



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAFARNAUM**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAFARNAUM BAHIA**  
**Rua Euclides da Cunha, S/N, Centro, CEP-44880-000**  
**CNPJ: 13.770.489/0001-22**

# **CREENCIAMENTO Nº 006/2023**

## **PROCESSO ADMINISTRATIVO**

### **Nº 210/2023**

## EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 006/2023

O **MUNICÍPIO DE CAFARNAUM**, no Estado da Bahia, pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Av. Manoel Justiniano de Moura Medrado, s/n, CAFARNAUM/BA, torna público, para o conhecimento dos interessados, que está instaurando processo de **CREDENCIAMENTO DE PESSOAS FÍSICAS E JURÍDICAS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE**, em conformidade com o disposto na Lei Federal nº 14.133, de 01 de abril de 2021, regulamento municipal Decreto Nº 279/2022, onde estarão **recebendo a partir do dia 21/12/2024**, em sua sede, no horário de expediente, as inscrições de instituições de saúde e profissionais da área de saúde para posterior prestação de serviços, conforme previstos no Edital (Anexo IX), visando o atendimento da população junto às Unidades de Saúde do Município de **CAFARNAUM**, nas áreas rurais e urbana e referenciada conforme descrição e especificações seguintes:

### 1 – DO OBJETO:

1.1. O presente credenciamento tem por objetivo a fixação de normas e regras prévias para cadastramento e posterior credenciamento/contratação de pessoas físicas e/ou jurídicas para prestação de serviços na área de saúde do município de **CAFARNAUM**, tanto na área urbana, quanto rural, visando o atendimento da população junto às unidades da rede pública de saúde e prestadores credenciados (privados com fins lucrativos e sem fins lucrativos).

### 2 – DA CONDIÇÃO DE PARTICIPAÇÃO:

2.1. Poderão participar deste CREDENCIAMENTO as instituições de saúde e os profissionais da área de saúde que estiverem registrados nas entidades incumbidas da fiscalização do exercício profissional, que detenham habilitação para o exercício de alguma atividade na área da saúde, em conformidade com os anexos deste edital.

2.2. A participação neste CREDENCIAMENTO importa ao proponente na irrestrita aceitação das condições estabelecidas no presente Edital, e na tabela de valores de serviços da área de saúde aprovada pelo **Conselho Municipal de Saúde-CMS**.

2.3 **É assegurado o acesso permanente a qualquer interessado que preencha as exigências estabelecidas para o credenciamento, o qual deverá protocolar o seu requerimento, instruído com a documentação pertinente, a partir da data definida no preâmbulo.**

2.4 O prazo de vigência do credenciamento será de 12 (doze) meses, durante o qual os credenciados poderão ser convidados a firmar as contratações, nas oportunidades e quantidades de que o Município de CAFARNAUM/Fundo Municipal de Saúde necessitar, observadas as condições fixadas neste edital e as normas pertinentes.

2.5 Findo o período de vigência, o Município de CAFARNAUM, atendido o interesse público, adotará os atos necessários a renovação do credenciamento, atendidas as prescrições legais, mediante aviso publicado no Diário Oficial do Município e no Diário Oficial da União.

### 3 – DO CREDENCIAMENTO:

3.1. É facultado a todo profissional que preencher os requisitos mínimos fixados pela administração, requerer seu credenciamento, o que significará sua admissão a um cadastro de profissionais da área de saúde que ficará à disposição dos beneficiários.

3.2. O credenciamento será realizado até o preenchimento suportável das vagas e/ou serviço público de saúde municipal, em conformidade com os quantitativos previstos no Anexo IX.

3.3. A inscrição no credenciamento **não garante a contratação** do interessado pelo Município de CAFARNAUM, podendo, no entanto, vir a ser credenciado de acordo com a necessidade da Administração Municipal.

3.4. As instituições de saúde e os profissionais da área de saúde que tiverem suas inscrições deferidas farão parte do cadastro de profissionais da saúde do Município e poderão ser contratados pela Administração Municipal.

3.5. A Administração Municipal poderá ainda constituir reserva técnica de profissionais, excedendo o quantitativo de vagas e/ou serviços previstos neste edital para provimento de futuros programas e/ou projetos ou ampliação dos existentes.

#### 4 - Do envelope

4.1. Os documentos necessários ao credenciamento, dentro do período definido neste edital, e a proposta a ele inerente serão disponibilizados em um envelope, devidamente endereçado à Prefeitura Municipal da seguinte forma:

**DOCUMENTOS PARA CREDENCIAMENTO**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAFARNAUM**  
**Rua Euclides da Cunha, Nº 308, Centro, CEP-44880-000- CAFARNAUM/BA**  
**Secretaria Municipal de Saúde**

4.2. Deverá conter ainda a identificação completa do interessado (a), por meio de envelope timbrado ou através de impressão ou carimbo padronizado, conforme abaixo:

#### PESSOA JURÍDICA:

RAZÃO SOCIAL \_\_\_\_\_  
End.: \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_ CNPJ \_\_\_\_\_  
Nome do responsável legal \_\_\_\_\_  
Fone: \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

#### PESSOA FÍSICA:

NOME \_\_\_\_\_  
End.: \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_  
Fone: \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

#### 5 – DA PROPOSTA E DA SUA FORMA DE APRESENTAÇÃO

5.1 – A proposta de adesão deverá ser elaborada, preferencialmente em papel timbrado da proponente, ou com sua completa identificação, através de impressão ou por carimbo padronizado.

5.2 – Deve em tudo seguir o modelo que compõe este edital conforme o caso:

- Se Pessoa Física - médico (ANEXO II);
- Se Pessoa Jurídica - médico (ANEXO III);

5.3 – Deve ser apresentada em língua nacional, isenta de rasuras, emendas ou entrelinhas, e ao final, deve ser datada e assinada pelo representante legal da proponente.

#### 6 - DA DOCUMENTAÇÃO PARA HABILITAÇÃO:

**6.1.** Para habilitar-se ao credenciamento, os prestadores de serviços interessados deverão apresentar os seguintes documentos (pessoalmente pelo candidato ou terceiro com procuração) para cadastramento

**6.2. PRESTADOR DE SERVIÇOS - PESSOA JURÍDICA:**

- a) Carteira de identidade e CPF do responsável técnico/administrativo/sócios;
- b) Documento de Identidade Profissional onde consta o número de inscrição junto à entidade profissional da área de atuação do responsável técnico/administrativo;
- c) Ato constitutivo da instituição proponente e suas alterações, devidamente registrada em Cartório;
- d) Cartão CNPJ;
- e) Certificado de Regularidade do Recolhimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço;
- f) Certidão Negativa de Débito fornecida pela Receita Federal;
- g) Certidão Negativa de Débito fornecida pela Receita Estadual;
- h) Certidão Negativa de Débito fornecida pela Receita Municipal;
- i) Certidão Negativa relativo a Débitos Trabalhistas (CNDT);
- j) Alvará de Funcionamento;
- k) Certificado de conclusão de curso: Diploma – devidamente registrado no órgão ou entidade competente;
- l) Certificado de registro de especialidade no respectivo conselho (se for o caso);
- m) Atualização do CNES de acordo com a Portaria SAS 134 de 05 de Abril de 2011, junto a Secretaria Municipal de Saúde deste município; fica dispensado para empresas que prestarem os atendimentos nas unidades de Saúde pertencentes ao município;
- n) Declaração de Entidade Filantrópica, se for o caso;
- o) Carta de credenciamento, conforme modelo ANEXO IV;
- p) Proposta conforme item 5 (cinco) deste edital;
- q) Declaração de ter conhecimento da tabela de serviços da área de saúde aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde de CAFARNAUM/BA e tabela de honorários consultas/procedimentos, conforme modelo ANEXO I;
- r) Declaração de Atendimento ao Art 9º, §1º da lei 14.133/2021 – conforme anexo VI;
- s) Declaração de Atendimento ao Inciso XXXIII do Art. 7º da Constituição – conforme anexo VIII;
- t) informações e/ou comprovante bancárias;

**6.3. PRESTADOR DE SERVIÇOS - PESSOA FÍSICA:**

- a) RG (identidade civil);
- b) CPF – Cadastro de Pessoas Físicas no Ministério da Fazenda;
- c) Documento de Identidade Profissional onde consta o número de inscrição junto à entidade profissional da área de atuação;

- d) Comprovante de endereço atualizado;
- e) Curriculum vitae devendo constar endereços e telefones atuais;
- f) Certificado de conclusão de curso: Diploma – devidamente registrado no órgão ou entidade competente;
- g) Certificado de registro de especialidade no respectivo conselho (se for o caso);
- h) Certidão que comprove adimplência/quitação de anuidade junto ao Conselho Regional da Categoria;
- i) Carta de credenciamento, conforme modelo anexo V;
- j) Declaração de ter conhecimento da tabela de serviços da área de saúde aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde de CAFARNAUM/Ba e tabela de honorários consultas/procedimentos, conforme modelo anexo I;
- k) Proposta conforme item 5 (cinco) deste edital;
- l) Declaração de Atendimento ao Art 9º, §1º da lei 14.133/2021 – conforme anexo VI;
- m) Certidão Negativa de Débito fornecida pela Receita Federal;
- n) Certidão Negativa de Débito fornecida pela Receita Estadual;
- o) Certidão Negativa de Débito fornecida pela Receita Municipal;
- p) Certidão Negativa relativo a débitos Trabalhistas (CNDT);
- t) informações e/ou comprovante bancárias;

## 7 – DA SELEÇÃO

7.1 – No decorrer do corrente ano, visando o atendimento das necessidades da coletividade e devido à impossibilidade de competição de preços e/ou títulos, a Administração Municipal, **selecionará e convocará dentre os cadastrados os que primeiro se habilitarem/cadastrarem**, notadamente àqueles em que exercerem as atividades da qual a mesma necessite. **Além dos documentos exigidos na habilitação (Item 6.2) os cadastrados para serviços discriminados no anexo IX devem apresentar Certidão que comprove adimplência/quitação de anuidade do responsável técnico junto ao Conselho Regional da Categoria;**

7.2 – Após a convocação e entrega da documentação solicitada atualizada, o município de Cafarnaum, via o Fundo Municipal de Saúde formalizará o credenciamento dos profissionais, facultando-lhe o aumento na quantidade de vagas, bem como, a diminuição ou extinção delas.

## 8 - DO PREÇO/PAGAMENTO:

8.1. A administração municipal, oportunamente pagará aos credenciados (pessoa física ou jurídica) da área de saúde as faturas emitidas e atestadas pela Secretaria Municipal da Saúde, conforme valores constantes na tabela **aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde de CAFARNAUM**, pelos serviços efetivamente prestados e comprovados através do quadro de frequência, das planilhas de produções de serviços, escalas de plantões, autorizações de internações hospitalares e autorizações para exames complementares auditados.

8.2. Nos casos de credenciados sejam médicos vinculados aos Postos de Saúde das Famílias - PSF poderá ser pago auxílio de deslocamento de até R\$ 1.000,00 (um mil reais) a depender da localidade da unidade.

