



RAFAEL GODEIRO  
PALÁCIO SEVERINO LOPES DOS REIS  
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO  
CNPJ 08.349.037/0001-31

Av. Benedito Julião de Medeiros, 72. Centro. Rafael Godeiro / RN CEP: 59.740-000  
Telefone (84) 3363.0062 / E-mail: [pmrgodeiro@hotmail.com](mailto:pmrgodeiro@hotmail.com)

**Comissão Permanente de Licitação**

Processo Admin.nº. \_\_\_\_\_

Licitação nº.: \_\_\_\_\_

Fls: \_\_\_\_\_

**AVISO DE CHAMADA PÚBLICA**

O Fundo Municipal de Saúde de Rafael Godeiro/RN, através da Coordenadoria de Compras, torna público que estará realizando a seguinte CHAMADA PÚBLICA:

**CHAMADA PÚBLICA**

**202101-001**

**OBJETO**

Realização de consultas especializadas, exames e outros procedimentos de saúde de acordo com a necessidade do município.

**ÓRGÃO**

Fundo Municipal de Saúde

**PERÍODO DE CREDENCIAMENTO**

**25/01/2021 a 29/01/2021** – De segunda a sexta-feira, das 08h00min às 11h30min.

**DATA DA SESSÃO PÚBLICA PARA ABERTURA DOS ENVELOPES**

**29/01/2021** - 09h00min

**LOCAL**

Departamento de Compras e Licitações, localizada na Av. Benedito Julião de Medeiros, nº 72 CEP: 59740-00 município de RAFAEL GODEIRO/RN.

**INFORMAÇÕES:**

Os interessados poderão ler e obter o texto integral do edital e todas as informações sobre esta Chamada Pública na Coordenadoria de Compras, Departamento de Compras e Licitações, localizada na Av. Benedito Julião de Medeiros, nº 72, município de RAFAEL GODEIRO/RN, de segunda a sexta-feira, das 08h00min às 11h30min, pelo telefone (84) 3363-0062 ou no site <https://rafaelgodeiro.rn.gov.br/chamamento.php>

Rafael Godeiro/RN, 21 de janeiro de 2021.

Departamento de compras e Licitações



RAFAEL GODEIRO  
PALÁCIO SEVERINO LOPES DOS REIS  
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO  
CNPJ 08.349.037/0001-31

Av. Benedito Julião de Medeiros, 72. Centro. Rafael Godeiro / RN CEP: 59.740-000  
Telefone (84) 3363.0062 / E-mail: [pmrgodeiro@hotmail.com](mailto:pmrgodeiro@hotmail.com)

**Comissão Permanente de Licitação**

Processo Admin.nº. \_\_\_\_\_

Licitação nº.: \_\_\_\_\_

Fls: \_\_\_\_\_

**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RAFAEL GODEIRO/RN**

**AVISO DE CHAMADA PÚBLICA Nº. 2021-001**

**Objeto: Realização de consultas especializadas, exames e outros procedimentos de saúde atendendo à solicitação do Fundo Municipal de Saúde de Rafael Godeiro/RN.** Período de Credenciamento: **25/01/2021 a 29/01/2021.** Os interessados poderão ler e obter o texto integral do edital e todas as informações sobre esta Chamada Pública no Departamento de Compras e Licitações, localizada na Av. Benedito Julião de Medeiros, nº 72, município de RAFAEL GODEIRO/RN, de segunda a sexta-feira, das 08h00min às 11h30min, pelo telefone (84) 3363-0062 ou no site <https://rafaelgodeiro.rn.gov.br/chamamento.php>

Rafael Godeiro/RN, 21 de janeiro de 2021.

IRENILMA TOMAS DO AMARAL  
Gestora do Fundo



RAFAEL GODEIRO  
PALÁCIO SEVERINO LOPES DOS REIS  
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO  
CNPJ 08.349.037/0001-31

Av. Benedito Julião de Medeiros, 72. Centro. Rafael Godeiro / RN CEP: 59.740-000  
Telefone (84) 3363.0062 / E-mail: [pmrgodeiro@hotmail.com](mailto:pmrgodeiro@hotmail.com)

**Comissão Permanente de Licitação**

Processo Admin.nº. \_\_\_\_\_

Licitação nº.: \_\_\_\_\_

Fls: \_\_\_\_\_

## EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº CH 001/2021

O **MUNICÍPIO DE RAFAEL GODEIRO**, deste Estado do Rio Grande do Norte, Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica sob o nº 08.349.037/0001-31, com sede a Av. Benedito Julião de Medeiros, 72. Centro. Rafael Godeiro / RN CEP: 59.740-000 / Telefone (84) 3363.0062 / E-mail: [pmrgodeiro@hotmail.com](mailto:pmrgodeiro@hotmail.com), através Fundo Municipal de Saúde e da Comissão Permanente de Licitação, esta constituído pela(s) portaria(s) nº(s) 046/2021, datada de 08 de janeiro de 2021, torna público, para conhecimento dos interessados, que está instaurando processo de CREDENCIAMENTO, através do presente instrumento, com fundamento no art. 25, da Lei Federal nº 8.666/93, e suas alterações, segundo as condições estabelecidas no presente edital, nos seus anexos e na Minuta de Contrato, cujos termos, igualmente, o integram.

1. **Do objeto** - CHAMAMENTO PÚBLICO para **credenciamento de pessoas físicas e/ou jurídicas para possível contratação para realização de consultas especializadas, exames e outros procedimentos de saúde de acordo com a necessidade do município**. O presente procedimento, a seleção e o credenciamento dele decorrente se regem especialmente pelas Leis 8.080/90 e Lei 8.142/90 e regras da Lei Federal 8666, de 21.06.93 e suas alterações.

1.1. Os serviços médicos especializados, exames e outros procedimentos de saúde, são os constantes na coluna 2 da tabela do anexo I, deste edital.

1.2. Os limites quantitativos indicados na coluna 3 e 4, sendo estes MENSAL e ANUAL da tabela do anexo I são relativos aos serviços e procedimentos prestados por todos os credenciados, por especialidade.

1.3. Todos os serviços e procedimentos serão pagos de acordo com os valores constantes na coluna 5, onde consta o **VALOR UNITARIO** de cada procedimento da tabela do anexo I. deste edital.

## 2 - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E VALOR DO OBJETO

2.1 As despesas decorrentes desta licitação correrão por conta da dotação consignadas do exercício de 2021, conforme segue:

02.009 –FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

20.04 – MANUT. DAS ATIV. DA PROG. MAC

33.90.39.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS – PJ

Fonte: 065 - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

02.009 –FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

20.30 – MANUTENÇÃO DO FMS/ CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

33.90.36.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS – PF

Fonte: 014- Transferência de Recursos do Sistema Único de Saúde – SUS – União

02.009 –FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

20.30 – MANUTENÇÃO DO FMS/ CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

33.90.39.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS – PJ

Fonte: 014- Transferência de Recursos do Sistema Único de Saúde – SUS – União



RAFAEL GODEIRO  
PALÁCIO SEVERINO LOPES DOS REIS  
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO  
CNPJ 08.349.037/0001-31

Av. Benedito Julião de Medeiros, 72. Centro. Rafael Godeiro / RN CEP: 59.740-000  
Telefone (84) 3363.0062 / E-mail: [pmrgodeiro@hotmail.com](mailto:pmrgodeiro@hotmail.com)

**Comissão Permanente de Licitação**

Processo Admin.nº. \_\_\_\_\_

Licitação nº.: \_\_\_\_\_

Fls: \_\_\_\_\_

2.2 O valor anual estimado para a realização do objeto desta chamada pública é de **R\$ 1.299.678,55 (um milhão duzentos e noventa e nove mil seiscentos e setenta e oito reais e cinquenta e cinco centavos)**.

### 3. Da entrega da documentação

- 3.1 A documentação necessária para participar deste processo de chamamento público deverá ser entregue qualquer tempo durante a vigência deste edital, compreendendo o período de **25/01/2021 a 29/01/2021**, sempre de segunda a sexta-feira, entre 08h00min e 13h00min na sede da prefeitura de RAFAEL GODEIRO/RN, Departamento de Compras e Licitações, localizada na Av. Benedito Julião de Medeiros, nº 72 CEP: 59740-00, município de RAFAEL GODEIRO/RN.
- 3.2 Os documentos devem ser entregues dentro de invólucro fechado, não transparente, indicando se tratar da documentação para credenciamento referente ao edital de chamamento público nº 202101-001.
- 3.3 Os invólucros serão recebidos mediante protocolo, pela Comissão Permanente de Licitações, a qual procederá a sua abertura, a análise e o julgamento de seu conteúdo em até 06 (seis) dias úteis, contados a partir da data da entrega, ou seja, do protocolo e/ou depois do prazo termino para recebimento dos mesmos.

### 4. Das condições para credenciamento

4.1 Poderão credenciar-se pessoas jurídicas e/ou físicas do ramo do objeto e que atendam às condições deste edital e seus anexos, apresentando os documentos nele exigidos.

4.2 Não poderão participar;

a) As pessoas jurídicas e/ou físicas suspensas do direito de licitar com a Administração Pública Municipal, Estadual ou Federal, cujo conceito abrange a administração direta e indireta as entidades com personalidade jurídica de direito privado sob seu controle e as fundações por ela instituídas ou mantidas, no prazo e nas condições do impedimento, aquelas que tenham sido declaradas inidôneas pela Administração Municipal, Estadual ou Federal, o que abrange a administração direta e indireta, as entidades com personalidade jurídica de direito privado sob o seu controle e as funções por elas instituídas e mantidas em qualquer estado da confederação e, ainda aquelas que estiverem em regime de falência e/ou concordata, bem as empresa em forma de consorcio, e aquelas mencionadas no Art. 9º da Lei 8.666/93.

b) Profissionais pertencentes ao quadro permanente do Município bem como pessoas jurídicas com as quais esses mantenham qualquer vinculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira ou trabalhista, conforme art. 9º inciso III e §3º, da Lei nº 8.666/93.

