

**EDITAL RETIFICADO CREDENCIAMENTO Nº 001/2019**

**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CACHOEIRA DOURADA/GO**, por intermédio de sua Comissão Permanente de Licitações designados pelo Decreto Municipal n.º 641/2018, torna público aos interessados que o **CREDENCIAMENTO RETIFICADO Nº 001/2019** para contratação de **pessoas jurídica** de serviços profissionais, hospitalares e de exames complementares para atender as necessidades do **Hospital Municipal José Xavier De Castro** e demais unidades que compõem o **SISTEMA DE SAÚDE** do Município de Cachoeira Dourada/GO, ficará aberto para entrega dos documentos do dia de **29 de NOVEMBRO até 20 de DEZEMBRO de 2018, das 09:00 as 16h**, sendo aberto no dia **21/12/2018 às 09:30h**, uma vez que se exige a contratação de alguns profissionais para iniciarem a prestação de seus serviços a partir do dia 01 de janeiro do ano de 2019.

**1- OBJETO**

1.1. Constitui objeto deste procedimento o **credenciamento de profissionais e de pessoas jurídicas para prestação de serviços na área de saúde, para as seguintes atividades/especialidades:**

ITEM	ESPECIALIDADE
01	ANATOMIA PATOLOGICA
02	AUXILIAR DE SAUDE BUCAL -ASB
03	BIOLOGO
04	ANESTESISTA
05	ANGIOLOGISTA
06	BIOLOGO
07	BANCO DE SANGUE
08	BIOMÉDICO
09	CARDIOLOGISTA
10	CIRURGIA GERAL
11	CLINICO GERAL



12	<b>DENTISTA</b>
13	<b>DERMATOLOGISTA</b>
14	<b>DIRETOR CLINICO</b>
15	<b>AUDITOR DE AIH</b>
16	<b>MÉDICO DO TRABALHO</b>
17	<b>ENDOCRINOLOGISTA</b>
18	<b>ENFERMEIRO PADRÃO</b>
19	<b>EXAMES ENDOSCOPICOS</b>
20	<b>FARMACÊUTICO</b>
21	<b>FISIOTERAPEUTA</b>
22	<b>FONOAUDIOLOGA</b>
23	<b>GASTROENTEROLOGISTA</b>
24	<b>GERIATRA</b>
25	<b>GINECOLOGISTA</b>
26	<b>MASTOLOGISTA</b>
27	<b>MÉDICO DA FAMÍLIA</b>
28	<b>MÉDICO RADIOLOGISTA</b>
29	<b>NEUROLOGISTA</b>
30	<b>NUTRICIONISTA</b>
31	<b>OBSTETRICA</b>
32	<b>OFTALMOLOGISTA</b>
33	<b>ORTOPEDISTA</b>



34	<b>OTORRINOLARINGOLOGISTA</b>
35	<b>PEDIATRA</b>
36	<b>PEDIATRIA NEONATAL</b>
37	<b>PLANTONISTA</b>
38	<b>PROTETICO DENTÁRIO</b>
39	<b>PSICOLOGO</b>
40	<b>PSIQUIATRA</b>
41	<b>REUMATOLOGISTA</b>
42	<b>RX ODONTOLOGICO</b>
43	<b>SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</b>
44	<b>SERVIÇOS DE UTI</b>
45	<b>SERVIÇOS DE UTI MOVEL</b>
46	<b>TÉCNICO EM RADIOLOGIA</b>
47	<b>TÉCNOLOGA EM RADIOLOGIA</b>
48	<b>UROLOGISTA</b>

## **2 - DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO**

2.1 - Para participar deste certame, o proponente deverá acondicionar dentro de envelope hermeticamente fechado, contendo em sua face externa, a razão social da empresa, o número do edital de credenciamento e escrito à frase “Documentos para Credenciamento”, os seguintes documentos:

### **2.1.1 - PESSOA JURÍDICA**

**2.1.1.1. REGISTRO E CERTIDÃO DE QUITAÇÃO** da entidade de saúde competente junto ao Conselho Regional ao qual está submetido, bem como certidão de ética e quitação do responsável técnico;

**2.1.1.2. DOCUMENTO DE IDENTIDADE PROFISSIONAL** (carteira profissional) e diploma legal de graduação do responsável técnico devidamente registrado no órgão ou entidade competente;

**2.1.1.3. ALVARÁ DE FUNCIONAMENTO EM PLENA VALIDADE;**

**2.1.1.4. ALVARÁ EXPEDIDO PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA em plena validade** (quando for o caso).

**Obs. 1** - Os interessados às vagas que não possuem regulamentação técnica, por se tratarem de funções, deverão apresentar:

**2.1.1.5.** Comprovante de Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (**CNPJ**) do estabelecimento que participará da licitação, nos termos da IN-SRF 200/2002;

**2.1.1.6. Contrato Social** e/ou última alteração consolidada, registrados na Junta Comercial;

**2.1.1.7.** Se sociedade civil, prova da inscrição da entidade no Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas, ou no Conselho Federal competente;

**2.1.1.8.** Prova de inscrição no cadastro de contribuintes **Estadual** e municipal, se for o caso) pertinente ao objeto;

**2.1.1.9.** Prova de regularidade para com a Fazenda Pública **Federal** e Dívida Ativa da União;

**2.1.1.10.** Prova de regularidade para com a Fazenda Pública **Estadual**;

**2.1.1.11.** Prova de regularidade para com a Fazenda Pública **Municipal**, do domicílio ou da sede do licitante, e do **Município de Cachoeira Dourada/GO** (ou outra equivalente na forma da lei)

**2.1.1.12.** Prova de regularidade para com a Seguridade Social –**CND (INSS)**;

**2.1.1.13.** Prova de regularidade para com o **FGTS (CEF)**.

**2.1.1.14.** Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (**CNDT**) – Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452 de 1º de maio de 1943. (<http://www.tst.jus.br/certidao>.)

**2.1.1.15.** Comprovante de inscrição da empresa ou dos profissionais no **Conselho Regional da Categoria**;

**2.1.1.16.** Comprovante do título de especialista do profissional, na área de atuação indicada no documento de credenciamento;

**2.1.1.17.** Declaração emitida pelo licitante, assegurando a inexistência de impedimento legal para licitar ou contratar com a Administração Pública, podendo ser utilizado o modelo do **ANEXO III**.

**2.1.1.18.** Declaração do licitante assinado pelo representante legal, informando que cumpre a proibição prevista no art. 7º da CF/88 (que não emprega, menor de quatorze anos, salvo na condição de aprendiz) – modelo **ANEXO IV**.

**2.1.1.19.** Formulário de Credenciamento, devidamente preenchido, indicando a especialidade em que se pretende credenciar, conforme modelo constante no **ANEXO II** deste instrumento convocatório.

**2.1.1.19.a** - Tratando-se de procurador, o mesmo deverá apresentar instrumento particular de procuração, para fins de credenciamento.

**2.1.1.19.b** - O representante legal ou procurador deverá identificar-se exibindo documento oficial que contenha foto.

**2.1.1.19.c** - O representante legal do licitante que não se credenciar perante o Presidente da Comissão Permanente de Licitação, ficará impedido de manifestar sobre qualquer fato que ocorra durante a sessão.

**2.1.1.20 – As certidões ou documentos que não contiverem prazo de validade reputar-se-ão válidos aqueles com prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir de sua emissão.**

**Obs. 1** - Os interessados às vagas que não possuem regulamentação técnica, por se tratarem de funções, deverão apresentar:

I – No caso de **Auditoria Médica, Auditoria em Serviços de Saúde e Gestor Hospitalar**, os candidatos deverão **possuir formação na área ou especialização, bem como registro no conselho de cada categoria**. Ou seja, para Auditoria Médica formação em Medicina acrescida de especialização em Auditoria. Para Auditoria em Serviços de Saúde curso superior em Enfermagem, Farmácia, Administração ou Gestão Hospitalar, acrescido de especialização. Gestor Hospitalar curso superior em Administração, acrescido de especialização em Gestão Hospitalar ou curso Superior Tecnológico em Gestão Hospitalar.

**Obs. 2** – No caso de Autorizador Médico, formação em Medicina, bem como registro no conselho da categoria (não é necessário especialização ou curso).

**2.2** - Os envelopes de “**DOCUMENTOS PARA HABILITAÇÃO**” deverão ser protocolados na Prefeitura Municipal de Cachoeira Dourada/GO, situada na Praça dos Três Poderes, nº 10, Centro, - Departamento de Licitações e Compras, em horário de atendimento, **das 09:00 as 16:00h**.

**2.3** - Os documentos de habilitação só serão aceitos em envelopes fechados, endereçados à Comissão Permanente de Licitação, contendo o número deste Edital.

**2.4** - Os documentos poderão ser apresentados em original, ou em cópias autenticadas por cartório competente ou por membro da Comissão Permanente de Licitação.

### **3 - DO PROCEDIMENTO DE RECEBIMENTO, ABERTURA E JULGAMENTO**

**3.1** - Os envelopes serão recebidos e protocolados até o dia **20 de dezembro de 2018, 09:00 as 16:00h, no Departamento de Licitação**, localizado no endereço constante no preâmbulo.

**3.2** - A abertura do envelope “Documentos para Credenciamento” será realizada pela Comissão Permanente de Licitação, designada pelo Decreto nº 641/2018 da Prefeitura Municipal de Cachoeira Dourada/GO, no dia 21 de dezembro de 2018, as 09:30 horas, no Departamento de Licitação, localizado no endereço constante no preâmbulo.

**3.3** - Caberá à Comissão de Licitação abrir os envelopes da habilitação. Caso algum licitante não preencha os requisitos exigidos, será impreterivelmente desclassificado deste procedimento.

**3.4** - A apresentação de documentação no processo implica na concordância com as normas estabelecidas no mesmo.

**3.5** - No caso de comparecimento de mais de um licitante para a mesma vaga, na primeira etapa de abertura dos envelopes, o critério de seleção/desempate será por sorteio;

3.6 – Os licitantes que comparecerem após a primeira etapa de abertura, designada no item 3.1 deste edital, serão **cadastrados** para prestação dos serviços de saúde e serão chamados, no caso de surgimento de vagas, obedecendo-se a ordem cronológica de credenciamento e cadastramento.