## **9 – DA CARGA HORÁRIA**

9.1 – Os **CRENCIADOS (AS)** serão obrigados a prestar serviços dentro de suas aptidões técnico-profissionais, nos locais determinados e conforme carga horária especificadas nos respectivos contratos;

9.2 – Os **CRENCIADOS (AS)** deverão obedecer à carga horária de acordo com as diretrizes de cada unidade de saúde.

**PARÁGRAFO ÚNICO – O profissional poderá se credenciar para mais de uma vaga ou serviço desde que atendidas as condições deste edital e, principalmente, haja compatibilidade de carga horária e/ou capacidade de execução do objeto.**

## **10 – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS:**

10.1. As instituições de saúde particulares e os profissionais que, sem justa causa, após credenciados, não cumprirem com as obrigações correspondentes ao atendimento aos beneficiários, ficarão sujeitos às penalidades previstas no artigo 156 da Lei Federal nº 14.133/2021:

a) Advertência, no caso de inexecução parcial do contrato;

b) Multa, quando aplicada 2 (duas) ou mais advertências, por atraso imotivado no cumprimento do objeto do contrato, nos limites do parágrafo primeiro dessa cláusula;

c) Impedimento de licitar e/ou contratar com a Administração Por um período máximo de até 03 (três) anos, conforme disposto no §4º do art. 156 Lei Federal 14.133/2021;

d) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública conforme o disposto no §5º do art. 156 da Lei Federal 14.133/2021;

**Parágrafo primeiro** – O atraso injustificado no prazo de conclusão dos serviços implicará aplicação de multa correspondente a 0,5% por dia de atraso, calculada sobre o valor total do contrato, até o limite de 30% desse valor.

**Parágrafo segundo.** Cancelamento do credenciamento junto ao Cadastro da Administração Municipal, ficando impedido durante 05 (cinco) anos de participar de novos credenciamentos ou a sua contratação pelo poder público Municipal.

## **11 – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS:**

11.1. As despesas resultantes destes procedimentos correrão a conta da dotação própria do orçamento da Secretaria Municipal de Saúde/FUMSAUDE.

<b>UNIDADE:</b>	<b>02.08.01 / 02.08.02</b>
<b>ATIVIDADE:</b>	<b>2034/2035/2036/2037/2041/2042/2045/2049/2050</b>
<b>ELEMENTO DE DESPESA</b>	<b>3390.36.00 / 3390.39.00</b>
<b>FONTE:</b>	<b>02 e 14.</b>

## **12 – REAJUSTE**

A Tabela de Preços da Prefeitura, constante do Anexo IX deste Edital poderá ser reajustada, a critério da Administração, todas as vezes que for constatada a existência de circunstâncias que modifiquem a regular prestação dos serviços pelos preços previamente fixados.

## **13 – PEDIDOS DE IMPUGNAÇÃO**

Qualquer interessado poderá impugnar o presente Edital de Credenciamento por eventuais irregularidades, ficando para tanto estabelecido o prazo improrrogável de até 03 (três) dias úteis antes da última data fixada para entrega da documentação.

#### **14 – DOS RECURSOS AO INDEFERIMENTO DO PEDIDO DE CREDENCIAMENTO**

A requerente terá o prazo de 03 dias úteis, contado da data da publicação do resultado, para interpor recurso do indeferimento do credenciamento, na forma do art. 8 de regulamente municipal, decreto Nº 279/2022.

#### **15 – DAS HIPÓTESES DE DESCRENCIAMENTO**

A Prefeitura poderá, por meio do Fundo Municipal de Saúde, a qualquer tempo promover o descredenciamento por razões devidamente fundamentadas em fatos supervenientes ou conhecidas após o credenciamento, que importem comprometimento da sua capacidade jurídica, técnica, fiscal ou da postura profissional, ou ainda que fira o padrão ético ou operacional do trabalho, sem que caiba ao mesmo qualquer direito a indenização, compensação ou reembolso seja a que título for.

Também poderão ser descredenciados nas hipóteses previstas no art. 137 da Lei Federal n.º 14.133/2021.

Fica assegurado ao credenciado o direito ao contraditório, sendo avaliadas suas razões pela Comissão de Credenciamento, que opinará em 03 (três) dias úteis e submeterá à Secretária de Saúde para tomada de decisão.

Em caso de denúncia feita pelo contratado, deverá o contratado manter a prestação do serviço pelo prazo de até 15 (quinze) dias, período em que a Administração convoca-la novo credenciado, sob pena de retenção do pagamento.

#### **16 - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS:**

12.1. Os casos omissos no presente edital serão resolvidos pela Administração com base na Lei Federal n.º 14.133/2021 e do decreto nº 279/2022.

Cafarnaum/BA, 19 de dezembro de 2023.

---

Francisley Pereira de Santana  
Agente de Contratação

---

Antonio Carlos Sena Xavier  
Secretario Municipal de Saúde

**ANEXO I**

**DECLARAÇÃO**

À PREFEITURA MUNICIPAL DE CAFARNAUM / FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Ref.: Edital de Credenciamento nº 006/2023.

\_\_\_\_\_ de acordo com o edital de Credenciamento nº 006/2023, DECLARA que:

- a) Aceita as condições estabelecidas neste Edital;
- b) Tem pleno conhecimento da Tabela de valores do Conselho Municipal de Saúde de CAFARNAUM – C.M.S.I.;
- c) Fornecerá a documentação complementar que lhe for solicitada;
- d) Assume inteira responsabilidade pela prestação dos serviços e se sujeita a todas as condições do presente Edital;
- e) Responderá pela veracidade das informações constantes da documentação e proposta que apresentar;

CAFARNAUM, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável/Carimbo



**ANEXO II**  
**(PESSOA FISICA – MÉDICO)**

**EDITAL CREDENCIAMENTO PÚBLICO Nº 006/2023**  
**PROPOSTA PARA CREDENCIAMENTO**

**Ao**  
**Município de CAFARNAUM**  
**Comissão Permanente de Licitação**

O interessado \_\_\_\_\_, nascido aos: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_ e do CPF nº \_\_\_\_\_, inscrito no CRM nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado à \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, UF: \_\_\_\_\_, requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS NA ÁREA DE SAÚDE, divulgado pelo Município de CAFARNAUM, objetivando a prestação de serviços médicos nos termos do credenciamento divulgado em xx de dezembro de 2023, conforme quantitativo e serviços abaixo propostos:

**Clínica geral**

**Especialidade:** \_\_\_\_\_

ITEM	SERVIÇOS PROPOSTOS	QUANT. MÊS	QUANT./ANO	VALOR MENSAL

**DADOS PESSOAIS COMPLEMENTARES:**

**FILIAÇÃO:**

Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

**TELEFONES:**

Comercial: ( ) \_\_\_\_\_ Cel ( ) \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**DADOS BANCÁRIOS:**

Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Conta Corrente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

\_\_\_\_\_  
(assinatura do Médico Responsável)

**ANEXO III**  
**(PESSOA JURÍDICA - MÉDICO)**

**EDITAL CREDENCIAMENTO PÚBLICO Nº 006/2023**  
**PROPOSTA PARA CREDENCIAMENTO**

**Ao**  
**Município de CAFARNAUM**  
**Comissão Permanente de Licitação**

O interessado \_\_\_\_\_, inscrito no CNPJ nº \_\_\_\_\_, sediada à \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, UF: \_\_\_\_\_, requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS NA ÁREA DE SAÚDE, divulgado pelo Município de CAFARNAUM, objetivando a prestação de serviços médicos, nos termos do credenciamento divulgado em xx de dezembro de 2023, conforme quantitativo e serviços abaixo propostos:

( ) **Clínica geral**  
( ) **Especialidade:** \_\_\_\_\_

ITEM	SERVIÇOS PROPOSTOS	QUANT. MÊS	QUANT./ANO	VALOR MENSAL

**DADOS COMPLEMENTARES:**

**TELEFONES:**

Comercial: ( ) \_\_\_\_\_ Cel : ( ) \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**DADOS BANCÁRIOS:**

Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Conta Corrente: \_\_\_\_\_

Responsável Técnico (médico): \_\_\_\_\_

CRM nº: \_\_\_\_\_

R.G.nº: \_\_\_\_\_ CPF nº: \_\_\_\_\_

( ) **Clínica geral** ( ) **Especialidade:** \_\_\_\_\_

Observação: caso o serviço seja prestado por mais de um responsável técnico listar todos.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

\_\_\_\_\_  
(assinatura do representante legal da empresa solicitante)

\_\_\_\_\_  
(assinatura do Responsável Técnico (médico))



SECRETARIA  
DE SAÚDE  
PREFEITURA DE CAFARNAUM/BA

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAFARNAUM  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAFARNAUM BAHIA  
Rua Euclides da Cunha, S/N, Centro, CEP-44880-000  
CNPJ: 13.770.489/0001-22

**ANEXO IV**  
**FICHA DE SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO (PESSOA JURÍDICA)**

Representante legal: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

SOLICITA O CREDENCIAMENTO NA ESPECIALIDADE: \_\_\_\_\_

Razão Social: \_\_\_\_\_

Nome Fantasia: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Telefone(s): ( ) \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_

OPTANTE PELO SIMPLES: ( ) SIM ( ) NÃO

**DADOS BANCÁRIOS:**

Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Conta Corrente: \_\_\_\_\_

Obs.:

Colocar dígito verificador. Não serão aceitas conta conjunta ou poupança. Para pagamento de pessoa jurídica, a conta deverá ser em nome de pessoa jurídica.

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do representante legal



**ANEXO V**

**FICHA DE SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO (PESSOA FÍSICA)**

NOME: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

SOLICITA O CREDENCIAMENTO NA ESPECIALIDADE: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Telefone(s): ( ) \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_

**DADOS BANCÁRIOS:**

Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Conta Corrente: \_\_\_\_\_

Obs.:

Colocar dígito verificador. Não serão aceitas conta conjunta ou poupança. Para pagamento a conta deveser em nome do contratado.

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do representante legal



**ANEXO VI – PESSOA JURÍDICA**

**DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO AO ART 9º, §1º DA LEI 14.133/2021.**

Declaramos para os devidos fins de direito, que a empresa \_\_\_\_\_ na qualidade de CREDENCIADA da licitação instaurada pelo Município de CAFARNAUM na Modalidade Credenciamento nº 007/2022, que objetiva a fixação de normas e regras prévias para cadastramento e posterior credenciamento/contratação de pessoas físicas e/ou jurídicas para prestação de serviços na área de saúde do município de CAFARNAUM, tanto na área urbana, quanto rural, visando o atendimento da população junto às unidades da rede pública de saúde e prestadores credenciados (privados com fins lucrativos e sem fins lucrativos), com data de apresentação de documentos de habilitação e proposta a partir de \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2023 na sala da Comissão Permanente de Licitações - CPL, que não possuímos servidor público municipal em nosso quadro técnico, conforme determina o art. 9º, §1º da lei 14.133/2021.

