



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 013/2018, PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE ALTO PARAÍSO.

TERMO DE CONTRATO Nº073/2018 PMAP, QUE ENTRE SI FAZEM O MUNICÍPIO DE ALTO PARAÍSO, ATRAVÉS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE A EMPRESA RADIOCLINICA DIAGNOSTICO POR IMAGEM E REUMATOLOGIA LTDA ME, 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 **RADIOCLINICA DIAGNOSTICO POR IMAGEM E REUMATOLOGIA LTDA ME**, empresa Jurídica de direitos privados, inscrita no CNPJ nº: 23.412.642/0001-01, com sede na AV. Ângelo Moreira da Fonseca, nº 3787. Umuarama – PR, nesse ato representado pelo **Sr. MARCIA ALESSANDRA ARANTES MARQUES**, brasileira, médica, CRM-PR nº. 21246/PR RG. nº.6.200.072-4 SESP/PR, CPF/MF nº.066.398.729-56, 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 013/2018, Processo nº 050/2018, homologado em 11/04/2018, 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 Acórdão 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 CRENCIADO 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\$
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
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
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



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

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

234	RAIO X DE TORAX AP/PERFIL	50,00	70,00
235	RAIO X DE TORAX EM AP	40,00	60,00
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	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER ARTERIAL <u>MEMBRO INFERIOR BILATERAL</u>	380,00	410,00
294	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER ARTERIAL <u>MEMBRO INFERIOR UNILATERAL</u>	190,00	220,00
295	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER ARTERIAL <u>MEMBRO SUPERIOR BILATERAL</u>	380,00	410,00
296	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER ARTERIAL <u>MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL</u>	190,00	220,00
297	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER VENOSO <u>MEMBRO INFERIOR BILATERAL</u> (TROMBOSE)	380,00	410,00
298	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER VENOSO <u>MEMBRO INFERIOR BILATERAL</u> (VARIZES)	380,00	410,00
299	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER VENOSO <u>MEMBRO INFERIOR UNILATERAL</u> (TROMBOSE)	190,00	220,00
300	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER VENOSO <u>MEMBRO INFERIOR UNILATERAL</u> (VARIZES)	190,00	220,00
301	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER VENOSO <u>MEMBRO SUPERIOR BILATERAL</u>	380,00	410,00
302	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER VENOSO <u>MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL</u>	190,00	220,00
303	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (fígado, vias biliares, vesícula, pâncreas, baço)	100,00	120,00
304	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL (abdômen superior, retroperitônio, rins e bexiga)	120,00	140,00
305	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO (rins e bexiga)	100,00	120,00
306	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (joelho, cotovelo, ombro, punho, mão, tornozelo, panturrilha em alguns casos)	120,00	140,00
307	ULTRASSONOGRAFIA DE DOPPLER DE ABDÔMEN TOTAL	170,00	190,00
308	ULTRASSONOGRAFIA DE DOPPLER DE ARTÉRIAS RENAS (necessita preparo p/exame)	200,00	220,00
309	ULTRASSONOGRAFIA DE DOPPLER DE CARÓTIDAS	130,00	150,00
310	ULTRASSONOGRAFIA DE DOPPLER DE TV, TIREOIDE, MAMA, AB SUPERIOR.	145,00	165,00
313	ULTRASSONOGRAFIA DE DOPPLER TESTICULO	189,00	219,00
314	ULTRASSONOGRAFIA DE HIPOCONDRIO DIREITO (fígado, vesícula, vias biliares, pâncreas)	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

319	ULTRASSONOGRAFIA DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (MAMAS, REGIÃO CERVICAL, TIREOIDE)	100,00	120,00
320	ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	115,00	135,00
321	ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES OU AXILAS POR LADO	120,00	140,00
322	ULTRASSONOGRAFIA DE PÉLVICA (GINICOLÓGICA VIA ABDOMINAL)	100,00	120,00
323	ULTRASSONOGRAFIA DE PÉLVICA (VIA TRANS – VAGINAL)	100,00	120,00
324	ULTRASSONOGRAFIA DE PENIS	160,00	180,00
325	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)	100,00	120,00
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

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\$ 30.000,00** (trinta 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



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 QUINTA - DOS REAJUSTES

5.1. O preço proposto é fixo e irreeajustável 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.

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, 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



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

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

11.1. 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, 17 de Maio de 2018.

DERCIO JARDIM JUNIOR
PREFEITO MUNICIPAL

RODRIGO WESLEY SOBREIRA REVESSO
SECRETARIO MUNICIPAL DE SAÚDE

RADIOCLINICA DIAGNOSTICO POR IMAGEM E REUMATOLOGIA LTDA ME
CRENCIADA.

VALDEMIR RIBEIRO SPARAPAN
005.876.549-29
Testemunha

MARILDA ROSA NASCIMENTO SILVA
033.220.759-58
Testemunha