3.7 - Após a classificação, a Comissão Permanente de Licitação divulgará o resultado afixando a listagem no mural da Prefeitura e aguardará o prazo de 05 (cinco) dias úteis para a interposição de recursos, por escrito.

3.8 - Decorrido o prazo referido no item 3.7, sem interposição de recursos ou respondidos os conflitos pertinentes, a comissão enviará o procedimento ao chefe do executivo, para que este ratifique o credenciamento.

#### **4 - DOS RECURSOS**

4.1 - Das decisões proferidas pela Comissão Permanente de Licitação caberá recurso no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da intimação do ato ou lavratura da Ata, mediante documento escrito;

4.2 - O recurso será dirigido à Presidente da Comissão Permanente de Licitações, a qual poderá reconsiderar sua decisão pela maioria de votos dos membros da Comissão. O recurso, devidamente informado, será encaminhado ao Gestor FMS, para conhecimento da situação;

4.3 - Faculta aos proponentes a renúncia aos prazos recursais de que trata o art. 109 da Lei 8.666/93. Para tanto, deverá ser informada tal decisão por meio do Termo de Renúncia, o qual deverá ser juntado ao envelope denominado “**Documentos para Credenciamento**”, ou expressamente, com aposição de assinatura na Ata referente à fase para a qual se pretende renunciar ao prazo;

4.4 - Ao se constatar a desistência, expressa de interposição de recurso à fase de habilitação, caberá à Comissão Permanente de Licitação prosseguir, imediatamente, no procedimento licitatório com a fase seguinte, publicação do resultado para fins de novos credenciados.

#### **5 - DAS CONDIÇÕES DA CREDENCIANTE**

5.1 – O Município se reserva ao direito de estabelecer o preço dos serviços prestados, nos termos do art. 40, inciso X da Lei nº 8.666/93, estando os preços de referência dispostos no Anexo I. Previamente aprovado pelo conselho de saúde podendo alterar os referidos valores.

#### **6 - DOS PAGAMENTOS E REAJUSTES**

6.1 - O pagamento será efetuado até o dia 30 (TRINTA) do mês subsequente ao serviço prestado, mediante a apresentação do documento fiscal correspondente e **relatório de consultas realizadas/horas trabalhadas, apurado e relatado pela Secretaria Municipal de Saúde.**

6.1.1 - Em qualquer hipótese, não serão computados para efeito de pagamento, consultas ou serviços prestados a revelia de autorização.



6.2 - Por ocasião do pagamento as pessoas jurídicas deverão emitir nota fiscal dos serviços prestados.

6.2.1 - Em caso de pagamento de pessoas jurídicas, havendo irregularidade na emissão dos documentos fiscais, o prazo para pagamento será de até 15 (quinze) dias contados da sua reapresentação, desde que devidamente regularizados, não podendo o atraso ser imputado à administração.

6.3 – Os valores das consultas, procedimentos ou serviços somente serão reajustados, se houver algum fato superveniente ou reajuste na tabela, devidamente aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde, tendo como parâmetro cada especialidade ou serviço, isoladamente. PODENDO OS REFERIDOS VALORES SOFREREM ALTERAÇÕES DURANTE A EXECUÇÃO DO CONTRATO MEDIANTE EDIÇÃO DE TERMO ADITIVO.

## **7 - DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS E DA ASSINATURA DO TERMO DE CREDENCIAMENTO**

7.1 - Os licitantes, a critério da Administração e observados os dispositivos do art. 62, §§ 2º e 4º da Lei 8.666/93, será convocado para assinatura do Termo de Credenciamento e terá um prazo de até 05 (cinco) dias para assinatura do mesmo.

7.1.1 - É assegurada a prorrogação do prazo de que trata o item anterior, por igual período, desde que solicitado pela parte durante seu transcurso e ou ocorra motivo justificado e aceito pela Administração.

7.2 - A recusa injustificada do credenciado em assinar o Termo de Credenciamento ou retirar o documento equivalente, implicará em suspensão temporária de participar em licitação e impedimento de contratar com o município, por um prazo de até 02 (dois) anos.

7.3 - O Termo de Credenciamento vigorará por **12 (doze) meses**, iniciando-se a partir da data de assinatura.

7.3.1 – A vigência que trata o item anterior poderá ser prorrogada, em conformidade com o art. 57, inc. II da Lei nº 8.666/93.

7.4 - Os proponentes credenciados ficam obrigados a aceitar, nas mesmas condições da proposta adjudicada, acréscimos ou supressão, nos limites estabelecidos no artigo 65, § 1º da Lei nº 8.666/93, do objeto licitado, conforme pactuado entre as partes.

7.5 - O CREDENCIADO não poderá cobrar do paciente, ou seu responsável, qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados.

**7.6 - A remuneração recebida pelo credenciado em contraprestação aos serviços prestados não gerará direito adquirido, não havendo nenhum vínculo de natureza trabalhista ou previdenciária.**

7.7 - Os atendimentos serão fiscalizados para Secretaria Municipal de Saúde, a qual compete designar os benefícios, em sistema de rodízio aos proponentes credenciados numa mesma modalidade, visando a melhor distribuição dos serviços ao maior número de credenciados.

7.8 - As vagas não preenchidas e as que surgirem por motivo de descredenciamento poderá ser preenchidas ao longo do exercício de 2019, como também nos anos seguintes, no caso de prorrogação dos prazos dos credenciamentos, nos termos do art. 57, inc. II da Lei nº 8.666/93 e alterações posteriores, por credenciados na reserva ou novos que se habilitarem, de acordo com ordem cronológica de habilitação.

A Inscrição no credenciamento não garante a contratação do interessado pelo FMS.

## **8- INFRAÇÕES E PENALIDADES**

8.1- Ao Credenciado, total ou parcialmente inadimplente, serão aplicadas as sanções legais, a saber:

8.1.1. Advertência;

8.1.2. Multa administrativa, graduável conforme a gravidade da infração, não excedendo em seu total a 2% (dois por cento) do valor do Termo de Credenciamento;

8.1.3. Suspensão temporária de participação em licitações e impedimento de contratar com o município por prazo de 02 (dois) anos;

8.1.4. O proponente credenciado ficará sujeita à multa pecuniária de 0,1% (um décimo de por cento) por dia de atraso do início da prestação de serviços, sem prévia comunicação ao setor de compras/licitações, até o limite de 02 (dois por cento) do valor do Termo de Credenciamento.

8.2 - A qualquer tempo serão aceitas denúncias por parte dos usuários, as quais serão averiguadas por comissão especial designada pela Secretaria Municipal da Saúde. Comprovada a consistência das denúncias haverá rescisão do contratado e, ainda, o descredenciamento.

## **9 – DA(S) DOTAÇÃO(ÕES) ORÇAMENTÁRIA(S)**

9.1- As despesas decorrentes desta licitação correrão por conta das dotações do orçamento vigente.

**15.15.10.302.0210.2.075.3.3.90.34.00 – 437- Fonte 102**

**15.15.10.302.0210.2.075.3.3.90.34.00 – 437- Fonte 114**

**15.15.10.301.0052.2.037.3.3.90.39.00 – 382-Fonte 102**

**15.15.10.301.0052.2.037.3.3.90.39.00 – 382- Fonte 114**

**15.15.10.301.0052.2.037.3.3.90.34.00 – 380-Fonte 102**

**15.15.10.301.0052.2.037.3.3.90.34.00 – 380- Fonte 114**



**15.15.10.301.5012.1.027.3.3.90.34.00-391-Fonte 114**  
**15.15.10.301.5012.1.041.3.3.90.34.00-404-Fonte 114**  
**15.15.10.301.5012.1.042.3.3.90.34.00-4012-Fonte 114**

## **10- DO DESCREDENCIAMENTO**

10.1- A Administração poderá rescindir o Termo de Credenciamento, independentemente de qualquer notificação judicial ou extrajudicial, na ocorrência das seguintes hipóteses, além das previstas no **artigo 78, inciso I a X e XVII, da Lei 8.666/93**, assegurada a ampla defesa.

- a) Inadimplemento de quaisquer das obrigações no Termo de Credenciamento;
- b) Transferência ou cessão total ou parcial da prestação de serviços credenciados a terceiros.

## **11- DO FORO**

11.1 -Para questões suscitadas e não resolvidas administrativamente, elege-se como competente para dirimi-las o Foro da Comarca de Cachoeira Dourada/GO, que os conhecerá e julgará, na forma da Lei.

## **12- DISPOSIÇÕES FINAIS**

12.1- Aplicam-se a esta licitação e contratos administrativos a Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores;

12.2 - Compete às empresas habilitadas neste Edital a responsabilidade pela conduta no exercício objeto deste Edital.

12.3 - Os licitantes habilitados e credenciados responderão civil e criminalmente pelos danos causados ao poder público ou a terceiros, na execução deste.

12.4- Esta Licitação poderá ser revogada, anulada ou cancelada, por provação ou de ofício, por ato da Prefeita, sempre por interesse público devidamente justificado que se fundamente em fato superveniente, não assistindo aos Licitantes qualquer direito de representação, protesto ou indenização.

12.5- Caso todos os proponentes sejam desclassificados, não atendendo aos critérios definidos neste Edital, faculta à Administração rejeitá-las em sua totalidade, anulando o certame, ou fazer uso das prerrogativas do § 3º do Art. 48 da Lei 8.666/93.

12.6- A Comissão Permanente de Licitações poderá a seu critério, suspender a reunião, sempre que assim julgar necessário e em qualquer fase, a fim de ter melhores condições de analisar a documentação apresentada, marcando na oportunidade nova data e horário em que voltará a reunir-

se com os interessados, ocasião em que será apresentado o resultado da análise pertinente à fase prorrogada.

12.7 - A qualquer momento poderão ser feitas novas inclusões no rol de Credenciados, obedecendo, sempre, as condições vigentes, ou seja, será permitido o credenciamento, a qualquer tempo, de qualquer interessado que preencha as condições mínimas exigidas, durante a vigência desse credenciamento.