### 5. Documentos para credenciamento

5.1 -As pessoas jurídicas deverão apresentar os seguintes documentos;

a) Contrato social devidamente registrado na Junta Comercial do Estado ou no Cartório de Títulos e Documentos, em que conste, dentre os seus objetivos, a prestação dos serviços indicados no item 1.1.ou outro documento de criação da empresa;



RAFAEL GODEIRO  
PALÁCIO SEVERINO LOPES DOS REIS  
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO  
CNPJ 08.349.037/0001-31

Av. Benedito Julião de Medeiros, 72. Centro. Rafael Godeiro / RN CEP: 59.740-000  
Telefone (84) 3363.0062 / E-mail: [pmrgodeiro@hotmail.com](mailto:pmrgodeiro@hotmail.com)

**Comissão Permanente de Licitação**

Processo Admin.nº: \_\_\_\_\_

Licitação nº.: \_\_\_\_\_

Fls: \_\_\_\_\_

- b) Comprovação de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ;
- c) Cópia do alvará de localização/funcionamento relativo ao domicílio ou sede do licitante e pertinente ao seu ramo de atividades;
- d) Prova de regularidade com a Fazenda Municipal, relativa ao domicílio ou sede do interessado;
- e) Prova de regularidade quanto aos tributos administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB e quanto à Dívida Ativa da União administrada pela Procuradoria Geral da Fazenda Nacional - PGFN (Certidão Conjunta Negativa);
- f) O Prova de regularidade fiscal junto ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);
- g) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943;
- h) Alvará sanitário, segundo legislação vigente e/ou comprovante equivalente, que comprove esta apto ao desempenho das funções;
- i) Comprovante de inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES;
- k) Prova de inscrição da pessoa jurídica no Conselho Regional de Medicina - CRM;
- l) Prova de inscrição do responsável técnico no Conselho Regional de Medicina - CRM;
- m) Documento requerendo o credenciamento contendo as seguintes informações:
  - Relação dos exames e serviços que se propõe realizar, com especificações claras;
  - Capacidade máxima de atendimento mensal, por atividade, com indicação dos horários de atendimento na forma do presente credenciamento;
  - Declarações conforme modelos anexos III e IV, deste dital.

**5.2 As pessoas físicas** deverão apresentar os seguintes documentos:

- a) Carteira de identidade (cópia);
- b) Comprovação de inscrição no Cadastro de Pessoa Física – CPF, (cópia);
- c) Comprovação de inscrição no CRM;
- d) Prova de regularidade com a Fazenda Municipal, relativa ao domicílio ou sede do interessado;
- e) Prova de regularidade com a Fazenda Estadual, relativa ao domicílio ou sede do interessado;
- f) Prova de regularidade quanto aos tributos administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB e quanto à Dívida Ativa da União administrada a Procuradoria Geral da Fazenda Nacional - PGFN (Certidão Conjunta Negativa);
- g) Prova de inexistência de débitos inadimplidos/hérante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação, de certidão negativa, nos termos do título VII – A, da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada Decreto-Lei nº 5 452. de 1º de maio de 1943;
- h) Alvará de localização fornecido pelo Município sede do estabelecimento;
- i) Alvará sanitário, segundo legislação vigente do local de atendimento;
- j) Requerimento de credenciamento, contendo as seguintes informações:
  - Relação dos exames e serviços que se propõe realizar, com especificações claras;
  - Capacidade máxima de atendimento mensal, por atividade, com indicação dos horários de atendimento na forma do presente credenciamento;
  - Declarações conforme modelos anexos III e IV, deste dital.



RAFAEL GODEIRO  
PALÁCIO SEVERINO LOPES DOS REIS  
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO  
CNPJ 08.349.037/0001-31

Av. Benedito Julião de Medeiros, 72. Centro. Rafael Godeiro / RN CEP: 59.740-000  
Telefone (84) 3363.0062 / E-mail: [pmrgodeiro@hotmail.com](mailto:pmrgodeiro@hotmail.com)

### Comissão Permanente de Licitação

Processo Admin.nº. \_\_\_\_\_

Licitação nº.: \_\_\_\_\_

Fls: \_\_\_\_\_

**5.4** Os documentos poderão ser apresentados em original, por cópia autenticada por tabelião ou por servidor do Município integrante da Comissão Permanente de Licitações ou responsável pelo cadastro ou, ainda, publicação em órgão de imprensa oficial.

**5.4.1.** Os documentos emitidos em meio eletrônico, com o uso de certificação digital, serão tidos como originais, estando sua validade condicionada à verificação de autenticidade pela Administração.

## 6 Condições para prestação dos serviços

6.1 Os serviços serão prestados no estabelecimento do credenciado ou no município de RAFAEL GODEIRO/RN, com pessoal e material próprios, sendo de sua responsabilidade exclusiva e integral os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais decorrentes do serviço, cujos ônus e obrigações, em nenhuma hipótese, poderão ser transferidos para o Município.

6.2 A escolha do estabelecimento ou profissional será feita exclusivamente pelo Município e/ou pelo paciente, observando o custo benefício, que receberá lista dos credenciados para a realização do serviço, com os seus respectivos horários de atendimento, quando autorizada a consulta ou o procedimento pela Secretaria de Saúde do Município, via SISREG (sistema nacional de regulação)

6.3 Para a realização do atendimento, o credenciado deverá receber do paciente a autorização de atendimento emitida pela Secretaria de Saúde do Município, na qual constará o serviço e/ou procedimento a ser realizado.

6.4 A Secretaria municipal de Saúde agendará, com o credenciado escolhido pelo paciente, a data e o horário para atendimento do mesmo.

## 7 Condições de pagamento

7.1. O pagamento pelos serviços prestados pelo credenciado será efetuado mensalmente mediante nota fiscal, tendo em conta o número de procedimentos efetivamente realizados por encaminhamento do Município, multiplicado pelo valor correspondente da tabela constante no anexo I, deste edital.

7.2. O pagamento somente será efetuado mediante parecer do(s) auditores do Município, atestando a prestação do(s) serviço(s) prestados pelo credenciado.

7.3. Os encargos sociais estão inclusos nos valores em conformidade com a legislação vigente.

7.4. Ocorrendo atraso no pagamento, os valores serão corrigidos monetariamente pelo IGP-M/FG) do período, ou outro índice que vier a substituí-lo e a Administração pagará a contratada (s) lucros 0,5% ao mês, por atraso

## 8 Do processo de chamamento e do procedimento

8.1. A Comissão de Licitações fará o registro dos invólucros recebidos, procedendo à abertura dos mesmos e mantendo seu conteúdo em processo próprio, devidamente autuado;

8.2 Na análise da documentação relativa à habilitação, pela Comissão, exigir-se-á a estrita observância de todos os requisitos de qualificação previstos no Edital;

8.3 Caso necessário, serão solicitados esclarecimentos, retificações e complementações da documentação ao interessado;





RAFAEL GODEIRO  
PALÁCIO SEVERINO LOPES DOS REIS  
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO  
CNPJ 08.349.037/0001-31

Av. Benedito Julião de Medeiros, 72. Centro. Rafael Godeiro / RN CEP: 59.740-000  
Telefone (84) 3363.0062 / E-mail: [pmrgodeiro@hotmail.com](mailto:pmrgodeiro@hotmail.com)

### Comissão Permanente de Licitação

Processo Admin.nº. \_\_\_\_\_

Licitação nº.: \_\_\_\_\_

Fls: \_\_\_\_\_

8.4 Dos atos desde, o recebimento dos invólucros, sua abertura, a análise e julgamento da documentação e demais procedimentos para o credenciamento será lavrada ata;

8.5 O resultado da qualificação será divulgado no Diário oficial dos municípios do RN –FEMURN e no Diário oficial da União - DOU, a partir desta data de publicação passa a vigorar o prazo de 5 (cinco) dias úteis para apresentação de recurso contra decisão de habilitação ou inabilitação.

## 9 Das impugnações e dos recursos

9.1. Eventuais pedidos de impugnação ao presente edital de chamamento público deverão ser dirigidos à Comissão Permanente de Licitações e protocolizados durante o horário de expediente da Administração, que se inicia às 08h00min e se encerra às 13h00min.

9.1.1. O prazo limite para eventual impugnação é de 05 (cinco) dias úteis após a publicação,

9.2 Da decisão relativa à habilitação ou inabilitação na qualificação caberá recurso no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da data da publicação do resultado no site do Município, diário oficial dos Municípios FEMURN e Diário Oficial da União - DOU, protocolizados dentro dos mesmos prazos mencionados no item anterior.

9.3 Os recursos serão recebidos no mesmo local da entrega da documentação do credenciamento e serão dirigidos à Comissão de Licitações a qual mantendo a sua decisão anterior deverá fazer subir à autoridade, em até 05 (cinco) dias úteis,

9.4 A autoridade superior após receber o recurso e a informação da Comissão, proferirá, também no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a sua decisão, devendo promover a sua respectiva publicação na imprensa oficial em até 2 (dois) dias úteis

## 10 – da homologação/ratificação

10.1 – A comissão de licitação submeterá a Senhor(a) Prefeit(a) Municipal o presente processo para homologação/ratificação do Credenciamento

## 11 - Da concessão do credenciamento e da Formalização

11.1 O interessado que atender a todos os requisitos previstos no Edital de Credenciamento será julgado habilitado na qualificação e, portanto, qualificado a realizar o credenciamento, via contrato, com o Município, encontrando-se apto a prestar os serviços para os quais se credenciou, com vigência por prazo não superior a 12 (doze) meses, podendo, a critério do Município e no interesse da população usuária dos serviços, ser prorrogado até o limite de 60 (sessenta) meses, desde que mantidas as condições habilitatórias, e se caso, não houver manifestação por parte das partes CONTRATADO e CONTRATANTE, o contrato fica tacitamente aditivado enquanto não ocorre a devida manifestação das partes até o limite máximo previsto.

11.2 Durante a vigência do credenciamento, incluída as suas republicações o Município, a seu critério poderá convocar por ofício os credenciados para nova análise de documentação. Nessa ocasião serão exigidos os documentos que comprovem a manutenção das condições apresentadas quando da qualificação do interessado.

11.3 A partir da data em que for convocado parar/apresentar a documentação atualizada, o credenciado terá até 05 (cinco) dias úteis para entregá-la pessoalmente ou a critério do órgão ou entidade contratante, por via postal.