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo CNPJ

**ANEXO VII – PESSOA FÍSICA**

**DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO AO ART 9º, §1º DA LEI 14.133/2021.**

Declaro para os devidos fins de direito, que \_\_\_\_\_ na qualidade de CREDENCIADA da licitação instaurada pelo Município de CAFARNAUM na Modalidade Credenciamento nº 007/2022, que objetiva a fixação de normas e regras prévias para cadastramento e posterior credenciamento/contratação de pessoas físicas e/ou jurídicas para prestação de serviços na área de saúde do município de CAFARNAUM, tanto na área urbana, quanto rural, visando o atendimento da população junto às unidades da rede pública de saúde e prestadores credenciados (privados com fins lucrativos e sem fins lucrativos), com data de apresentação de documentos de habilitação e proposta a partir de \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de de 2023 na sala da Comissão Permanente de Licitações - CPL, que não sou servidor público municipal, conforme determina o art. 9º, §1º da lei 14.133/2021

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura e CPF



SECRETARIA  
DE SAÚDE  
PREFEITURA DE CAFARNAUM/BA

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAFARNAUM**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAFARNAUM BAHIA**  
**Rua Euclides da Cunha, S/N, Centro, CEP-44880-000**  
**CNPJ: 13.770.489/0001-22**

## ANEXO VIII

### DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO AO INCISO XXXIII DO ART. 7º DA CONSTITUIÇÃO

Declaramos, para os fins do disposto no inciso VI do art. 68 da Lei Federal nº 14.133/2021, que não empregamos menor de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não empregamos menor de 16 (dezesseis) anos.

Ressalva: emprega menor, a partir de 14 (quatorze) anos, na condição de aprendiz ( ).

Observação: em caso afirmativo, assinalar a ressalva acima.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura/carimbo cnpj  
CRENCIADA

**ANEXO IX**

**QUADRO DE VAGAS PARA CREDENCIAMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE - 2024**

**ANEXO ----- PROFISSIONAIS DE SAÚDE - PESSOA FÍSICA/ JURIDICA**

X	DESCRIÇÃO	CARGA HORÁRIA (CH)	QUANT. / ANO	VALOR UNIT.	PREVISÃO PROVENTOS/MÊS	PREVISÃO PROVENTOS/ANO
01	EDUCADOR FÍSICO	20HS	1	R\$ 1.800,00	R\$ 1.800,00	R\$ 21.600,00
02	NUTRICIONISTA CENTRO ESPECIALIDADE	30HS	1	R\$ 2.600,00	R\$ 2.600,00	R\$ 31.200,00
03	FONOAUDIOLOGO	30HS	1	R\$ 2.600,00	R\$ 2.600,00	R\$ 31.200,00
04	FARMACÊUTICO	30HS	1	R\$ 2.600,00	R\$ 2.600,00	R\$ 31.200,00
05	ASSIST SOCIAL CENTRAL DE REGULAÇÃO	30 HS	1	R\$ 2.600,00	R\$ 2.600,00	R\$ 31.200,00
06	ASSIST SOCIAL HOSPITAL	30HS	1	R\$ 2.600,00	R\$ 2.600,00	R\$ 31.200,00
07	NUTRICIONISTA HOSPITAL	30HS	1	R\$ 2.600,00	R\$ 2.600,00	R\$ 31.200,00
08	PSICÓLOGA ZONA RURAL	20HS	1	R\$ 1.800,00	R\$ 1.800,00	R\$ 21.600,00
09	PSICÓLOGA	30HS	2	R\$ 2.600,00	R\$ 5.200,00	R\$ 62.400,00
10	ASSIST SOCIAL (CAPS)	30HS	1	R\$ 2.600,00	R\$ 2.600,00	R\$ 31.200,00
11	APOIADOR INSTUTUCIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA	30HS	1	R\$ 3.200,00	R\$ 3.200,00	R\$ 38.400,00
12	GERENTE DA ATENÇÃO BÁSICA	30HS	2	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 36.000,00
13	TERAPEUTA OCUPACIONAL	30HS	1	R\$ 2.200,00	R\$ 2.200,00	R\$ 26.400,00
14	FISIOTERAPEUTA CLÍNICA	30HS	5	R\$ 2.900,00	R\$ 14.500,00	R\$ 174.000,00
15	FARMACÊUTICO HOSPITALAR	30HS	1	R\$ 2.900,00	R\$ 2.900,00	R\$ 34.800,00
16	MÉDICO VETERINÁRIO	20HS	1	R\$ 1.800,00	R\$ 1.800,00	R\$ 21.600,00
17	ODONTÓLOGO - PSF	20HS	3	R\$ 1.800,00	R\$ 5.400,00	R\$ 64.800,00
17	ODONTÓLOGO - PSF	40HS	7	R\$ 3.200,00	R\$ 22.400,00	R\$ 268.800,00
<b>TOTAL</b>						<b>R\$ 988.800,00</b>

**ANEXO ----- PROFISSIONAIS DE SAÚDE - REDE DE ATENÇÃO BÁSICA - PESSOA FÍSICA/JURÍDICA**

X	DESCRIÇÃO	CARGA HORÁRIA (CH)	QUANT. / ANO	VALOR UNIT.	PREVISÃO PROVENTOS/MÊS	PREVISÃO PROVENTOS/ANO
01	MÉDICO - PSF	40HS	4	R\$ 13.000,00	R\$ 52.000,00	R\$ 624.000,00
<b>TOTAL</b>						<b>R\$ 624.000,00</b>

**ANEXO ----- SERVIÇOS MÉDICOS HOSPITALARES - PESSOA FÍSICA/JURÍDICA**

X	DESCRIÇÃO	CARGA HORÁRIA (CH)	VALOR UNIT.	QUANT. DE PLANTÕES ANUAL	PREVISÃO PROVENTOS/ANO
01	MÉDICO AUTORIZADOR DE AIH – AUTORIZADOR DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR E TFD	4HS	R\$ 2.500,00	12	R\$ 30.000,00



02	PLANTÃO MÉDICO DE 24 HORAS - FINAIS DE SEMANA.	24HS	R\$ 2.300,00	110	R\$ 253.000,00
03	PLANTÃO MÉDICO DE 12 HORAS SEGUNDA A SEXTA - FEIRA	12HS	R\$ 1.050,00	300	R\$ 315.000,00
04	PLANTÃO MÉDICO DE 12 HORAS FINAL DE SEMANA	12HS	R\$ 1.150,00	160	R\$ 184.000,00
05	PLANTÃO MÉDICO DE 24 HORAS - SEGUNDA À SEXTA-FEIRA.	24HS	R\$ 2.100,00	340	R\$ 714.000,00
06	ATIVIDADE MÉDICO VAGA ZERO DE 05 HORAS	5HS	R\$ 500,00	300	R\$ 150.000,00
07	ATIVIDADE COM AMBULATÓRIO HOSPITALAR	8HS	R\$ 800,00	300	R\$ 240.000,00
07	MEDICO PARA REALIZAÇÃO DE PEQUENAS CIRURGIAS	8HS	R\$ 150,00	300	R\$ 45.000,00
<b>TOTAL</b>					<b>R\$ 1.931.000,00</b>
<b>ULTRASSONOGRAFIAS</b>					
01	ULTRASSONOGRAFIA ABD. TOTAL	ULTRASSONOGRAFIAS DIVERSAS			
02	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA				
03	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA				
04	ULTRASSONOGRAFIA SUPERIOR				
05	ULTRASSONOGRAFIA VIAS URINARIAS				
06	ULTRASSONOGRAFIA TRANSRETAL				
07	ULTRASSONOGRAFIA PROSTATICA				
08	ULTRASSONOGRAFIA RENAL				
09	ULTRASSONOGRAFIA BOLSA ESCROTAL				
10	ULTRASSONOGRAFIA ENDOVAGINAL				
11	ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA				
12	ULTRASSONOGRAFIA TIREOIDE				
13	OUTROS TIPOS				
<b>TOTAL</b>		<b>2.400</b>	<b>R\$ 70,00</b>	<b>R\$ 14.000,00</b>	<b>R\$ 168.000,00</b>

**ANEXO ----- PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS**

X	DESCRIÇÃO	QUANT. / ANO	MÉTRICA	VALOR UNIT.	PREVISÃO PROVENTOS/ANO
01	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD)	4	UND	R\$ 300,00	R\$ 1.200,00
02	AUDIOMETRIA	36	UND	R\$ 120,00	R\$ 4.320,00
03	LARINGOSCOPIA	5	UND	R\$ 220,00	R\$ 1.100,00
04	BERA	10	UND	R\$ 250,00	R\$ 2.500,00
05	MAMOGRAFIA	25	UND	R\$ 180,00	R\$ 4.500,00
06	VIDEOLARINGOSCOPIA	6	UND	R\$ 330,00	R\$ 1.980,00
07	ELETRONEUROLOGRAMA	20	UND	R\$ 220,00	R\$ 4.400,00
08	ECOCARDIOGRAMA FETAL	10	UND	R\$ 350,00	R\$ 3.500,00
09	ELETRONEUROMIOGRAFIA POR MEMBRO	15	UND	R\$ 400,00	R\$ 6.000,00
10	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	10	UND	R\$ 240,00	R\$ 2.400,00
11	TESTE ERGOMÉTRICO	10	UND	R\$ 250,00	R\$ 2.500,00
12	MAPA	24	UND	R\$ 170,00	R\$ 4.080,00