12.8 -O Credenciamento será amplamente divulgado e estará aberto aos interessados, obrigando-se a Administração a proceder, no mínimo anualmente, através da imprensa oficial e de jornal diário, o chamamento visando o ingresso de novos interessados que desconheçam o credenciamento em vigor.

12.9- Todos os esclarecimentos complementares sobre este processo licitatório poderão ser obtidos junto a Comissão de Licitação, sediada na Praça dos Três Poderes, nº 10, Centro, - Departamento de Licitações e Compras, em horário de atendimento, das 08h às 11 horas e das 14h às 16h, ou pelo e-mail [licitacoes@cachoeiradourada.go.gov.br](mailto:licitacoes@cachoeiradourada.go.gov.br), de segunda a sexta-feira em dias de expediente.

Cachoeira Dourada/GO, 14 de novembro de 2018.

**KATIENE CALIXTO COSTA E SILVA**  
**Presidente da CPL**

**ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA  
TABELA DE VALORES PARA CREDENCIAMENTO**

ESPECIALIDADE	MODALIDADE	LOCAL DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR UNITARIO R\$:	VALOR TOTAL ESTIMADO R\$
<b>ANATOMIA PATOLÓGICA</b>	EXAMES DE NATOMIA PATOLOGICA E IMUNOHISTOQUIMOCO.	PARTICULAR	➤ 40,00- CADA BIOPSIA (ATÉ DE 40 PEÇAS MENSAIS)	R\$ 19.200,00
	PAPANICOLAU.		➤ 25,00- CADA ANALISE (ESTIMATIVA DE 50/MÊS)	R\$ 15.000,00
<b>ANESTESISTA</b>	PROCEDIMENTOS CLINICOS E CIRURGICOS DE ACORDO COM O PORTE DE ANESTESIA CLASSIFICADO DE 0 A 5, CONFORME TABELA CBHPM	HOSPITAL MUNICIPAL “JOSÉ XAVIER DE CASTRO”	400,00 A 800,00; DEPEDENDO DO PORTE ANESTESIA, (APROXIMADA DE 25 POR MÊS)	R\$ 240.000,00
<b>ANESTESISTA</b>	PLANTÃO DE RETAGURADA URGENCIA E EMERGENCIA E PROCEDIMENTOS CLINICOS E CIRURGICOS CONFORME TABELA CBHPM	HOSPITAL MUNICIPAL “JOSÉ XAVIER DE CASTRO”	12H, 250,00 (APROXIMADO DE 62 POR MÊS)	R\$ 186.000,00



<b>ANGIOLOGISTA</b>	CONSULTA ESPECIALIZADA EM ANGIOLOGISTA	CLÍNICA PARTICULAR/HOSPITAL	150,00 POR CONSULTA (APROXIMADO 10 CONSULTAS/MÊS)	R\$ 18.000,00
<b>ANGIOLOGISTA</b>	EXAMES E PROCEDIMENTOS CLÍNICOS E CIRURGICOS CONFORME TABELA CBHPM	CLÍNICA PARTICULAR/HOSPITAL	ATÉ 4.000,00/MÊS (APROXIMADO 10 CONSULTAS/MÊS)	R\$ 48.000,00
<b>AUDITOR DE AIH</b>	AUDITOR DE AIH DO HOSPITAL MUNICIPAL "JOSÉ XAVIER DE CASTRO" 40H SEMANAIS.	HOSPITAL MUNICIPAL "JOSÉ XAVIER DE CASTRO"	1.500,00 MENSAL	R\$ 18.000,00
<b>AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL - ASB</b>	ATENDIMENTO DE AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL - ASB 40 HORAS SEMANAIS CONFORME ESCALA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	HOSPITAL MUNICIPAL "JOSÉ XAVIER DE CASTRO" E UNIDADES DE SAÚDE.	R\$ 1.508,00 MENSAL	R\$ 18.096,00
<b>BANCO DE SANGUE</b>	HEMODERIVADOS	HOSPITAL MUNICIPAL "JOSÉ XAVIER DE CASTRO"	10.000,00 MENSAL	R\$ 120.000,00
<b>BIOLOGO</b>	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO COMO BIOLOGO; CONFORME ESCALA DA SECRETARIA DE SAÚDE. 30H SEMANAIS.	HOSPITAL MUNICIPAL "JOSÉ XAVIER DE CASTRO", PSF E UNIDADES DE SAÚDE	2.200,00 MENSAL	R\$ 26.400,00
<b>BIOMÉDICO</b>	FUNÇÃO BIOMÉDICA. CONFORME ESCALA DA SECRETARIA DE SAÚDE. 30H SEMANAIS.	HOSPITAL MUNICIPAL "JOSÉ XAVIER DE CASTRO" E UNIDADES DE SAÚDE.	2.400,00 MENSAL	R\$ 28.800,00
<b>CARDIOLOGISTA</b>	REALIZAÇÃO DE EXAMES CARDIOLOGICOS – ECOCARDIOGRAMA E LAUDOS.	CLINICA PARTICULAR	120,00 POR CONSULTA (APROXIMADO 10 EXAMES/MÊS)	R\$ 14.000,00
<b>CARDIOLOGISTA</b>	CONSULTA ESPECIALIZADA EM CARDIOLOGIA	CLINICA PARTICULAR	100,00 POR CONSULTA (APROXIMADO 10 CONSULTAS/MÊS)	R\$ 12.000,00



<b>CARDIOLOGISTA</b>	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS E CIRURGICOS (INTERNAÇÕES HOSPITALARES E AMBULATORIAL)	HOSPITAL MUNICIPAL "JOSÉ XAVIER DE CASTRO"	Até 3.000,00 MENSAL	R\$ 36.000,00
<b>CARDIOLOGISTA</b>	EXAMES CARDIOLOGICOS HOLTER, MAPA E TESTE ERGOMETRICO	CLINICA PARTICULAR	80,00 POR CONSULTA (APROXIMADO 15 EXAMES/MÊS)	R\$ 192.000,00
<b>CARDIOLOGISTA</b>	CONSULTA AMBULATORIAL CONFORME ESCALA DA SECRETÁRIA DE SAÚDE	HOSPITAL MUNICIPAL "JOSÉ XAVIER DE CASTRO"	30,00 POR CONSULTA (APROXIMADO 200 CONSULTAS/MÊS)	R\$ 72.000,00
<b>CIRURGIA GERAL</b>	PROCEDIMENTOS CLINICOS CIRURGICOS (INTERNAÇÃO HOSPITALAR E AMBULATORIAL CONFORME TABELA CBHPM)	HOSPITAL MUNICIPAL "JOSÉ XAVIER DE CASTRO"	Até 15.000,00 MENSAL	R\$ 180.000,00
<b>CIRURGIA GERAL</b>	CONSULTA CONFORME ESCALA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	HOSPITAL MUNICIPAL "JOSÉ XAVIER DE CASTRO"	30,00 POR CONSULTAS (APROXIMADO 200 CONSULTAS/MÊS)	R\$ 72.000,00
<b>CLÍNICO GERAL</b>	ATENDIMENTO MÉDICO CLÍNICO EM UNIDADES DE SERVIÇOS MUNICIPAL. 40HORAS/SEMANAIS CONFORME ESCALA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	HOSPITAL MUNICIPAL "JOSE XAVIER"	10.000,00 MENSAL	R\$ 120.000,00
<b>DENTISTA</b>	ATENDIMENTO EM UNIDADES DE SERVIÇOS MUNICIPAL PARA AVALIAÇÃO E PROCEDIMENTOS CLINICOS E CIRURGICOS, 20 HORAS/SEMANAIS CONFORME ESCALA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PSF	2.250,00 MENSAL	R\$ 27.000,00



<b>DENTISTA</b>	ATENDIMENTO EM UNIDADES DE SERVIÇOS MUNICIPAL PARA AVALIAÇÃO E PROCEDIMENTOS CLINICOS E CIRURGICOS, <b>40 HORAS/SEMANAIS</b> CONFORME ESCALA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PSF	4.500,00 MENSAL	R\$ 54.000,00
<b>DENTISTA</b>	ATENDIMENTO <b>CIRURGIÃO DENTISTA</b> ESPECIALISTA EM PRÓTESE DENTÁRIA E EXTRAÇÃO DE DENTES E TRATAMENTO DE CANAL. 40H SEMANAIS.	PSF	4.000,00 MENSAL	R\$ 48.000,00
<b>DERMATOLOGISTA</b>	CONSULTA ESPECIALIZADA EM DERMATOLOGIA	CLINICA PARTICULAR	100,00 POR CONSULTA (APROXIMADO 30 CONSULTAS/MÊS)	R\$ 36.000,00
<b>DERMATOLOGISTA</b>	CONSULTA AMBULATORIAL INCUINDO CONSULTA HANSENÍASE	HOSPITAL MUNICIPAL JOSÉ XAVIER DE CASTRO, UNIDADES DE SAÚDE E NASF	40,00 POR CONSULTAS (APROXIMADO 200 CONSULTAS/MÊS)	R\$ 96.000,00
<b>DERMATOLOGISTA</b>	EXAMES E PROCEDIMENTOS CLINICOS CONFORME TABELA ANEXO.	CLÍNICA PARTICULAR, HOSPITAL MUNICIPAL JOSÉ XAVIER DE CASTRO	Até 10.000,00 MENSAL	R\$ 120.000,00
<b>DIRETOR CLINICO</b>	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE DIRETORIA CLINICA NO HOSPITAL MUNICIPAL “JOSÉ XAVIER DE CASTRO” 40H SEMANAIS.	HOSPITAL MUNICIPAL “JOSÉ XAVIER DE CASTRO”	4.000,00 MENSAL	R\$ 48.000,00
<b>ENDOCRINOLOGISTA</b>	CONSULTA ESPECIALIZADA EM ENDOCRINOLOGISTA CONFORME ESCALA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	HOSPITAL MUNICIPAL “JOSÉ XAVIER DE CASTRO” E UNIDADES DE SAUDE.	40,00 POR CONSULTAS (APROXIMADO 200 CONSULTAS/MÊS)	R\$ 96.000,00
<b>ENFERMEIRO PADRÃO</b>	REDE BASICA/UNIDADE DA SECRETARIA DE SAÚDE/HOSPITAL – ATENDIMENTO CONFORME <b>ESCALA 12 X 36. HOSPITAL, E UNIDADES 40H SEMANAL.</b>	HOSPITAL MUNICIPAL “JOSÉ XAVIER DE CASTRO” E UNIDADES DE SAUDE.	2.600,00 MENSAL	R\$ 31.200,00





