



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE FAMA**

Praça Getúlio Vargas, n.º01 - Centro – 37144-000

Telefone: (35) 3296-1293

### **EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO**

**PROCESSO ADMINISTRATIVO nº 79/2018.**

**INEXIGIBILIDADE nº 12/2018.**

#### **1 – PREÂMBULO**

**O MUNICÍPIO DE FAMA/MG**, inscrita no CNPJ 18.243.253/0001-51, localizada à Praça Getúlio Vargas, nº 01, centro, Fama/MG, neste ato representado pela sua Secretária Municipal de Saúde, Soraia Conceição Carlos, no uso de suas atribuições legais, torna público que, estão abertas as inscrições para credenciamento, objetivando a contratação de prestadores de serviço de empresa especializada na prestação de Exames de Diagnóstico por Imagem, com laudo médico, para atender os pacientes da Rede Municipal de Saúde de Fama e que preencham os requisitos estabelecidos, para prestação dos serviços descritos neste Edital e seus anexos, quando devidamente autorizadas pela Secretaria Municipal de Saúde. O presente credenciamento será regido pela Constituição Federal de 1988, Leis Federais nº 8080/90, nº 8142/90 e nº 8.666/93 e posteriores alterações, Lei Complementar 101, de 04/05/00 e demais disposições regulamentares aplicáveis à espécie, inclusive, as normas e portarias editadas pelo Ministério da Saúde, e mediante as condições a seguir estabelecidas:

#### **2 - DO OBJETO**

**CHAMADA PÚBLICA OBJETIVANDO O CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM/COM LAUDO MÉDICO PARA ATENDER OS PACIENTES DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE FAMA CONFORME AS NECESSIDADES DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE**, sendo:



## PREFEITURA MUNICIPAL DE FAMA

Praça Getúlio Vargas, n.º01 - Centro – 37144-000

Telefone: (35) 3296-1293

ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNITÁRIO
1	0585	ANGIO RM AORTA ABDOMINAL	500,00
2	0584	ANGIO RM AORTA TORAXICA	500,00
3	0570	ANGIO RM ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR DIREITO	500,00
4	00727	ANGIO RM ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	500,00
5	0578	ANGIO RM ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO	500,00
6	0577	ANGIO RM ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO	500,00
7	0580	ANGIO RM CRANIO (ARTERIAL OU VENOSA)	500,00
8	0573	ANGIO RM PELVE (ARTERIAL OU VENOSA)	500,00
9	0575	ANGIO RM PESCOÇO (ARTERIAL OU VENOSA)	500,00
10	0576	ANGIO RM POR SEGMENTO	500,00
11	0583	ANGIO RM TORAX (ARTERIAL OU VENOSA)	500,00
12	0582	ANGIO RM VENOSA DE MEMBRO INFERIOR DIREITO	500,00
13	0574	ANGIO RM VENOSA DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	500,00
14	0579	ANGIO RM VENOSA DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO	500,00
15	00730	ANGIO RM VENOSA DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO	500,00
16	0518	ANGIO TC ABDOME AORTA ABDOMINAL	600,00
17	0519	ANGIO TC ABDOME AORTA E ILIACAS	600,00
18	0509	ANGIO TC ABDOME ARTERIAS ILIACAS	600,00
19	0520	ANGIO TC ABDOME ARTERIAS RENAIIS	600,00
20	0510	ANGIO TC ABDOME MESENTERICAS	600,00
21	0508	ANGIO TC ABDOME SUPERIOR (ARTERIAL OU VENOSA)	600,00
22	0522	ANGIO TC AORTA ABDOMINAL	600,00
23	0521	ANGIO TC AORTA TORAXICA (TORAX)	600,00
24	0507	ANGIO TC ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR	600,00
25	0516	ANGIO TC ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR	600,00
26	0511	ANGIO TC CAROTIDAS E VERTEBRAIS	550,00
27	0517	ANGIO TC CRANIO ARTERIAL OU VENOSA	550,00
28	0512	ANGIO TC PELVE ARTERIAL OU VENOSA	600,00
29	0513	ANGIO TC PESCOÇO ARTERIAL OU VENOSA	600,00
30	0515	ANGIO TC TORAX - TEP	600,00



## PREFEITURA MUNICIPAL DE FAMA

Praça Getúlio Vargas, n.º01 - Centro – 37144-000

Telefone: (35) 3296-1293

31	0514	ANGIO TC TORAX ARTERIAL OU VENOSA	600,00
32	00741	ANGIO TC VENOSA MEMBRO INFERIOR	600,00
33	00742	ANGIO TC VENOSA MEMBRO SUPERIOR	600,00
34	0470	BABY CLICK	25,00
35	0384	DENSITOMETRIA OSSEA CORPO INTEIRO	80,00
36	0383	DENSITOMETRIA OSSEA DOIS SEGMENTOS	80,00
37	0382	DENSITOMETRIA OSSEA UM SEGMENTO	80,00
38	00726	ECOCARDIOGRAMA	150,00
39	0523	ESCANOMETRIA DIGITAL	120,00
40	0528	ESPECTROSCOPIA POR RM	250,00
41	0543	FLUXO LIQUORICO POR RM	250,00
42	0278	HOLTER DE 24 HORAS - 2 OU MAIS CANAIS - ANALÓGICO	150,00
43	0379	MAMOGRAFIA BILATERAL	80,00
44	0380	MAMOGRAFIA DIGITAL BILATERAL	80,00
45	0527	PERFUSAO POR RM	250,00
46	00731	RM ABDOME SUPERIOR COM PRIMOVIST	1.100,00
47	0293	RM ABDOME TOTAL	700,00
48	0292	RM ABDOME TOTAL COM PRIMOVIST	1.400,00
49	0537	RM ABDOMINAL SUPERIOR	350,00
50	0557	RM ANTEBRAÇO DIREITO	350,00
51	0563	RM ANTEBRAÇO ESQUERDO	350,00
52	0566	RM ART COTOVELO DIREITO	350,00
53	0569	RM ART COTOVELO ESQUERDO	350,00
54	0568	RM ART JOELHO DIREITO	350,00
55	0559	RM ART JOELHO ESQUERDO	350,00
56	0560	RM ART OMBRO DIREITO	350,00
57	0564	RM ART OMBRO ESQUERDO	350,00
58	0558	RM ART PUNHO DIREITO	350,00
59	0555	RM ART PUNHO ESQUERDO	350,00
60	0550	RM ART SACRO ILIACAS BILATERAL	350,00
61	0532	RM ART TEMPORO MANDIBULAR (ATM) BILATERAL	350,00



## PREFEITURA MUNICIPAL DE FAMA

Praça Getúlio Vargas, n.º01 - Centro – 37144-000

Telefone: (35) 3296-1293

62	0565	RM ART TORNOZELO DIREITO	350,00
63	0561	RM ART TORNOZELO ESQUERDO	350,00
64	0556	RM ARTICULAR POR ARTICULACAO	350,00
65	0546	RM BRAÇO DIREITO (MEMBRO SUPERIOR)	350,00
66	0547	RM BRAÇO ESQUERDO (MEMBRO SUPERIOR)	350,00
67	0586	RM COLANGEIO (FIGADOS E VESICULAS BILIAIS)	350,00
68	0542	RM COLUNA CERVICAL	350,00
69	0541	RM COLUNA LOMBO SACRA (LOMBAR)	350,00
70	0540	RM COLUNA TORAXICA (DORSAL)	350,00
71	0535	RM CORAÇÃO OU AORTA (MORFOLOGICO E FUNCIONAL)	1.370,00
72	0562	RM COXO FEMURAL (QUADRIL) DIREITO	350,00
73	0567	RM COXO FEMURAL (QUADRIL) ESQUERDO	350,00
74	0525	RM CRANIO (ENCEFALO)	350,00
75	0531	RM FACE (SEIOS DA FACE)	350,00
76	0536	RM MAMA BILATERAL	800,00
77	0549	RM MAO DIREITA (NAO INCLUI PUNHO)	350,00
78	0548	RM MAO ESQUERDA (NAO INCLUI PUNHO)	350,00
79	0545	RM MEMBRO SUPERIOR DIREITO	350,00
80	0283	RM MULTIPARAMETRICA (PROSTATA)	700,00
81	0529	RM ORBITAS BILATERAL	350,00
82	0530	RM OSSO TEMPORAL BILATERAL (MASTOIDE)	350,00
83	0553	RM PE MAIS ANTEPE DIREITO	350,00
84	0554	RM PE MAIS ANTEPE ESQUERDO	350,00
85	0538	RM PELVE FEMININO	350,0000
86	0539	RM PELVE MASCULINO	350,00
87	0552	RM PERNA DIREITA	350,00
88	0551	RM PERNA ESQUERDA	350,00
89	0533	RM PESCOÇO (NASOFARINGE, OROFARINGE, LARINGE, TRAQUEIA, TIR)	350,00
90	0544	RM PLEXO BRAQUIAL OU LOMBOSSACRAL UNILATERAL	350,00
91	00729	RM SACRO COCCIX	350,00



## PREFEITURA MUNICIPAL DE FAMA

Praça Getúlio Vargas, n.º01 - Centro – 37144-000

Telefone: (35) 3296-1293

92	0526	RM SELA TURCA (HIPOFISE)	350,00
93	0534	RM TORAX	350,00
94	0378	RX ABDOME AGUDO	54,00
95	0376	RX ABDOME SIMPLES	50,00
96	0377	RX ABDOME SIMPLES AP - LAT OU LOCALIZADO	54,00
97	0338	RX ANTEBRAÇO DIREITO	45,00
98	0339	RX ANTEBRAÇO ESQUERDO	45,00
99	0323	RX ARCOS COSTAIS (COSTELAS) DIREITO	45,00
100	0322	RX ARCOS COSTAIS (COSTELAS) ESQUERDO	45,00
101	00739	RX ARCOS ZIGMATICOS MALAR OU APÓFISES ESTILÓIDES	45,00
102	0331	RX ART ACROMIO CLAVICULAR DIREITA	45,00
103	0330	RX ART ACROMIO CLAVICULAR ESQUERDA	45,00
104	0336	RX ART COTOVELO DIREITO	45,00
105	0337	RX ART COTOVELO ESQUERDO	45,00
106	0349	RX ART COXO FEMURAL DIREITA	45,00
107	0350	RX ART COXO FEMURAL ESQUERDA	45,00
108	0333	RX ART ESCAPULO UMERAL OMBRO DIREITO	40,00
109	0332	RX ART ESCAPULO UMERAL OMBRO ESQUERDO	40,00
110	00737	RX ART ESTERNO CLAVICULAR DIREITO	45,00
111	00738	RX ART ESTERNO CLAVICULAR ESQUERDO	45,00
112	0348	RX ART SACRO ILIACA (QUADRIL) DIREITA	45,00
113	0347	RX ART SACRO ILIACA (QUADRIL) ESQUERDA	45,00
114	0307	RX ART TEMPORA MANDIBULAR (ATM) BILATERAL	45,00
115	0361	RX ART TORNOZELO (TIBIO TARCICA) DIREITO	45,00
116	0362	RX ART TORNOZELO (TIBIO TARCICA) ESQUERDO	45,00
117	0346	RX BACIA	45,00
118	0334	RX BRAÇO (UMERO) DIREITO	45,00
119	0335	RX BRAÇO (UMERO) ESQUERDO	45,00
120	0366	RX CALCANEIO DIREITO	45,00
121	0365	RX CALCANEIO ESQUERDO	45,00
122	0308	RX CAVUM (ADENOIDE)	45,00