13	HOLTER	24	UND	R\$ 160,00	R\$ 3.840,00
14	BIOPCIA DA PROSTATA (COLETA)	10	UND	R\$ 633,00	R\$ 6.330,00
15	BIOPSIA PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL (COLETA)	20	UND	R\$ 300,00	R\$ 6.000,00
16	TESTE DA ORELHINHA	300	UND	R\$ 120,00	R\$ 36.000,00
17	TESTE DO OLHINHO	300	UND	R\$ 150,00	R\$ 45.000,00
18	IMITANCIOMETRIA	300	UND	R\$ 150,00	R\$ 45.000,00
19	ULTRASSON COM DOPPLER	36	UND	R\$ 140,00	R\$ 5.040,00
20	ULTRASSOM DE MEMBROS	20	UND	R\$ 360,00	R\$ 7.200,00
21	DUPPLER DE ARTÉRIAS CAROTIDAS E VERTEBRAS	10	UND	R\$ 180,00	R\$ 1.800,00
22	DUPLEX SCAN COLORIDA	30	UND	R\$ 350,00	R\$ 10.500,00
23	ENDOSCOPIA DIGESTIVA C/H. PYLORI	200	UND	R\$ 250,00	R\$ 50.000,00
24	PATCH TEST	10	UND	R\$ 300,00	R\$ 3.000,00
25	PRICK TEST	10	UND	R\$ 300,00	R\$ 3.000,00
26	TOMOGRAFIA DO OLHO (OCT)	10	UND	R\$ 540,00	R\$ 5.400,00
27	ULTRASSOM DE OLHO	10	UND	R\$ 300,00	R\$ 3.000,00
28	RAIO X COM LAUDO	20	UND	R\$ 90,00	R\$ 1.800,00
29	ENEMA BARITADO	12	UND	R\$ 220,00	R\$ 2.640,00
30	COLONOSCOPIA	12	UND	R\$ 1.700,00	R\$ 20.400,00
31	RETOSSIGMOIDESCOPIA	8	UND	R\$ 800,00	R\$ 6.400,00
32	COLPOSCOPIA	25	UND	R\$ 150,00	R\$ 3.750,00
33	BIOMETRIA	15	UND	R\$ 150,00	R\$ 2.250,00
34	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	10	UND	R\$ 150,00	R\$ 1.500,00
35	CURVA TENCIONAL DIÁRIA	10	UND	R\$ 165,00	R\$ 1.650,00
36	MAPEAMENTO DE RETINA	20	UND	R\$ 125,00	R\$ 2.500,00
37	FUNDOSCOPIA	10	UND	R\$ 125,00	R\$ 1.250,00
38	ACUIDADE VISUAL	5	UND	R\$ 125,00	R\$ 625,00
39	POTÊNCIAL DE ACUIDADE MACULAR (P.A.M)	5	UND	R\$ 125,00	R\$ 625,00
40	GONIOSCOPIA	5	UND	R\$ 150,00	R\$ 750,00
41	PAQUIMETRIA	5	UND	R\$ 175,00	R\$ 875,00
42	CERATOMETRIA	5	UND	R\$ 175,00	R\$ 875,00
43	TONOMETRIA	5	UND	R\$ 100,00	R\$ 500,00
44	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NO OLHO	10	UND	R\$ 200,00	R\$ 2.000,00
45	BIOMICROSCOPIA	5	UND	R\$ 150,00	R\$ 750,00
46	TELA DE AMSLER	5	UND	R\$ 150,00	R\$ 750,00
47	MICROSCOPIA	3	UND	R\$ 300,00	R\$ 900,00
48	TOPOGRAFIA	3	UND	R\$ 250,00	R\$ 750,00
49	ECOGRAFIA (USG)	10	UND	R\$ 300,00	R\$ 3.000,00
50	CONTAGEM DE CÉLULAS ENDOTELIAIS	3	UND	R\$ 300,00	R\$ 900,00
51	CITOLOGIA MAMÁRIA	25	UND	R\$ 150,00	R\$ 3.750,00
<b>TOTAL</b>					<b>R\$ 330.780,00</b>
<b>TIPO DE RESSONÂNCIA E TOMOGRAFIAS</b>					

01	RESSONANCIA MAGNÉTICA COM MEDICAMENTO CONTRASTE- MEATOS ACÚSTICOS, CONDUTOS AUDITIVOS, ORBITAIS, FACE, PESCOÇO, HÍPOFISE, SELA TURCICA, PELVE (FISTULA), PELVE, PROSTATA, BOLSA ESCROTAL, ABDOMEM SUPERIOR, CRÂNIO, ESTERNO, OMBRO, PLEXO BRAQUIAL, COTOVELO, PUNHO, MÃO, COLUNA CERVICAL, COLUNA DORSAL, TORACICA, COLUNA LOMBAR, SACRO ILIACAS, COCCIX, ASSOALHO PÉLVICO, QUADRIL (CADA LATERALIDADE), BACIA, COXA (FEMUR), JOELHO, PERNA (TÍBIA), ANTE PÉ, MÉDIO PÉ, TORNOZELO, RETRO PÉ, ATM.	25	UND	R\$ 750,00	R\$ 18.750,00	
02	RESSONANCIA MAGNÉTICA SEM MEDICAMENTO CONTRASTE- ESTERNO, OMBRO, PLEXO BRAQUIAL, COTOVELO, PUNHO, MÃO, COLUNA CERVICAL, COLUNA DORSAL, CEÂNIO TORÁCICA, COLUNA LOMBAR, SACRO ILIACAS, COCCIX, ASSOALHO PÉLVICO, QUADRIL (CADA LATERALIDADE), BACIA, COXA (FEMUR), JOELHO, PERNA (TÍBIA), ANTE PÉ, MÉDIO PÉ, TORNOZELO, RETRO PÉ, ATM.	25	UND	R\$ 550,00	R\$ 13.750,00	
03	RESSONANCIA MAGNETICA COM MEDICAMENTO CONTRASTE DO ABDOMEM TOTAL (SUP+PELVE)	12	UND	R\$ 1.300,00	R\$ 15.600,00	
04	RESSONANCIA MAGNETICA SEM MEDICAMENTO CONTRASTE DO ABDOMEM TOTAL (SUP+PELVE)	12	UND	R\$ 1.100,00	R\$ 13.200,00	
05	ANGIORESSONANCIA ARTERIAL E/OU VENOSA COM MEDICAMENTO CONTRASTE E BOMBA INJETORA- CRÂNIO VENOSA, CAROTIDA (PESCOÇO), ARTERIAS RENAIIS, CRÂNIO ARTERIAL, AORTA TORACICA, TORAX, AORTA ABDOMINAL, ILIACAS	12	UND	R\$ 750,00	R\$ 9.000,00	
06	COLAGIORRESONANCIA SEM MEDICAMENTO CONTRASTE	25	UND	R\$ 550,00	R\$ 13.750,00	
07	COLAGIORRESONANCIA COM MEDICAMENTO CONTRASTE	25	UND	R\$ 750,00	R\$ 18.750,00	
08	RESSONANCIA MAGNETITA SEM MEDICAMENTO CONTRASTE DO ABDOMEM URO (VIAS URINARIAS)	25	UND	R\$ 1.100,00	R\$ 27.500,00	
43	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COM MEDICAMENTO CONTRASTE- ABDOMEM TOTAL	25	UND	R\$ 580,00	R\$ 14.500,00	
44	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEM MEDICAMENTO CONTRASTE- ABDOMEM TOTAL/ ABDOMEM URO (VIAS URINÁRIAS)	25	UND	R\$ 400,00	R\$ 10.000,00	
45	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COM MEDICAMENTO CONTRASTE- HÍPOFASE, SELA TURCICA, ORBITAS, PESCOÇO, ABDOMEM SUPERIOR, PELVE, CRÂNIO, TORAX.	25	UND	R\$ 430,00	R\$ 10.750,00	

46	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA SEM MEDICAMENTO CONTRASTE - MASTÓIDE, FACE, ATM, MAXILAR, ATM, TC DENTAL SUPERIOR, MANDÍBOLA, TC DENTAL INFERIOR, OMBRO, BRAÇO-ANTEBRAÇO, COTOVELO, PUNHO, MÃO, COLUNA CERVICAL, COLUNA DORSAL-TORÁCICA, COLUNA LOMBAR, SACRO ILÍACAS, COCCIX, ABDOME URO, VIAS URINÁRIAS, QUADRIL (CADA LATERALIDADE), BACIA, COXA, (FÊMUR), JOELHO, PERNA (TÍBIA), PÉ, TORNOZELO, RETRO PÉ, ESCANOMETRIA MMII, DIGITAL DE MMI (EIXO ANATÔMICO E MECÂNICO), CRÂNIO, TORAX.	25	UND	R\$ 250,00	R\$ 6.250,00
48	ANGIOTOMOGRAFIA COM MEDICAMENTO CONTRASTE E BOMBA INJETORA- CARÓTIDA (PESCOÇO), CRÂNIO ARTERIAL, CRÂNIO VENOSO, AORTA TORÁCICA, TORÁCICA (TEP), VENOSA TORÁCICA, AORTA ABDOMINAL, ILÍACAS, MMI D.E.E, ARTERIAS RENAIAS, MMSS D.E.E	36	UND	R\$ 595,00	R\$ 21.420,00
<b>TOTAL</b>					<b>R\$ 193.220,00</b>

**ANEXO ----- CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS - REDE PRIVADA**

X	DESCRIÇÃO	QUANT. / ANO	MÉTRICA	VALOR UNIT.	PREVISÃO PROVENTOS/ANO
01	CURETAGEM UTERINA	30	UND	R\$ 1.200,00	R\$ 36.000,00
02	MEGAESOFAGO	6	UND	R\$ 4.500,00	R\$ 27.000,00
03	CESARIANA	15	UND	R\$ 2.500,00	R\$ 37.500,00
04	RETIRADA DE FECALOMA	12	UND	R\$ 1.500,00	R\$ 18.000,00
05	PARACENTESE	6	UND	R\$ 950,00	R\$ 5.700,00
06	PEQUENAS CIRURGIAS	40	UND	R\$ 650,00	R\$ 26.000,00
07	CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA	10	UND	R\$ 400,00	R\$ 4.000,00
08	ELETRICACAUTERIZAÇÃO	20	UND	R\$ 300,00	R\$ 6.000,00
09	COLETA DE BIÓPSIA USG PROSTATA	30	UND	R\$ 1.500,00	R\$ 45.000,00
10	COLETA DE BIÓPSIA USG MAMA (01 CISTO)	20	UND	R\$ 500,00	R\$ 10.000,00
11	COLETA DE BIÓPSIA USG TIREÓIDE (01 NÓDULO)	20	UND	R\$ 600,00	R\$ 12.000,00
12	COLETA DE BIÓPSIA DE COLO DO ÚTERO	20	UND	R\$ 300,00	R\$ 6.000,00
13	PUNÇÃO ASPIRATIVA	15	UND	R\$ 500,00	R\$ 7.500,00
<b>TOTAL</b>					<b>R\$ 240.700,00</b>

**ANEXO ----- CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS**

X	DESCRIÇÃO	MÉTRICA	QUANT. / ANO	VALOR UNIT.	VALOR ANO
01	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA - CARDIOLOGISTA	UND	600	R\$ 110,00	R\$ 66.000,00
02	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA - ENDOCRINOLOGISTA	UND	180	R\$ 240,00	R\$ 43.200,00
03	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA - ORTOPEDISTA	UND	720	R\$ 110,00	R\$ 79.200,00

04	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA - GASTROENTEROLOGISTA	UND	180	R\$ 180,00	R\$ 32.400,00
05	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA - NEUROLOGISTA	UND	180	R\$ 220,00	R\$ 39.600,00
06	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA - OFTALMOLOGISTA	UND	180	R\$ 200,00	R\$ 36.000,00
07	CONSULTA COM OFTALMOLOGISTA	UND	100	R\$ 250,00	R\$ 25.000,00
08	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA - UROLOGISTA	UND	480	R\$ 110,00	R\$ 52.800,00
09	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA - PSQUIATRA	UND	720	R\$ 130,00	R\$ 93.600,00
10	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA - CIRURGIÃO GERAL	UND	300	R\$ 150,00	R\$ 45.000,00
11	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA - OTORRINOLARINGOLOGISTA	UND	100	R\$ 180,00	R\$ 18.000,00
12	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA PEDIATRA	UND	720	R\$ 150,00	R\$ 108.000,00
13	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA NEUROPEDRIATICA	UND	180	R\$ 250,00	R\$ 45.000,00
14	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIDADE PNEUMOLOGISTA	UND	20	R\$ 300,00	R\$ 6.000,00
15	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA OBSTRETA	UND	100	R\$ 200,00	R\$ 20.000,00
16	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA GINECOLOGISTA	UND	720	R\$ 110,00	R\$ 79.200,00
17	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA ANGIOLOGISTA	UND	20	R\$ 280,00	R\$ 5.600,00
18	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA REUMATOLOGISTA	UND	20	R\$ 200,00	R\$ 4.000,00
19	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA MÉDICO DO TRABALHO	UND	15	R\$ 100,00	R\$ 1.500,00
20	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA - DERMATOLOGISTA	UND	30	R\$ 200,00	R\$ 6.000,00
<b>TOTAL</b>					<b>R\$ 806.100,00</b>