RAFAEL GODEIRO  
PALÁCIO SEVERINO LOPES DOS REIS  
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO  
CNPJ 08.349.037/0001-31

Av. Benedito Julião de Medeiros, 72. Centro. Rafael Godeiro / RN CEP: 59.740-000  
Telefone (84) 3363.0062 / E-mail: [pmrgodeiro@hotmail.com](mailto:pmrgodeiro@hotmail.com)

**Comissão Permanente de Licitação**

Processo Admin.nº. \_\_\_\_\_

Licitação nº.: \_\_\_\_\_

Fls: \_\_\_\_\_

- 11.4 A análise da documentação deverá ser realizada em prazo igual ao da qualificação.
- 11.5 Os credenciados convocados para apresentar a documentação referida no caput deste artigo participaram normalmente dos serviços.
- 11.6 O resultado da análise prevista no caput deste artigo será publicado na imprensa oficial. Os credenciados não aprovados na avaliação da documentação serão descredenciados, sendo-lhes assegurado o contraditório e a ampla defesa.
- 11.7 O credenciamento será formalizado mediante termo próprio, conforme anexo I, contendo as cláusulas e condições previstas neste edital, bem como aquelas previstas no art. 55 da Lei nº 8.666/93, que lhe forem pertinentes.
- 11.8 A contratação do credenciado somente poderá ocorrer por vontade do Município e desde que esteja em situação regular perante as exigências habilitatórias para o credenciamento.
- 11.9 A Administração convocará o credenciado, em um prazo de até 2 (dois) dias a partir da homologação do resultado da qualificação para assinar ou retirar o instrumento contratual, dentro das condições estabelecidas na legislação e no edital, e dar início à execução do serviço, sob pena de decair o direito à contratação, sem prejuízo das sanções cabíveis.
- 11.10 O instrumento contratual deverá ser assinado pelo representante legal do credenciado, e observará a minuta contemplada no Edital de Credenciamento
- 11.11. É vedado ao credenciado,
- O trabalho do credenciado em dependências ou setores próprios do Município;
  - A cobrança diretamente do paciente atendido de quaisquer valores decorrentes da prestação dos serviços relativos ao credenciamento.
- 11.12. O instrumento contratual decorrente do credenciamento será publicado, em forma de extrato, na imprensa oficial.

## 12. Da manutenção do credenciamento

- 12.1. Durante a vigência do credenciamento é obrigatório que os credenciados mantenham regularizadas todas as condições de habilitação e que informem toda e qualquer alteração na documentação referente à sua habilitação jurídica, qualificação técnica, qualificação econômico-financeira e regularidade fiscal relacionadas às condições de credenciamento.
- 12.2. Estando o credenciado para um determinado serviço, o interessado poderá se pré-qualificar para outro serviço. Para tanto, poderá se valer do mesmo processo da qualificação de seu primeiro credenciamento, salvo se para o outro serviço for exigida qualificação técnica diferente, caso em que deverá apresentar documentação que comprove possuir capacidade técnica para o novo serviço.

## 13. Do cancelamento do credenciamento e das Sansões

- 13.1. Durante a vigência do credenciamento, o credenciado deverá cumprir contínua e integralmente o disposto neste edital e nos termos contratuais que celebrar com o órgão ou entidade contratante.
- 13.2. Eventual descumprimento das disposições deste edital e de seus anexos poderá implicar nas seguintes penalidades ao credenciado, garantido o contraditório e a ampla defesa e sem prejuízo de outras sanções cabíveis;

- advertência, por escrito;





RAFAEL GODEIRO  
PALÁCIO SEVERINO LOPES DOS REIS  
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO  
CNPJ 08.349.037/0001-31

Av. Benedito Julião de Medeiros, 72. Centro. Rafael Godeiro / RN CEP: 59.740-000  
Telefone (84) 3363.0062 / E-mail: [pmrgodeiro@hotmail.com](mailto:pmrgodeiro@hotmail.com)

**Comissão Permanente de Licitação**

Processo Admin.nº. \_\_\_\_\_

Licitação nº.: \_\_\_\_\_

Fls: \_\_\_\_\_

- b) suspensão temporária do direito de participar de processos licitatórios, credenciamento e contratação com o Município pelo prazo de 02 (dois) anos;
- c) descredenciamento em caso de negativa de atendimento além do descredenciamento, será aplicada multa igual a 10 (dez) vezes o valor de um atendimento.

13.3.O credenciado poderá solicitar o seu descredenciamento a qualquer tempo, desde que observado o prazo de antecedência de 60 (sessenta) dias, durante o qual deverá atender a eventual demanda existente.

13.4.O Município reserva-se o direito de fiscalizar, de forma permanente, a prestação dos serviços pelos credenciados, podendo proceder ao descredenciamento, a qualquer tempo, no interesse público ou em casos de má prestação dos serviços.

#### **14. Informações**

14.1. Informações serão prestadas aos interessados no horário das 08h00min às 13h00min, na Prefeitura Municipal de RAFAEL GODEIRO/RN, Departamento de Compras e Licitações, localizada na Av. Benedito Julião de Medeiros, nº 72, município de RAFAEL GODEIRO/RN, de segunda a sexta-feira, das 08h00min às 11h30min, pelo telefone (84) 3363-0062 ou no site <https://rafaelgodeiro.rn.gov.br/chamamento.php>”.

#### **15. Dos anexos e da Vigência**

15.1. Integram este edital os seguintes anexos:

- a) Anexo I - Tabela de procedimentos, quantidades máximas totais e valores;
- b) Anexo II - Modelo de Declaração de atendimento ao inciso XXXIII do art. 7º da CF;
- c) Anexo III – Modelo de declaração.
- d)

15.2. Este edital de chamamento publico vigorará por 12(dose) meses contados da data de sua publicação.

RAFAEL GODEIRO/RN, 21 de janeiro de 2021.

**IRENILMA TOMAS DO AMARAL**

Ordenadora de Despesas  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

**CLEVLANDIA SAMARA DE VASCONCELOS BELARMINO**

Prefeita Constitucional

**RAYANE LUIZE DE OLIVEIRA FARIAS JALES**

Presidente do CMS - Conselho Municipal de Saúde

## ANEXO I – PROJETO BÁSICO

### I – DO OBJETO

1 O Credenciamento para contratação de serviços especializados nestes procedimentos, através de pessoa física/jurídica, com experiência comprovada e especialidade nos procedimentos, com os preços praticados em conformidade com a tabela diferenciada aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde deste Município, para **Realização de consultas especializadas, exames e outros procedimentos de saúde de acordo com a necessidade do município**, conforme quadro abaixo, respeitando as necessidades do órgão, em consonância com os recursos disponíveis para fins de posterior contratação, conforme avaliação criteriosa de execução qualitativa dos serviços.

TABELA DIFERENCIADA aprovada pelo CMS – Conselho Municipal de Saúde do Município de RAFAEL GODEIRO/RN

CONSULTAS ESPECIALIZADAS		Média Mensal	Média Anual	Valor Unit.	Valor mensal	Valor Anual
1	CARDIOLOGIA	10	120	200	2.000,00	24.000,00
2	CIRURGIA GERAL	10	120	176,67	1.766,70	21.200,40
3	DERMATOLOGIA	3	36	176,67	530,01	6.360,12
4	ENDOCRINOLOGIA	5	60	180	900,00	10.800,00
5	GASTROENTEROLOGIA	85	1020	183,33	15.583,05	186.996,60
6	GERIATRIA	3	36	200	600,00	7.200,00
7	GINECOLOGIA	10	120	176,67	1.766,70	21.200,40
8	OBSTERTRICIA	3	36	183,33	549,99	6.599,88
9	MASTOLOGIA	20	240		0,00	0,00
10	NEUROLOGIA	1	12	176,67	176,67	2.120,04
11	NEUROLOGIA PEDIÁTRICA	1	12	200	200,00	2.400,00
12	ORTOPEDIA	2	24	183,33	366,66	4.399,92
13	PSIQUIATRIA	1	12	170	170,00	2.040,00
14	PROCTOLOGIA	2	24	183,33	366,66	4.399,92
15	REUMATOLOGIA	5	60	183,33	916,65	10.999,80
16	UROLOGIA	5	60	183,33	916,65	10.999,80
17	ONCOLOGIA	30	360		0,00	0,00
						321.716,88
EXAMES CADIOLOGICOS		Méd	Média	Valor Unit.	Valor	Valor ANUAL

		ia Mensal	Anual		MENSAL	
18	ECOCARDIOGRAMA	5	60	203,33	1.016,65	12.199,80
19	ECOCARDIOGRAMA DE CAROTIDAS	10	120		0	0
20	ELETROCARDIOGRAMA	10	120	110	1100	13200
21	TESTE DE ESFORÇO / TESTE	2	24	166,67	333,34	4.000,08
22	HOLTER 24 HS					
23	RISCO CIRURGICO + ELETROCARDIOGRAMA	30	360	183,33	5499,9	65.998,80
						95.398,68
<b>EXAMES</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
24	COLONOSCOPIA	2	24	734	1468	17616
25	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	10	120	355	3550	42600
26	ENDOSCOPIA	85	1020	250	21250	255000
						315216
<b>EXAMES</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
27	AUDIOMETRIA	10	120			
28	VIDEOLARINGOSCOPIA	10	120			
29	VÍDEO ENDOSCOPIA NASO SINUSAL	10	120			
<b>EXAMES</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
30	PAAF DE MAMA-PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA	10	120			
31	PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA-PAFF DE TIREÓIDE	10	120			
<b>EXAME</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>

		Men sal				
32	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	20	240			
33	FUNDOSCOPIA	10	120			
34	MAPEAMENTO DE RETINA	10	120			
35	CERATOMETRIA	10	120			
36	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA	20	240			
37	BIOMETRIA	10	120			
38	TESTE DO OLHINHO	20	240			
<b>EXAME</b>		<b>Méd ia Men sal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
39	CAPSULOTOMIA A YAG LASER	10	120			
<b>EXAME</b>		<b>Méd ia Men sal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
40	COLPOSCOPIA	5	60	120	600	7.200,00
41	ELETROENCEFALOGRAMA	5	60	193,33	966,65	11.599,80
42	TESTE ALÉRGICO	10	120			
43	TESTE DA ORELHINHA	10	120			
						18.799,80
<b>EXAME</b>		<b>Méd ia Men sal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
44	RAIOS-X GERAL DIGITAL COM LAUDO	10	120	65	650	7.800,00
<b>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA CABEÇA, PESCOÇO E COLUNA VERTEBRAL</b>		<b>Méd ia Men sal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
45	TC DE COLUNA COM OU SEM CONTRASTE	10	120			