## PREFEITURA MUNICIPAL DE FAMA

Praça Getúlio Vargas, n.º01 - Centro – 37144-000

Telefone: (35) 3296-1293

123	0324	RX CLAVICULA DIREITA	45,00
124	0325	RX CLAVICULA ESQUERDA	45,00
125	0312	RX COLUNA CERVICAL E LOMBAR FUNCIONAL OU DINAMICA	54,00
126	0310	RX COLUNA CERVICAL PA - LAT - OBLIQUOS	54,00
127	0309	RX COLUNA CERVICAL PA - LATERAL	50,00
128	0314	RX COLUNA LOMBO SACRA 3 INCIDENCIAS	54,00
129	00736	RX COLUNA LOMBO SACRA OBLIQUA CINCO INCIDENCIAS	120,00
130	0313	RX COLUNA TORACICA 4 INCIDENCIAS	54,00
131	0311	RX COLUNA TORACICA DUAS INCIDENCIAS	54,00
132	0318	RX COLUNA TOTAL PARA ESCOLIOSE	115,00
133	00735	RX CORAÇÃO E VASOS DE BASE PA- LAT- OBLIQUOS	54,00
134	0352	RX COXA (FEMUR) DIREITO	45,00
135	0351	RX COXA (FEMUR) ESQUERDO	45,00
136	0297	RX CRANIO PA - LAT	45,00
137	0298	RX CRANIO PA - LAT BRETON	54,00
138	0299	RX CRANIO PA - LAT OU BRETON HIRTZ	54,00
139	0367	RX ESCANOMETRIA	80,00
140	00734	RX ESCAPULA (OMOPLATA - OMBRO) DIREITA	45,00
141	00733	RX ESCAPULA (OMOPLATA - OMBRO) ESQUERDA	45,00
142	0319	RX EXTERNO	45,00
143	0385	RX HISTEROSALPINGOFRAFIA	400,00
144	0344	RX IDADE ÓSSEA (MAOS E PUNHOS)	45,00
145	0369	RX INCIDENCIA ADICIONAL MEMBRO INFERIOR	10,00
146	0345	RX INCIDENCIA ADICIONAL MEMBRO SUPERIOR	10,00
147	0356	RX JOELHO PA - LAT - OBLIQUAS - AXIAIS - DIREITO	45,00
148	0355	RX JOELHO PA - LAT - OBLIQUAS - AXIAIS - ESQUERDO	45,00
149	0354	RX JOELHO PA - LATERAL DIREITO	45,00
150	0353	RX JOELHO PA - LATERAL ESQUERDO	45,00
151	0343	RX MAO (QUIRODACTILOS) DIREITO	45,00
152	0342	RX MAO (QUIRODACTILOS) ESQUERDO	45,00
153	0300	RX MASTOIDE (OUVIDO DIREITO)	54,00



## PREFEITURA MUNICIPAL DE FAMA

Praça Getúlio Vargas, n.º01 - Centro – 37144-000

Telefone: (35) 3296-1293

154	0301	RX MASTOIDE (OUVIDO ESQUERDO)	54,00
155	0305	RX MAXILAR INFERIOR PA OBLIQUAS	45,00
156	0329	RX OMBRO DIREITO	45,00
157	0328	RX OMBRO ESQUERDO	45,00
158	0302	RX ORBITAS PA - LAT - HIRTZ - OBLIQUOS	45,00
159	0306	RX OSSOS DA FACE MN - FN - LAT - HIRTZ	45,00
160	0317	RX PANORAMICO COLUNA	115,00
161	0357	RX PATELA (ROTULA DO JOELHO) DIREITA	36,00
162	0358	RX PATELA (ROTULA DO JOELHO) ESQUERDA	36,00
163	0363	RX PÉ (PODODACTILO) DIREITO	45,00
164	0364	RX PÉ (PODODACTILO) ESQUERDO	45,00
165	0360	RX PERNA DIREITA	45,00
166	0359	RX PERNA ESQUERDA	45,00
167	0341	RX PUNHO DIREITO PA - LAT - OBLIQUAS	45,00
168	0340	RX PUNHO ESQUERDO PA - LAT - OBLIQUAS	45,00
169	0316	RX SACRO COCCIX	45,00
170	0303	RX SEIOS DA FACE FN - MN - LAT	45,00
171	0304	RX SELA TURCA PA - LAT - BRETTON	45,00
172	0373	RX TORAX 3 INCIDENCIAS	45,00
173	0371	RX TORAX PA - EM DECUBITO LATERAL	54,00
174	0374	RX TORAX PA - LAT - OBLIQUAS - 4 INCIDENCIAS	54,00
175	0372	RX TORAX PA - LAT DUAS INCIDENCIAS	45,00
176	00732	RX TORAX PA (1 INCIDENCIA)	45,00
177	0375	RX UROGRAFIA EXCRETORA COM BEXIGA PRE E POS MICCIONAL	300,00
178	0286	SEDAÇÃO PARA RM	650,00
179	0285	SEDAÇÃO PARA TC	550,00
180	0284	SEDAÇÃO PARA US	350,00
181	0287	TC ABDOME SUPERIOR	350,00
182	0288	TC ABDOME TOTAL	500,00
183	0478	TC ART COTOVELO DIREITO	210,00





## PREFEITURA MUNICIPAL DE FAMA

Praça Getúlio Vargas, n.º01 - Centro – 37144-000

Telefone: (35) 3296-1293

184	0494	TC ART COTOVELO ESQUERDO	210,00
185	0493	TC ART COXO FEMURAL DIREITO (BACIA)	210,00
186	0481	TC ART COXO FEMURAL ESQUERDO (BACIA)	210,00
187	00743	TC ART ESTERNO CLAVICULAR DIREITO	210,00
188	00744	TC ART ESTERNO CLAVICULAR ESQUERDO	210,00
189	0489	TC ART JOELHO DIREITO	210,00
190	0487	TC ART JOELHO ESQUERDO	210,00
191	0486	TC ART OMBRO DIREITO	210,00
192	0485	TC ART OMBRO ESQUERDO	210,00
193	0484	TC ART PUNHO DIREITO	210,00
194	0483	TC ART PUNHO ESQUERDO	210,00
195	0482	TC ART SACRO ILIACA BILATERAL	210,00
196	0473	TC ART TEMPORO MANDIBULAR	190,00
197	0492	TC ART TORNOZELO DIREITO	210,00
198	0488	TC ART TORNOZELO ESQUERDO	210,00
199	0475	TC COLUNA CERVICAL	190,00
200	0477	TC COLUNA LOMBAR	190,00
201	00740	TC COLUNA SEGMENTO ADICIONAL	40,00
202	0476	TC COLUNA TORAXICA	150,00
203	0295	TC CRANIO	190,00
204	00745	TC DENTAL SCAN (MANDÍBULA E MAXILAR)	500,00
205	00746	TC DENTAL SCAN (MANDÍBULA)	300,00
206	00747	TC DENTAL SCAN (MAXILAR)	300,00
207	0277	TC ENTEROTOMOGRÁFIA	900,00
208	0479	TC JOELHO DIREITO TAGT	400,00
209	0480	TC JOELHO ESQUERDO TAGT	400,00
210	00748	TC LARINGE	190,00
211	0524	TC MANDIBULA (NAO DENTAL SCAN)	230,00
212	0472	TC MASTOIDE (OUVIDO) BILATERAL	190,00
213	0471	TC ORBITAS	190,00
214	00749	TC PELVE (BACIA) FEMININO	350,00





## PREFEITURA MUNICIPAL DE FAMA

Praça Getúlio Vargas, n.º01 - Centro – 37144-000

Telefone: (35) 3296-1293

215	00750	TC PELVE (BACIA) MASCULINO	350,00
216	00751	TC PESCOÇO	190,00
217	0496	TC SEGM. APEND. ANTEBRAÇO DIREITO	210,00
218	0497	TC SEGM. APEND. ANTEBRAÇO ESQUERDO	210,00
219	0498	TC SEGM. APEND. BRAÇO DIREITO	210,00
220	0499	TC SEGM. APEND. BRAÇO ESQUERDO	210,00
221	0500	TC SEGM. APEND. COXA DIREITA	210,00
222	0501	TC SEGM. APEND. COXA ESQUERDA	210,00
223	0502	TC SEGM. APEND. MAO DIREITA	210,00
224	0503	TC SEGM. APEND. MAO ESQUERDA	210,00
225	0504	TC SEGM. APEND. PÉ DIREITO	210,00
226	0505	TC SEGM. APEND. PÉ ESQUERDO	210,00
227	0506	TC SEGM. APEND. PERNA DIREITA	210,00
228	0495	TC SEGM. APEND. PERNA ESQUERDA	210,00
229	0291	TC SEIOS DA FACE	190,00
230	0294	TC SELA TURCA	190,00
231	00752	TC TIREOIDE	190,00
232	0588	TC TORAX	250,00
233	0474	TC UROTOMOGRÁFIA	380,00
234	0393	US ABDOME SUPERIOR	65,00
235	0391	US ABDOME TOTAL	100,00
236	0424	US ART ANTEBRAÇO DIREITO	65,00
237	0431	US ART ANTEBRAÇO ESQUERDO	65,00
238	0422	US ART BRAÇO DIREITO	65,00
239	0412	US ART BRAÇO ESQUERDO	65,00
240	0430	US ART COTOVELO DIREITO	65,00
241	0439	US ART COTOVELO ESQUERDO	65,00
242	0427	US ART COXA DIREITA	65,00
243	0417	US ART COXA ESQUERDA	65,00
244	0433	US ART JOELHO DIREITO	65,00
245	0426	US ART JOELHO ESQUERDO	65,00



