOGRRAFIA DE PÉLVICA (GINICOLÓGICA VIA ABDOMINAL)	100,00	120,00
323	ULTRASSONOGRRAFIA DE PÉLVICA (VIA TRANS – VAGINAL)	100,00	120,00
324	ULTRASSONOGRRAFIA DE PENIS	160,00	180,00
325	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)	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

326	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL) (necessita preparo p/exame)	120,00	140,00
327	ULTRASSONOGRAFIA DE REGIAO AXILAR (POR LADO)	146,00	166,00
328	ULTRASSONOGRAFIA DE REGIÃO INGUINAL (POR LADO)	120,00	140,00
329	ULTRASSONOGRAFIA DE SUBMANDIBULAR	145,00	165,00
330	ULTRASSONOGRAFIA DE SUPRA RENAL	90,00	110,00
331	ULTRASSONOGRAFIA DE TESTICULO SEM DOPPLER	89,00	109,00
332	ULTRASSONOGRAFIA DE TRANSFONTANELAS	100,00	120,00
333	ULTRASSONOGRAFIA DE TRANSLUCENCIA NUCAL (DE 9 A 13 SEMANAS)	150,00	170,00

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

4.1. Pela execução dos serviços previstos na cláusula primeira, o CREDENCIANTE pagará à CREDENCIADA o valor de até **R\$ 20.000,00** (vinte 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:

Desp.	Elemento	Descrição	Funcional	Unidade	Princ.
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 irreajustável até o prazo de **31 de JANEIRO de 2019**. 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.



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 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;

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.

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.



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

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

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

CARDI - CENTRO AVANÇADO DE RADIODIAGNÓSTICO LTDA
CREDENCIADA.

VALDEMIR RIBEIRO SPARAPAN
005.876.549-29
Testemunha

MARILDA ROSA NASCIMENTO SILVA
033.220.759-58
Testemunha