<b>ENFERMEIRO PADRÃO, RESPONSÁVEL TÉCNICO</b>	RESPONSÁVEL PELO PLANEJAMENTO, ORGANIZAÇÃO, DIREÇÃO, COORDENAÇÃO, EXECUÇÃO E VALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM <b>40H SEMANAIS</b>	HOSPITAL MUNICIPAL “JOSE XAVIER DE CASTRO “	3.920,00 MENSAL	R\$ 47.040,00
<b>EXAMES ENDOSCÓPICOS</b>	RETOSSIGMOENDOSCO-PIA	CLINICA PARTICULAR	200,00 POR EXAMES (APROXIMADO 10 EXAMES/MÊS)	R\$ 24.000,00
<b>EXAMES ENDOSCÓPICOS</b>	COLONOSCOPIA	CLINICA PARTICULAR	500,00 POR EXAMES (APROXIMADO 15 EXAMES/MÊS)	R\$ 90.000,00
<b>EXAMES ENDOSCÓPICOS</b>	ENDOSCOPIA	CLINICA PARTICULAR	250,00 POR EXAMES (APROXIMADO 20 EXAMES/MÊS)	R\$ 60.000,00
<b>FARMACÊUTICO</b>	ATENDIMENTO CONFORME ESCALA DA SECRETARIA DE SAUDE <b>40 HORAS/SEMANAIS</b>	HOSPITAL MUNICIPAL “JOSÉ XAVIER DE CASTRO” E UNIDADES DE SAÚDE	3.200,00 MENSAL	R\$ 38.400,00
<b>FARMACÊUTICO</b>	ATENDIMENTO CONFORME A ESCALA DA SECRETARIA DE SAUDE <b>20 HORAS/ SEMANAIS</b>	HOSPITAL MUNICIPAL “JOSÉ XAVIER DE CASTRO” E UNIDADES DE SAÚDE.	1.600,00 MENSAL	R\$ 19.200,00
<b>FISIOTERAPEUTA</b>	ATENDIMENTO DE FISIOTERAPIA – <b>30 HORAS/SEMANAIS</b> CONFORME ESCALA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	HOSPITAL MUNICIPAL “JOSÉ XAVIER DE CASTRO” E UNIDADES DE SAÚDE.	2.200,00 MENSAL	R\$ 26.400,00
<b>FISIOTERAPEUTA</b>	ATENDIMENTO NA APAE/NASF E PACIENTES ACAMADOS COM ATENDIMENTOS DOMICILIAR, – <b>20 HORAS/SEMANAIS</b>	APAE, NASF E DOMICILIAR	1.600,00 MENSAL	R\$ 19.200,00
<b>FONOAUDIÓLOGA</b>	EXAMES DE AUDIOMETRIA, IMITANCIOMETRIA.	CLINICA PARTICULAR	➤ 70,00 POR EXAMES (APROXIMADO 20 EXAMES/MÊS)	R\$ 16.800,00
	BERA		➤ 140,00 POR EXAMES (APROXIMADO 06 EXAMES/MÊS)	R\$ 10.080,00
<b>FONOAUDIÓLOGA</b>	EXAMES DE TESTE DA ORELHINHA	CLINICA PARTICULAR	60,00 POR EXAMES (APROXIMADO 20 EXAMES/MÊS)	R\$ 14.400,00



<b>FONOAUDIÓLOGA</b>	ATENDIMENTO DE <b>20HORAS/SEMANAIS</b> , CONFORME ESCALA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	NASF/HOSPITAL MUNICIPAL “JOSÉ XAVIER DE CASTRO” E UNIDADES DE SAÚDE.	1.600,00 MENSAL	R\$ 19.200,00
<b>GERIATRA</b>	ATENDIMENTO ESPECIALIZADO CONFORME A ESCALA NA SECRETARIA DE SAÚDE	HOSPITAL MUNICIPAL “JOSÉ XAVIER DE CASTRO” E UNIDADES DE SAÚDE.	30,00 POR CONSULTAS (APROXIMADO 200 CONSULTAS /MÊS)	R\$ 72.000,00
<b>GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA</b>	PLANTAO DE RETAGUARDA DE URGENCIA E EMERGENCIA 24HORAS CONFORME ESCALA	HOSPITAL MUNICIPAL “JOSÉ XAVIER DE CASTRO”	600,00 POR PLANTÃO (APROXIMADO 31/MÊS)	R\$ 223.200,00
<b>GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA</b>	PROCEDIMENTOS CLINICOS E CIRURGICOS (INTERNAÇÕES HOSPITALARES E AMBULATORIAIS) CONFORME TABELA CBHPM	HOSPITAL MUNICIPAL “JOSÉ XAVIER DE CASTRO”	Até 5.000,00 MENSAL	R\$ 60.000,00
<b>GINECOLOGISTA</b>	CONSULTA AMBULATORIAL DE GINECOLOGISTA E OBSTETRICIA CONFORME ESCALA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	HOSPITAL MUNICIPAL “JOSÉ XAVIER DE CASTRO” E UNIDADES DE SAÚDE.	30,00 POR CONSULTAS (APROXIMADO 200 CONSULTAS/ MÊS)	R\$ 72.000,00
<b>MASTOLOGISTA</b>	CONSULTA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA EM MASTOLOGIA	HOSPITAL MUNICIPAL “JOSÉ XAVIER DE CASTRO” E UNIDADES DE SAÚDE.	40,00 POR CONSULTAS (APROXIMADO 200 CONSULTAS/MÊS)	R\$ 96.000,00
<b>MASTOLOGISTA</b>	EXAMES E PROCEDIMENTOS CLINICOS E CIRURGICOS CONFORME TABELA CBHPM	HOSPITAL MUNICIPAL “JOSE XAVIER DE CASTRO”	Até 5.000,00 MENSAL	R\$ 60.000,00
<b>MÉDICO DA FAMÍLIA</b>	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MEDICOS DE PSF – <b>ATENDIMENTO DE SEGUNDA A SEXTA 04 HORAS/DIA</b>	PSF	5.000,00 MENSAL	R\$ 6.000.000,00
<b>MÉDICO DA FAMÍLIA</b>	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MEDICOS DE PSF – <b>ATENDIMENTO DE SEGUNDA A SEXTA 08 HORAS/DIA</b>	PSF	10.000,00 MENSAL	R\$ 120.000,00



<b>MEDICO DO TRABALHO</b>	ATENDIMENTO EM UNIDADES DE SERVIÇOS PARA AVALIAÇÕES, <b>8H SEMANAIS</b> , CONFORME NECESSIDADE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.	HOSPITAL MUNICIPAL “JOSE XAVIER DE CASTRO”	Até 6.500,00 MENSAL	R\$ 78.000,00
<b>MÉDICO RADIOLOGISTA</b>	EXAMES DE IMAGEM DIVERSOS RX/ ULTRASSON/TOMOGRAFIA /LAUDOS/CONFORME A TABELA ANEXO	CLINICA PARTICULAR E HOSPITAL MUNICIPAL “JOSE XAVIER DE CASTRO”	Até 25.000,00 MÊS	R\$ 300.000,00
<b>NEUROLOGISTA</b>	CONSULTA DE AMBULATORIO CONFORME ESCALA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	HOSPITAL MUNICIPAL “JOSÉ XAVIER DE CASTRO” E UNIDADES DE SAUDE.	40,00 POR CONSULTAS (APROXIMADO 200 CONSULTAS/MÊS)	R\$ 96.000,00
<b>NEUROLOGISTA</b>	EXAMES NEUROLOGICOS CONFORME TABELA ANEXO	CLINICA PARTICULAR	ATÉ 6.000,00 POR MÊS	R\$ 72.000,00
<b>NEUROLOGISTA</b>	AVALIAÇÃO DE URGENCIA E EMERGENCIA	HOSPITAL MUNICIPAL “JOSÉ XAVIER DE CASTRO”	300,00 POR AVALIAÇÕES (APROXIMADO 04 AVALIAÇÕES/MÊS)	R\$ 14.400,00
<b>NUTRICIONISTA</b>	ATENDIMENTO EM UNIDADES DE SERVIÇOS MUNICIPAL/HOSPITAL E NASF –CONFORME ESCALA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE <b>30H SEMANAIS</b> .	HOSPITAL MUNICIPAL “JOSÉ XAVIER DE CASTRO”	2.500,00 MENSAL	R\$ 30.000,00
<b>OFTALMOLOGISTA</b>	EXAMES E PROCEDIMENTOS MEDICOS CLINICOS E CIRURGICOS CONFORME TABELA EM ANEXO	CLINICA PARTICULAR	Até 10.000,00 MENSAL	R\$ 120.000,00
<b>OFTALMOLOGISTA</b>	CONSULTA ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA	CLINICA PARTICULAR	200,00 POR CONSULTAS (APROXIMADO 20 CONSULTAS/MÊS)	R\$ 48.000,00
<b>ORTOPEDISTA</b>	PROCEDIMENTOS CLINICOS E CIRURGICOS CONFORME TABELA CBHPM	HOSPITAL MUNICIPAL “JOSÉ XAVIER DE CASTRO”	Até 1.200,00 MENSAL	R\$ 14.400,00