## PREFEITURA MUNICIPAL DE FAMA

Praça Getúlio Vargas, n.º01 - Centro – 37144-000

Telefone: (35) 3296-1293

246	0438	US ART MAO DIREITA	65,00
247	0428	US ART MAO ESQUERDA	65,00
248	0440	US ART OMBRO DIREITO	65,00
249	0429	US ART OMBRO ESQUERDO	65,00
250	0419	US ART PE DIREITO	65,00
251	0414	US ART PÉ ESQUERDO	65,00
252	0425	US ART PERNA DIREITA	65,00
253	0421	US ART PERNA ESQUERDA	65,00
254	0413	US ART POPLITEA (PANTURRILHA) DIREITA	65,00
255	00757	US ART POPLITEA (PANTURRILHA) ESQUERDA	65,00
256	0435	US ART PUNHO DIREITO	65,00
257	0437	US ART PUNHO ESQUERDO	65,00
258	0420	US ART QUADRIL DIREITO	65,00
259	0416	US ART QUADRIL ESQUERDO	65,00
260	0436	US ART REGIAO INGUINAL DIREITA	65,00
261	0432	US ART REGIAO INGUINAL ESQUERDA	65,00
262	0423	US ART TORNOZELO DIREITO	65,00
263	0434	US ART TORNOZELO ESQUERDO	65,00
264	0415	US ARTICULACOES POR ARTICULACAO	65,00
265	0276	US BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER	150,00
266	00753	US CRANIANO	80,00
267	0469	US DOPPLER ABDOME INFERIOR MAIS PELVE	180,00
268	0451	US DOPPLER ABDOME SUPERIOR	180,00
269	0274	US DOPPLER COLOR AORTA ABDOMINAL	180,00
270	0455	US DOPPLER COLOR AORTA E ARTERIAS RENAI	180,00
271	0456	US DOPPLER COLOR AORTA E ILIACAS	180,00
272	00754	US DOPPLER COLOR ARTERIAL E VENOSO VASCULAR ESQUERDO	180,00
273	0464	US DOPPLER COLOR ARTERIAL MEMBRO INFERIOR DIREITO	180,00
274	0465	US DOPPLER COLOR ARTERIAL MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	180,00
275	0460	US DOPPLER COLOR ARTERIAL MEMBRO SUPERIOR DIREITO	180,00
276	0461	US DOPPLER COLOR ARTERIAL MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO	180,00



## PREFEITURA MUNICIPAL DE FAMA

Praça Getúlio Vargas, n.º01 - Centro – 37144-000

Telefone: (35) 3296-1293

277	0457	US DOPPLER COLOR ARTERIAS VISCERAIS	180,00
278	0275	US DOPPLER COLOR RINS E VIAS URINARIAS	180,00
279	0452	US DOPPLER COLOR TRANSCRANIANO OU TRANSFONTANELA	180,00
280	0454	US DOPPLER COLOR TRANSVAGINAL	180,00
281	0453	US DOPPLER COLOR VASOS CERVICAIS ARTERIAIS - CAROTIDAS BILATERAIS	180,00
282	00755	US DOPPLER COLOR VASOS CERVICAIS VENOSOS BILATERAL	180,00
283	0459	US DOPPLER COLOR VEIA CAVA INFERIOR	180,00
284	0458	US DOPPLER COLOR VEIA CAVA SUPERIOR	180,00
285	0466	US DOPPLER COLOR VENOSO MEMBRO INFERIOR DIREITO	180,00
286	0467	US DOPPLER COLOR VENOSO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	180,00
287	0463	US DOPPLER COLOR VENOSO MEMBRO SUPERIOR DIREITO	180,00
288	0462	US DOPPLER COLOR VENOSO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO	180,00
289	0450	US DOPPLER DE ORGAO OU ESTRUTURA ISOLADA	180,00
290	0411	US ESTRUTURA SUPERFICIAIS (AXILAS)	70,00
291	0409	US ESTRUTURA SUPERFICIAIS (CERVICAL)	70,00
292	0406	US ESTRUTURA SUPERFICIAIS (MUSCULO)	70,00
293	0408	US ESTRUTURA SUPERFICIAIS (PARTES MOLES)	70,00
294	0407	US ESTRUTURA SUPERFICIAIS (REGIAO INGUINAL)	70,00
295	0410	US ESTRUTURA SUPERFICIAIS (SUPRACLAVICULAR)	70,00
296	0405	US ESTRUTURA SUPERFICIAIS (TENDAO)	70,00
297	0387	US GLANDULAS SALIVARES	70,00
298	0386	US GLOBO OCULAR BILATERAL	70,00
299	0392	US HIPOCONDRIO DIREITO	70,00
300	0390	US MAMAS	70,00
301	0468	US OBSTETRICO COM BIOFISICO FETAL	190,00
302	0442	US OBSTETRICO COM DOPPLER	180,00
303	0446	US OBSTETRICO COM DOPPLER GESTACAO MULTIPLA (CADA FETO)	180,00
304	0443	US OBSTETRICO COM TRANLUCENCIA NUCAL	120,00
305	0445	US OBSTETRICO GESTACAO MULTIPLA (CADA FETO)	90,00



## PREFEITURA MUNICIPAL DE FAMA

Praça Getúlio Vargas, n.º01 - Centro – 37144-000

Telefone: (35) 3296-1293

306	0444	US OBSTETRICO MORFOLOGICO	200,00
307	0401	US ORGAOS SUPERFICIAIS (CRANIO)	75,00
308	0404	US ORGAOS SUPERFICIAIS (PAREDE ABDOMINAL)	75,00
309	0403	US ORGAOS SUPERFICIAIS (SACRO ESCROTAL)	65,00
310	0402	US ORGAOS SUPERFICIAIS (TIREOIDE)	65,00
311	0400	US PELVICO (GINECOLOGICO, ABDOMINAL)	65,00
312	0398	US PROSTATA VIA ABDOMINAL	65,00
313	0449	US PROSTATA VIA TRANSRETAL	75,00
314	0394	US RETROPERITONIO	75,00
315	00756	US TORAX EXTRACARDÍACO	75,00
316	0447	US TRANSVAGINAL	65,00
317	0448	US TRANSVAGINAL PARA CONTROLE DE OVULAÇÃO	120,00
318	0395	US VIAS URINARIAS FEMININO (RINS, URETERES E BEXIGA)	65,00
319	0396	US VIAS URINARIAS MASCULINO (RINS, URETERES, BEXIGA E PROSTATA)	65,00

### 3 - DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO:

- 3.1- O agendamento dos exames previamente acordado entre o contratado e a Secretaria Municipal de Saúde;
- 3.2- Caso na data e hora marcada o profissional não possa atender o paciente, o prestador de serviço deverá providenciar a comunicação antecipada, no prazo mínimo de 24 (vinte e quatro) horas, a substituição de data visando ao atendimento ao paciente, sem qualquer ônus para o Município;
- 3.3- Prestar os serviços de realização de exames de diagnóstico por imagem/com laudo médico conforme preços, prazos e condições estabelecidas neste instrumento, oferecido em sua proposta sobre as tabelas descritas no objeto;
- 3.4- Realizar efetivamente todos os procedimentos constantes no Anexo I deste Edital, para os quais habilitarem-se;
- 3.5- Os resultados de exames e laudos deverão ser entregues no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, contados da data de entrega dos materiais a serem laudados.

12

Compraslicitacao@fama.mg.gov.br

Praça Getúlio Vargas, nº 01, centro, Fama – MG / Tel: 35-32961293

CEP 37144-000



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE FAMA**

Praça Getúlio Vargas, n.º01 - Centro – 37144-000

Telefone: (35) 3296-1293

### **4 – DA FINALIDADE**

4.1 – O presente credenciamento tem por razão fundamental, exclusiva e excepcional suprir de forma imediata as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde de Fama, restringindo-se a realização de exames de diagnóstico por imagem com laudo médico relacionadas no objeto deste Edital, devido a insuficiência do número de vagas referidas que nos é ofertado até o presente momento, através da rede SUS e de consórcios firmados e a alta demanda reprimida que se encontra na Secretaria Municipal de Saúde.

4.2 – Os prestadores de serviços, quando houver mais de um credenciado, serão disponibilizados pela escolha do beneficiado.

4.3 – O fato do prestador de serviço se credenciar não significa que será necessariamente convocado para a prestação do mesmo, caberá a Secretaria Municipal de Saúde avaliar a necessidade do momento que mais acrescentará benefícios e possibilidades aos pacientes.

4.4 – A Secretaria Municipal de Saúde deverá autorizar os exames, de forma que possa suprir a especial, excepcional e singular necessidade de cada paciente em eventuais situações, que poderão ser justificadas por mais diversos fatores, tais como atendimento a Ordem Judicial, situação de vulnerabilidade grave de pacientes acometidos, situação de urgência e emergência, sendo para tanto gerado relatórios, documentos e Nota Fiscal para futuras ou eventuais averiguações.

4.5 – A realização dos exames deverão ser fornecidos prioritariamente de acordo com a demanda necessária, não sendo permitido qualquer dilatação desse prazo, de acordo com os prazos estabelecidos no item 2 (dois) deste Edital, sob pena de confrontar com a própria pretensão e o cumprimento do fim social do procedimento adotado.

4.6 – A quantidade de exames a ser solicitados terá um valor mínimo, cabendo a Secretaria Municipal de Saúde decidir.



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE FAMA**

Praça Getúlio Vargas, n.º01 - Centro – 37144-000

Telefone: (35) 3296-1293

### **5- JUSTIFICATIVA**

5.1 - Justifica-se o presente credenciamento a vista da necessidade pela alta demanda de pedidos destes exames que o município vem necessitando para atender a população, a dificuldade de conseguir vagas através do SUS e consórcios não tem conseguido atender toda demanda que encontra-se na Secretaria Municipal de Saúde gerando assim, uma demanda reprimida.

5.2 - Para contemplar a população com os exames complementares solicitados em consultas médicas afim de complementarem a definição do diagnóstico bem como o tratamento, não resta alternativa senão realizar a contratação de prestadores de serviços através do credenciamento, que com demanda somada, reduz significativamente os valores de cada exame frente a contratação singular individual.