46	TC DE COLUNA LOMBO-SACRO COM OU SEM CONTRASTE	10	120			
47	TC DE COLUNA TORACICA COM OU SEM CONTRASTE	10	120			
48	TC DE FACE, SEIOS DA FACE, ARTICULAÇÕES TEMPORO MANDIBULAR	10	120			
49	TC DE SELA TURCICA COM OU SEM CONTRASTE	10	120			
50	TC DE CRANIO COM OU SEM CONTRASTE	20	240			
51	TC DE PESCOÇO COM OU SEM CONTRASTE	10	120			
<b>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX E MEMBROS SUPERIORES</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
52	TC DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIORES COM OU SEM CONTRASTE	10	120			
53	TC DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA E PÉ) COM OU SEM CONTRASTE	10	120			
54	TC DE TORAX COM OU SEM CONTRASTE	20	240			
<b>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOMEN, PELVE E MEMBROS INFERIORES</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
55	TC ARTICULAÇÃO DE MEMBRO INFERIOR COM OU SEM CONTRASTE	10	120			
56	TC DO ABDOMEN SUPERIOR COM OU SEM CONTRASTE	20	240			

57	TC DE PELVE, BACIA, ABDOMEN INFERIOR COM OU SEM CONTRASTE	10	120			
<b>RESSONANCIA MAGNÉTICA DA CABEÇA, PESCOÇO E COLUNA VERTEBRAL</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
58	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	10	120			
59	RESSONANCIA MAGNETICA COLUNA LOMBO SACRA	5	60			
60	RESSONANCIA MAGNETICA DA FARINGE E CAVIDADE ORAL	5	60			
61	RESSONANCIA MAGNETICA DA SELA TURCICA	5	60			
62	RESSONANCIA MAGNETICA DA ARTICULAÇÃO TEMPO-MANDIBULAR (BILATERAL)	5	60			
63	RESSONANCIA MAGNETICA DA COLUNA CERVICAL / PESCOÇO	5	60			
	RESSONANCIA MAGNETICA DA COLUNA TORACICA COM OU SEM cONTRASTE	10	120			
65	RESSONANCIA MAGNETICA DO CRANIO/ENCEFALO	10	120			
<b>RESSONANCIA MAGNÉTICA DO TORAX E MEMBROS SUPERIORES</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
66	RESSONANCIA MAGNETICA MEMBROS (UNILATERAL) COM CONTRASTE	5	60			
67	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX (MEDIASTICO, PULMÃO E PAREDES TORAXICA)	5	60			
<b>RESSONANCIA MAGNÉTICA DO ABDOMEN, PELVE E MEMBROS INFERIORES</b>		<b>Média Men</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>



		sal				
68	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA, PELVE, ABDOMEN INFERIOR COM E SEM CONTRASTE	5	60			
69	RESSONANCIA MAGNETICA MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) COM E SEM CONTRASTE	5	60			
70	RESSONANCIA MAGNETICA VIAS BILIARES/URINARIAS (COLANGIORRESSONANCIA)	5	60			
71	RESSONANCIA MAGNETICA DO ABDOMEN SUPERIOR COM E SEM CONTRASTE	5	60			
72	RESSONANCIA MAGNETICA DO ABDOMEN TOTAL	10	120			
73	RESSONANCIA MAGNETICA DO ABDOMEN TOTAL COM CONTRASTE	10	120			
74	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES COM OU SEM CONTRASTE	5	60			
75	RESSONANCIA MAGNETICA DAS VIAS URINARIAS COM OU SEM CONTRASTE	5	60			
<b>CONSULTAS ESPECIALIZADAS</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
76	PEDIATRIA	10	120	183,33	1.833,30	21.999,60
77	OTORRINO	3	36	200	600,00	7.200,00
78	CONSULTA OFTALMOLOGICA	3	36	183,33	549,99	6.599,88
79	CONSULTA VASCULAR	10	120	183,33	1.833,30	21.999,60
						57.799,08
<b>EXAME</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>

		sal				
80	MAMOGRAFIA BILATERAL	200	2400			
<b>EXAME</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
81	DENSITOMETRIA OSSEA	100	1200			
<b>EXAMES (RX SEM LAUDO)</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
82	ANTEBRACO DIREITO (AP E PERFIL)	1	12	100	100	1.200,00
83	BACIA (AP E FROG)	1	12	101,67	101,67	1.220,04
84	BRACO ESQUERDO (AP E PERFIL)	1	12	100	100	1.200,00
85	CALCANEIO	1	12	78,33	78,33	939,96
86	CALCANEIO DIREITO	2	24	78,33	156,66	1.879,92
87	CALCANEIO DIREITO (PERFIL E AXIAL)	2	24	100	200	2.400,00
88	CALCANEIO ESQUERDO	2	24	78,33	156,66	1.879,92
89	CALCANEIO ESQUERDO (PERFIL E AXIAL)	2	24	100	200	2.400,00
90	CAVUM - LATERAL	1	12	78,33	78,33	939,96
91	CLAVICULA ESQUERDO	2	24	78,33	156,66	1.879,92
92	COLUNA CERVICAL (AP E PERFIL)	2	24	101,67	203,34	2.440,08
93	COTOVELO ESQUERDO	2	24	78,33	156,66	1.879,92
94	COXA	2	24	78,33	156,66	1.879,92
95	CRANIO : PA + LATERAL	2	24	78,33	156,66	1.879,92
96	JOELHO DIREITO (AP E PERFIL)	2	24	100	200	2.400,00
97	JOELHO ESQUERDO (AP E PERFIL)	2	24	100	200	2.400,00
98	MAO DIREITA (AP E OBLIQUO)	2	24	100	200	2.400,00
99	MAO DIREITA (DUAS	2	24	100	200	2.400,00

	INCIDENCIAS)					
100	MAO ( DUAS INCIDENCIAS)	2	24	100	200	2.400,00
101	MAO ESQUERDA (AP E OBLIQUO)	2	24	100	200	2.400,00
102	OMBRO DIREITO (AP VERDADEIRO, PERFIL DE ESCAPULAR E AXILAR)	1	12	100	100	1.200,00
103	OMBRO ESQUERDO (AP VERDADEIRO, PERFIL DE ESCAPULAR E AXILAR)	2	24	100	200	2.400,00
104	PE OU PODODACTILOS DIREITO	2	24	78,33	156,66	1.879,92
105	PE OU PODODACTILOS DIREITO (AP E OBLIQUO)	1	12	78,33	78,33	939,96
106	PE OU PODODACTILOS ESQUERDO	1	12	78,33	78,33	939,96
107	PE OU PODODACTILOS ESQUERDO (AP E OBLIQUO)	1	12	78,33	78,33	939,96
108	PERNA ESQUERDA (AP E PERFIL)	1	12	100	100	1.200,00
109	PUNHO DIREITO: (AP E PERFIL)	1	12	100	100	1.200,00
110	PUNHO DIREITO: AP + LATERAL + OBLIQUOS	1	12	100	100	1.200,00
111	PUNHO ESQUERDO: (AP E PERFIL)	1	12	100	100	1.200,00
112	RADIOGRAFIA DE TORNOZELO DIREITO	1	12	78,33	78,33	939,96
113	SEIOS DA FACE - F.N.+M.N	1	12	78,33	78,33	939,96
114	TORAX: P.A	1	12	78,33	78,33	939,96
115	TORAX: PA E PERFIL	1	12	100	100	1.200,00
						55.539,24
		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
116	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, VESICULA, VIAS BILIARES)	30	360	R\$ 116,67	R\$ 3.500,10	R\$ 42.001,20

117	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	40	480	R\$ 138,33	R\$ 5.533,20	R\$ 66.398,40
118	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL INFANTIL	3	36	R\$ 133,33	R\$ 399,99	R\$ 4.799,88
119	ULTRA-SONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	10	120	R\$ 116,67	R\$ 1.166,70	R\$ 14.000,40
120	ULTRA-SONOGRAFIA DE MAMAS (BILATERAL)	30	360	R\$ 123,33	R\$ 3.699,90	R\$ 44.398,80
121	ULTRA-SONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	30	360	R\$ 126,67	R\$ 3.800,10	R\$ 45.601,20
122	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	10	120	R\$ 116,67	R\$ 1.166,70	R\$ 14.000,40
123	ULTRA-SONOGRAFIA DE REGIAO CERVICAL (PESCOCO)	1	12	R\$ 126,67	R\$ 126,67	R\$ 1.520,04
124	ULTRA-SONOGRAFIA DE REGIAO CERVICAL - PESCOSO -TIREOIDE	1	12	R\$ 116,67	R\$ 116,67	R\$ 1.400,04
125	ULTRA-SONOGRAFIA DE REGIAO INGUINAL	10	120	R\$ 116,67	R\$ 1.166,70	R\$ 14.000,40
126	ULTRA-SONOGRAFIA DE TIREOIDE	2	24	R\$ 116,67	R\$ 233,34	R\$ 2.800,08
127	ULTRA-SONOGRAFIA DO APARELHO URINARIO ADULTO	15	180	R\$ 116,67	R\$ 1.750,05	R\$ 21.000,60
128	ULTRA-SONOGRAFIA DO APARELHO URINARIO (RINS, BEXIGA)	10	120	R\$ 116,67	R\$ 1.166,70	R\$ 14.000,40
129	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA	30	360	R\$ 126,67	R\$ 3.800,10	R\$ 45.601,20
130	ULTRA-SONOGRAFIA PELVICA	10	120	R\$ 116,67	R\$ 1.166,70	R\$ 14.000,40
131	ULTRA-SONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	10	120	R\$ 116,67	R\$ 1.166,70	R\$ 14.000,40
132	ULTRA-SONOGRAFIA PELVICA - PEDIATRICA	1	12	R\$ 116,67	R\$ 116,67	R\$ 1.400,04
133	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL	35	425	R\$ 136,67	R\$ 4.783,45	R\$ 58.084,75
134	USG AXILA DIREITA	3	36	R\$ 116,67	R\$ 350,01	R\$ 4.200,12



RAFAEL GODEIRO  
PALÁCIO SEVERINO LOPES DOS REIS  
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO  
CNPJ 08.349.037/0001-31

Av. Benedito Julião de Medeiros, 72. Centro. Rafael Godeiro / RN CEP: 59.740-000  
Telefone (84) 3363.0062 / E-mail: [pmrgodeiro@hotmail.com](mailto:pmrgodeiro@hotmail.com)

**Comissão Permanente de Licitação**

Processo Admin.nº. \_\_\_\_\_

Licitação nº.: \_\_\_\_\_

Fls: \_\_\_\_\_

135	USG PARTES MOLES	3	36	R\$ 116,67	R\$ 350,01	R\$ 4.200,12
				R\$ 427.408,87		
<b>EXAME</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
136	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO NAS ALTERACOES MOTORAS	600	7200			
<b>CIRÚRGIA</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
137	CIRURGIA D/CATARATA FACOEMULSIFICACAO C/IMPL LENTE INTRA OCULAR DOBRAVEL	120	1440			
138	CIRURGIA DE PTERIGIO	80	960			
<b>VALOR TOTAL R\$</b>				<b>1.299.678,55</b>		

## 2. JUSTIFICATIVA

2.1 Disponibilizar a prestação de serviços de especialidades na área médica à população de Rafael Godeiro/RN, através do credenciamento da empresa, especializada em Assistência à Saúde, visando melhor atender aos pacientes da rede SUS.