**ANEXO ----- CIRURGIAS ELETIVAS E PROCEDIMENTOS**

X	DESCRIÇÃO	MÉTRICA	QUANT. / ANO	VALOR UNIT.	VALOR ANO
01	ATIVIDADE MÉDICA COMO CIRURGIÃO NO HOSPITAL MUNICIPAL MÃE OLÍMPIA.	UND	180	R\$ 600,00	R\$ 108.000,00
02	ATIVIDADE MÉDICA COMO ANESTESISTA NO HOSPITAL MUNICIPAL MÃE OLÍMPIA.	UND	180	R\$ 400,00	R\$ 72.000,00
<b>TOTAL</b>					<b>R\$ 180.000,00</b>

**TIPOS DE CIRURGIAS:**

01	COLECISTECTOMIA
02	HISTERECTOMIA VIA ABDOMINAL E VAGINAL
03	TIREOIDECTOMIA
04	AMIGDELA + ADENOIDE
05	PROSPATECTOMIA
06	VARICOCELE
07	HIDROCELECTOMIA
08	REDUÇÃO DE PARAFIMOSE

09	MIOMECTOMIA
10	HEMORROIDECTOMIA
11	FÍSTULA PERIANAL
12	PERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR
13	SALPINGECTOMIA UNI E BILATERAL
14	PERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR
15	HERNIORRAFIA INGUINAL
16	HERNIORRAFIA UMBILICAL
17	HERNIORRAFIA EPIGÁSTRICA
18	HERNIORRAFIA INCISSIONAL
19	VASECTOMIA
20	AMPUTAÇÃO DE MEMBROS E DEDOS
21	CURATIVOS SOB ANESTESIA
22	HIDROCELECTOMIA
23	AMPUTAÇÃO DE COLO UTERINO
24	APENDICICTOMIA
25	DRENAGEM DE TORAX
26	PROSTATECTOMIA
27	NEFROECTOMIA
28	CIRURGIAS GERAIS ABDOMINAIS DE URGENCIA
29	REDUÇÃO (CRUENTA DE LUXAÇÕES E FRATURAS)
30	MAMOPLASTIA
31	CIRURGIA DE INCONTINECIA URINARIA VIA VAGINAL
32	VARIZES
33	CIRURGIA DE INCONTINECIA URINARIA VIA VAGINAL
34	OUTRAS DE MESMA CATEGORIA ELETIVA
35	PEQUENAS CIRURGIAS ORTOPEDICAS

**ANEXO ----- PROFISSIONAIS DE SAÚDE - PA COVID-19**

X	DESCRIÇÃO	CARGA HORÁRIA (CH)	QUANT. / ANO	VALOR UNIT.	PREVISÃO PROVENTOS/ANO
01	MÉDICO - PLANTÃO	12HS	120	R\$ 1.050,00	R\$ 126.000,00
<b>TOTAL</b>					<b>R\$ 126.000,00</b>

<b>TOTAL PARCIAL</b>	<b>R\$ 5.395.380,00</b>
----------------------	-------------------------

PLANILHA PADRÃO DE COTAÇÃO CREDENCIAMENTO LABORATORIO 2023				
	DESCRIÇÃO	QUAN.ANO	VALOR UNT	VALOR TOTAL
1	BIOPSIA / PUNCAO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE	5	R\$ 130,00	R\$ 650,00
2	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	60	R\$ 11,10	R\$ 666,00
3	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	150	R\$ 19,75	R\$ 2.962,50
4	DOSAGEM DE ACIDO URICO	300	R\$ 5,25	R\$ 1.575,00
5	DOSAGEM DE ALDOLASE	12	R\$ 11,73	R\$ 140,76
6	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	10	R\$ 10,00	R\$ 100,00

7	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	100	R\$ 5,61	R\$ 561,00
8	DOSAGEM DE AMILASE	60	R\$ 7,18	R\$ 430,80
9	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	250	R\$ 7,60	R\$ 1.900,00
10	DOSAGEM DE CALCIO	250	R\$ 7,06	R\$ 1.765,00
11	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	100	R\$ 6,05	R\$ 605,00
12	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	12	R\$ 9,11	R\$ 109,32
13	DOSAGEM DE CLORETO	12	R\$ 5,56	R\$ 66,72
14	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	2000	R\$ 6,05	R\$ 12.100,00
15	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	2000	R\$ 6,05	R\$ 12.100,00
16	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	2000	R\$ 6,05	R\$ 12.100,00
17	DOSAGEM DE CREATININA	1500	R\$ 6,05	R\$ 9.075,00
18	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	120	R\$ 9,61	R\$ 1.153,20
19	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	120	R\$ 4,11	R\$ 493,20
20	DOSAGEM DE FERRITINA	200	R\$ 17,68	R\$ 3.536,00
21	DOSAGEM DE FERRO SERICO	300	R\$ 9,18	R\$ 2.754,00
22	DOSAGEM DE FOLATO	100	R\$ 11,95	R\$ 1.195,00
23	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	240	R\$ 5,85	R\$ 1.404,00
24	DOSAGEM DE FOSFORO	100	R\$ 6,81	R\$ 681,00
25	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	500	R\$ 7,80	R\$ 3.900,00
26	DOSAGEM DE GLICOSE	4800	R\$ 4,01	R\$ 19.248,00
27	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	3000	R\$ 14,48	R\$ 43.440,00
28	DOSAGEM DE LIPASE	60	R\$ 7,68	R\$ 460,80
29	DOSAGEM DE MAGNESIO	300	R\$ 7,10	R\$ 2.130,00
30	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	12	R\$ 11,60	R\$ 139,20
31	DOSAGEM DE POTASSIO	600	R\$ 7,06	R\$ 4.236,00
32	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	300	R\$ 13,00	R\$ 3.900,00
33	DOSAGEM DE SODIO	250	R\$ 7,06	R\$ 1.765,00
34	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	3600	R\$ 6,05	R\$ 21.780,00
35	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	3600	R\$ 6,05	R\$ 21.780,00
36	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	10	R\$ 10,24	R\$ 102,40
37	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	3600	R\$ 5,80	R\$ 20.880,00
38	DOSAGEM DE UREIA	1000	R\$ 9,93	R\$ 9.930,00
39	DOSAGEM DE VITAMINA B12	360	R\$ 19,45	R\$ 7.002,00
40	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	200	R\$ 12,11	R\$ 2.422,00
41	ELETROFORESE DE PROTEINAS	12	R\$ 18,58	R\$ 222,96
42	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE )	100	R\$ 4,70	R\$ 470,00
43	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	100	R\$ 3,22	R\$ 322,00
44	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	480	R\$ 40,00	R\$ 19.200,00

45	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	120	R\$ 7,32	R\$ 878,40
46	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO - <b>COAGULOGRAMA</b>	600	R\$ 4,25	R\$ 2.550,00
47	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE - <b>COAGULOGRAMA</b>	600	R\$ 12,95	R\$ 7.770,00
48	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	240	R\$ 6,73	R\$ 1.615,20
49	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	900	R\$ 5,82	R\$ 5.238,00
50	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTAÇÃO (VHS)	720	R\$ 4,57	R\$ 3.290,40
51	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	400	R\$ 11,95	R\$ 4.780,00
52	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	20	R\$ 5,88	R\$ 117,60
53	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	24	R\$ 35,00	R\$ 840,00
54	HEMOGRAMA COMPLETO	4800	R\$ 8,23	R\$ 39.504,00
55	PESQUISA DE CELULAS LE	400	R\$ 4,73	R\$ 1.892,00
56	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO - <b>COAGULOGRAMA</b>	100	R\$ 3,32	R\$ 332,00
57	PROVA DO LACO - <b>COAGULOGRAMA</b>	120	R\$ 3,32	R\$ 398,40
58	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	100	R\$ 0,82	R\$ 82,00
59	DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO (CH50)	90	R\$ 35,00	R\$ 3.150,00
60	DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE	150	R\$ 8,10	R\$ 1.215,00
61	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	200	R\$ 10,77	R\$ 2.154,00
62	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA) - <b>PSA LIVRE E TOTAL</b>	900	R\$ 19,18	R\$ 17.262,00
63	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	60	R\$ 22,52	R\$ 1.351,20
64	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	60	R\$ 21,27	R\$ 1.276,20
65	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	24	R\$ 18,15	R\$ 435,60
66	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	24	R\$ 18,15	R\$ 435,60
67	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	24	R\$ 18,15	R\$ 435,60
68	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA - <b>PCR</b>	1200	R\$ 6,35	R\$ 7.620,00
69	IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS	300	R\$ 22,65	R\$ 6.795,00
70	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	12	R\$ 33,00	R\$ 396,00
71	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	12	R\$ 34,25	R\$ 411,00
72	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	400	R\$ 16,60	R\$ 6.640,00
73	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA) - <b>HIV</b>	100	R\$ 20,00	R\$ 2.000,00
74	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	300	R\$ 31,82	R\$ 9.546,00
75	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	12	R\$ 37,97	R\$ 455,64
76	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	12	R\$ 28,90	R\$ 346,80
77	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	24	R\$ 26,82	R\$ 643,68
78	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	12	R\$ 26,82	R\$ 321,84



79	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	200	R\$ 10,50	R\$ 2.100,00
80	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	150	R\$ 65,41	R\$ 9.811,50
81	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	600	R\$ 10,00	R\$ 6.000,00
82	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	12	R\$ 28,75	R\$ 345,00
83	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	70	R\$ 12,65	R\$ 885,50
84	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	70	R\$ 12,65	R\$ 885,50
85	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	70	R\$ 12,65	R\$ 885,50
86	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO - FAN	150	R\$ 15,15	R\$ 2.272,50
87	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	200	R\$ 19,65	R\$ 3.930,00
88	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	600	R\$ 18,07	R\$ 10.842,00
89	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	200	R\$ 19,19	R\$ 3.838,00
90	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	800	R\$ 27,70	R\$ 22.160,00
91	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	300	R\$ 6,86	R\$ 2.058,00
92	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	600	R\$ 22,00	R\$ 13.200,00
93	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	600	R\$ 23,00	R\$ 13.800,00
94	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	600	R\$ 21,84	R\$ 13.104,00
95	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	300	R\$ 21,50	R\$ 6.450,00
96	0202030784 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	180	R\$ 15,57	R\$ 2.802,60
97	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS	100	R\$ 14,00	R\$ 1.400,00
98	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	150	R\$ 24,32	R\$ 3.648,00
99	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	600	R\$ 21,90	R\$ 13.140,00
100	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	350	R\$ 20,15	R\$ 7.052,50
101	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	12	R\$ 36,40	R\$ 436,80
102	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	12	R\$ 43,40	R\$ 520,80
103	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	800	R\$ 21,86	R\$ 17.488,00
104	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	300	R\$ 19,25	R\$ 5.775,00
105	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	600	R\$ 23,57	R\$ 14.142,00
106	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	300	R\$ 23,07	R\$ 6.921,00
107	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS	300	R\$ 12,25	R\$ 3.675,00
108	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	300	R\$ 25,57	R\$ 7.671,00