### **6 – DAS INSCRIÇÕES (HABILITAÇÃO)**

6.1 - Os interessados ao credenciamento deverão apresentar junto ao Setor de Licitações e Contratos da Prefeitura Municipal de Fama, localizada à Praça Getúlio Vargas, nº 1, centro, Fama/MG onde deverão ser entregues em um ENVELOPE LACRADO ao Presidente da Comissão de Licitações, os seguintes documentos dentro do prazo de validade:

#### **I - Para habilitação de Pessoa Física:**

- a) Cópia da Cédula de Identidade RG;
- b) Cópia do CPF – Cadastro de Pessoa Física;
- c) Cópia do comprovante de Inscrição no Conselho Regional de Medicina (CRM) do profissional que vai prestar o serviço;
- d) Cópia do Cadastro Nacional de Saúde (CNS);
- e) Cópia de comprovante de residência
- f) Certidão Negativa de Débito Municipal, estadual e federal (conjunta);



## PREFEITURA MUNICIPAL DE FAMA

Praça Getúlio Vargas, n.º01 - Centro – 37144-000

Telefone: (35) 3296-1293

- g) Declaração/Proposta onde conste, nº CPF, nº RG e nº CRM, telefone, e-mail, endereço, e o nome do responsável pela assinatura do Contrato, solicitando seu credenciamento e declarando que aceita o valor fixado no presente Edital – **(modelo do anexo I)**.
- h) Declaração de aceitação das condições do presente Edital, sem restrições de qualquer natureza, e que se compromete a fornecer o objeto deste credenciamento pelo preço proposto e de ciência que cumprem plenamente os requisitos de habilitação; **(Modelo constante no Anexo II)**;
- i) Declaração do proponente de que não pesa contra si, Declaração de Idoneidade em função do disposto no art. 97 da Lei Federal 8.666/93; **(conforme Anexo III)**;

### II -Para habilitação de Pessoa Jurídica:

- a) Cópia da Cédula de Identidade RG do Administrador que vai assinar o contrato;
- b) Cópia do CPF – Cadastro de Pessoa Física do Administrador que vai assinar o contrato;
- c) Cópia do Contrato Social;
- d) Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;
- e) Cópia do comprovante de Inscrição no Conselho Regional de Medicina (CRM) do profissional que vai prestar o serviço;
- f) Cópia do Cadastro Nacional de Saúde (CNS);
- g) Certidão Negativa de Débito Municipal, estadual e federal (conjunta);
- h) Certidão de regularidade com o FGTS e INSS;
- m) Declaração/Proposta onde conste, nº CPF, nº RG e nº CRM, telefone, e-mail, endereço, e o nome do responsável pela assinatura do Contrato, solicitando seu credenciamento e declarando que aceita o valor fixado no presente Edital – **(modelo do anexo I)**.





## PREFEITURA MUNICIPAL DE FAMA

Praça Getúlio Vargas, n.º01 - Centro – 37144-000

Telefone: (35) 3296-1293

- n) Declaração de aceitação das condições do presente Edital, sem restrições de qualquer natureza, e que se compromete a fornecer o objeto deste credenciamento pelo preço proposto e de ciência que cumprem plenamente os requisitos de habilitação; **(Modelo constante no Anexo II);**
- o) Declaração do proponente de que não pesa contra si, Declaração de Idoneidade em função do disposto no art. 97 da Lei Federal 8.666/93; **(conforme Anexo III);**

**Obs.:** Será obrigatório, sob pena de inabilitação, que o licitante tenha em seu objeto social as atividades compatíveis com o objeto deste Edital.

Os documentos deverão ser apresentados em cópia autenticada em cartório.

### 7 – DA INSCRIÇÃO (PROPOSTA)

7.1 - O prestador de serviço deverá declarar em documento confeccionado preferencialmente com papel timbrado que aceita as condições de fornecimento dos exames pré citados descrevendo o valor, conforme tabela relacionada no objeto deste Edital;

### 8 – DA APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

8.1 – O envelope, contendo os documentos exigidos para credenciamento e PROPOSTA de aceitação de fornecimento, deverá ser entregue junto ao Setor de Licitações e Contratos da Prefeitura Municipal de Serrania, diariamente das 08:00 às 11:00 e das 13:00 às 17:00.

8.2 – O envelope deverá estar lacrados e indevassável, com a seguinte inscrição:

**Razão Social da Empresa - nome completo do Médico;**

**Denominação do envelope: DOCUMENTAÇÃO PARA CREDENCIAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM COM LAUDO A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FAMA/MG;**



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE FAMA**

Praça Getúlio Vargas, n.º01 - Centro – 37144-000

Telefone: (35) 3296-1293

### **9 – DOS PROCEDIMENTOS PARA AVALIAÇÃO DOS PEDIDOS DE CREDENCIAMENTO**

9.1 – Depois de receber os documentos, a Comissão Permanente de Licitações analisará os envelopes e respectivos documentos exigidos para o Credenciamento;

9.2 – Verificada a conformidade com os requisitos estabelecidos neste Edital, quanto a documentação de habilitação, o prestador de serviço será credenciado para realização dos mesmos;

9.3 – Será considerado credenciado os prestadores de serviços que atenderem aos requisitos de habilitação, sendo que não há competição de preços por se tratar de credenciamento para prestação de serviços por preço pré-definido;

9.4 – Em vista da espécie do presente procedimento de credenciamento, mormente em razão dos princípios constitucionais da Impessoalidade e Legalidade, todo e qualquer interessado que preencha os requisitos, mas não tenha se credenciado, poderá fazê-lo durante o horário de expediente nos horários definidos junto ao Setor de Licitações, considerando, em qualquer caso, os mesmos critérios deste estabelecidos neste edital.

### **10 – DOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS**

10.1 – Declarado os credenciados a partir da homologação, qualquer participante poderá recorrer, com prazo de 3 (três) dias para interposição e apresentação das razões do recurso, sendo que os demais participantes serão intimados para apresentar contrarrazões em igual número de dias, que começarão a correr do término do prazo do recorrente, sendo-lhes assegurada vista imediata aos autos;

10.2 – O recurso contra a decisão da Comissão Permanente de Licitações não terá efeito suspensivo;

10.3 – O acolhimento de recurso importará a invalidação apenas dos atos insuscetíveis de aproveitamento.



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE FAMA**

Praça Getúlio Vargas, n.º01 - Centro – 37144-000

Telefone: (35) 3296-1293

### **11 – DA ASSINATURA DO CONTRATO DE CREDENCIAMENTO**

11.1 – Após a análise dos documentos e o julgamento definitivo das propostas, o processo será encaminhado a autoridade superior, para homologação dos credenciados para posterior contratação dos mesmos;

11.2 – Considerando que ficou proporcionada a oportunidade de credenciamento a todos os interessados em prestar os serviços pelo preço estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde, não existirá competição entre os mesmos, razão pela qual a licitação torna-se inexigível, de acordo com o caput do art. 25 da Lei nº 8.666/93;

11.3 – O município convocará todos os participantes declarados credenciados, para no prazo máximo de 05 (cinco) dias, contados a partir do recebimento da convocação, para assinatura do contrato de Credenciamento;

11.4 – Decairá do direito de Credenciamento os convocados que não assinarem o Termo no prazo e condições estabelecidas.

### **12 – DA RESCISÃO DO CREDENCIAMENTO**

12.1 – O Termo de Credenciamento poderá ser rescindido unilateralmente pelo Prefeito Municipal, a qualquer momento, atendendo a oportunidade e conveniência administrativa, não recebendo a contratada qualquer valor a título de indenização pela unilateral rescisão, exceto aos serviços já prestados no ato da rescisão.

12.2 – O credenciado poderá solicitar a rescisão do contrato, desde que proceda a notificação formal da Secretaria Municipal de Saúde com antecedência de 30 (trinta) dias, devendo cumprir toda agenda já programada, e só então o contrato será rescindido.

### **13 – DAS PENALIDADES**

13.1 – O credenciado, proponente ou vencedor, conforme o caso, que não cumprir as obrigações assumidas ou os preceitos legais, estará sujeita as seguintes penalidades:

13.1.1 – Advertência;



## PREFEITURA MUNICIPAL DE FAMA

Praça Getúlio Vargas, n.º01 - Centro – 37144-000

Telefone: (35) 3296-1293

13.1.2 – Multa de 2% (dois por cento) sobre o valor da proposta;

13.1.3 – Declaração de Inidoneidade.

13.2 – Nenhum pagamento será processado ao proponente penalizado, sem que antes, este tenha pago ou lhe seja relevada a multa imposta.

### **14 – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA, RECURSOS FINANCEIROS.**

Os recursos orçamentários serão atendidos pelas dotações do orçamento vigente, classificadas e codificadas para a Secretaria Municipal de Saúde, para o ano de 2018.

Reduzido: 340 - 02.06.01.10.301.0210.4.071.3390.39.00

fonte: 102.00

### **15 – DA FORMA DE PAGAMENTO**

15.1 – O pagamento será efetuado em até o 20º dia **do mês subsequente ao serviço prestado**, mediante a realização dos mesmos, procedendo conforme as seguintes condições:

15.1.1 – Os exames serão solicitados pela Secretaria Municipal de Saúde de Fama, conforme a necessidade, e, após, atendidos os beneficiados, o contratado deverá encaminhar para a Secretaria Municipal de Saúde, até o dia 05 do mês subsequente, as respectivas Notas Fiscais que discriminem todos os atendimentos prestados;

15.1.2 – O contratante não se responsabiliza pelo atraso dos pagamentos nos casos da não realização da consulta, entrega da respectiva nota fiscal ou guia assinada nos prazos estabelecidos;

15.1.3 – A nota fiscal deverá ser preenchida identificando o número do processo de Credenciamento, descrição completa conforme a autorização de fornecimento, bem como informar os dados de CPF / CNPJ, Endereço, Nome do Contratado e número da Conta Bancária (em nome da pessoa jurídica) na qual será efetuado o depósito para o pagamento do objeto, depois desse prazo o sistema exclui automaticamente;



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE FAMA**

Praça Getúlio Vargas, n.º01 - Centro – 37144-000

Telefone: (35) 3296-1293

### **16 – DO VALOR E DO REAJUSTE**

16.1 – Os valores dos exames estão condicionados ao preço pré-estabelecido neste edital;

16.2- Em razão do procedimento adotado, não será operado reajuste aos exames.