2.2. A escolha pelo Processo Licitatório de Inexigibilidade de Licitação possui previsão na Lei Federal 8.666/93, em seu artigo 25, caput. O credenciamento ocorre nas situações em que a Administração não pretende contratar uma empresa ou um número limitado delas (es), mas todas (os) as(os) que tiverem interesse. Nesse sentido, não há relação de exclusão, o que, por sua vez, inviabiliza a competição. A contratação por inexigibilidade de licitação, mediante sistema de credenciamento, cuja convocação é aberta a todas as empresas interessadas na prestação do serviço, implica a contratação daqueles que tiverem interesse e que satisfaçam as condições exigidas no edital.

## 3. AS CREDENCIADAS DEVERÃO ATENDER OS SEGUINTE REQUISITOS:

3.1 O número de usuários, poderá variar para menos e para mais, de acordo com o quadro de usuários dos serviços de saúde pública, sem qualquer alteração de preço estipulado no credenciamento.

3.2 A credenciada deverá ofertar os procedimentos mínimos elencados neste projeto básico de acordo com a especialidade do credenciado, respeitando os dias e horários informados no credenciamento.

3.3 O prazo início dos serviços do objeto ora licitado, conforme suas características e as necessidades



RAFAEL GODEIRO  
PALÁCIO SEVERINO LOPES DOS REIS  
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO  
CNPJ 08.349.037/0001-31

Av. Benedito Julião de Medeiros, 72. Centro. Rafael Godeiro / RN CEP: 59.740-000  
Telefone (84) 3363.0062 / E-mail: [pmrgodeiro@hotmail.com](mailto:pmrgodeiro@hotmail.com)

**Comissão Permanente de Licitação**

Processo Admin.nº. \_\_\_\_\_

Licitação nº.: \_\_\_\_\_

Fls: \_\_\_\_\_

da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Rafael Godeiro/RN, e que admite prorrogação nos casos previstos pela Lei 8.666/93, considerado a partir da assinatura do contrato:

**Início dos serviços: em até 05 (cinco) dias após assinatura do contrato.**

3.4 O Contrato vigorará a contar de sua assinatura pelas partes até 12 (doze) meses. O prazo constante nesta cláusula poderá ser prorrogado, havendo acordo entre ambas as partes, depois de observado o Art. 57 da Lei Federal n.º 8.666/93.

Marcos Antonio O. de Araújo  
Presidente da CPL

Carmilena Evarista Jales  
Secretaria Municipal de Saúde

Clevilândia Samara de V. Belarmino  
Prefeita Constitucional

Irenilma Tomas do Amaral  
Fundo Municipal de saúde





RAFAEL GODEIRO  
PALÁCIO SEVERINO LOPES DOS REIS  
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO  
CNPJ 08.349.037/0001-31

Av. Benedito Julião de Medeiros, 72. Centro. Rafael Godeiro / RN CEP: 59.740-000  
Telefone (84) 3363.0062 / E-mail: [pmrgodeiro@hotmail.com](mailto:pmrgodeiro@hotmail.com)

**Comissão Permanente de Licitação**  
Processo Admin.nº. \_\_\_\_\_  
Licitação nº.: \_\_\_\_\_  
Fls: \_\_\_\_\_

[TIMBRE DA EMPRESA]

## A N E X O II

### FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO

#### CREDENCIAMENTO Nº 001/2021

#### 1 = OBJETO

1.1 - O Credenciamento para contratação de serviços especializados nestes procedimentos, através de pessoa física/jurídica, com experiência comprovada e especialidade nos procedimentos, com os preços praticados em conformidade com a tabela diferenciada aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde deste Município, para **Realização de consultas especializadas, exames e outros procedimentos de saúde de acordo com a necessidade do município**, conforme quadro abaixo, respeitando as necessidades do órgão, em consonância com os recursos disponíveis para fins de posterior contratação, conforme avaliação criteriosa de execução qualitativa dos serviços:

#### 1.2 IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA/PESSOA FÍSICA:

Nome ou Razão social CRP

nº: CNPJ ou CPF:

#### 1.3 ENDEREÇO:

Rua, avenida, nº e complemento

Bairro Município UF CEP

Telefone Celular Fax E-mail

#### 1.4 TITULARES (sócios e representantes legais da empresa):

Nome:

Formação: Identidade: CPF:

Nome:

Formação: Identidade: CPF:

#### 1.5 QUADRO TÉCNICO PROFISSIONAL

Nome:

Formação:

Identidade: CPF:

Telefone: Celular:

Nome:

Formação:

Identidade: CPF:

Telefone: Celular:

Nome:

Formação: Identidade: CPF:

Telefone: Celular:

- Serviços a serem prestados:

#### 2 = DISPONIBILIDADE DE HORÁRIO DE ATENDIMENTO:

Especialidade/exames: \_\_\_\_\_

Período



RAFAEL GODEIRO  
PALÁCIO SEVERINO LOPES DOS REIS  
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO  
CNPJ 08.349.037/0001-31

Av. Benedito Julião de Medeiros, 72. Centro. Rafael Godeiro / RN CEP: 59.740-000  
Telefone (84) 3363.0062 / E-mail: [pmrgodeiro@hotmail.com](mailto:pmrgodeiro@hotmail.com)

**Comissão Permanente de Licitação**

Processo Admin.nº. \_\_\_\_\_

Licitação nº.: \_\_\_\_\_

Fls: \_\_\_\_\_

Matutino: \_\_\_\_\_ horas. Período Vespertino: \_\_\_\_\_ horas.

Total de dias por semana: \_\_\_\_\_.

Total de horas mensais: \_\_\_\_\_.

**3 = DECLARAMOS**, sob as penas da lei, que:

- Recebemos os documentos que compõem o Edital e tomamos conhecimento de todas as informações e condições para o cumprimento das obrigações objeto deste credenciamento;
- As informações prestadas neste pedido de credenciamento são verdadeiras, bem como que concordamos com os termos do edital e seus anexos;
- Temos ciência da obrigatoriedade de declarar qualquer fato superveniente impeditivo do credenciamento, e; • que possuímos condições de cumprir as exigências mínimas, para realização dos serviços a serem prestados, no que se refere aos recursos físicos e tecnológicos;

Vimos requerer, mediante a presente, o credenciamento, em conformidade com o Edital divulgado.

Local/data;

Nome e Assinatura do representante legal da empresa  
Carimbo de CNPJ ou CPF  
(Papel timbrado da empresa)

**OBS:** Em caso de representação por meio de procuração particular, a mesma deverá ter firma reconhecida em cartório.



RAFAEL GODEIRO  
PALÁCIO SEVERINO LOPES DOS REIS  
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO  
CNPJ 08.349.037/0001-31

Av. Benedito Julião de Medeiros, 72. Centro. Rafael Godeiro / RN CEP: 59.740-000  
Telefone (84) 3363.0062 / E-mail: [pmrgodeiro@hotmail.com](mailto:pmrgodeiro@hotmail.com)

**Comissão Permanente de Licitação**

Processo Admin.nº. \_\_\_\_\_

Licitação nº.: \_\_\_\_\_

Fls: \_\_\_\_\_

## ANEXO III

### ANEXO III – Modelo de Declarações

#### CRENCIAMENTO N.º 001/2021 –

#### 1 = OBJETO

1. - O Credenciamento para contratação de serviços especializados nestes procedimentos, através de pessoa física/jurídica, com experiência comprovada e especialidade nos procedimentos, com os preços praticados em conformidade com a tabela diferenciada aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde deste Município, para **Realização de consultas especializadas, exames e outros procedimentos de saúde de acordo com a necessidade do município**, conforme quadro abaixo, respeitando as necessidades do órgão, em consonância com os recursos disponíveis para fins de posterior contratação, conforme avaliação criteriosa de execução qualitativa dos serviços:

(Papel timbrado do empresa)

#### DECLARAÇÃO

A Empresa/Profissional: .....(nome), inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa física/jurídica, CNPJ/CPF sob o nº ....., com endereço comercial a ....., por intermédio de seu representante legal, infra-assinado, e para os fins do credenciamento nº 001/2021, DECLARA expressamente que:

a) não emprega menores de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, e nem menores de dezesseis anos de idade em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir dos quatorze anos;

b) não possuir dirigentes ou responsáveis técnicos que ocupem ou tenham ocupado cargo de direção, assessoramento superior, assistência, intermediária, cargo efetivo ou emprego na Prefeitura Municipal de Rafael Godeiro/RN, Estado do Rio Grande do Norte ou em qualquer órgão ou entidade a eles vinculados, nos últimos 60 (sessenta) dias corridos, anteriores à data da publicação do Aviso deste Edital;

c) não estarem impedidas de licitar, contratar e/ou transacionar com a Administração Pública; d) não ter sido declarada inidônea por ato da administração;

e) que não se enquadre nas vedações previstas no artigo 9º da Lei nº 8.666, de 1993;

f) autoriza a comissão permanente de licitação da Prefeitura de Rafael Godeiro/RN a proceder diligência visando a comprovação de informações prestadas;

Local e Data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

(assinatura do representante legal)

Nome ou carimbo do declarante: .....

Cargo ou carimbo do declarante: .....

Nº da cédula de identidade e órgão emitente: .....

Telefone, fax e e-mail para contato: .....