109	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	360	R\$ 23,15	R\$ 8.334,00
110	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	250	R\$ 21,40	R\$ 5.350,00
111	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	12	R\$ 37,65	R\$ 451,80
112	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	12	R\$ 44,65	R\$ 535,80
113	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIÓNARIO (CEA)	24	R\$ 14,01	R\$ 336,24
114	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	350	R\$ 21,00	R\$ 7.350,00
115	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	40	R\$ 13,07	R\$ 522,80
116	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	250	R\$ 6,48	R\$ 1.620,00
117	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCÊNCIA	12	R\$ 4,64	R\$ 55,68
118	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECÍFICA	250	R\$ 9,03	R\$ 2.257,50
119	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCÊNCIA)	250	R\$ 9,25	R\$ 2.312,50
120	TESTE NÃO TREPONÊMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS - VDRL	600	R\$ 7,60	R\$ 4.560,00
121	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNÓSTICO DA SIFILIS	250	R\$ 14,25	R\$ 3.562,50
122	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNÓSTICO DA SIFILIS	250	R\$ 16,75	R\$ 4.187,50
123	TESTE NÃO TREPONÊMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTES	600	R\$ 4,75	R\$ 2.850,00
124	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINÁSE RECOMBINANTE HUMANO IGA	12	R\$ 10,00	R\$ 120,00
125	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	80	R\$ 35,00	R\$ 2.800,00
126	PESQUISA DE GORDURA FECAL	150	R\$ 1,75	R\$ 262,50
127	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	150	R\$ 1,75	R\$ 262,50
128	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS - PARASITOLÓGICO DE FEZES	3000	R\$ 3,25	R\$ 9.750,00
129	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	250	R\$ 11,00	R\$ 2.750,00
130	PESQUISA DE SUBSTÂNCIAS REDUTORAS NAS FEZES	185	R\$ 0,50	R\$ 92,50
131	ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	3400	R\$ 5,86	R\$ 19.924,00
132	CLEARANCE DE CREATININA	100	R\$ 9,55	R\$ 955,00
133	CLEARANCE DE UREIA	100	R\$ 7,50	R\$ 750,00
134	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	40	R\$ 19,44	R\$ 777,60
135	DOSAGEM DE OXALATO	100	R\$ 21,11	R\$ 2.111,00
136	DOSAGEM DE PROTEÍNAS (URINA DE 24 HORAS)	220	R\$ 18,00	R\$ 3.960,00
137	EXAME QUALITATIVO DE CÁLCULOS URINÁRIOS	200	R\$ 1,11	R\$ 222,00
138	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	230	R\$ 38,11	R\$ 8.765,30
139	DETERMINAÇÃO DE RETENÇÃO DE T3	800	R\$ 13,76	R\$ 11.008,00
140	DETERMINAÇÃO DE T3 REVERSO	220	R\$ 70,66	R\$ 15.545,20
141	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	12	R\$ 11,81	R\$ 141,72

142	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	12	R\$ 12,99	R\$ 155,88
143	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	230	R\$ 14,82	R\$ 3.408,60
144	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	12	R\$ 24,46	R\$ 293,52
145	DOSAGEM DE CORTISOL	60	R\$ 17,96	R\$ 1.077,60
146	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	24	R\$ 20,38	R\$ 489,12
147	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	200	R\$ 19,76	R\$ 3.952,00
148	DOSAGEM DE ESTRADIOL	100	R\$ 15,30	R\$ 1.530,00
149	DOSAGEM DE ESTRIOL	100	R\$ 20,47	R\$ 2.047,00
150	DOSAGEM DE ESTRONA	12	R\$ 27,09	R\$ 325,08
151	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	180	R\$ 10,11	R\$ 1.819,80
152	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	100	R\$ 9,31	R\$ 931,00
153	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	100	R\$ 14,87	R\$ 1.487,00
154	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	100	R\$ 13,94	R\$ 1.394,00
155	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	800	R\$ 12,69	R\$ 10.152,00
156	DOSAGEM DE INSULINA	12	R\$ 20,55	R\$ 246,60
157	DOSAGEM DE PARATORMONIO	60	R\$ 40,44	R\$ 2.426,40
158	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	100	R\$ 18,36	R\$ 1.836,00
159	DOSAGEM DE PROGESTERONA	60	R\$ 16,82	R\$ 1.009,20
160	DOSAGEM DE PROLACTINA	120	R\$ 16,80	R\$ 2.016,00
161	DOSAGEM DE RENINA	12	R\$ 42,71	R\$ 512,52
162	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	12	R\$ 39,61	R\$ 475,32
163	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	50	R\$ 40,00	R\$ 2.000,00
164	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	24	R\$ 26,38	R\$ 633,12
165	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	24	R\$ 28,43	R\$ 682,32
166	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	80	R\$ 20,86	R\$ 1.668,80
167	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	500	R\$ 13,48	R\$ 6.740,00
168	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	500	R\$ 12,61	R\$ 6.305,00
169	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	12	R\$ 17,50	R\$ 210,00
170	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	12	R\$ 13,45	R\$ 161,40
171	DOSAGEM DE ALUMINIO	12	R\$ 17,50	R\$ 210,00
172	DOSAGEM DE BARBITURATOS	12	R\$ 3,94	R\$ 47,28
173	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	12	R\$ 20,26	R\$ 243,12
174	DOSAGEM DE CHUMBO	60	R\$ 10,15	R\$ 609,00
175	DOSAGEM DE COBRE	30	R\$ 15,55	R\$ 466,50
176	DOSAGEM DE LITIO	30	R\$ 10,68	R\$ 320,40
177	DOSAGEM DE ZINCO	60	R\$ 18,45	R\$ 1.107,00
178	ANTIBIOGRAMA	120	R\$ 9,00	R\$ 1.080,00
179	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	80	R\$ 4,00	R\$ 320,00

180	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	120	R\$ 20,00	R\$ 2.400,00
181	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	120	R\$ 21,26	R\$ 2.551,20
182	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	80	R\$ 7,09	R\$ 567,20
183	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	300	R\$ 29,19	R\$ 8.757,00
184	CULTURA PARA BAAR	100	R\$ 15,58	R\$ 1.558,00
185	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	50	R\$ 10,01	R\$ 500,50
186	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	40	R\$ 3,45	R\$ 138,00
187	HEMOCULTURA	210	R\$ 24,47	R\$ 5.138,70
188	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	40	R\$ 0,60	R\$ 24,00
189	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	12	R\$ 1,44	R\$ 17,28
190	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO) - GRUPO SANGUINEO E FATOR RH	500	R\$ 5,00	R\$ 2.500,00
191	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA) COOMBS INDIRETO	450	R\$ 20,00	R\$ 9.000,00
192	COAGULOGRAMA	300	R\$ 6,25	R\$ 1.875,00
193	ANTI HVA IGG	250	R\$ 5,00	R\$ 1.250,00
194	ANTI HVA IGM	60	R\$ 7,50	R\$ 450,00
195	ANTI TPO	80	R\$ 22,00	R\$ 1.760,00
196	ANTI HBC IGG	400	R\$ 21,00	R\$ 8.400,00
197	VDRL	500	R\$ 2,75	R\$ 1.375,00
198	PSA LIVRE E TOTAL	400	R\$ 4,25	R\$ 1.700,00
199	ESQUISTOSSOMOSE	12	R\$ 45,00	R\$ 540,00
200	HIV/II SOROLOGIA	600	R\$ 5,00	R\$ 3.000,00
201	PARASITOLÓGICO DE FEZES	1500	R\$ 2,50	R\$ 3.750,00
202	BIOPSIA SIMPLES	150	R\$ 160,00	R\$ 24.000,00
203	BIOPSIA CIRÚGICA	300	R\$ 160,00	R\$ 48.000,00
204	CHAGAS HEMAGLUTIMAÇÃO	60	R\$ 25,00	R\$ 1.500,00
<b>TOTAL LABORATORIO</b>				<b>R\$ 896.497,32</b>

<b>TOTAL GERAL</b>	<b>R\$ 6.291.877,32</b>
--------------------	-------------------------

Cafarnaum, 13 de DEZEMBRO de 2023.

**ANTONIO CARLOS SENA XAVIER**  
**SECRETARIO DE SAUDE**  
**DEC 002//2021**

ANEXO X  
(Pessoa Física)

MINUTA DE TERMO DE CREDENCIAMENTO \_\_\_\_\_  
CONTRATO Nº ...../2024

O MUNICÍPIO DE CAFARNAUM, através do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ/MF sob o nº \_\_\_\_\_, com sede à \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, neste ato representado pela \_\_\_\_\_, brasileira, portadora do CPF/MF nº \_\_\_\_\_, Gestora do Fundo Municipal de Saúde e pelo \_\_\_\_\_, brasileiro, maior, portado do CPF/MF nº \_\_\_\_\_, PREFEITA Municipal, doravante denominada simplesmente de CREDENCIANTE, de outro lado o Sr(a) \_\_\_\_\_, residente e domiciliado na rua \_\_\_\_\_, cidade de \_\_\_\_\_, inscrito no C.P.F nº \_\_\_\_\_, R.G nº \_\_\_\_\_, CRM/COREM nº \_\_\_\_\_, a seguir denominada de CREDENCIADA, pactuam o presente Contrato, derivado do Edital de Credenciamento nº 006/2023, Processo Administrativo nº 210/2023, a qual rege-se pela Lei Federal nº 14.133/2021 e decreto municipal Nº 279/2022, e documentos que fazem parte integrante do presente processo, têm entre si como justo e Contratado as seguintes cláusulas:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO:**

O objeto deste é a contratação de prestadores de serviços de saúde, bem como, de instituições de saúde, de acordo com a tabela anexa ao presente, sob o regime de credenciamento, em estrita observância ao contido e especificado no anexo I deste contrato na documentação levada a efeito pelo edital publicado no dia xxxxxx de de 2023, devidamente homologada pelo CREDENCIANTE, regendo-se pela Lei Federal nº 14.133/2021 e decreto municipal Nº 279/2022, assim como pelas condições do edital referido, pelos termos da proposta e pelas cláusulas a seguir expressas, definidoras dos direitos, obrigações e responsabilidades das partes.

*Parágrafo único:* O regime de execução deste termo é de forma Indireta por preço unitário.

**CLÁUSULA SEGUNDA - DA VIGÊNCIA:**

O prazo de vigência deste credenciamento é de 12 (doze) meses, a contar da data de assinatura do presente contrato, podendo ser prorrogado, por interesse do CREDENCIANTE e anuência do (a) CREDENCIADO (A), por iguais e sucessivos períodos, até o limite de sessenta meses.

*Parágrafo único:* Durante a vigência deste credenciamento não haverá correção ou reajuste, caso haja prorrogação do termo de credenciamento, será usado como indexador o índice do IPCA anual.