<b>ORTOPEDISTA</b>	AVALIAÇÃO DE URGENCIA E CONSULTA CIRURGICA	HOSPITAL MUNICIPAL “JOSÉ XAVIER DE CASTRO”	300,00 POR AVALIAÇÕES (APROXIMADO 04 AVALIAÇÕES/MÊS)	R\$ 14.400,00
<b>ORTOPEDISTA</b>	CONSULTA DE AMBULATORIO CONFORME ESCALA DA SECRETARIA DE SAÚDE	HOSPITAL MUNICIPAL “JOSÉ XAVIER DE CASTRO”	40,00 POR CONSULTAS (APROXIMADO 200 AMBULATORIOS/MÊS)	R\$ 96.000,00
<b>OTORRINOLARINGOLOGISTA</b>	EXAMES E PROCEDIMENTOS CLINICOS CIRURGICOS CONFORME TABELA EM ANEXO	CONSULTORIO PARTICULAR E HOSPITAL MUNICIPAL “JOSÉ XAVIER DE CASTRO”	Até 10.000,00 MENSAL	R\$ 120.000,00
<b>OTORRINOLARINGOLOGISTA</b>	CONSULTA ESPECIALIZADA EM CONSULTORIO OU ESCALA CONFORME A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	CONSULTORIO PARTICULAR/ HOSPITAL MUNICIPAL JOSE XAVIER DE CASTRO	80,00 POR CONSULTAS (APROXIMADO 20 CONSULTAS/MÊS)	R\$ 1.600,00
<b>PEDIATRA</b>	AMBULATORIO DE PEDIATRIA, CONFORME ESCALA DA SECRETARIA DE SAÚDE	HOSPITAL MUNICIPAL “JOSÉ XAVIER DE CASTRO” E UNIDADES DE SAUDE.	40,00 POR CONSULTA (APROXIMADA 200/MÊS)	R\$ 96.000,00
<b>PEDIATRIA/NEONATAL</b>	RECEBIMENTO DE RN	HOSPITAL MUNICIPAL “JOSÉ XAVIER DE CASTRO”	200,00 POR RN (APROXIMADO 10 RECEBIMENTOS RN/MÊS)	R\$ 24.000,00
<b>PEDIATRIA NEONATAL</b>	PLANTÃO DE RETAGUARDA DE PEDIATRIA E NEONATOLOGIA.	HOSPITAL MUNICIPAL “JOSÉ XAVIER DE CASTRO”	250,00 POR PLANTÃO DE 12H (APROXIMADO 62 POR MÊS)	R\$ 186.000,00
<b>PLANTONISTA</b>	TRANSFERENCIA SAMU	HOSPITAL MUNICIPAL “JOSÉ XAVIER DE CASTRO”	ATÉ 1.000,00 MENSAL.	R\$ 12.000,00
<b>PLANTONISTA</b>	PLANTAO DE URGENCIA E EMERGENCIA <b>12HORAS</b> DIURNO 7 AS 19HORAS E NOTURNO 19 AS 7HORAS – CONFORME ESCALA	HOSPITAL MUNICIPAL “JOSÉ XAVIER DE CASTRO”	➤ <b>DIAS DE SEMANA</b> 877,00 QUANTIDADE ESTIMADA DE 44 PLANTÕES/MÊS. ➤ <b>FINAIS DE SEMANA E FERIADOS</b> 1.052,00 QUANTIDADE ESTIMADA DE 18 PLANTÕES /MÊS.	R\$ 463.056,00 R\$ 227.232,00



<b>PLANTONISTA DE RADIOLOGIA</b>	PLANTAO DE URGENCIA E EMERGENCIA CONFORME ESCALA	HOSPITAL MUNICIPAL "JOSE XAVIER DE CASTRO"	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ <b>DIAS DE EXPEDIENTE</b> 100,00 PLANTÕES DE 12 HORAS QUANTIDADE ESTIMADA DE 62 PLANTÕES/MÊS.</li><li>➤ <b>FINAIS DE SEMANA E FERIADOS</b> 150,00 PLANTÕES DE 12HRS QUANTIDADE ESTIMADO DE 18 PLANTÕES /MÊS.</li></ul>	R\$ 74.400,00  R\$ 32.400,00
<b>PROTÉTICO DENTÁRIO</b>	ATENDIMENTO EM CONSULTORIO PARTICULAR.	CLINICA PARTICULAR.	150,00 POR PROCEDIMENTO (APROXIMADO 120 POR MÊS)	R\$ 216.000,00
<b>PSICÓLOGO</b>	ATENDIMENTO EM UNIDADES DE SERVIÇOS MUNICIPAL PARA AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE – <b>40 HORAS</b> SEMANAIS CONFORME ESCALA DA SECRETARIA DE SAÚDE	NASF/ HOSPITAL MUNICIPAL "JOSÉ XAVIER DE CASTRO" E UNIDADES DE SAUDE.	3.200,00 MENSAL	R\$ 38.400,00
<b>PSICÓLOGO</b>	ATENDIMENTO EM UNIDADES DE SERVIÇOS MUNICIPAL PARA AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE E ATENDIMENTO DOMICILIAR – <b>10 HORAS</b> SEMANAIS CONFORME A NECESSIDADE DA SECRETARIA DE SAÚDE	HOSPITAL MUNICIPAL "JOSÉ XAVIER DE CASTRO" E UNIDADES DE SAUDE.	800,00 MENSAL	R\$ 9.600,00
<b>PSICÓLOGO</b>	ATENDIMENTO EM UNIDADES DE SERVIÇOS MUNICIPAL PARA AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE E ATENDIMENTO DOMICILIAR – <b>20 HORAS</b> SEMANAIS CONFORME A NECESSIDADE DA SECRETARIA DE SAÚDE	PSF/ HOSPITAL MUNICIPAL JOSE XAVIER DE CASTRO	1.600,00 MENSAL	R\$ 19.200,00
<b>PSIQUIATRA</b>	ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO ESPECIALIZADO EM PSIQUIATRIA	CLINICA PARTICULAR	150,00 POR CONSULTA (APROXIMADO 20 CONSULTAS /MÊS)	R\$ 36.000,00
<b>REUMATOLOGISTA</b>	ATENDIMENTO ESPECIALIZADO EM REUMATOLOGIA	CLINICA PARTICULAR	150,00 POR CONSULTAS (APROXIMADO 20 CONSULTAS/MÊS)	R\$ 1.440,00



<b>SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</b>	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MEDICOS HOSPITALARES NA AREA DE INTERNAÇÃO EM APARTAMENTO, CIRURGIA DE MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE, AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA DE URGENCIA E EMERGENCIA, A SEREM UTILIZADOS PELOS INDIVIDUOS QUE DELES NECESSITAM, DE ACORDO COM AS NORMAS DO SUS EM REGIME DE PARCERIA COM O PODER PUBLICO MUNICIPAL	HOSPITAL PARTICULAR	Até 25.000,00 MENSAL	R\$ 300.000,00
<b>SERVIÇOS DE UTI</b>	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MEDICOS HOSPITALARES DE PRONTO ATENDIMENTO A EMERGENCIA E URGENCIA NA AREA DE INTERNAÇÃO DE UTI. VALOR DA DIARIA DE 2.000,00, NESSA DIARIA NÃO ESTÁ INCLUSO DESPESA DE BANCO DE SANGUE E EXAMES POR IMAGEM.	CLINICA PARTICULAR	Até 25.000,00 MENSAL	R\$ 300.000,00
<b>SERVIÇOS DE UTI MOVEL</b>	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MEDICOS NA AREA DE UTI MOVEL CONFORME TABELA EM ANEXO	CLINICA PARTICULAR	Até 25.000,00 MENSAL	R\$ 300.000,00
<b>TÉCNICO EM ENFERMAGEM</b>	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM TÉCNICO DE ENFERMAGEM <b>12 x 36 HOSPITAL, 40H NAS UNIDADES DE SAUDE,</b> CONFORME A NECESSIDADE DA SECRETARIA DE SAÚDE.	HOSPITAL MUNICIPAL “JOSÉ XAVIER DE CASTRO” E UNIDADES DE SAUDE.	1.508,00 MENSAL	R\$ 18.096,00
<b>TÉCNICO EM RADIOLOGIA</b>	PRESTAÇÃO DE TÉCNICO EM RADIOLOGIA. <b>4H/DIA</b> CONFORME A NECESSIDADE DA SECRETARIA DE SAÚDE	HOSPITAL MUNICIPAL “JOSÉ XAVIER DE CASTRO”	1.508,00 MENSAL	R\$ 18.096,00





<b>TECNÓLOGA EM RX</b>	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA SALA DE RX, ORGANIZAR, DIMENSIONAR, DISPONIBILIZAR EXAMES RADIOLOGICOS E GERENCIAR SETORES DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM ESCAL.	HOSPITAL MUNICIPAL “JOSÉ XAVIER DE CASTRO”	4.000,00 MENSAL	R\$ 48.000,00
<b>UROLOGISTA</b>	EXAMES E PROCEDIMENTOS CLINICOS E CIRURGICOS CONFORME TABELA CBHPM	CONSULTORIO PARTICULAR E HOSPITAL MUNICIPAL “JOSÉ XAVIER DE CASTRO”	Até 15.000,00 MENSAL	R\$ 180.000,00
<b>UROLOGISTA</b>	CONSULTA ESPECIALIZADA EM UROLOGISTA	CONSULTORIO PARTICULAR	150,00 POR CONSULTA (APROXIMADO 30 CONSULTAS /MÊS)	R\$ 150.000,00
<b>UROLOGISTA</b>	CONSULTA ESPECIALIZADA EM UROLOGIA	HOSPITAL MUNICIPAL JOSE XAVIER DE CASTRO/ UNIDADES DE SAÚDE	40,00 POR CONSULTAS (APROXIMADO 200 CONSULTAS/MÊS)	R\$ 96.000,00
<b>UROLOGISTA</b>	AVALIAÇÃO DE URGENCIA E EMERGENCIA	HOSPITAL MUNICIPAL “JOSÉ XAVIER DE CASTRO”	300,00 POR AVALIAÇÕES (APROXIMADO 04 AVALIAÇÕES/MÊS)	R\$ 14.400,00

I) Nas especialidades em que constam **valores da Tabela CBHPM**, serão calculados no percentual de 70% (setenta por cento) do valor indicado.

II) No preço constante do objeto estão inclusos o pagamento do piso salarial da categoria bem como adicionais de insalubridade, periculosidade, adicional noturno assim como outros pagamentos decorrentes de legislação e dissídios da categoria, quando o tipo de atividade assim exigir.

III) Os locais de atendimento serão no Hospital MUNICIPAL “JOSÉ XAVIER DE CASTRO”, Consultórios particulares, PSFs, Clínica de Fisioterapia, sendo os Credenciados designados expressamente pela Secretaria Municipal de Saúde de Cachoeira Dourada - GO.