**OBS.: Esta declaração deverá ser inserida no envelope de Documentos de Habilitação**



RAFAEL GODEIRO  
PALÁCIO SEVERINO LOPES DOS REIS  
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO  
CNPJ 08.349.037/0001-31

Av. Benedito Julião de Medeiros, 72. Centro. Rafael Godeiro / RN CEP: 59.740-000  
Telefone (84) 3363.0062 / E-mail: [pmrgodeiro@hotmail.com](mailto:pmrgodeiro@hotmail.com)

**Comissão Permanente de Licitação**

Processo Admin.nº. \_\_\_\_\_

Licitação nº.: \_\_\_\_\_

Fls: \_\_\_\_\_

## ANEXO IV

### DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE PARA ATENDIMENTO

#### CRENCIAMENTO N.º 001/2021

#### I OBJETO

1 - O Credenciamento para contratação de serviços especializados nestes procedimentos, através de pessoa física/jurídica, com experiência comprovada e especialidade nos procedimentos, com os preços praticados em conformidade com a tabela diferenciada aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde deste Município, para **Realização de consultas especializadas, exames e outros procedimentos de saúde de acordo com a necessidade do município**, conforme quadro abaixo, respeitando as necessidades do órgão, em consonância com os recursos disponíveis para fins de posterior contratação, conforme avaliação criteriosa de execução qualitativa dos serviços:

(Papel timbrado do empresa)

### DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE PARA ATENDIMENTO

A Empresa/Profissional: .....(nome), inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa física/jurídica, CNPJ/CPF sob o nº ....., com endereço comercial a ....., por intermédio de seu representante legal, infra-assinado, e para os fins do credenciamento nº 001/2021, DECLARA Declaro para os devidos fins a Disponibilidade de **Realização de consultas especializadas, exames e outros procedimentos de saúde de acordo com a necessidade do município Rafael Godeiro/RN**, de acordo com o projeto básico e nos horários definidos no requerimento de credenciamento

Local e Data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

(assinatura do representante legal)

Nome ou carimbo do declarante: .....

Cargo ou carimbo do declarante: .....

Nº da cédula de identidade e órgão emitente: .....

Telefone, fax e e-mail para contato: .....

**OBS.: Esta declaração deverá ser inserida no envelope de Documentos de Habilitação**



RAFAEL GODEIRO  
PALÁCIO SEVERINO LOPES DOS REIS  
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO  
CNPJ 08.349.037/0001-31

Av. Benedito Julião de Medeiros, 72. Centro. Rafael Godeiro / RN CEP: 59.740-000  
Telefone (84) 3363.0062 / E-mail: [pmrgodeiro@hotmail.com](mailto:pmrgodeiro@hotmail.com)

**Comissão Permanente de Licitação**

Processo Admin.nº. \_\_\_\_\_

Licitação nº.: \_\_\_\_\_

Fls: \_\_\_\_\_

**ANEXO V**

MINUTA DO CONTRATO DE CREDENCIAMENTO nº .....

CONTRATO DE CREDENCIAMENTO Nº ..... para prestação de serviços de **Realização de consultas especializadas, exames e outros procedimentos de saúde de acordo com a necessidade do município Rafael Godeiro/RN**, que celebram entre si o Município de Rafael Godeiro/RN e ..... nos termos abaixo:

Aos ..... dias do mês de ..... do ano de dois mil e ..... o Município de ...../RN, com sede ..... - CEP ..... – Rafael Godeiro/RN, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica sob o nº ....., neste ato representado pela Prefeita Constitucional a senhora ....., residente e domiciliada na ....., CPF nº ....., Carteira de Identidade nº ....., e pelo seu Secretário Municipal de Saúde, o senhor ....., nomeado através da portaria nº ....., datada de ....., ambos abaixo assinados, no uso de suas atribuições legais e regulamentares, doravante designado simplesmente CREDENCIANTE, e de outro lado, o ....., inscrito no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica sob o nº ....., situado a ..... - CEP ..... - .....; neste ato representado pelo o Senhor ....., brasileiro, ....., CPF nº ..... e portador do RG nº ..... e pelo responsável técnico ..... portador do CRM nº ....., doravante designado simplesmente CREDENCIADO, celebram o presente CONTRATO DE CREDENCIAMENTO Nº ..... para prestação de serviços médicos especializados em conformidade com a cláusula primeira e com o nº mediante as seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor mensal</b>	<b>Valor Anual</b>
<b>CONSULTAS ESPECIALIZADAS</b>						
1	CARDIOLOGIA	10	120	200	2.000,00	24.000,00
2	CIRURGIA GERAL	10	120	176,67	1.766,70	21.200,40
3	DERMATOLOGIA	3	36	176,67	530,01	6.360,12
4	ENDOCRINOLOGIA	5	60	180	900,00	10.800,00
5	GASTROENTEROLOGIA	85	1020	183,33	15.583,05	186.996,60
6	GERIATRIA	3	36	200	600,00	7.200,00
7	GINECOLOGIA	10	120	176,67	1.766,70	21.200,40
8	OBSTETRÍCIA	3	36	183,33	549,99	6.599,88
9	MASTOLOGIA	20	240		0,00	0,00
10	NEUROLOGIA	1	12	176,67	176,67	2.120,04

11	NEUROLOGIA PEDIÁTRICA	1	12	200	200,00	2.400,00
12	ORTOPEDIA	2	24	183,33	366,66	4.399,92
13	PSIQUIATRIA	1	12	170	170,00	2.040,00
14	PROCTOLOGIA	2	24	183,33	366,66	4.399,92
15	REUMATOLOGIA	5	60	183,33	916,65	10.999,80
16	UROLOGIA	5	60	183,33	916,65	10.999,80
17	ONCOLOGIA	30	360		0,00	0,00
						321.716,88
<b>EXAMES CADIOLOGICOS</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
18	ECOCARDIOGRAMA	5	60	203,33	1.016,65	12.199,80
19	ECOCARDIOGRAMA DE CAROTIDAS	10	120		0	0
20	ELETROCARDIOGRAMA	10	120	110	1100	13200
21	TESTE DE ESFORCO / TESTE	2	24	166,67	333,34	4.000,08
22	HOLTER 24 HS					
23	RISCO CIRURGICO + ELETROCARDIOGRAMA	30	360	183,33	5499,9	65.998,80
						95.398,68
<b>EXAMES</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
24	COLONOSCOPIA	2	24	734	1468	17616
25	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	10	120	355	3550	42600
26	ENDOSCOPIA	85	1020	250	21250	255000
						315216
<b>EXAMES</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
27	AUDIOMETRIA	10	120			
28	VIDEOLARINGOSCOPIA	10	120			
29	VÍDEO ENDOSCOPIA NASO SINUSAL	10	120			



<b>EXAMES</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
30	PAAF DE MAMA-PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA	10	120			
31	PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA-PAFF DE TIREÓIDE	10	120			
<b>EXAME</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
32	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	20	240			
33	FUNDOSCOPIA	10	120			
34	MAPEAMENTO DE RETINA	10	120			
35	CERATOMETRIA	10	120			
36	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA	20	240			
37	BIOMETRIA	10	120			
38	TESTE DO OLHINHO	20	240			
<b>EXAME</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
39	CAPSULOTOMIA A YAG LASER	10	120			
<b>EXAME</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
40	COLPOSCOPIA	5	60	120	600	7.200,00
41	ELETROENCEFALOGRAMA	5	60	193,33	966,65	11.599,80
42	TESTE ALÉRGICO	10	120			
43	TESTE DA ORELHINHA	10	120			
						18.799,80
<b>EXAME</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>

		sal				
44	RAIOS-X GERAL DIGITAL COM LAUDO	10	120	65	650	7.800,00
<b>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA CABEÇA, PESCOÇO E COLUNA VERTEBRAL</b>		<b>Méd ia Men sal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
45	TC DE COLUNA COM OU SEM CONTRASTE	10	120			
46	TC DE COLUNA LOMBO- SACRO COM OU SEM CONTRASTE	10	120			
47	TC DE COLUNA TORACICA COM OU SEM CONTRASTE	10	120			
48	TC DE FACE, SEIOS DA FACE, ARTICULAÇÕES TEMPORO MANDIBULAR	10	120			
49	TC DE SELA TURCICA COM OU SEM CONTRASTE	10	120			
50	TC DE CRANIO COM OU SEM CONTRASTE	20	240			
51	TC DE PESCOÇO COM OU SEM CONTRASTE	10	120			
<b>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX E MEMBROS SUPERIORES</b>		<b>Méd ia Men sal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
52	TC DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIORES COM OU SEM CONTRASTE	10	120			
53	TC DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA E PÉ) COM OU SEM CONTRASTE	10	120			
54	TC DE TORAX COM OU SEM CONTRASTE	20	240			

<b>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOMEN, PELVE E MEMBROS INFERIORES</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
55	TC ARTICULAÇÃO DE MEMBRO INFERIOR COM OU SEM CONTRASTE	10	120			
56	TC DO ABDOMEN SUPERIOR COM OU SEM CONTRASTE	20	240			
57	TC DE PELVE, BACIA, ABDOMEN INFERIOR COM OU SEM CONTRASTE	10	120			
<b>RESSONANCIA MAGNÉTICA DA CABEÇA, PESCOÇO E COLUNA VERTEBRAL</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
58	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	10	120			
59	RESSONANCIA MAGNETICA COLUNA LOMBO SACRA	5	60			
60	RESSONANCIA MAGNETICA DA FARINGE E CAVIDADE ORAL	5	60			
61	RESSONANCIA MAGNETICA DA SELA TURCICA	5	60			
62	RESSONANCIA MAGNETICA DA ARTICULAÇÃO TEMPO-MANDIBULAR (BILATERAL)	5	60			
63	RESSONANCIA MAGNETICA DA COLUNA CERVICAL / PESCOÇO	5	60			
	RESSONANCIA MAGNETICA DA COLUNA TORACICA COM OU SEM CONTRASTE	10	120			
65	RESSONANCIA MAGNETICA DO CRANIO/ENCEFALO	10	120			
<b>RESSONANCIA MAGNÉTICA DO TORAX E MEMBROS SUPERIORES</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>

66	RESSONANCIA MAGNETICA MEMBROS (UNILATERAL) COM CONTRASTE	5	60			
67	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX (MEDIASTICO, PULMÃO E PAREDES TORAXICA)	5	60			
<b>RESSONANCIA MAGNÉTICA DO ABDOMEN, PELVE E MEMBROS INFERIORES</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
68	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA, PELVE, ABDOMEN INFERIOR COM E SEM CONTRASTE	5	60			
69	RESSONANCIA MAGNETICA MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) COM E SEM CONTRASTE	5	60			
70	RESSONANCIA MAGNETICA VIAS BILIARES/URINARIAS (COLANGIORRESSONANCIA)	5	60			
71	RESSONANCIA MAGNETICA DO ABDOMEN SUPERIOR COM E SEM CONTRASTE	5	60			
72	RESSONANCIA MAGNETICA DO ABDOMEN TOTAL	10	120			
73	RESSONANCIA MAGNETICA DO ABDOMEN TOTAL COM CONTRASTE	10	120			
74	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES COM OU SEM CONTRASTE	5	60			
75	RESSONANCIA MAGNETICA DAS VIAS URINARIAS COM OU SEM CONTRASTE	5	60			
<b>CONSULTAS ESPECIALIZADAS</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
76	PEDIATRIA	10	120	183,33	1.833,30	21.999,60