### **17 – DA VIGÊNCIA**

17.1 – O prazo de vigência do Termo de Credenciamento decorrente deste procedimento inicia no ato da assinatura do Contrato e terá vigência de 1 ano, podendo ser prorrogado ou rescindido a qualquer momento, através de Termo Aditivo por Conveniência Administrativa ou a pedido da contratado, observados os dispositivos da Lei 8.666/93 e outras legislações pertinentes.

### **18 – DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO**

18.1 - À CREDENCIADA constituem as seguintes obrigações:

- a) Prestar os serviços de realização de exames conforme preços, prazos e condições estabelecidas neste instrumento;
- b) Encaminhar no prazo estipulado neste Edital, guia de fornecimento dos serviços assinadas acompanhado da respectiva nota fiscal;
- c) Permitir que os prepostos da Secretaria Municipal de Saúde inspecione a qualquer tempo e hora a prestação dos serviços ora contratados;
- d) Fornecer a Secretaria Municipal de Saúde sempre que solicitados quaisquer informações e/ou esclarecimento sobre os serviços contratados;
- e) É da contratada a obrigação do pagamento de impostos, tributos e demais que incidirem sobre os serviços contratados em qualquer esfera;

### **19 – DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE**

19.1 – Ao CONTRATANTE constituem as seguintes obrigações:

- a) – Efetuar o pagamento ajustado no prazo estipulado;



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE FAMA**

Praça Getúlio Vargas, n.º01 - Centro – 37144-000

Telefone: (35) 3296-1293

- b) – Dar à CONTRATADA as condições necessárias à regular a execução do Contrato;
- c) – Modificar o contrato, unilateralmente, para melhor adequação às finalidades de interesse público, respeitado os direitos do contratado;
- d) – Rescindir o contrato, unilateralmente, nos casos especificados no inciso I do art. 79 Lei 8.666/93;
- e) – Aplicar sanções motivadas pela inexecução total ou parcial do ajuste.

### **20 – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E FINAIS**

20.1 – O Contrato decorrente deste processo de credenciamento, não será de nenhuma forma, fundamento para a constituição de vínculo trabalhista com empregados, funcionários, prepostos ou terceiros que a EMPRESA colocar na entrega do objeto;

20.2 – O Contrato poderá ser rescindido unilateralmente pelo contratante, a qualquer momento, atendendo a oportunidade e conveniência administrativa, não recebendo a contratada qualquer valor a título de indenização pela unilateral rescisão;

20.3 – As omissões do presente Edital serão preenchidas pelos termos da Lei nº 8.666/93 e suas alterações posteriores;

20.4 – A Secretaria Municipal de Saúde reserva-se o direito de anular ou revogar o presente credenciamento, nos casos previstos em Lei, ou de homologar o seu objeto no todo ou em parte, por conveniência administrativa, técnica ou financeira, sem que, com isso caiba aos proponentes o direito de indenização ou reclamação de qualquer natureza.

20.5 – Os interessados poderão obter informações com relação ao presente Edital no Setor de Licitações da Secretaria municipal de Saúde, no endereço do Preâmbulo deste edital.

Fazem parte do presente Edital:

Anexo I – Requerimento;

Anexo II – Declaração de que atende aos requisitos do Edital de Credenciamento;

Anexo III – Declaração de Idoneidade;



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE FAMA**

Praça Getúlio Vargas, n.º01 - Centro – 37144-000

Telefone: (35) 3296-1293

### **21 – DO FORO**

21.1 – Todas as controvérsias ou reclames relativos ao presente licitatório serão resolvidos pela Comissão, administrativamente.

21.2. É competente o foro do Município de Paraguaçu para dirimir quaisquer litígios oriundos da presente licitação.

Fama, 11 de outubro de 2018.

---

**Soraia Conceição Carlos**  
**Secretária Municipal de Saúde**





## PREFEITURA MUNICIPAL DE FAMA

Praça Getúlio Vargas, n.º01 - Centro – 37144-000

Telefone: (35) 3296-1293

### ANEXO I

#### REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO/PROPOSTA

Ilma. Sr. Presidente da Comissão Permanente de Licitações

Razão Social / Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

CNPJ / CPF: \_\_\_\_\_

Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

Requer o seu credenciamento para prestação de serviços de exames de diagnóstico por imagem com laudo nas seguintes:

ITEM	UNID.	DESCRIÇÃO

Declaro, sob as penalidades da lei, preencher, nesta data, todas as condições exigidas no Edital de Credenciamento e, especialmente, nunca ter sofrido qualquer penalidade no exercício da atividade.



## PREFEITURA MUNICIPAL DE FAMA

Praça Getúlio Vargas, n.º01 - Centro – 37144-000

Telefone: (35) 3296-1293

Apresento documentos, declarando expressamente a concordância com todas as condições apresentadas no Edital, especialmente quanto a preços e condições de pagamento, e ciência de que o pedido de Credenciamento poderá ser deferido ou indeferido, segundo a avaliação da Comissão Permanente de Licitações.

Termos em que,

Pede deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

---

Nome completo e assinatura do(s) representante(s) legal(is).



## PREFEITURA MUNICIPAL DE FAMA

Praça Getúlio Vargas, n.º01 - Centro – 37144-000

Telefone: (35) 3296-1293

### ANEXO II

#### DECLARAÇÃO DE HABILITAÇÃO E ACEITAÇÃO DO EDITAL

(Razão Social / Nome ) ....., inscrita no CNPJ / CPF sob o nº ....., licitante no presente processo licitatório, promovido pela Secretaria Municipal de Saúde de Fama, declara, por meio de seu representante, Sr (a)....., que está regular com a Fazenda Nacional, Estadual e Municipal, com a Seguridade Social (FGTS e INSS), bem como que atende a todas as exigências de habilitação constantes no edital do referido certame e que aceita as condições do presente edital, sem restrições de qualquer natureza, e que fornecerá o objeto deste chamamento pelo preço proposto e nas condições estipuladas neste Edital, reconhecendo das sanções pelo descumprimento dele.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

---

Nome completo e assinatura do(s) representante(s) legal(is) da Empresa.



## PREFEITURA MUNICIPAL DE FAMA

Praça Getúlio Vargas, n.º01 - Centro – 37144-000

Telefone: (35) 3296-1293

### ANEXO III

### DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

À Comissão de Licitação da Prefeitura Municipal de Fama

Declaramos para os devidos fins de direito, na qualidade de proponente do presente de Credenciamento, instaurado por esse órgão público, que não fomos declarados inidôneos para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas.

Por expressão da verdade, firmamos o presente.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

---

Nome completo do(s) representante(s) legal(is) da Empresa.



## PREFEITURA MUNICIPAL DE FAMA

Praça Getúlio Vargas, n.º01 - Centro – 37144-000

Telefone: (35) 3296-1293

### ANEXO IV

#### **CONTRATO DE CREDENCIAMENTO nº 038/2018**

A Prefeitura Municipal de Fama/MG, inscrita no CNPJ 18.243.253/0001-51, localizada à Praça Getúlio Vargas, nº 1, centro, Fama/MG, neste ato representado pela sua Secretária Municipal de Saúde, Soraia Conceição Carlos, doravante denominado **CONTRATANTE** e de outro lado **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, denominada com nome fantasia de **XXXXXXXXXXXXXXXX**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº XXXXXXXXXXXXXXXX, com sede na XXXXXXXXXXXXXXXX, nº XXXX, loteamento XXXXXXXX, na cidade de Alfenas, MG, neste ato representada por XXXXXXXXXXXXXXXX, brasileira, portadora da cédula de identidade RG nº XXXXXXXX e do CPF nº XXXXXXXXXXXXXXXX, residente e domiciliado em XXXXXXXXXXXXXXXX, doravante denominada **CONTRATADA**, de comum acordo e com amparo nos dispositivos legais, processo Administrativo nº 079/2018, por Inexigibilidade nº. 012/2018 e pelas normas do Edital de Credenciamento, tem entre si justo e acordado celebrar o presente Contrato de Credenciamento pelas condições estipuladas a seguir:

#### **CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

1.1 – Este Contrato tem como origem o Edital de Credenciamento 079/2018, Inexigibilidade 012/2018, instaurada pela Prefeitura Municipal de Fama, objetivando CREDENCIAR PRESTADORES DE SERVIÇOS, PESSOAS FÍSICAS OU JURÍDICAS, PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM COM LAUDO MÉDICO DESTINADOS A ATENDER A DEMANDA DO MUNICÍPIO, sendo:

ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNITÁRIO
1	0585	ANGIO RM AORTA ABDOMINAL	500,00
2	0584	ANGIO RM AORTA TORAXICA	500,00
3	0570	ANGIO RM ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR DIREITO	500,00
4	00727	ANGIO RM ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	500,00

27

Compraslicitacao@fama.mg.gov.br

Praça Getúlio Vargas, nº 01, centro, Fama – MG / Tel: 35-32961293

CEP 37144-000



## PREFEITURA MUNICIPAL DE FAMA

Praça Getúlio Vargas, n.º01 - Centro – 37144-000

Telefone: (35) 3296-1293

5	0578	ANGIO RM ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO	500,00
6	0577	ANGIO RM ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO	500,00
7	0580	ANGIO RM CRANIO (ARTERIAL OU VENOSA)	500,00
8	0573	ANGIO RM PELVE (ARTERIAL OU VENOSA)	500,00
9	0575	ANGIO RM PESCOÇO (ARTERIAL OU VENOSA)	500,00
10	0576	ANGIO RM POR SEGMENTO	500,00
11	0583	ANGIO RM TORAX (ARTERIAL OU VENOSA)	500,00
12	0582	ANGIO RM VENOSA DE MEMBRO INFERIOR DIREITO	500,00
13	0574	ANGIO RM VENOSA DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	500,00
14	0579	ANGIO RM VENOSA DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO	500,00
15	00730	ANGIO RM VENOSA DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO	500,00
16	0518	ANGIO TC ABDOME AORTA ABDOMINAL	600,00
17	0519	ANGIO TC ABDOME AORTA E ILIACAS	600,00
18	0509	ANGIO TC ABDOME ARTERIAS ILIACAS	600,00
19	0520	ANGIO TC ABDOME ARTERIAS RENAIAS	600,00
20	0510	ANGIO TC ABDOME MESENTERICAS	600,00
21	0508	ANGIO TC ABDOME SUPERIOR (ARTERIAL OU VENOSA)	600,00
22	0522	ANGIO TC AORTA ABDOMINAL	600,00
23	0521	ANGIO TC AORTA TORAXICA (TORAX)	600,00
24	0507	ANGIO TC ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR	600,00
25	0516	ANGIO TC ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR	600,00
26	0511	ANGIO TC CAROTIDAS E VERTEBRAIS	550,00
27	0517	ANGIO TC CRANIO ARTERIAL OU VENOSA	550,00
28	0512	ANGIO TC PELVE ARTERIAL OU VENOSA	600,00
29	0513	ANGIO TC PESCOÇO ARTERIAL OU VENOSA	600,00
30	0515	ANGIO TC TORAX - TEP	600,00
31	0514	ANGIO TC TORAX ARTERIAL OU VENOSA	600,00
32	00741	ANGIO TC VENOSA MEMBRO INFERIOR	600,00



