



PREFEITURA MUNICIPAL DE CORONEL VIVIDA  
ESTADO DO PARANÁ

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO Nº 03/2009**

**O MUNICÍPIO DE CORONEL VIVIDA, ESTADO DO PARANÁ**, através da PREFEITURA MUNICIPAL DE CORONEL VIVIDA, com sede na Praça Três Poderes, s/n, centro, Coronel Vivida, Estado do Paraná, inscrita no CNJP sob nº 76.995.455/0001-56, representado pelo Prefeito Municipal Sr Fernando Aurélio Gugik, inscrito no CPF nº 495.147.769-68 e RG nº 1465138 SSP-PR, juntamente com o FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, pessoa jurídica de direito público, com sede na Rua Sete de Setembro, 132, Centro, Coronel Vivida, Estado do Paraná, inscrito no CNPJ sob nº 08.906.533/0001-49, representado pela Sra. Lisete Maria Traesel Engelmann, inscrita no CPF sob o nº 403.987.220-72, e RG nº 5.995.053-3 SSP/PR, no uso de suas atribuições legais, e, considerando o disposto na Lei nº 8.666/1993 e suas alterações, na Lei nº 8.080/1990, e demais legislações aplicáveis, torna público para conhecimento dos interessados, que está procedendo ao **CHAMAMENTO PÚBLICO** para fins de **CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES DE RAIOS X**, nos termos das condições estabelecidas no presente instrumento de Chamamento.

**1. OBJETO**

- 1.1 – Contratação por credenciamento de pessoas jurídicas para prestação de serviços **até 29/04/2010**.
- 1.2 – A contratação dos credenciados será efetivada de acordo com as demandas da Secretaria Municipal de Saúde, para a prestação dos seguintes serviços:

DESCRIÇÃO	VALOR A SER PAGO POR EXAME R\$	QTDE. MENSAL ESTIMADA	VALOR MENSAL ESTIMADO R\$	QTDE. TOTAL ESTIMADA	VALOR TOTAL ESTIMADO R\$
CRÂNIO AP/PERFIL/TOWNE	17,15	01	17,15	12	205,80
CRÂNIO AP/PERFIL	15,52	01	15,52	12	186,24
OSSOS DA FACE AP/PERFIL	16,38	03	49,14	36	589,68
SEIOS DA FACE	15,32	05	76,60	60	919,20
CAVUM	14,88	03	44,64	36	535,68
MANDIBULA	17,03	02	34,06	24	408,72
OSSOS DO NARIZ	15,77	02	31,54	24	378,48
BRAÇO AP/PERFIL	15,77	03	47,31	36	567,72
COTOVELO AP/PERFIL	13,90	02	27,80	24	333,60
ANTE-BRAÇO AP/PERFIL	14,42	04	57,68	48	692,16
PUNHO AP/PERFIL	14,00	05	70,00	60	840,00
MÃO AP/PERFIL	14,00	03	42,00	36	504,00
FÊMUR AP/PERFIL	17,00	04	68,00	48	816,00
JOELHO AP/PERFIL	14,78	15	221,70	180	2.660,40
JOELHO AP/PERFIL/AXIAL PATÉLA	17,29	16	276,64	192	3.319,68
PERNA AP/ PERFIL	16,94	17	287,98	204	3.455,76
TORNOZELO AP/PERFIL	14,50	17	246,50	204	2.958,00
PÉ AP/PERFIL	14,78	07	103,46	84	1.241,52
PÉ AP/PERFIL/OBLIQUAS	14,00	07	98,00	84	1.176,00
CALCÂNEO AP/PERFIL	14,50	03	43,50	36	522,00
PELVE (BACIA)	15,77	16	252,32	192	3.027,84
ART. COXA-FEMURAL (cada lado)	15,77	16	252,32	192	3.027,84
OMBRO AP/ROTAÇÃO INT./EXT.	15,98	20	319,60	240	3.835,20