77	OTORRINO	3	36	200	600,00	7.200,00
78	CONSULTA OFTALMOLOGICA	3	36	183,33	549,99	6.599,88
79	CONSULTA VASCULAR	10	120	183,33	1.833,30	21.999,60
						57.799,08
	<b>EXAME</b>	<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
80	MAMOGRAFIA BILATERAL	200	2400			
	<b>EXAME</b>	<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
81	DENSITOMETRIA OSSEA	100	1200			
	<b>EXAMES (RX SEM LAUDO)</b>	<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
82	ANTEBRACO DIREITO (AP E PERFIL)	1	12	100	100	1.200,00
83	BACIA (AP E FROG)	1	12	101,67	101,67	1.220,04
84	BRACO ESQUERDO (AP E PERFIL)	1	12	100	100	1.200,00
85	CALCANEIO	1	12	78,33	78,33	939,96
86	CALCANEIO DIREITO	2	24	78,33	156,66	1.879,92
87	CALCANEIO DIREITO (PERFIL E AXIAL)	2	24	100	200	2.400,00
88	CALCANEIO ESQUERDO	2	24	78,33	156,66	1.879,92
89	CALCANEIO ESQUERDO (PERFIL E AXIAL)	2	24	100	200	2.400,00
90	CAVUM - LATERAL	1	12	78,33	78,33	939,96
91	CLAVICULA ESQUERDO	2	24	78,33	156,66	1.879,92
92	COLUNA CERVICAL (AP E PERFIL)	2	24	101,67	203,34	2.440,08
93	COTOVELO ESQUERDO	2	24	78,33	156,66	1.879,92
94	COXA	2	24	78,33	156,66	1.879,92
95	CRANIO : PA + LATERAL	2	24	78,33	156,66	1.879,92

96	JOELHO DIREITO (AP E PERFIL)	2	24	100	200	2.400,00
97	JOELHO ESQUERDO (AP E PERFIL)	2	24	100	200	2.400,00
98	MAO DIREITA (AP E OBLIQUO)	2	24	100	200	2.400,00
99	MAO DIREITA (DUAS INCIDENCIAS)	2	24	100	200	2.400,00
100	MAO ( DUAS INCIDENCIAS)	2	24	100	200	2.400,00
101	MAO ESQUERDA (AP E OBLIQUO)	2	24	100	200	2.400,00
102	OMBRO DIREITO (AP VERDADEIRO, PERFIL DE ESCAPULAR E AXILAR)	1	12	100	100	1.200,00
103	OMBRO ESQUERDO (AP VERDADEIRO, PERFIL DE ESCAPULAR E AXILAR)	2	24	100	200	2.400,00
104	PE OU PODODACTILOS DIREITO	2	24	78,33	156,66	1.879,92
105	PE OU PODODACTILOS DIREITO (AP E OBLIQUO)	1	12	78,33	78,33	939,96
106	PE OU PODODACTILOS ESQUERDO	1	12	78,33	78,33	939,96
107	PE OU PODODACTILOS ESQUERDO (AP E OBLIQUO)	1	12	78,33	78,33	939,96
108	PERNA ESQUERDA (AP E PERFIL)	1	12	100	100	1.200,00
109	PUNHO DIREITO: (AP E PERFIL)	1	12	100	100	1.200,00
110	PUNHO DIREITO: AP + LATERAL + OBLIQUOS	1	12	100	100	1.200,00
111	PUNHO ESQUERDO: (AP E PERFIL)	1	12	100	100	1.200,00
112	RADIOGRAFIA DE TORNOZELO DIREITO	1	12	78,33	78,33	939,96
113	SEIOS DA FACE - F.N.+M.N	1	12	78,33	78,33	939,96
114	TORAX: P.A	1	12	78,33	78,33	939,96
115	TORAX: PA E PERFIL	1	12	100	100	1.200,00
						55.539,24

EXAME (ULTRASONOGRAFIA)		Média Mensal	Média Anual	Valor Unit.	Valor MENSAL	Valor ANUAL
116	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, VESICULA, VIAS BILIARES)	30	360	R\$ 116,67	R\$ 3.500,10	R\$ 42.001,20
117	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	40	480	R\$ 138,33	R\$ 5.533,20	R\$ 66.398,40
118	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL INFANTIL	3	36	R\$ 133,33	R\$ 399,99	R\$ 4.799,88
119	ULTRA-SONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	10	120	R\$ 116,67	R\$ 1.166,70	R\$ 14.000,40
120	ULTRA-SONOGRAFIA DE MAMAS (BILATERAL)	30	360	R\$ 123,33	R\$ 3.699,90	R\$ 44.398,80
121	ULTRA-SONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	30	360	R\$ 126,67	R\$ 3.800,10	R\$ 45.601,20
122	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	10	120	R\$ 116,67	R\$ 1.166,70	R\$ 14.000,40
123	ULTRA-SONOGRAFIA DE REGIAO CERVICAL (PESCOCO)	1	12	R\$ 126,67	R\$ 126,67	R\$ 1.520,04
124	ULTRA-SONOGRAFIA DE REGIAO CERVICAL - PESCOSO -TIREOIDE	1	12	R\$ 116,67	R\$ 116,67	R\$ 1.400,04
125	ULTRA-SONOGRAFIA DE REGIAO INGUINAL	10	120	R\$ 116,67	R\$ 1.166,70	R\$ 14.000,40
126	ULTRA-SONOGRAFIA DE TIREOIDE	2	24	R\$ 116,67	R\$ 233,34	R\$ 2.800,08
127	ULTRA-SONOGRAFIA DO APARELHO URINARIO ADULTO	15	180	R\$ 116,67	R\$ 1.750,05	R\$ 21.000,60
128	ULTRA-SONOGRAFIA DO APARELHO URINARIO (RINS, BEXIGA)	10	120	R\$ 116,67	R\$ 1.166,70	R\$ 14.000,40
129	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA	30	360	R\$ 126,67	R\$ 3.800,10	R\$ 45.601,20
130	ULTRA-SONOGRAFIA PELVICA	10	120	R\$ 116,67	R\$ 1.166,70	R\$ 14.000,40



131	ULTRA-SONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	10	120	R\$ 116,67	R\$ 1.166,70	R\$ 14.000,40
132	ULTRA-SONOGRAFIA PELVICA - PEDIATRICA	1	12	R\$ 116,67	R\$ 116,67	R\$ 1.400,04
133	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL	35	425	R\$ 136,67	R\$ 4.783,45	R\$ 58.084,75
134	USG AXILA DIREITA	3	36	R\$ 116,67	R\$ 350,01	R\$ 4.200,12
135	USG PARTES MOLES	3	36	R\$ 116,67	R\$ 350,01	R\$ 4.200,12
				R\$ 427.408,87		
<b>EXAME</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
136	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO NAS ALTERACOES MOTORAS	600	7200			
<b>CIRÚRGIA</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
137	CIRURGIA D/CATARATA FACOEMULSIFICACAO C/IMPL LENTE INTRA OCULAR DOBRAVEL	120	1440			
138	CIRURGIA DE PTERIGIO	80	960			
<b>VALOR TOTAL R\$</b>				<b>1.299.678,55</b>		

1.1.0 objeto deste contrato é a prestação dos serviços de:

§1º - os serviços deverão ser prestados nas dependências do credenciado.

#### CLÁUSULA SEGUNDA - DA FINALIDADE

2.1. A finalidade deste Contrato é dotar os pacientes que necessitem realizar os exames/procedimentos constantes na tabela do anexo I. do edital do Chamento público nº ..... respeitada as especialidades para as quais o contratado foi credenciado.

#### CLÁUSULA TERCEIRA - DO PACIENTE



RAFAEL GODEIRO  
PALÁCIO SEVERINO LOPES DOS REIS  
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO  
CNPJ 08.349.037/0001-31

Av. Benedito Julião de Medeiros, 72. Centro. Rafael Godeiro / RN CEP: 59.740-000  
Telefone (84) 3363.0062 / E-mail: [pmrgodeiro@hotmail.com](mailto:pmrgodeiro@hotmail.com)

**Comissão Permanente de Licitação**

Processo Admin.nº. \_\_\_\_\_

Licitação nº.: \_\_\_\_\_

Fls: \_\_\_\_\_

3.1.....Os pacientes dos serviços, objeto do Chamamento Público nº ....., serão os encaminhados pela secretaria de saúde do município.

3.2.....A realização do exame/procedimento por um determinado credenciado será única e exclusivamente por escolha do paciente.

#### CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO

4.1. O CREDENCIADO obriga-se a:

- a).....Realizar todos os atendimentos agendados, previamente, pela Secretaria Municipal de Saúde;
- b).....Prestar atendimento de forma respeitosa ao paciente;
- c).....Não realizar nenhum tipo de cobrança extra pela prestação do serviço/atendimento;

#### CLÁUSULA QUINTA - DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIANTE

5.1. A CREDENCIANTE obriga-se a:

- a).....Realizar o pagamento dos serviços realizados pelo credenciado;
- b).....Fazer o controle da quantidade máxima de exames/procedimentos a serem realizado dentro de cada mês;

#### CLÁUSULA SEXTA - DOS VALORES

6.1. Os preços dos serviços ora CONTRATADOS serão pagos pelo CREDENCIANTE de acordo com os valores relacionados na tabela do anexo I, deste contrato de credenciamento.

#### CLÁUSULA SÉTIMA - DO PAGAMENTO

7.1. Os pagamentos pela prestação de serviços serão efetuados pela Secretaria Municipal de Finanças do município, após o recebimento da fatura/nota fiscal de serviços, o qual deverá ocorrer até o 10º (décimo) dia do mês subsequente ao da prestação dos serviços. 7.1.1 A nota fiscal de serviços deverá vir acompanhada das autorizações para realização destes, devidamente assinadas pelos usuarios.

#### CLÁUSULA OITAVA • DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas com este Contrato correrão à conta de dotações existentes no orçamento do Município.