## PREFEITURA MUNICIPAL DE FAMA

Praça Getúlio Vargas, n.º01 - Centro – 37144-000

Telefone: (35) 3296-1293

33	00742	ANGIO TC VENOSA MEMBRO SUPERIOR	600,00
34	0470	BABY CLICK	25,00
35	0384	DENSITOMETRIA OSSEA CORPO INTEIRO	80,00
36	0383	DENSITOMETRIA OSSEA DOIS SEGMENTOS	80,00
37	0382	DENSITOMETRIA OSSEA UM SEGMENTO	80,00
38	00726	ECOCARDIOGRAMA	150,00
39	0523	ESCANOMETRIA DIGITAL	120,00
40	0528	ESPECTROSCOPIA POR RM	250,00
41	0543	FLUXO LIQUORICO POR RM	250,00
42	0278	HOLTER DE 24 HORAS - 2 OU MAIS CANAIS – ANALÓGICO	150,00
43	0379	MAMOGRAFIA BILATERAL	80,00
44	0380	MAMOGRAFIA DIGITAL BILATERAL	80,00
45	0527	PERFUSAO POR RM	250,00
46	00731	RM ABDOME SUPERIOR COM PRIMOVIST	1.100,00
47	0293	RM ABDOME TOTAL	700,00
48	0292	RM ABDOME TOTAL COM PRIMOVIST	1.400,00
49	0537	RM ABDOMINAL SUPERIOR	350,00
50	0557	RM ANTEBRAÇO DIREITO	350,00
51	0563	RM ANTEBRAÇO ESQUERDO	350,00
52	0566	RM ART COTOVELO DIREITO	350,00
53	0569	RM ART COTOVELO ESQUERDO	350,00
54	0568	RM ART JOELHO DIREITO	350,00
55	0559	RM ART JOELHO ESQUERDO	350,00
56	0560	RM ART OMBRO DIREITO	350,00
57	0564	RM ART OMBRO ESQUERDO	350,00
58	0558	RM ART PUNHO DIREITO	350,00
59	0555	RM ART PUNHO ESQUERDO	350,00
60	0550	RM ART SACRO ILIACAS BILATERAL	350,00
61	0532	RM ART TEMPORO MANDIBULAR (ATM) BILATERAL	350,00
62	0565	RM ART TORNOZELO DIREITO	350,00





## PREFEITURA MUNICIPAL DE FAMA

Praça Getúlio Vargas, n.º01 - Centro – 37144-000

Telefone: (35) 3296-1293

63	0561	RM ART TORNOZELO ESQUERDO	350,00
64	0556	RM ARTICULAR POR ARTICULACAO	350,00
65	0546	RM BRAÇO DIREITO (MEMBRO SUPERIOR)	350,00
66	0547	RM BRAÇO ESQUERDO (MEMBRO SUPERIOR)	350,00
67	0586	RM COLANGEO (FIGADOS E VISUCULAS BILIAIS)	350,00
68	0542	RM COLUNA CERVICAL	350,00
69	0541	RM COLUNA LOMBO SACRA (LOMBAR)	350,00
70	0540	RM COLUNA TORAXICA (DORSAL)	350,00
71	0535	RM CORAÇÃO OU AORTA (MORFOLOGICO E FUNCIONAL)	1.370,00
72	0562	RM COXO FEMURAL (QUADRIL) DIREITO	350,00
73	0567	RM COXO FEMURAL (QUADRIL) ESQUERDO	350,00
74	0525	RM CRANIO (ENCEFALO)	350,00
75	0531	RM FACE (SEIOS DA FACE)	350,00
76	0536	RM MAMA BILATERAL	800,00
77	0549	RM MAO DIREITA (NAO INCLUI PUNHO)	350,00
78	0548	RM MAO ESQUERDA (NAO INCLUI PUNHO)	350,00
79	0545	RM MEMBRO SUPERIOR DIREITO	350,00
80	0283	RM MULTIPARAMETRICA (PROSTATA)	700,00
81	0529	RM ORBITAS BILATERAL	350,00
82	0530	RM OSSO TEMPORAL BILATERAL (MASTOIDE)	350,00
83	0553	RM PE MAIS ANTEPE DIREITO	350,00
84	0554	RM PE MAIS ANTEPE ESQUERDO	350,00
85	0538	RM PELVE FEMININO	350,00
86	0539	RM PELVE MASCULINO	350,00
87	0552	RM PERNA DIREITA	350,00
88	0551	RM PERNA ESQUERDA	350,00
89	0533	RM PESCOÇO (NASOFARINGE, OROFARINGE, LARINGE, TRAQUEIA, TIR)	350,00
90	0544	RM PLEXO BRAQUIAL OU LOMBOSSACRAL UNILATERAL	350,00



## PREFEITURA MUNICIPAL DE FAMA

Praça Getúlio Vargas, n.º01 - Centro – 37144-000

Telefone: (35) 3296-1293

91	00729	RM SACRO COCCIX	350,00
92	0526	RM SELA TURCA (HIPOFISE)	350,00
93	0534	RM TORAX	350,00
94	0378	RX ABDOME AGUDO	54,00
95	0376	RX ABDOME SIMPLES	50,00
96	0377	RX ABDOME SIMPLES AP - LAT OU LOCALIZADO	54,00
97	0338	RX ANTEBRAÇO DIREITO	45,00
98	0339	RX ANTEBRAÇO ESQUERDO	45,00
99	0323	RX ARCOS COSTAIS (COSTELAS) DIREITO	45,00
100	0322	RX ARCOS COSTAIS (COSTELAS) ESQUERDO	45,00
101	00739	RX ARCOS ZIGMATICOS MALAR OU APÓFISES ESTILÓIDES	45,00
102	0331	RX ART ACROMIO CLAVICULAR DIREITA	45,00
103	0330	RX ART ACROMIO CLAVICULAR ESQUERDA	45,00
104	0336	RX ART COTOVELO DIREITO	45,00
105	0337	RX ART COTOVELO ESQUERDO	45,00
106	0349	RX ART COXO FEMURAL DIREITA	45,00
107	0350	RX ART COXO FEMURAL ESQUERDA	45,00
108	0333	RX ART ESCAPULO UMERAL OMBRO DIREITO	40,00
109	0332	RX ART ESCAPULO UMERAL OMBRO ESQUERDO	40,00
110	00737	RX ART ESTERNO CLAVICULAR DIREITO	45,00
111	00738	RX ART ESTERNO CLAVICULAR ESQUERDO	45,00
112	0348	RX ART SACRO ILIACA (QUADRIL) DIREITA	45,00
113	0347	RX ART SACRO ILIACA (QUADRIL) ESQUERDA	45,00
114	0307	RX ART TEMPORA MANDIBULAR (ATM) BILATERAL	45,00
115	0361	RX ART TORNOZELO (TIBIO TARCICA) DIREITO	45,00
116	0362	RX ART TORNOZELO (TIBIO TARCICA) ESQUERDO	45,00
117	0346	RX BACIA	45,00
118	0334	RX BRAÇO (UMERO) DIREITO	45,00
119	0335	RX BRAÇO (UMERO) ESQUERDO	45,00
120	0366	RX CALCANEIO DIREITO	45,00



## PREFEITURA MUNICIPAL DE FAMA

Praça Getúlio Vargas, n.º01 - Centro – 37144-000

Telefone: (35) 3296-1293

121	0365	RX CALCANEIO ESQUERDO	45,00
122	0308	RX CAVUM (ADENOIDE)	45,00
123	0324	RX CLAVICULA DIREITA	45,00
124	0325	RX CLAVICULA ESQUERDA	45,00
125	0312	RX COLUNA CERVICAL E LOMBAR FUNCIONAL OU DINAMICA	54,00
126	0310	RX COLUNA CERVICAL PA - LAT - OBLIQUOS	54,00
127	0309	RX COLUNA CERVICAL PA - LATERAL	50,00
128	0314	RX COLUNA LOMBO SACRA 3 INCIDENCIAS	54,00
129	00736	RX COLUNA LOMBO SACRA OBLIQUA CINCO INCIDENCIAS	120,00
130	0313	RX COLUNA TORACICA 4 INCIDENCIAS	54,00
131	0311	RX COLUNA TORACICA DUAS INCIDENCIAS	54,00
132	0318	RX COLUNA TOTAL PARA ESCOLIOSE	115,00
133	00735	RX CORAÇÃO E VASOS DE BASE PA- LAT- OBLIQUOS	54,00
134	0352	RX COXA (FEMUR) DIREITO	45,00
135	0351	RX COXA (FEMUR) ESQUERDO	45,00
136	0297	RX CRANIO PA – LAT	45,00
137	0298	RX CRANIO PA - LAT BRETON	54,00
138	0299	RX CRANIO PA - LAT OU BRETON HIRTZ	54,00
139	0367	RX ESCANOMETRIA	80,00
140	00734	RX ESCAPULA (OMOPLATA - OMBRO) DIREITA	45,00
141	00733	RX ESCAPULA (OMOPLATA - OMBRO) ESQUERDA	45,00
142	0319	RX EXTERNO	45,00
143	0385	RX HISTEROSALPINGOFRAFIA	400,00
144	0344	RX IDADE ÓSSEA (MAOS E PUNHOS)	45,00
145	0369	RX INCIDENCIA ADICIONAL MEMBRO INFERIOR	10,00
146	0345	RX INCIDENCIA ADICIONAL MEMBRO SUPERIOR	10,00
147	0356	RX JOELHO PA - LAT - OBLIQUAS - AXIAIS - DIREITO	45,00
148	0355	RX JOELHO PA - LAT - OBLIQUAS - AXIAIS - ESQUERDO	45,00
149	0354	RX JOELHO PA - LATERAL DIREITO	45,00