**PLANILHA DE VALORES PARA OFTALMOLOGIA**

<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR UNITÁRIO</b>
CONSULTA	R\$ 100,00
ANÁLISE COMPUTADORIZADA DE PÁPILO	R\$ 115,00
ANÁLISE COMPUTADORIZADA DE SEGMENTO ANTERIOR	R\$ 115,00
CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	R\$ 100,00
ANGIOFLUORESCENOGRAMA	R\$ 310,00
CERATOSCOPIA COMPUTADORIZADA	R\$ 180,00
CURVA TENSIONAL DIÁRIA	R\$ 40,00
ESTÉREO-FOTO DE PÁPILO	R\$ 80,00
GONIOSCOPIA	R\$ 40,00
MAPEAMENTO DE RETINA	R\$103,00
MICROSCOPIA ESPECULAR DE CÔRNEA	R\$ 150,00
RETINOGRAMA SIMPLES DIGITAL	R\$ 92,00
BIOMETRIA ULTRASSÔNICA	R\$ 110,00
PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA	R\$ 80,00
TOMOGRAMA DE COERÊNCIA ÓPTICA (OCT)	R\$ 300,00
ULTRASSOM	R\$ 92,00
CATARATA (LIO NACIONAL)	R\$ 1.380,00
YAG LASER (AO)	R\$ 345,00
FOTOCOAGULAÇÃO A LASER (SESSÃO)	R\$ 280,00
CROSS LINKING (SESSÃO)	R\$ 3.000,00
ANEL DE FERRARA	R\$ 5.000,00
PTERÍGIO (EXÉRESE)	R\$ 345,00
PTOSE PALPEBRAL	R\$ 1.200,00
LASIK	R\$ 1.840,00
PRK	R\$ 1.495,00
CALÁZIO (POR OLHO)	R\$ 300,00
GLAUCOMA (POR OLHO)	R\$ 2.800,00
TONOMETRIA	27,18
MEDICAÇÃO INTRAVITREO	1.500,00
DEMAIS EXAMES OFTALMOLOGICOS NÃO RELACIONADOS	VALOR SUS

**PLANILHA DE VALORES PARA ANGIOLOGIA**

DESCRIÇÃO	VALOR UNITÁRIO
CONSULTA	R\$ 120,00
ECO DOPPLER COLORIDO VENOSO – CADA MEMBRO	R\$ 350,00
APLICAÇÃO DE ESPUMA – CADA MEMBRO	R\$ 350,00
DEBRIDAMENTO – CADA MEMBRO	R\$ 600,00
VARIZECTOMIA – CADA MEMBRO	R\$ 800,00
DOPPLER CARÓTIDAS	R\$ 350,00

**PLANILHA DE VALORES PARA DERMATOLOGIA**

DESCRIÇÃO	VALOR UNITÁRIO
CONSULTA	R\$ 100,00
BIÓPSIA	R\$ 65,00
RETIRADA DE CA	R\$ 150,00

**PLANILHA DE VALORES PARA UROLOGIA**

DESCRIÇÃO	VALOR UNITÁRIO
CONSULTA	R\$ 120,00
URODINAMICA	R\$ 500,00
UROFLUXOMETRIA	R\$ 130,00
CISTOSCOPIA COM BIÓPSIA	R\$ 1.200,00
RETIRADA DUPLO J	R\$ 1.000,00
POSTECTOMIA (ANESTESIA LOCAL)	R\$ 960,00
PLÁSTICA DE FREIO	R\$ 800,00
HIPOSPADIA	R\$ 3.900,00
VASECTOMIA	R\$ 960,00

**PLANILHA DE VALORES PARA OTORRINOLARINGOLOGIA**

DESCRIÇÃO	VALOR UNITÁRIO
CONSULTA	R\$ 80,00
VIDEOLARINGOSCOPIA	R\$ 120,00
VIDEONASOFIBROSCOPIA	R\$ 120,00
CIRURGIA DE ADENOAMIGDALECTOMIA	R\$ 450,00
CIRURGIA DE AMIGDALECTOMIA	R\$ 450,00
IMPEDANCIOMETRIA	R\$ 30,00
AUDIOMETRIA	R\$ 99,00
VÍDEO NASOSINUSAL	R\$ 150,00

**PLANILHA DE VALORES – U.T.I MÓVEL – POR KM RODADO**

DESCRIÇÃO	VALOR UNITÁRIO
UTI MÓVEL NEONATAL	R\$ 9,50
UTI MÓVEL COMPLETA (MÉDICO e ENFERMAGEM)	R\$ 8,00
UTI MÓVEL BÁSICA (EQUIPE DE ENFERMAGEM)	R\$ 6,50
UTI MÓVEL (SÓ CONDUTOR)	R\$ 5,00

**PLANILHA DE VALORES EXAMES POR IMAGEM**

Descrição do Procedimento	Valor unitário
RX - CRANIO - AP & LATERAL	R\$ 36,10
RX - MASTOIDES OU ROCHEDOS	R\$ 21,67
RX - SEIOS DA FACE FN/MN/LAT/HIRTZ	R\$ 17,57
RX - SEIOS DA FACE FN/MN/LAT	R\$ 17,57
RX - SELA TURCICA - 3 INCIDENCIAS	R\$ 17,28
RX - MAXILAR INFERIOR - 2 INCIDENCIAS	R\$ 17,28
RX - OSSOS DA FACE - 3 INCIDENCIAS	R\$ 20,11
RX - ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR	R\$ 20,11
RX – ADENOIDES	R\$ 20,11
RX – CAVUM	R\$ 20,11
RX - COLUNA CERVICAL - 3 INCIDENCIAS	R\$ 19,66
RX - COLUNA CERVICAL - 2 INCIDENCIAS	R\$ 19,66



RX - COLUNA CERVICAL - AP, LAT, T.O & OBLIQUA	R\$ 19,99
RX - COLUNA CERVICAL 5 INC.	R\$ 19,99
RX - COLUNA DORSAL (2 INCIDENCIAS)	R\$ 21,98
RX - COLUNA DORSAL (3 INCIDENCIAS)	R\$ 43,97
RX - COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 26,30
RX - COLUNA LOMBO-SACRA – DINAMICA	R\$ 40,51
RX - COLUNA LOMBO-SACRA – OBLIQUAS	R\$ 40,51
RX - SACRO-COCCIX	R\$ 18,72
RX - COLUNA LOMBO-SACRA: AP E PERFIL	R\$ 26,30
RX – ESTERNO	R\$ 19,15
RX - ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$ 17,76
RX - COSTELAS POR HEMITORAX	R\$ 20,09
RX - ARCOS COSTAIS	R\$ 20,09
RX – CLAVICULA	R\$ 17,76
RX - OMOPLATA OU OMBRO	R\$ 19,15
RX - ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	R\$ 17,76
RX - ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	R\$ 17,76
RX – BRACO	R\$ 18,65
RX – COTOVELO	R\$ 14,16
RX – ANTEBRACO	R\$ 15,41
RX - PUNHO AP & PERFIL, OBLIQUAS	R\$ 16,58
RX - MAO AP / PERFIL (2 INCIDENCIAS)	R\$ 15,12
RX - MAOS E PUNHOS PARA IDADE OSSEA	R\$ 14,40
RX - BACIA - AP/RA	R\$ 18,65
RX - BACIA – AP	R\$ 18,65
RX - ARTICULACAO COXO-FEMURAL	R\$ 18,65
RX – COXA	R\$ 21,46
RX - JOELHO - 3 POSICOES	R\$ 17,18
RX - JOELHO - AP, LAT, OBLIQUAS & 3 AXIAIS	R\$ 17,18
RX – PERNA	R\$ 21,46
RX – TORNOZELO	R\$ 15,60
RX - PE OU PODODACTILOS	R\$ 16,27
RX – CALCANEIO	R\$ 15,60
RX - PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	R\$ 22,30
RX - TORAX – PA	R\$ 16,51
RX - TORAX PA/PF - 2 INCIDENCIAS	R\$ 22,80
RX - TORAX PA INS E EXP LAT	R\$ 28,85
RX - TORAX - AP, LAT. & OBLIQUAS	R\$ 28,85
RX – LARINGE	R\$ 13,78
RX – HIPOFARINGE	R\$ 13,78



RX - UROGRAFIA EXCRETORA	R\$ 137,76
RX - ABDOME SIMPLES	R\$ 17,21
RX - ABDOME AGUDO	R\$ 25,75
RX - ABDOME - AP, LAT. LOCALIZADA	R\$ 25,75
US - MAMARIA	R\$ 84,00
US - ABDOME TOTAL	R\$ 91,08
US - ABDOME SUPERIOR	R\$ 60,00
US - ABDOME INFERIOR/ PELVE - HOMEM	R\$ 60,00
US - ABDOME INFERIOR/PELVE - FEMININO	R\$ 58,08
US - ESCROTAL	R\$ 58,08
US - ORGAOS SUPERFICIAIS	R\$ 58,08
US - PARTES MOLES	R\$ 58,08
US - PENIS	R\$ 58,08
US - TIREOIDE	R\$ 58,08
US - ANTEBRACO	R\$ 58,08
US - ESTRUTURAS SUPERFICIAIS	R\$ 58,08
US - PESCOCO	R\$ 58,08
US - PAREDE ABDOMINAL	R\$ 58,08
US - COXA	R\$ 58,08
US - REGIAO INGUINAL	R\$ 58,08
US - BRACO	R\$ 58,08
US - TORNOZELO	R\$ 58,08
US - JOELHO	R\$ 58,08
US - OMBRO	R\$ 58,08
US - PERNA	R\$ 58,08
US - MAO	R\$ 58,08
US - PE	R\$ 58,08
US - TENDAO DE AQUILES	R\$ 58,08
US - ARTICULACOES	R\$ 58,08
US - PUNHO	R\$ 58,08
US - COTOVELO	R\$ 58,08
US - OBSTETRICA	R\$ 80,00
US - OBSTETRICA COM DOPPLER	R\$ 91,08
US - OBSTETRICO COM TRANSLUCENCIA NUCAL	R\$ 58,08
US - MORFOLOGICA	R\$ 300,00
US - OBSTETRICA GEMELAR - CADA FETO	R\$ 116,16
US - OBSTETRICA COM DOPPLER GEMELAR- CADA FETO	R\$ 228,00
US - OBSTETRICO 1o TRIMESTRE (ENDOVAGINAL)	R\$ 58,08
US - PELVICA TRANSVAGINAL	R\$ 58,08
US - PROSTATA TRANSRETAL	R\$ 132,00