**CLÁUSULA TERCEIRA - DO VALOR E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:**

Pela perfeita execução dos serviços objeto deste contrato e obedecidas às demais condições estipuladas neste instrumento, a CONTRATANTE pagará à CONTRATADA o valor estimado de R\$ \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), provenientes dos serviços constantes no anexo único deste instrumento.

*Parágrafo Primeiro:* Do valor global acima descrito deverá ser destinando um percentual mínimo de 50% (cinquenta por centos) para pagamento com custos diretos e de 50% para o pagamento de custos indiretos e demais encargos;

*Parágrafo Segundo:* O pagamento do presente contrato será efetuado mensalmente, até o 5º dia útil do mês subsequente ao da prestação de serviços, mediante apresentação da nota fiscal dos serviços efetivamente prestados, juntamente com o relatório dos atendimentos realizados, contendo especificações detalhadas por procedimento (data, nome do usuário código do procedimento, etc.), mediante Ordem Bancária creditada na conta corrente indicada na proposta de serviço ou cheque nominal.

*Parágrafo Terceiro:* Os valores a serem pagos, sofrerão correção ou reajuste durante a vigência do presente TERMO DE CREDENCIAMENTO, de acordo com os valores de serviços da área de saúde aprovada pelo **Conselho Municipal de Saúde e Tabela SUS** vigente.

*Parágrafo Quarto:* É vedada a antecipação de pagamento.

*Parágrafo Quinto:* O pagamento fica condicionado à comprovação de que a CONTRATADA encontra-se adimplente com a regularidade fiscal, devendo ser comprovada mediante:

- a) Certidão Conjunta de Débitos relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, expedida pela Secretaria da Receita Federal;
- b) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, dentro do seu prazo de validade;

- c) Certidão Negativa de débitos, emitida pela Secretaria de Tributação do Estado, no qual se localiza a sede da licitante, ou outro documento que o substitua legalmente;
- d) Certidão Negativa de Débito para com a Fazenda Municipal, da sede da licitante ou domicílio, dentro do seu prazo de validade;

#### **CLÁUSULA QUARTA - DOS RECURSOS FINANCEIROS:**

As despesas referentes aos serviços contratados como decorrência deste certame, terão amparo legal e financeiro no orçamento de 2024 da Secretaria Municipal de Saúde, nas seguintes dotações orçamentárias:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

#### **CLÁUSULA QUINTA - DAS CONDIÇÕES PARA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS:**

- I - Este Termo de Credenciamento tem as características de uma relação contratual para a prestação de serviços;
- II - A empresa CREDENCIADA se obriga a manter na constância deste Termo todas as condições de habilitação exigidas para a celebração do mesmo;
- III - A responsabilidade exclusiva e integral é da CREDENCIADA, pela utilização de pessoal, para a execução dos respectivos procedimentos, incluídos nesta os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais e fiscais resultantes de vínculo empregatício ou comercial que mantiver com terceiros estranhos a este instrumento;
- IV - É proibido:
  - a) - A prestação do(s) serviço(s) credenciado(s) em qualquer dependência de propriedade do CREDENCIANTE ou utilizada pelo Município, salvo nos casos das coletas efetuadas nas unidades hospitalares, bem como, os serviços médicos especializados;
  - b) - Transferir os direitos e obrigações constantes neste Termo;
- V - Os estabelecimentos devem comportar os atendimentos constantes na Proposta de Credenciamento, quando for o caso;
- VI - A regulação dos encaminhamentos para cada clínica ficará a critério da Secretaria Municipal de Saúde (SMS);

#### **CLÁUSULA SEXTA - DA FISCALIZAÇÃO:**

O CREDENCIANTE, através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), realizará fiscalização permanentemente à prestação dos serviços prestados pelo (s) credenciado (s), sendo-lhes facultado o desc credenciamento, mediante a verificação através de processo administrativo específico, com garantia da representação do contraditório e da produção da ampla defesa pela CREDENCIADA, o que não restringe a responsabilidade da mesma, no que diz respeito a sua atuação quanto a este Termo.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA - OUTRAS OBRIGAÇÕES DA CREDENCIADA:**

A CREDENCIADA ainda se obriga a:

- a) Manter sempre atualizado o seu credenciamento junto ao Setor competente;
- b) Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviços;
- c) Notificar o CREDENCIANTE de eventual alteração de sua razão social ou de seu controle acionário e de mudança em sua diretoria, contrato ou estatuto, enviando ao CREDENCIANTE, no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data do registro da alteração, cópia autenticada da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas.
- d) prestar os serviços na forma ajustada;
- e) assumir inteira responsabilidade pelas obrigações sociais e trabalhistas de seus empregados;
- f) manter durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no credenciamento;
- g) apresentar durante a execução do contrato, se solicitado, documentos que comprovem estar cumprindo a legislação em vigor quanto às obrigações assumidas na presente licitação, em especial, encargos sociais, trabalhistas, previdenciários, tributários, fiscais e comerciais, entre outros;
- h) permitir e facilitar a Fiscalização, a inspeção dos serviços a qualquer hora, devendo prestar todos os informes e esclarecimentos solicitados pelo CONTRATANTE, por escrito;
- i) disponibilizar profissionais habilitados para a realização dos procedimentos;
- j) responsabilizar-se, tecnicamente, tanto na realização dos exames quanto na divulgação dos seus resultados;
- k) abster-se de cobrar qualquer valor dos usuários, sob qualquer título ou pretexto;
- l) Fornecer profissional médico com inscrição no Conselho Regional de Medicina e com última anuidade paga.
- m) Declaração de ciência do Regimento Interno do Corpo Clínico por parte dos profissionais médicos que prestarão serviço na unidade.
- n) Aceitação da escala de trabalho em regime de plantões proposta pela direção, previamente afixada em local definido com antecedência de 07 dias, sendo que, em eventual impossibilidade de elaboração da escala ou afixação da mesma, por força maior, será dado seguimento à escala do mês anterior com ocupação dos mesmos dias da semana e horários.

- o) O comparecimento do profissional médico previamente escalado, é de responsabilidade exclusiva da Credenciada, pois a substituição do mesmo por outro profissional que atenda às exigências anteriores será após consentimento do coordenador médico.
- p) Obrigatoriedade de comparecimento dos profissionais às reuniões agendadas pela diretoria com antecedência mínima de 15 dias e estabelecimento de multa para faltantes.
- q) Aceitação da possibilidade de haver mudança do público alvo a ser atendido, ou seja, clínica médica ou pediatria, sem aviso prévio, a depender das necessidades do melhor andamento do serviço e do melhor acolhimento do usuário.
- r) Em caso excepcional de falta de um dos médicos, o único médico plantonista deverá atender ambos os públicos (clínica médica e pediatria) dando prioridade aos casos de maior risco de agravo à saúde, conforme acolhimento prévio, dentro dos limites de suas possibilidades, até que seja providenciado o segundo profissional.
- s) Declaração de ciência da existência de protocolos de atendimento médico na unidade e da obrigatoriedade de seguimentos dos mesmos, exceção feita aos casos em que existirem publicações mais recentes e reconhecidas pelas sociedades de especialistas de cada área de conhecimento.

**CLÁUSULA OITAVA - DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONTRATADA:**

A CREDENCIADA é responsável pela indenização de dano causado ao paciente, a terceiros ou a eles vinculados, decorrentes de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência praticadas por seus empregados, profissionais ou prepostos, ficando assegurado a CREDENCIADA o direito de regresso.

**CLÁUSULA NONA - DAS PENALIDADES:**

I - À CREDENCIADA será aplicada multa pelo CREDENCIANTE, na importância de até 10% (dez por cento) do valor global do contrato, pela execução irregular do contrato, e em caso de descumprimento das cláusulas contratuais e legislação atinente, salvo nos casos de cumprimento de prazo na entrega dos exames cuja multa será aplicada na percentual de 0,25% por dia/hora de atraso.

II - Em não se cumprindo a cláusula sétima alínea "q", será aplicada multa correspondente ao dobro do valor pago pelo plantão.

*Parágrafo Primeiro:* Na eventual aplicação de multa, o seu *quantum* será automaticamente descontado do valor a ser pago à CONTRATADA.

**CLÁUSULA DÉCIMA - DA CESSÃO DO CONTRATO E SUBCONTRATAÇÃO:**

A CREDENCIADA não poderá ceder o presente contrato, tampouco subcontratá-lo, no todo ou em parte, a nenhuma pessoa física ou jurídica.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA INEXECUÇÃO DO CONTRATO:**

A CONTRATADA reconhece os direitos da Administração, em caso de rescisão administrativa, previstos nos artigos 137, 138 e 139 da Lei Federal nº 14.133/2021.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA RESCISÃO:**

Ocorrendo motivo que justifique e/ou aconselhe, atendido em especial o interesse do CREDENCIANTE, o presente contrato poderá ser rescindido unilateralmente pelo CREDENCIANTE a qualquer momento, mediante notificação para imediata suspensão dos serviços.

*Parágrafo primeiro.* A CREDENCIADA poderá a qualquer tempo denunciar o ajuste, bastando, para tanto, notificar previamente a Administração, com antecedência de 15 (quinze) dias.

*Parágrafo único.* Em caso de denúncia feita pelo contratado, deverá o contratado manter a prestação do serviço pelo prazo de até 15 (quinze) dias, período em que a Administração convocará novo credenciado.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO FORO:**

Fica eleita a Comarca de CAFARNAUM/BA como competente para dirimir quaisquer questões oriundas do presente Termo de Contrato, recusando qualquer outra por mais privilegiada que seja.

E por estarem justas e contratadas, assinam o presente, por si seus sucessores em 03 (três) vias iguais e rubricadas para todos os fins de direito na presença de duas testemunhas.

CAFARNAUM,..... de ..... de 2024.

**CREENCIANTE**

**CREENCIADA**

**ANEXO XI  
(Pessoa Jurídica)**

**MINUTA DE TERMO DE CREDENCIAMENTO \_\_\_\_\_  
CONTRATO Nº ...../2023.**

O MUNICÍPIO DE CAFARNAUM, através do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ/MF sob o nº \_\_\_\_\_, com sede à \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, neste ato representado pela \_\_\_\_\_, brasileira, portadora do CPF/MF nº \_\_\_\_\_, Gestora do Fundo Municipal de Saúde e pelo \_\_\_\_\_, brasileiro, maior, portado do CPF/MF nº \_\_\_\_\_, PREFEITA Municipal, doravante denominada simplesmente de CREDENCIANTE, de outro lado a empresa \_\_\_\_\_, pessoa jurídica, com sede na \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, inscrito no C.N.P.J nº \_\_\_\_\_, neste ato representada pelo Sr(a) \_\_\_\_\_, a seguir denominada de CREDENCIADO, pactuam o presente Contrato, derivado do Edital de Credenciamento nº 006/2023, Processo Administrativo nº 210/2023, a qual rege-se pela Lei Federal nº 14.133/2021 e decreto municipal Nº 279/2022, e documentos que fazem parte integrante do presente processo, têm entre si como justo e Contratado as seguintes cláusulas:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO:**

O objeto deste é a contratação de prestadores de serviços de saúde, bem como, de instituições de saúde, de acordo com a tabela anexa ao presente, sob o regime de credenciamento, em estrita observância ao contido e especificado no anexo I deste contrato na documentação levada a efeito pelo edital publicado no dia xxxxxx de de 2023, devidamente homologada pelo CREDENCIANTE, regendo-se pela Lei Federal nº 14.133/2021 e decreto municipal Nº 279/2022, assim como pelas condições do edital referido, pelos termos da proposta e pelas cláusulas a seguir expressas, definidoras dos direitos, obrigações e responsabilidades das partes.