PREFEITURA MUNICIPAL DE CORONEL VIVIDA  
ESTADO DO PARANÁ

DESCRIÇÃO	VALOR A SER PAGO POR EXAME R\$	QTDE. MENSAL ESTIMADA	VALOR MENSAL ESTIMADO R\$	QTDE. TOTAL ESTIMADA	VALOR TOTAL ESTIMADO R\$
OMBRO AP.	16,00	20	320,00	240	3.840,00
TÓRAX AP/PERFIL	17,50	22	385,00	264	4.620,00
CLAVÍCULA AP	15,40	08	123,20	96	1.478,40
EXTERNO	18,50	04	74,00	48	888,00
COLUNA CERVICAL AP/PERFIL	18,29	16	292,64	192	3.511,68
COLUNA DORSAL AP/PERFIL	22,88	08	183,04	96	2.196,48
COLUNA LOMBAR AP/PERFIL	20,90	25	522,50	300	6.270,00
COLUNA SACROCÓCCIX AP/PERFIL	22,00	03	66,00	36	792,00
ABDÔMEN SIMPLES 1 POSIÇÃO	15,17	03	45,51	36	546,12
<b>TOTAL</b>		<b>281</b>	<b>4.695,35</b>	<b>3372</b>	<b>56.344,20</b>

1.3 – Os materiais de filme para o serviço de raio x ficarão por conta da secretaria municipal de saúde.

1.4 – Nos preços dos exames deverão estar inclusos os laudos confeccionados por profissional credenciado.

## 2. CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO

2.1 Poderão participar do Credenciamento pessoas jurídicas, que se inscreverem e comprovarem estar habilitadas a prestar os serviços descritos, conforme requisitos exigidos neste instrumento de chamamento, concordando com os valores propostos pelo Município.

2.2 Não poderão participar no Credenciamento os interessados que estejam cumprindo as sanções previstas nos incisos III e IV do art. 87 da Lei nº 8.666/93 – Lei de Licitações.

## 3. FORMA DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO

3.1 Os interessados poderão inscrever-se diretamente na Secretaria Municipal de Saúde, sediada à Rua Sete de Setembro, 132, Coronel Vivida, Estado do Paraná, de segunda a sexta-feira, das 08:00h às 11:30 h e das 13:30h às 17:00h mediante **Requerimento para credenciamento**, conforme modelo (Anexo I), e apresentação dos documentos exigidos neste chamamento.

3.2 A **efetivação do credenciamento** dar-se-á somente quando da apresentação dos documentos enumerados nos itens **4.1 e 4.2** deste instrumento, observado o disposto no item **1.2**.

3.3 Se atendidas todas as exigências do edital de credenciamento, a diretora do departamento de saúde encaminhará a comissão de licitação ofício solicitando a realização de processo de inexigibilidade de licitação com a empresa credenciada.

## 4. DOCUMENTAÇÃO REFERENTE AO CREDENCIAMENTO

4.1 A documentação deverá ser apresentada em envelope fechado e rubricado, contendo na parte externa/frente os seguintes dados:

**A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CORONEL VIVIDA – PR  
CREDENCIAMENTO PESSOA JURÍDICA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES DE RAIOS X  
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2009**

**INTERESSADO:**

**CNPJ:**

**ENDEREÇO E TELEFONE:**



PREFEITURA MUNICIPAL DE CORONEL VIVIDA  
ESTADO DO PARANÁ

4.2 Os interessados no credenciamento deverão apresentar os seguintes documentos, em cópias autenticadas em cartório ou apresentadas em original para autenticação da cópia por funcionário da Secretária Municipal de Saúde:

- 1) Requerimento para credenciamento, conforme modelo – Anexo I
- 2) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
- 3) Fotocópia do ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, acompanhado das suas alterações, devidamente registradas, em se tratando de sociedades comerciais e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;
- 4) Fotocópia do alvará de funcionamento e da licença sanitária, segundo legislação vigente;
- 5) Fotocópia da Carteira de Identidade (RG) dos sócios gerentes;
- 6) Fotocópia do CPF dos sócios gerentes;
- 7) Prova de regularidade fiscal com a Fazenda Federal, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos de Tributos e Contribuições Federais, expedida pela Secretaria da Receita Federal;
- 8) Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Estadual;
- 9) Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Municipal da sede da empresa;
- 10) Prova de regularidade relativa ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos (CND) demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei;
- 11) Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS).
- 12) Credenciamento junto ao Conter do Supervisor das técnicas radiológicas e na empresa onde presta serviço;
- 13) Certificado de qualificação profissional em auxiliar de câmara escura;
- 14) Certificado ou diploma de técnico em radiologia médica-diagnóstico por imagem;
- 15) Histórico Escolar – Educação Profissional em Nível Técnico LDBEN 9394, DOU de 23/12/1996;
- 16) Recolhimento de Taxa de Anuidade junto ao CONTER dos últimos dois anos;
- 17) Recolhimento junto ao CONTER de taxa de registro de empresa jurídica;
- 18) Contrato de trabalho terceirizado para prestação de serviços como técnico em radiologia e/ou auxiliar de câmara clara e escura, se for o caso;
- 19) Certificado de Registro de empresa junto ao CONTER;
- 20) Certificado de destinação de resíduos industriais – CDRI com número de licença de operação e data de validade expedida pelo instituto ambiental do Paraná;
- 21) Licença de operação de empresa responsável por recolhimento de resíduos químicos (revelador, fixador para raio x) com prazo de validade emitido pelo IAP);
- 22) Ficha cadastral do profissional médico radiologista responsável pela instituição junto ao SUS;
- 23) Cadastro no CNES da empresa participante;
- 24) Planta baixa de acordo com as normas reguladoras para a função que será exercida, devidamente autorizada pela vigilância sanitária e demais órgãos fiscalizadores responsáveis;
- 25) Relatório da empresa encarregada de controlar as doses de radiação individual nos últimos 24 meses.