## PREFEITURA MUNICIPAL DE FAMA

Praça Getúlio Vargas, n.º01 - Centro – 37144-000

Telefone: (35) 3296-1293

150	0353	RX JOELHO PA - LATERAL ESQUERDO	45,00
151	0343	RX MAO (QUIRODACTILOS) DIREITO	45,00
152	0342	RX MAO (QUIRODACTILOS) ESQUERDO	45,00
153	0300	RX MASTOIDE (OUVIDO DIREITO)	54,00
154	0301	RX MASTOIDE (OUVIDO ESQUERDO)	54,00
155	0305	RX MAXILAR INFERIOR PA OBLIQUAS	45,00
156	0329	RX OMBRO DIREITO	45,00
157	0328	RX OMBRO ESQUERDO	45,00
158	0302	RX ORBITAS PA - LAT - HIRTZ - OBLIQUOS	45,00
159	0306	RX OSSOS DA FACE MN - FN - LAT - HIRTZ	45,00
160	0317	RX PANORAMICO COLUNA	115,00
161	0357	RX PATELA (ROTULA DO JOELHO) DIREITA	36,00
162	0358	RX PATELA (ROTULA DO JOELHO) ESQUERDA	36,00
163	0363	RX PÉ (PODODACTILO) DIREITO	45,00
164	0364	RX PÉ (PODODACTILO) ESQUERDO	45,00
165	0360	RX PERNA DIREITA	45,00
166	0359	RX PERNA ESQUERDA	45,00
167	0341	RX PUNHO DIREITO PA - LAT - OBLIQUAS	45,00
168	0340	RX PUNHO ESQUERDO PA - LAT - OBLIQUAS	45,00
169	0316	RX SACRO COCCIX	45,00
170	0303	RX SEIOS DA FACE FN - MN - LAT	45,00
171	0304	RX SELA TURCA PA - LAT - BRETTON	45,00
172	0373	RX TORAX 3 INCIDENCIAS	45,00
173	0371	RX TORAX PA - EM DECUBITO LATERAL	54,00
174	0374	RX TORAX PA - LAT - OBLIQUAS - 4 INCIDENCIAS	54,00
175	0372	RX TORAX PA - LAT DUAS INCIDENCIAS	45,00
176	00732	RX TORAX PA (1 INCIDENCIA)	45,00
177	0375	RX UROGRAFIA EXCRETORA COM BEXIGA PRE E POS MICCIONAL	300,00
178	0286	SEDAÇÃO PARA RM	650,00
179	0285	SEDAÇÃO PARA TC	550,00



## PREFEITURA MUNICIPAL DE FAMA

Praça Getúlio Vargas, n.º01 - Centro – 37144-000

Telefone: (35) 3296-1293

180	0284	SEDAÇÃO PARA US	350,00
181	0287	TC ABDOME SUPERIOR	350,00
182	0288	TC ABDOME TOTAL	500,00
183	0478	TC ART COTOVELO DIREITO	210,00
184	0494	TC ART COTOVELO ESQUERDO	210,00
185	0493	TC ART COXO FEMURAL DIREITO (BACIA)	210,00
186	0481	TC ART COXO FEMURAL ESQUERDO (BACIA)	210,00
187	00743	TC ART ESTERNO CLAVICULAR DIREITO	210,00
188	00744	TC ART ESTERNO CLAVICULAR ESQUERDO	210,00
189	0489	TC ART JOELHO DIREITO	210,00
190	0487	TC ART JOELHO ESQUERDO	210,00
191	0486	TC ART OMBRO DIREITO	210,00
192	0485	TC ART OMBRO ESQUERDO	210,00
193	0484	TC ART PUNHO DIREITO	210,00
194	0483	TC ART PUNHO ESQUERDO	210,00
195	0482	TC ART SACRO ILIACA BILATERAL	210,00
196	0473	TC ART TEMPORO MANDIBULAR	190,00
197	0492	TC ART TORNOZELO DIREITO	210,00
198	0488	TC ART TORNOZELO ESQUERDO	210,00
199	0475	TC COLUNA CERVICAL	190,00
200	0477	TC COLUNA LOMBAR	190,00
201	00740	TC COLUNA SEGMENTO ADICIONAL	40,00
202	0476	TC COLUNA TORAXICA	150,00
203	0295	TC CRANIO	190,00
204	00745	TC DENTAL SCAN (MANDÍBULA E MAXILAR)	500,00
205	00746	TC DENTAL SCAN (MANDÍBULA)	300,00
206	00747	TC DENTAL SCAN (MAXILAR)	300,00
207	0277	TC ENTEROTOMOGRFIA	900,00
208	0479	TC JOELHO DIREITO TAGT	400,00
209	0480	TC JOELHO ESQUERDO TAGT	400,00
210	00748	TC LARINGE	190,00



## PREFEITURA MUNICIPAL DE FAMA

Praça Getúlio Vargas, n.º01 - Centro – 37144-000

Telefone: (35) 3296-1293

211	0524	TC MANDIBULA (NAO DENTAL SCAN)	230,00
212	0472	TC MASTOIDE (OUVIDO) BILATERAL	190,00
213	0471	TC ORBITAS	190,00
214	00749	TC PELVE (BACIA) FEMININO	350,00
215	00750	TC PELVE (BACIA) MASCULINO	350,00
216	00751	TC PESCOÇO	190,00
217	0496	TC SEGM. APEND. ANTEBRAÇO DIREITO	210,00
218	0497	TC SEGM. APEND. ANTEBRAÇO ESQUERDO	210,00
219	0498	TC SEGM. APEND. BRAÇO DIREITO	210,00
220	0499	TC SEGM. APEND. BRAÇO ESQUERDO	210,00
221	0500	TC SEGM. APEND. COXA DIREITA	210,00
222	0501	TC SEGM. APEND. COXA ESQUERDA	210,00
223	0502	TC SEGM. APEND. MAO DIREITA	210,00
224	0503	TC SEGM. APEND. MAO ESQUERDA	210,00
225	0504	TC SEGM. APEND. PÉ DIREITO	210,00
226	0505	TC SEGM. APEND. PÉ ESQUERDO	210,00
227	0506	TC SEGM. APEND. PERNA DIREITA	210,00
228	0495	TC SEGM. APEND. PERNA ESQUERDA	210,00
229	0291	TC SEIOS DA FACE	190,00
230	0294	TC SELA TURCA	190,00
231	00752	TC TIREOIDE	190,00
232	0588	TC TORAX	250,00
233	0474	TC UROTOMOGRFIA	380,00
234	0393	US ABDOME SUPERIOR	65,00
235	0391	US ABDOME TOTAL	100,00
236	0424	US ART ANTEBRAÇO DIREITO	65,00
237	0431	US ART ANTEBRAÇO ESQUERDO	65,00
238	0422	US ART BRAÇO DIREITO	65,00
239	0412	US ART BRAÇO ESQUERDO	65,00
240	0430	US ART COTOVELO DIREITO	65,00
241	0439	US ART COTOVELO ESQUERDO	65,00



## PREFEITURA MUNICIPAL DE FAMA

Praça Getúlio Vargas, n.º01 - Centro – 37144-000

Telefone: (35) 3296-1293

242	0427	US ART COXA DIREITA	65,00
243	0417	US ART COXA ESQUERDA	65,00
244	0433	US ART JOELHO DIREITO	65,00
245	0426	US ART JOELHO ESQUERDO	65,00
246	0438	US ART MAO DIREITA	65,00
247	0428	US ART MAO ESQUERDA	65,00
248	0440	US ART OMBRO DIREITO	65,00
249	0429	US ART OMBRO ESQUERDO	65,00
250	0419	US ART PE DIREITO	65,00
251	0414	US ART PÉ ESQUERDO	65,00
252	0425	US ART PERNA DIREITA	65,00
253	0421	US ART PERNA ESQUERDA	65,00
254	0413	US ART POPLITEA (PANTURRILHA) DIREITA	65,00
255	00757	US ART POPLITEA (PANTURRILHA) ESQUERDA	65,00
256	0435	US ART PUNHO DIREITO	65,00
257	0437	US ART PUNHO ESQUERDO	65,00
258	0420	US ART QUADRIL DIREITO	65,00
259	0416	US ART QUADRIL ESQUERDO	65,00
260	0436	US ART REGIAO INGUINAL DIREITA	65,00
261	0432	US ART REGIAO INGUINAL ESQUERDA	65,00
262	0423	US ART TORNOZELO DIREITO	65,00
263	0434	US ART TORNOZELO ESQUERDO	65,00
264	0415	US ARTICULACOES POR ARTICULACAO	65,00
265	0276	US BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER	150,00
266	00753	US CRANIANO	80,00
267	0469	US DOPPLER ABDOME INFERIOR MAIS PELVE	180,00
268	0451	US DOPPLER ABDOME SUPERIOR	180,00
269	0274	US DOPPLER COLOR AORTA ABDOMINAL	180,00
270	0455	US DOPPLER COLOR AORTA E ARTERIAS RENAI	180,00
271	0456	US DOPPLER COLOR AORTA E ILIACAS	180,00
272	00754	US DOPPLER COLOR ARTERIAL E VENOSO VASCULAR	180,00