*Parágrafo único:* O regime de execução deste termo é de forma Indireta por preço unitário.

**CLÁUSULA SEGUNDA - DA VIGÊNCIA:**

O prazo de vigência deste credenciamento é de 12 (doze) meses, a contar da data de assinatura do presente contrato, podendo ser prorrogado, por interesse do CREDENCIANTE e anuência do (a) CREDENCIADO (A), por iguais e sucessivos períodos, até o limite de sessenta meses.

*Parágrafo único:* Durante a vigência deste credenciamento não haverá correção ou reajuste, caso haja prorrogação do termo de credenciamento, será usado como indexador o índice do IPCA anual.

**CLÁUSULA TERCEIRA - DO VALOR E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:**

Pela perfeita execução dos serviços objeto deste contrato e obedecidas às demais condições estipuladas neste instrumento, a CONTRATANTE pagará à CONTRATADA o valor estimado de \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), provenientes dos serviços constantes no anexo único deste instrumento.

*Parágrafo Primeiro:* Do valor global acima descrito deverá ser destinando um percentual mínimo de 50% (cinquenta por centos) para pagamento com custos diretos e de 50% para o pagamento de custos indiretos e demais encargos.

*Parágrafo Segundo:* O pagamento do presente contrato será efetuado mensalmente, até o 5º dia útil do mês subsequente ao da prestação de serviços, mediante apresentação da nota fiscal dos serviços efetivamente prestados, juntamente com o relatório dos atendimentos realizados, contendo especificações detalhadas por procedimento (data, nome do usuário código do procedimento, etc.), mediante Ordem Bancária creditada na conta corrente indicada na proposta de serviço ou cheque nominal.

*Parágrafo Terceiro:* Os valores a serem pagos, sofrerão correção ou reajuste durante a vigência do presente TERMO DE CREDENCIAMENTO, de acordo com os valores de serviços da área de saúde aprovada pelo **Conselho Municipal de Saúde e Tabela SUS** vigente.

*Parágrafo Quarto:* É vedada a antecipação de pagamento.

*Parágrafo Quinto:* O pagamento fica condicionado à comprovação de que a CONTRATADA encontra-se adimplente com a regularidade fiscal, devendo ser comprovada mediante:

- Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
- Certidão Conjunta de Débitos relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, expedida pela Secretaria da Receita Federal;
- Certificado de Regularidade do FGTS, fornecido pela Caixa Econômica Federal, dentro do seu prazo de validade;
- Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, dentro do seu prazo de validade;



- e) Certidão Negativa de débitos, emitida pela Secretaria de Tributação do Estado, no qual se localiza a sede da licitante, ou outro documento que o substitua legalmente.
- f) Certidão Negativa de Débito para com a Fazenda Municipal, da sede da licitante ou domicílio, dentro do seu prazo de validade;

#### **CLÁUSULA QUARTA - DOS RECURSOS FINANCEIROS:**

As despesas referentes aos serviços contratados como decorrência deste certame terão amparo legal e financeiro no orçamento de 2024 da Secretaria Municipal de Saúde, nas seguintes dotações orçamentárias:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

#### **CLÁUSULA QUINTA - DAS CONDIÇÕES PARA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS:**

- I - Este Termo de Credenciamento tem as características de uma relação contratual para a prestação de serviços;
- II - A empresa CREDENCIADA se obriga a manter na constância deste Termo todas as condições de habilitação exigidas para a celebração do mesmo;
- III - A responsabilidade exclusiva e integral é da CREDENCIADA, pela utilização de pessoal, para a execução dos respectivos procedimentos, incluídos nesta os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais e fiscais resultantes de vínculo empregatício ou comercial que mantiver com terceiros estranhos a este instrumento;
- IV - É proibido:
  - a) - A prestação do (s) serviço (s) credenciado (s) em qualquer dependência de propriedade do CREDENCIANTE ou utilizada pelo Município, salvo nos casos das coletas efetuadas nas unidades hospitalares, bem como, os serviços médicos e procedimentos especializados;
  - b) - Transferir os direitos e obrigações constantes neste Termo.
- V - Os estabelecimentos devem comportar os atendimentos constantes na Proposta de Credenciamento, quando for o caso;
- VI - A regulação dos encaminhamentos para cada clínica ficará a critério da Secretaria Municipal de Saúde (SMS);

#### **CLÁUSULA SEXTA - DA FISCALIZAÇÃO:**

O CREDENCIANTE, através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), realizará fiscalização permanentemente à prestação dos serviços prestados pelo (s) credenciado(s), sendo-lhes facultado o descredenciamento, mediante a verificação através de processo administrativo específico, com garantia da representação do contraditório e da produção da ampla defesa pela CREDENCIADA, o que não restringe a responsabilidade da mesma, no que diz respeito a sua atuação quanto a este Termo.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA - OUTRAS OBRIGAÇÕES DA CREDENCIADA:**

A CREDENCIADA ainda se obriga a:

- a) Manter sempre atualizado o seu credenciamento junto ao Setor competente;
- b) Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviços;
- c) Notificar o CREDENCIANTE de eventual alteração de sua razão social ou de seu controle acionário e de mudança em sua diretoria, contrato ou estatuto, enviando ao CREDENCIANTE, no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data do registro da alteração, cópia autenticada da Junta Comercial ou do Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas.
- d) Prestar os serviços na forma ajustada;
- e) Assumir inteira responsabilidade pelas obrigações sociais e trabalhistas de seus empregados;
- f) Manter durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no credenciamento;
- g) apresentar durante a execução do contrato, se solicitado, documentos que comprovem estar cumprindo a legislação em vigor quanto às obrigações assumidas na presente licitação, em especial, encargos sociais, trabalhistas, previdenciários, tributários, fiscais e comerciais, entre outros;
- h) permitir e facilitar a Fiscalização, a inspeção dos serviços a qualquer hora, devendo prestar todos os informes e esclarecimentos solicitados pelo CONTRATANTE, por escrito;
- i) disponibilizar profissionais habilitados para a realização dos procedimentos;
- j) responsabilizar-se, tecnicamente, tanto na realização dos exames quanto na divulgação dos seus resultados;
- k) abster-se de cobrar qualquer valor dos usuários, sob qualquer título ou pretexto;
- l) Fornecer profissional médico com inscrição no Conselho Regional de Medicina e com última anuidade paga.
- m) Declaração de ciência do Regimento Interno do Corpo Clínico por parte dos profissionais médicos que prestarão serviço na unidade.
- n) Aceitação da escala de trabalho em regime de plantões proposta pela direção, previamente afixada em local definido com antecedência de 07 dias, sendo que, em eventual impossibilidade de elaboração da escala ou afixação da mesma, por força maior, será dado seguimento à escala do mês anterior com ocupação dos mesmos dias da semana e horários.
- o) Na impossibilidade de comparecimento do profissional médico previamente escalado, é de responsabilidade exclusiva da empresa a substituição do mesmo por outro profissional que atenda às exigências anteriores após consentimento do coordenador médico.

p) Obrigatoriedade de comparecimento dos profissionais às reuniões agendadas pela diretoria com antecedência mínima de 15 dias e estabelecimento de multa para faltantes.

q) Aceitação da possibilidade de haver mudança do público alvo a ser atendido, ou seja, clínica médica ou pediatria, sem aviso prévio, a depender das necessidades do melhor andamento do serviço e do melhor acolhimento do usuário.

r) Em caso excepcional de falta de um dos médicos, o único médico plantonista deverá atender ambos os públicos (clínica médica e pediatria) dando prioridade aos casos de maior risco de agravo à saúde, conforme acolhimento prévio, dentro dos limites de suas possibilidades, até que seja providenciado o segundo profissional.

s) Declaração de ciência da existência de protocolos de atendimento médico na unidade e da obrigatoriedade de seguimentos dos mesmos, exceção feita aos casos em que existirem publicações mais recentes e reconhecidas pelas sociedades de especialistas de cada área de conhecimento.

#### **CLÁUSULA OITAVA - DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONTRATADA:**

A CREDENCIADA é responsável pela indenização de dano causado ao paciente, a terceiros ou a eles vinculados, decorrentes de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência praticadas por seus empregados, profissionais ou prepostos, ficando assegurado a CREDENCIADA o direito de regresso.

#### **CLÁUSULA NONA - DAS PENALIDADES:**

I - À CREDENCIADA será aplicada multa pelo CREDENCIANTE, na importância de até 10% (dez por cento) do valor global do contrato, pela execução irregular do contrato, e em caso de descumprimento das cláusulas contratuais e legislação atinente, salvo nos casos de cumprimento de prazo na entrega dos exames cuja multa será aplicada no percentual de 0,25% por dia/hora de atraso.

II - Em não se cumprindo a cláusula sétima alínea "q", será aplicada multa correspondente ao dobro do valor pago pelo plantão.

*Parágrafo Primeiro:* Na eventual aplicação de multa, o seu *quantum* será automaticamente descontado do valor a ser pago à CONTRATADA.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA - DA CESSÃO DO CONTRATO E SUBCONTRATAÇÃO:**

A CREDENCIADA não poderá ceder o presente contrato, tampouco subcontratá-lo, no todo ou em parte, a nenhuma pessoa física ou jurídica.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA INEXECUÇÃO DO CONTRATO:**

A CONTRATADA reconhece os direitos da Administração, em caso de rescisão administrativa, previstos nos artigos 137, 138 e 139 da Lei Federal nº 14.133/2021.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA RESCISÃO:**

Ocorrendo motivo que justifique e/ou aconselhe, atendido em especial o interesse do CREDENCIANTE, o presente contrato poderá ser rescindido unilateralmente pelo CREDENCIANTE a qualquer momento, mediante notificação para imediata suspensão dos serviços.

*Parágrafo primeiro.* A CREDENCIADA poderá a qualquer tempo denunciar o ajuste, bastando, para tanto, notificar previamente a Administração, com antecedência de 15 (quinze) dias.

*Parágrafo único.* Em caso de denúncia feita pelo contratado, deverá o contratado manter a prestação do serviço pelo prazo de até 15 (quinze) dias, período em que a Administração convoca-lá novo credenciado.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO FORO:**

Fica eleita a Comarca de CAFARNAUM/BA como competente para dirimir quaisquer questões oriundas do presente Termo de Contrato, recusando qualquer outra por mais privilegiada que seja.

E por estarem justas e contratadas, assinam o presente, por si seus sucessores em 03 (três) vias iguais e rubricadas para todos os fins de direito na presença de duas testemunhas.

CAFARNAUM,..... de ..... de 2024.

**CREDCENCIANTE**

**CREDCENCIADA**