US - ECODOPPLER COLORIDO DE ORGAO OU ESTRUTURA ISOLADA	R\$ 58,08
US - PROSTATA TRANS-ABDOMINAL	R\$ 58,08
US - APARELHO URINARIO – FEMININO	R\$ 58,08
US - APARELHO URINARIO – MASCULINO	R\$ 58,08
TC – CRANIO	R\$ 233,86
TC - ANGIOTOMOGRAFIA (CRANIO OU PESCOCO OU TORAX OU ABDOME SUPER	R\$ 233,86
TC - CONDUTOS AUDITIVOS	R\$ 208,20
TC – MASTOIDES	R\$ 208,20
TC – FACE	R\$ 208,20
TC - SEIOS DA FACE	R\$ 208,20
TC - PARTES MOLES	R\$ 208,20
TC – PESCOCO	R\$ 208,20
TC – TORAX	R\$ 327,38
TC - ANGIO TOMOGRAFIA ARTERIAL DO TORAX	R\$ 327,38
TC - VIAS URINARIAS / UROTOMOGRAFIA	R\$ 665,42
TC - ABDOME TOTAL	R\$ 665,42
TC - ABDOME SUPERIOR	R\$ 332,71
TC – BACIA	R\$ 332,71
TC - ABDOME INFERIOR/PELVE – HOMEM	R\$ 332,71
TC - ABDOME INFERIOR/ PELVE – MULHER	R\$ 332,71
TC - COLUNA CERVICAL	R\$ 242,64
TC - COLUNA DORSAL	R\$ 242,64
TC - COLUNA LOMBAR	R\$ 242,64
TC - COLUNA TORACICA	R\$ 242,64
TC - ARTICULACOES	R\$ 208,20
TC – PE	R\$ 208,20
TC – PERNA	R\$ 208,20
RX - URETROCISTOGRAFIA DE ADULTO	R\$ 125,06
DENSITOMETRIA	R\$ 67,00
MAMOGRAFIA BILATERAL	R\$ 45,00
URETROCISTOGRAFIA	R\$ 52,11
UROGRAFIA VENOSA	R\$ 57,40
RESSONANCIA	R\$ 350,00
COLANGIORESSONANCIA	R\$ 600,00
ANGIORRESSONANCIA	R\$ 400,00

**PLANILHA DE VALORES PARA SERVIÇOS HOSPITALARES**

APARTAMENTO	DIÁRIA	R\$ 285,51
APARTAMENTO ISOLAMENTO	DIÁRIA	R\$ 300,00
ENFERMARIA	DIÁRIA	R\$ 171,33
BERÇÁRIO (ALOJAMENTO CONJUNTO)	DIÁRIA	R\$ 110,00
BERÇÁRIO PATOLÓGICO	DIÁRIA	R\$ 175,00
UNIDADE DE TERAPIA SEMI INTENSIVA NEONATAL	DIÁRIA	R\$ 430,00

**TAXAS HOSPITALARES**

TAXA DE SALA PORTE 0	TAXA	R\$ 128,43
TAXA DE SALA PORTE 1	TAXA	R\$ 228,42
TAXA DE SALA PORTE 2	TAXA	R\$ 342,61
TAXA DE SALA PORTE 3	TAXA	R\$ 456,82
TAXA DE SALA PORTE 4	TAXA	R\$ 575,76
TAXA DE SALA PORTE 5	TAXA	R\$ 689,99
TAXA DE SALA PORTE 6	TAXA	R\$ 805,12
TAXA DE SALA PORTE 7	TAXA	R\$ 923,15

1) AS CIRURGIAS INFECTADAS TERÃO ACRÉSCIMO DE 100% DO VALOR TOTAL DA TAXA DA SALA CORRESPONDENTE

2) QUANDO OCORREREM DUAS OU MAIS CIRURGIAS PELA MESMA VIA DE ACESSO OU NÃO, A TAXA DE SALA A SER COBRADA CORRESPONDENTE A TAXA DE SALA DE MAIOR PORTE ACRESCIDA DE 50% DO VALOR DA SEGUNDA CIRURGIA

**TAXAS DE SALA DIVERSAS**

TAXA ATENDIMENTO AMBULATORIAL	TAXA	R\$ 30,00
TAXA RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA	TAXA	R\$ 45,00
OBSERVAÇÃO EM PA ACIMA DE 6 HORAS 12H	TAXA	R\$ 90,00
OBSERVAÇÃO EM PA ATÉ 6 HORAS	TAXA	R\$ 45,00
SALA DE EMERGÊNCIA	TAXA	R\$ 33,00
SALA DE GESSO	TAXA	R\$ 40,00

**TAXAS DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS ESPECIAIS**

ARCO CIRÚRGICO/ INTENSIFICADOR DE IMAGEM	USO	R\$ 170,00
FOTOTERAPIA	DIÁRIA	R\$ 250,00
MICROSCÓPIO CIRÚRGICO	USO	R\$ 150,00
VÍDEO	USO	R\$ 250,00
RESPIRADOR VOLUMÉTRICO (FORA DO C.C)	HORA	R\$ 8,00
CPAP	HORA	R\$ 8,00

**GASOTERAPIA**

OXIGÊNIO	MIN	R\$ 0,50
ÓXIDO NITROSO/PROTÓXIDO DE AZOTO	MIN	R\$0,64

**AGÊNCIA TRANSFUSIONAL**

BOLSA CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	BOLSA	R\$ 350,00 Unidade
BOLSA DE PLASMA	BOLSA	R\$ 250,00 Unidade

**REFEIÇÃO DE ACOMPANHANTES**

CAFÉ	REFEIÇÃO	R\$ 8,00
ALMOÇO OU JANTAR (VALOR UNITÁRIO)	REFEIÇÃO	R\$ 16,00
DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	DIÁRIA	R\$ 65,00

**SERVIÇO DE REMOÇÃO DENTRO DO MUNICÍPIO**

AMBULÂNCIA COMUM PERÍMETRO URBANO	TAXA	R\$ 200,00
AMBULÂNCIA COM MÉDICO PERÍMETRO URBANO	BOLSA	R\$ 500,00

\*MEDICAMENTOS – TABELA VIGENTE BRASÍNDICE

\*MATERIAIS – TABELA VIGENTE SIMPRO

SADT – AMB 92 CH 0,30 (FATOR DO FILME 21,70)

NÃO INCLUSO HONORÁRIOS MÉDICOS

**PLANILHA DE VALORES PARA CARDIOPATIA**

<b>EXAME</b>	<b>VALOR</b>
HOLTER	R\$ 136,00
TESTE ERGOMETRICO	R\$ 120,00
ECODOPLER	R\$ 150,00
MAPA	R\$ 70,00
ECO C/ ESTRESSE	R\$ 200,00
ECO CAROTIDA	R\$ 320,00
MONITORAMENTO PRESSÃO ARTERIAL	R\$ 100,00
CATETERISMO CARDIACO	R\$ 900,00

**ELETROCARDIOGRAMA – ELETIVOS AGENDADOS**

<b>EXAME</b>	<b>VALOR</b>
ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 35,00
<i>OBS. Sem laudo, com laudo será incluso R\$ 10,00</i>	

**LITOTRIPSIA – ELETIVOS AGENDADOS**

<b>EXAME</b>	<b>VALOR</b>
LITOTRIPSIA	R\$ 2.100,00
<i>Obs. Valor total, com honorários médicos inclusos</i>	

**ANEXO II  
MODELO INDICAÇÃO ESPECIALIDADE CREDENCIAMENTO**

A Empresa \_\_\_\_\_, (qualificação) \_\_\_\_\_, inscrito no CNPJ n. \_\_\_\_\_, com endereço à \_\_\_\_\_, n.º \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, doravante denominada Credenciada(o), por seu representante legal, Sr. \_\_\_\_\_, especialmente para instruir o processo administrativo de credenciamento de profissionais e de pessoas jurídicas para prestação de serviços na área de saúde, indica a(s) seguinte(s) especialidade(s) na qual pretende credenciar-se e/ou cadastrar-se:

<b>Especialidade</b>	<b>Descrição e local da prestação do serviço;</b>	<b>Valor Unit, mês.</b>	<b>Valor Global Por 12 meses;</b>

Por ser verdade, datamos e firmamos a presente.

\_\_\_\_\_ / \_\_, \_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**Empresa  
Representante Legal  
Proponente**

**ANEXO III**  
**MODELO DA DECLARAÇÃO DE FATO SUPERVENIENTE**

A empresa \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_, declara sob as penas da Lei, que NÃO POSSUI nenhum fato impeditivo que o desabone a contratar com a Administração Pública.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
(Local e Data)

\_\_\_\_\_  
**Assinatura, qualificação e carimbo**  
**(representante legal)**



**ANEXO IV**  
**MODELO DA DECLARAÇÃO DE EMPREGADOR**

\_\_\_\_\_, inscrito no CNPJ nº \_\_\_\_\_, por intermédio de seu representante legal, o(a) Sr(a) \_\_\_\_\_, portador da Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_ e do CPF nº \_\_\_\_\_, DECLARA, sob as penas da Lei em cumprimento ao disposto no inciso XXXIII, do art. 7º da Constituição da República, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.

**Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz (...).**  
**(Observação: em caso afirmativo, assinalar a ressalva acima)**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
**Assinatura, qualificação e carimbo**  
**(representante legal)**

**ANEXO V  
MINUTA DO TERMO DE CREDENCIAMENTO****TERMO DE CREDENCIAMENTO CELEBRADO ENTRE  
O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CACHOEIRA  
DOURADA /GO, e o(a) \_\_\_\_\_**

**O FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DO MUNICIPIO DE CACHOEIRA DOURADA (FMS)**, inscrito no CNPJ/MF **07.445.626/0001-50**, com sede nesta cidade na Rua Eduardo Soares, s/nº, quadra 27, lote 01 centro, Cachoeira Dourada, neste ato representado pelo gestor o senhor **PAULO ROBERTO PRATES**, brasileiro, médico, portador de CPF sob n.º 553.997.039-04, RG 3830363-5 SSP/PR, residente e domiciliado sito a Rua 44, QD. 3. LT. 17/18/20, Setor Suleste, CEP 75560-000, na cidade de Cachoeira Dourada – GO, doravante denominado simplesmente **CRENCIADOR**, e a Empresa ou Profissional Liberal \_\_\_\_\_, com sede ou endereço à \_\_\_\_\_, n.º \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_, inscrito no CNPJ/CPF n.º \_\_\_\_\_, por seu representante legal, Sr. \_\_\_\_\_, doravante denominada **CRENCIADO(A)**, resolvem celebrar o presente Termo de Credenciamento mediante as cláusulas e condições seguintes:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL**

1.1. A celebração deste Termo de Credenciamento se dá em conformidade com o decorrente da Inexigibilidade por Credenciamento nº 001/2019, nos termos do art. 25 da Lei nº 8.666/93 e alterações posteriores e as condições deste instrumento convocatório.

1.2. Independente de transcrição faz parte deste instrumento:

- I) Edital e Anexos da Inexigibilidade por Credenciamento nº 001/2019;
- II) Formulário de Credenciamento;

**CLÁUSULA SEGUNDA – DO OBJETO**

2.1 O presente instrumento tem por objeto a contratação de prestação de serviço na área de saúde, para a seguinte função \_\_\_\_\_.

**CLÁUSULA TERCEIRA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E DA VIGÊNCIA**

3.1 As despesas com a execução da presente contratação correrão à conta da seguinte dotação orçamentária:

**15.15.10.302.0210.2.075.3.3.90.34.00 – 437- Fonte 102**  
**15.15.10.302.0210.2.075.3.3.90.34.00 – 437- Fonte 114**

**15.15.10.301.0052.2.037.3.3.90.39.00 – 382-Fonte 102**  
**15.15.10.301.0052.2.037.3.3.90.39.00 – 382- Fonte 114**



**15.15.10.301.0052.2.037.3.3.90.34.00 – 380-Fonte 102**

**15.15.10.301.0052.2.037.3.3.90.34.00 – 380- Fonte 114**

**15.15.10.301.5012.1.027.3.3.90.34.00-391-Fonte 114**

**15.15.10.301.5012.1.041.3.3.90.34.00-404-Fonte 114**

**15.15.10.301.5012.1.042.3.3.90.34.00-4012-Fonte 114**

3.2 A contratação vigorará pelo período de 12 (doze) meses, tendo por início a partir de sua assinatura.

3.3 A presente contratação poderá ser prorrogada através de termo aditivo, por iguais e sucessivos períodos até o limite de 60 (sessenta) meses, após verificação da real necessidade e com vantagens para administração, em conformidade com art. 57, inciso II, da Lei 8.666/93.

**CLÁUSULA QUARTA – DA FORMA DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS E DO VALOR UNITÁRIO E GLOBAL DOS SERVIÇOS.**

4.1 Os serviços serão executados nos termos constantes no Anexo I do instrumento convocatório, sendo devidamente fiscalizado pela Secretaria Municipal de Saúde, através de servidor designado.

4.2 O CREDENCIADO deverá atender de acordo com as necessidades, e CONFORME ESCALA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

4.3 O CREDENCIADO será remunerado pelo valor unitário de R\$ \_\_\_\_\_, \_\_ (\_\_\_\_\_) à consulta/plantão/procedimento/mensal.

4.4 A presente contratação tem por valor estimado global R\$ \_\_\_\_\_, \_\_ (\_\_\_\_\_).

**CLÁUSULA QUINTA – DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO E REAJUSTE**

5.1 – O pagamento será efetuado ao serviço prestado, mediante a apresentação da frequência e/ou relatório de consultas realizadas/horas trabalhadas, apurado e relatado pela Secretaria Municipal de Saúde.

5.1.1 - Em qualquer hipótese, não serão computados para efeito de pagamento, consultas ou serviços prestados a revelia de autorização.

5.2 - Por ocasião do pagamento as pessoas jurídicas deverão emitir nota fiscal dos serviços prestados.

5.2.1 - Em caso de pagamento de pessoas jurídicas, o prazo para pagamento será de até 30 (trinta) dias contados da sua entrega no protocolo, desde que devidamente atestada pelo gestor responsável, Em caso de pagamento de pessoas jurídicas, havendo irregularidade na emissão dos documentos

fiscais, o prazo para pagamento será de até 15 (quinze) dias contados da sua reapresentação, desde que devidamente regularizados, não podendo o atraso ser imputado à administração.

5.3 – Os valores das consultas, procedimentos ou serviços somente serão reajustados, se houver algum fato superveniente ou reajuste na tabela, devidamente aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde, tendo como parâmetro cada especialidade ou serviço, isoladamente.

5.4 - A remuneração recebida pelo CREDENCIADO em contraprestação aos serviços prestados não gerará direito adquirido, não havendo nenhum vínculo de natureza trabalhista ou previdenciária.

5.5 - No preço constante do objeto estão inclusos o pagamento do piso salarial da categoria bem como adicionais de insalubridade, periculosidade, adicional noturno assim como outros pagamentos decorrentes de legislação e dissídios da categoria, quanto ao tipo de atividade assim exigir.

#### **CLÁUSULA SEXTA – DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO**

6.1 – São obrigações do CREDENCIADO, além de outras decorrentes da legislação aplicável:

6.1.1. Prestar os serviços nas especificações constantes da ordem de fornecimento, e dentro do estabelecido no Edital e na Legislação que regula o setor;

6.1.2. O CREDENCIADO não poderá cobrar do paciente, ou seu responsável, qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados.

6.1.3. Emitir os documentos fiscais correspondentes;

6.1.4. Arcar com todas as despesas com encargos sociais, trabalhistas e previdenciárias decorrentes da execução deste instrumento;

6.1.5. Comunicar ao CREDENCIADOR, com antecedência de 02 (dois) dias úteis, os motivos de ordem técnica que impossibilitem a execução dos serviços dentro do prazo previsto na requisição de serviços;

6.1.6. Comunicar ao CREDENCIADOR, por escrito, quando verificar condições inadequadas ou a iminência de fatos que possam prejudicar a perfeita prestação dos serviços;

6.1.7. Responsabilizar-se integralmente pelo fiel cumprimento dos serviços contratados;

6.1.8. Executar diretamente os serviços contratados, sem transferência de responsabilidade ou subcontratação;

6.1.9. Prestar prontamente todos os esclarecimentos que forem solicitados pelo CREDENCIADOR, cujas reclamações se obrigam a atender;

6.1.10. Manter-se, durante toda a execução do credenciamento, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação da licitação.

## **CLÁUSULA SÉTIMA – DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADOR**

### **7.1 – São obrigações do CREDENCIADOR:**

7.1.1. Efetuar o pagamento dos serviços realizados pelo CREDENCIADO de acordo com as condições e prazos estabelecidos na legislação;

7.1.2. Promover o acompanhamento e a fiscalização dos serviços, com vistas a seu perfeito cumprimento, sob os aspectos quantitativos e qualitativos, anotando em registro próprio as falhas detectadas e comunicando ao Credenciado as ocorrências de quaisquer fatos que exijam medidas corretivas;

## **CLÁUSULA OITAVA – DA RESCISÃO**

8.1. A Administração poderá rescindir o Termo de Credenciamento, independentemente de qualquer notificação judicial ou extrajudicial, onde será publicado no site oficial, na ocorrência das seguintes hipóteses, além das previstas no **artigo 78, inciso I a X e XVII, da Lei 8.666/93**, assegurada a ampla defesa.

8.1.1. Por ato unilateral da Administração;

8.1.2. Amigavelmente, por acordo entre as partes;

8.1.3. Por determinação judicial.

## **CLÁUSULA NONA – DAS PENALIDADES**

9.1 – Pelo descumprimento total ou parcial do presente instrumento, poderão ser aplicadas as seguintes penalidades, de conformidade com a graduação da infração:

9.1.1. Advertência;

9.1.2. Multa de até 2% (dois por cento) do valor do Termo de Credenciamento;

9.1.3. Suspensão temporária de participação em licitação;

9.1.4. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, por um período de até 02 (dois) anos.

9.2. O proponente credenciado ficará sujeita à multa pecuniária de 0,1% (um décimo de por cento) por dia de atraso do início da prestação de serviços, sem prévia comunicação ao setor de compras/licitações, até o limite de 02 (dois por cento) do valor do Termo de Credenciamento.

9.3. A qualquer tempo serão aceitas denúncias por parte dos usuários, as quais serão averiguadas por comissão especial designada pela Secretaria Municipal da Saúde. Comprovada a consistência das denúncias haverá rescisão do contratado e, ainda, o descredenciamento.

## **CLÁUSULA DÉCIMA – DO FORO**

10.1 – As partes elegem o Foro da Comarca de Cachoeira Dourada/GO para dirimir quaisquer dúvidas decorrentes do presente instrumento, com renúncia a qualquer outro, por mais especial que seja.

E por estarem justos e contratados, à vista das testemunhas, as partes assinam o presente instrumento, em três vias de igual teor e forma, para que produza todos os efeitos legais.

Cachoeira Dourada, XX de XXXXX de 2019.

### **CRENCIANTE**

**PAULO ROBERTO PRATES**  
**Gestor do Fundo Municipal de Saúde de Cachoeira Dourada/GO**

### **CRENCIADO**

#### **Testemunhas**

\_\_\_\_\_  
Nome:  
CPF:  
1ª testemunha

\_\_\_\_\_  
Nome:  
CPF:  
2ª testemunha



**TERMO DE RENÚNCIA****(Lei Federal nº 8.666/93, art.109, inciso I, alínea "a" e "b")**

A Empresa abaixo assinada, participante da Inexigibilidade por Credenciamento nº.001/2019, por seu representante legal, vem neste momento declarar perante a Comissão Permanente de Licitação, que renuncia aos prazos de recursos do art.109, inciso I, da Lei Federal nº 8.666/93.

**Cachoeira Dourada/GO, \_\_\_\_\_ de 2019.**

  

---