**4.3 DEMAIS OBRIGAÇÕES A SEREM ATENDIDAS:**

- a) Apresentação da relação dos exames que se propõe a realizar, de acordo com os itens constantes do objeto;
- b) Indicação, sob Termo de Responsabilidade, firmado pelo representante da pessoa jurídica, da capacidade máxima de atendimento (total e quantitativo à disposição da Secretaria Municipal de Saúde de Coronel Vivida – PR).



PREFEITURA MUNICIPAL DE CORONEL VIVIDA  
ESTADO DO PARANÁ

## 5. CONDIÇÕES PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS:

5.1 Os serviços contratados serão prestados através dos profissionais do estabelecimento credenciado, documentalmete comprovada a habilitação de cada profissional na área de atuação/credenciamento.

5.2 É de responsabilidade exclusiva e integral do CONTRATADO o pagamento destes profissionais, incluído o recolhimento dos encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações **em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o Município de Coronel Vivida – PR.**

5.3 Os demais direitos e obrigações das partes serão objeto do Contrato de Prestação de Serviço.

## 6. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

6.1 O pagamento será feito até o décimo dia do mês subsequente da efetiva prestação dos serviços, mediante apresentação de Nota Fiscal emitida até o último dia útil do mês da prestação de serviço, não cabendo incidência de juros ou correção monetária até a data estipulada.

6.2 O pagamento será efetuado através de conta corrente em nome do Credenciado em bancos autorizados pelo município.

6.3 Os pagamentos decorrentes da execução dos serviços correrão por conta dos recursos vigentes do orçamento da secretaria municipal de saúde.

6.4 O contratado **não poderá cobrar do paciente**, ou de seu responsável, qualquer complementação aos valores recebidos pelos serviços prestados.

## 7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1 O presente credenciamento estará aberto pelo **para prestação de serviços até 29/04/2010.**

7.2 O município de Coronel Vivida, Paraná, sempre que entender necessário, dará publicidade de outro chamamento público, com o intuito de preencher eventuais necessidades ou suprimento dos serviços de saúde aqui descritos.

7.3 As normas, portarias e resoluções do Ministério da Saúde aplicam-se, no que couber, ao presente chamamento público.

7.4 O conteúdo deste edital de chamamento encontra-se disponível para download no site: [www.pmcv.com.br](http://www.pmcv.com.br)

7.5 Maiores informações poderão ser obtidas junto à Secretaria Municipal de Saúde, sita a Rua Sete de Setembro, 132, centro, Coronel Vivida, Estado do Paraná, de segunda a sexta-feira, das 08:00h às 11:30h e das 13:30h às 17:00h, ou através do fone (46) 3232-1435.

## 8. ANEXO

8.1 Integra o presente instrumento o Anexo I – Modelo de Requerimento para Credenciamento.

Coronel Vivida, 30 de abril de 2009.

Fernando Aurélio Gugik  
Prefeito Municipal

Lisete M. T. Engelmann  
Diretora do Depto de Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE CORONEL VIVIDA  
ESTADO DO PARANÁ

**ANEXO I**  
**REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO**  
**CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2009**

À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CORONEL VIVIDA – PR

O interessado, abaixo qualificado, requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DE SAÚDE PARA EXAMES DE RAIOS X, nos termos do Chamamento Público nº 03/2009 de 30 de abril de 2009.

Razão social:

CNPJ:

Nome:

C.I. RG (representante legal):

CPF (representante legal):

Endereço:

Cidade: Estado: CEP:

E-mail: Telefone(s): Fax:

**Serviços que pretende credenciamento:**

**(OBSERVAÇÃO: descreve-los abaixo, ou em relação anexa)**

Profissional Responsável:

C.I. RG: CPF:

Nome legível do requerente:

---

Assinatura do requerente