## PREFEITURA MUNICIPAL DE FAMA

Praça Getúlio Vargas, n.º01 - Centro – 37144-000

Telefone: (35) 3296-1293

		ESQUERDO	
273	0464	US DOPPLER COLOR ARTERIAL MEMBRO INFERIOR DIREITO	180,00
274	0465	US DOPPLER COLOR ARTERIAL MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	180,00
275	0460	US DOPPLER COLOR ARTERIAL MEMBRO SUPERIOR DIREITO	180,00
276	0461	US DOPPLER COLOR ARTERIAL MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO	180,00
277	0457	US DOPPLER COLOR ARTERIAS VISCERAIS	180,00
278	0275	US DOPPLER COLOR RINS E VIAS URINARIAS	180,00
279	0452	US DOPPLER COLOR TRANSCRANIANO OU TRANSFONTANELA	180,00
280	0454	US DOPPLER COLOR TRANSVAGINAL	180,00
281	0453	US DOPPLER COLOR VASOS CERVICAIS ARTERIAIS - CAROTIDAS BILATERAIS	180,00
282	00755	US DOPPLER COLOR VASOS CERVICAIS VENOSOS BILATERAL	180,00
283	0459	US DOPPLER COLOR VEIA CAVA INFERIOR	180,00
284	0458	US DOPPLER COLOR VEIA CAVA SUPERIOR	180,00
285	0466	US DOPPLER COLOR VENOSO MEMBRO INFERIOR DIREITO	180,00
286	0467	US DOPPLER COLOR VENOSO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	180,00
287	0463	US DOPPLER COLOR VENOSO MEMBRO SUPERIOR DIREITO	180,00
288	0462	US DOPPLER COLOR VENOSO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO	180,00
289	0450	US DOPPLER DE ORGAO OU ESTRUTURA ISOLADA	180,00
290	0411	US ESTRUTURA SUPERFICIAIS (AXILAS)	70,00
291	0409	US ESTRUTURA SUPERFICIAIS (CERVICAL)	70,00
292	0406	US ESTRUTURA SUPERFICIAIS (MUSCULO)	70,00
293	0408	US ESTRUTURA SUPERFICIAIS (PARTES MOLES)	70,00





## PREFEITURA MUNICIPAL DE FAMA

Praça Getúlio Vargas, n.º01 - Centro – 37144-000

Telefone: (35) 3296-1293

294	0407	US ESTRUTURA SUPERFICIAIS (REGIAO INGUINAL)	70,00
295	0410	US ESTRUTURA SUPERFICIAIS (SUPRACLAVICULAR)	70,00
296	0405	US ESTRUTURA SUPERFICIAIS (TENDAO)	70,00
297	0387	US GLANDULAS SALIVARES	70,00
298	0386	US GLOBO OCULAR BILATERAL	70,00
299	0392	US HIPOCONDRIO DIREITO	70,00
300	0390	US MAMAS	70,00
301	0468	US OBSTETRICO COM BIOFISICO FETAL	190,00
302	0442	US OBSTETRICO COM DOPPLER	180,00
303	0446	US OBSTETRICO COM DOPPLER GESTACAO MULTIPLA (CADA FETO)	180,00
304	0443	US OBSTETRICO COM TRANLUCENCIA NUCAL	120,00
305	0445	US OBSTETRICO GESTACAO MULTIPLA (CADA FETO)	90,00
306	0444	US OBSTETRICO MORFOLOGICO	200,00
307	0401	US ORGAOS SUPERFICIAIS (CRANIO)	75,00
308	0404	US ORGAOS SUPERFICIAIS (PAREDE ABDOMINAL)	75,00
309	0403	US ORGAOS SUPERFICIAIS (SACRO ESCROTAL)	65,00
310	0402	US ORGAOS SUPERFICIAIS (TIREOIDE)	65,00
311	0400	US PELVICO (GINECOLOGICO, ABDOMINAL)	65,00
312	0398	US PROSTATA VIA ABDOMINAL	65,00
313	0449	US PROSTATA VIA TRANSRETAL	75,00
314	0394	US RETROPERITONIO	75,00
315	00756	US TORAX EXTRACARDÍACO	75,00
316	0447	US TRANSVAGINAL	65,00
317	0448	US TRANSVAGINAL PARA CONTROLE DE OVULAÇÃO	120,00
318	0395	US VIAS URINARIAS FEMININO (RINS, URETERES E BEXIGA)	65,00
319	0396	US VIAS URINARIAS MASCULINO (RINS, URETERES, BEXIGA E PROSTATA)	65,00



## PREFEITURA MUNICIPAL DE FAMA

Praça Getúlio Vargas, n.º01 - Centro – 37144-000

Telefone: (35) 3296-1293

### CLÁUSULA SEGUNDA – DOS PREÇOS

2.1 – No Credenciamento de prestação de serviço para realização de exames de diagnóstico por imagem com laudo médico a CONTRATANTE, pagará a CONTRATADA, conforme abaixo discriminado:

2.1.1 – O pagamento será efetuado até o 20º dia do mês subsequente ao da prestação dos serviços, de acordo com as Autorizações de Serviço, acompanhados das notas fiscais, e, quando houver casos excepcionais, os respectivos documentos que deram causa ao fornecimento (ordem judicial ou relatório de urgência/emergência).

2.1.2 – Os preços dos exames fornecidos, deverão obrigatoriamente atender ao Objeto do presente contrato e do Edital de Credenciamento que deu origem ao presente contrato.

### CLÁUSULA TERCEIRA – DA FORMA DE PAGAMENTO

3.1 – O pagamento será efetuado até o 20º dia **do mês subsequente ao serviço prestado**, mediante a realização dos mesmos, procedendo conforme as seguintes condições:

3.1.1 – Os exames serão solicitadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Fama, conforme a necessidade, e, após, atendidos os beneficiados, o contratado deverá encaminhar para a Secretaria Municipal de Saúde, até o dia 05 do mês subsequente, as respectivas Notas Fiscais que discriminem todos os atendimentos prestados;

3.1.2 – A Prefeitura Municipal não se responsabiliza pelo atraso dos pagamentos nos casos da não realização da consulta, entrega da respectiva nota fiscal ou guia assinada nos prazos estabelecidos;

3.1.3 - A nota fiscal deverá ser preenchida identificando o número do processo de Credenciamento, descrição completa conforme a Autorização de Serviço, bem como informar os dados de CPF / CNPJ, Endereço, Nome do Contratado e número da Conta Bancária (em nome da pessoa jurídica) na qual será efetuado o depósito para o pagamento do objeto;



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE FAMA**

Praça Getúlio Vargas, n.º01 - Centro – 37144-000

Telefone: (35) 3296-1293

### **CLÁUSULA QUINTA – DO VALOR E DO REAJUSTE**

5.1 – Os valores das consultas estão condicionados ao preço pré-estabelecido neste edital;

5.2- Em razão do procedimento adotado, não será operado reajuste as consultas.

### **CLÁUSULA SEXTA – DA VIGÊNCIA**

6.1 – O prazo de vigência do Termo de Credenciamento decorrente deste procedimento inicia no ato da assinatura do Contrato e terá vigência de 1 ano, podendo ser prorrogado ou rescindido a qualquer momento, através de Termo Aditivo por Conveniência Administrativa ou a pedido da contratada, observados os dispositivos da Lei 8.666/93 e outras legislações pertinentes.

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

7.1- À CREDENCIADA constituem as seguintes obrigações:

- a) Prestar os serviços de realização de exames de diagnóstico por imagem com laudo médico conforme preços, prazos e condições estabelecidas neste instrumento;
- b) Encaminhar no prazo estipulado neste Edital, guia de fornecimento dos serviços assinadas acompanhado da respectiva nota fiscal;
- c) Permitir que os prepostos da Secretaria Municipal de Saúde inspecione a qualquer tempo e hora a prestação dos serviços ora contratados;
- d) Fornecer a Secretaria Municipal de Saúde sempre que solicitados quaisquer informações e/ou esclarecimento sobre os serviços contratados;
- e) É da contratada a obrigação do pagamento de impostos, tributos e demais que incidirem sobre os serviços contratados em qualquer esfera;

### **CLÁUSULA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE**

8.1 – Ao CONTRATANTE constituem as seguintes obrigações:

- a) Efetuar o pagamento ajustado no prazo estipulado;



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE FAMA**

Praça Getúlio Vargas, n.º01 - Centro – 37144-000

Telefone: (35) 3296-1293

- b) Dar à CONTRATADA as condições necessárias à regular a execução do Contrato;
- c) Modificar o contrato, unilateralmente, para melhor adequação às finalidades de interesse público, respeitado os direitos do contratado;
- d) Rescindir o contrato, unilateralmente, nos casos especificados no inciso I do art. 79 Lei 8.666/93;
- e) Aplicar sanções motivadas pela inexecução total ou parcial do ajuste.

### **CLÁUSULA NONA – DAS PENALIDADES**

9.1 – O credenciado, proponente ou vencedor, conforme o caso, que não cumprir as obrigações assumidas ou os preceitos legais, estará sujeita as seguintes penalidades:

9.1.1 – Advertência;

9.1.2 – Multa de 2% (dois por cento) sobre o valor da proposta;

9.1.3 – Declaração de Inidoneidade.

9.2 – Nenhum pagamento será processado ao proponente penalizado, sem que antes, este tenha pago ou lhe seja relevada a multa imposta.

### **CLÁUSULA DÉCIMA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E FINAIS**

10.1 – O Contrato decorrente deste processo de credenciamento, não será de nenhuma forma, fundamento para a constituição de vínculo trabalhista com empregados, funcionários, prepostos ou terceiros que a EMPRESA colocar na entrega do objeto;

10.2 – O Contrato poderá ser rescindido unilateralmente pelo contratante, a qualquer momento, atendendo a oportunidade e conveniência administrativa, não recebendo a contratada qualquer valor a título de indenização pela unilateral rescisão;

10.3 – As omissões do presente Edital serão preenchidas pelos termos da Lei nº 8.666/93 e suas alterações posteriores;

10.4 – A Secretaria Municipal de Saúde reserva-se o direito de anular ou revogar o presente credenciamento, nos casos previstos em Lei, ou de homologar o seu objeto no todo ou em



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE FAMA**

Praça Getúlio Vargas, n.º01 - Centro – 37144-000

Telefone: (35) 3296-1293

parte, por conveniência administrativa, técnica ou financeira, sem que, com isso caiba aos proponentes o direito de indenização ou reclamação de qualquer natureza.

10.5 – Os interessados poderão obter informações com relação ao presente Edital no Setor de Licitações da Secretaria municipal de Saúde, no endereço do Preâmbulo deste edital.

10.6 - O fato do prestador de serviço se credenciar não significa que será necessariamente convocado para a realização dos mesmos, caberá a Secretaria Municipal de Saúde avaliar o prestador que mais acrescentará benefícios e possibilidades aos pacientes.

### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO FORO**

Todas as controvérsias ou reclames relativos ao presente licitatório serão resolvidos pela Comissão, administrativamente.

Fama, XXXXXXXXXXXX de 2018

---

**OSMAIR LEAL DOS REIS**

**Prefeito Municipal**

---

**Soraia Conceição Carlos**

**Secretária Municipal de Saúde**

---

TESTEMUNHAS:

42

Compraslicitacao@fama.mg.gov.br

Praça Getúlio Vargas, nº 01, centro, Fama – MG / Tel: 35-32961293

CEP 37144-000