8.1. Nenhum exame/procedimento poderá ser autorizado, caso a Secretaria Municipal de Saúde não disponha dos recursos necessários e suficientes para o seu efetivo pagamento.

#### CLÁUSULA NONA - DAS PENALIDADES

9.1. Na ocorrência de descumprimento das obrigações ora assumidas, o credenciado, garantido o contraditório, sujeitar-se-á a:

- a) advertência, por escrito;



RAFAEL GODEIRO  
PALÁCIO SEVERINO LOPES DOS REIS  
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO  
CNPJ 08.349.037/0001-31

Av. Benedito Julião de Medeiros, 72. Centro. Rafael Godeiro / RN CEP: 59.740-000  
Telefone (84) 3363.0062 / E-mail: [pmrgodeiro@hotmail.com](mailto:pmrgodeiro@hotmail.com)

**Comissão Permanente de Licitação**

Processo Admin.nº. \_\_\_\_\_

Licitação nº.: \_\_\_\_\_

Fls: \_\_\_\_\_

- b) suspensão temporária do direito de participar de processos licitatórios, credenciamentos e contratação com o Município pelo prazo de 02 (dois) anos;
- c) descredenciamento,
- d) em caso de negativa injustificada de atendimento, além do descredenciamento, será aplicada multa igual a 10 (dez) vezes o valor de um atendimento.

**CLAUSULA DÉCIMA - DA RESPONSABILIDADE CIVIL**

10.1, A responsabilidade civil das partes, decorrente da aplicação das penalidades previstas nesta cláusula e da rescisão unilateral, caso ocorra, caberá ao CREDENCIADO o direito de recorrer administrativamente dentro do prazo estabelecido no Art. 162 da Lei 8.666/93. da prestação dos serviços, regula-se pelo disposto nos artigos 927 a 943 do CAPÍTULO I e 944 a 954 do CAPÍTULO II do Código Civil Brasileiro.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA VIGÊNCIA**

11.1.....Com base nas disposições contidas no Art. 57, Inciso II da Lei 8,666/93, o presente Instrumento vigorará por (.....)..... meses, com início em ....., podendo ser prorrogado, a critério da Administração, em até um máximo de 60(sessenta) meses, através de termo aditivo,

11.2.....Em caso de prorrogação, será aplicada correção pela variação, no período do IGP-M/FGV.

11.3.....A correção não poderá ser aplicada a períodos inferiores a 12 (doze) meses em conformidade com o art 23, §1º, da Lei 10.192/2001.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA RESCISÃO**

12.1. A rescisão deste contrato se dará numa das seguintes hipóteses:

- a).....Pela ocorrência de seu termo final;
- b).....Por solicitação do credenciado com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias
- c).....Unilateralmente, pelo Credenciante, a qualquer tempo.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA VINCULAÇÃO**

13.1. Integram o presente contrato de credenciamento o edital do Chamamento Público nº ..... e seus anexos.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DA PUBLICAÇÃO**

14.1. Em conformidade com o previsto no art. 61, parágrafo único da Lei n. 8 666/93, extrato deste Instrumento será publicado na imprensa oficial.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DO FORO**



RAFAEL GODEIRO  
PALÁCIO SEVERINO LOPES DOS REIS  
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO  
CNPJ 08.349.037/0001-31

Av. Benedito Julião de Medeiros, 72. Centro. Rafael Godeiro / RN CEP: 59.740-000  
Telefone (84) 3363.0062 / E-mail: [pmrgodeiro@hotmail.com](mailto:pmrgodeiro@hotmail.com)

**Comissão Permanente de Licitação**

Processo Admin.nº. \_\_\_\_\_

Licitação nº.: \_\_\_\_\_

Fls: \_\_\_\_\_

15.1. Fica eleito pelas partes, com renúncia de qualquer outro, o Foro da Comarca de Almino Afonso/RN, excluindo qualquer outra, para dirimir quaisquer questões oriundas deste instrumento.

E por estarem de acordo com as condições estabelecidas neste Instrumento, às partes assinam o presente em 02 (duas) vias de igual teor.

Rafael Godeiro/RN, ... de ..... de .....

-----  
Prefeita Constitucional

-----  
Secretario Municipal de Saúde  
Ordenador de Despesas  
FUNDOMUNICIPAL DE SAÚDE

-----  
.....  
Representante Legal da .....

Testemunhas:

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_



RAFAEL GODEIRO  
PALÁCIO SEVERINO LOPES DOS REIS  
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO  
CNPJ 08.349.037/0001-31

Av. Benedito Julião de Medeiros, 72. Centro. Rafael Godeiro / RN CEP: 59.740-000  
Telefone (84) 3363.0062 / E-mail: [pmrgodeiro@hotmail.com](mailto:pmrgodeiro@hotmail.com)

**Comissão Permanente de Licitação**  
Processo Admin.nº. \_\_\_\_\_  
Licitação nº.: \_\_\_\_\_  
Fls: \_\_\_\_\_

## ANEXO VI

### MODELO DE PROPOSTA DE PREÇO

(Papel timbrado da licitante)  
**PROPOSTA DE PREÇO**

#### 1 = OBJETO

1 - O Credenciamento para contratação de serviços especializados nestes procedimentos, através de pessoa física/jurídica, com experiência comprovada e especialidade nos procedimentos, com os preços praticados em conformidade com a tabela diferenciada aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde deste Município, para **Realização de consultas especializadas, exames e outros procedimentos de saúde de acordo com a necessidade do município**, conforme quadro abaixo, respeitando as necessidades do órgão, em consonância com os recursos disponíveis para fins de posterior contratação, conforme avaliação criteriosa de execução qualitativa dos serviços:

(NOME DO CREDENCIADO) \_\_\_\_\_ CNPJ nº \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_, sediada \_\_\_\_\_ (endereço completo, telefone, fax e e-mail atualizados) \_\_\_\_\_, por intermédio de seu representante legal, infra-assinado, e para os fins do credenciamento n.º 001/2021, apresenta Proposta de Preço para as especialidades, conforme abaixo especificado:

		Média Mensal	Média Anual	Valor Unit.	Valor mensal	Valor Anual
1	CARDIOLOGIA	10	120	200	2.000,00	24.000,00
2	CIRURGIA GERAL	10	120	176,67	1.766,70	21.200,40
3	DERMATOLOGIA	3	36	176,67	530,01	6.360,12
4	ENDOCRINOLOGIA	5	60	180	900,00	10.800,00
5	GASTROENTEROLOGIA	85	1020	183,33	15.583,05	186.996,60
6	GERIATRIA	3	36	200	600,00	7.200,00
7	GINECOLOGIA	10	120	176,67	1.766,70	21.200,40
8	OBSTETRICIA	3	36	183,33	549,99	6.599,88
9	MASTOLOGIA	20	240		0,00	0,00
10	NEUROLOGIA	1	12	176,67	176,67	2.120,04
11	NEUROLOGIA PEDIÁTRICA	1	12	200	200,00	2.400,00
12	ORTOPEDIA	2	24	183,33	366,66	4.399,92
13	PSIQUIATRIA	1	12	170	170,00	2.040,00
14	PROCTOLOGIA	2	24	183,33	366,66	4.399,92
15	REUMATOLOGIA	5	60	183,33	916,65	10.999,80

16	UROLOGIA	5	60	183,33	916,65	10.999,80
17	ONCOLOGIA	30	360		0,00	0,00
						321.716,88
<b>EXAMES CADIOLOGICOS</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
18	ECOCARDIOGRAMA	5	60	203,33	1.016,65	12.199,80
19	ECOCARDIOGRAMA DE CAROTIDAS	10	120		0	0
20	ELETROCARDIOGRAMA	10	120	110	1100	13200
21	TESTE DE ESFORÇO / TESTE	2	24	166,67	333,34	4.000,08
22	HOLTER 24 HS					
23	RISCO CIRURGICO + ELETROCARDIOGRAMA	30	360	183,33	5499,9	65.998,80
						95.398,68
<b>EXAMES</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
24	COLONOSCOPIA	2	24	734	1468	17616
25	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	10	120	355	3550	42600
26	ENDOSCOPIA	85	1020	250	21250	255000
						315216
<b>EXAMES</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
27	AUDIOMETRIA	10	120			
28	VIDEOLARINGOSCOPIA	10	120			
29	VÍDEO ENDOSCOPIA NASO SINUSAL	10	120			
<b>EXAMES</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
30	PAAF DE MAMA-PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA	10	120			

31	PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA-PAFF DE TIREÓIDE	10	120			
<b>EXAME</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
32	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	20	240			
33	FUNDOSCOPIA	10	120			
34	MAPEAMENTO DE RETINA	10	120			
35	CERATOMETRIA	10	120			
36	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA	20	240			
37	BIOMETRIA	10	120			
38	TESTE DO OLHINHO	20	240			
<b>EXAME</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
39	CAPSULOTOMIA A YAG LASER	10	120			
<b>EXAME</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
40	COLPOSCOPIA	5	60	120	600	7.200,00
41	ELETROENCEFALOGRAMA	5	60	193,33	966,65	11.599,80
42	TESTE ALÉRGICO	10	120			
43	TESTE DA ORELHINHA	10	120			
						18.799,80
<b>EXAME</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
44	RAIOS-X GERAL DIGITAL COM LAUDO	10	120	65	650	7.800,00
<b>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA CABEÇA, PESCOÇO E COLUNA VERTEBRAL</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>



		sal				
45	TC DE COLUNA COM OU SEM CONTRASTE	10	120			
46	TC DE COLUNA LOMBO-SACRO COM OU SEM CONTRASTE	10	120			
47	TC DE COLUNA TORACICA COM OU SEM CONTRASTE	10	120			
48	TC DE FACE, SEIOS DA FACE, ARTICULAÇÕES TEMPORO MANDIBULAR	10	120			
49	TC DE SELA TURCICA COM OU SEM CONTRASTE	10	120			
50	TC DE CRANIO COM OU SEM CONTRASTE	20	240			
51	TC DE PESCOÇO COM OU SEM CONTRASTE	10	120			
<b>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX E MEMBROS SUPERIORES</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
52	TC DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIORES COM OU SEM CONTRASTE	10	120			
53	TC DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA E PÉ) COM OU SEM CONTRASTE	10	120			
54	TC DE TORAX COM OU SEM CONTRASTE	20	240			
<b>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOMEN, PELVE E MEMBROS INFERIORES</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>

55	TC ARTICULAÇÃO DE MEMBRO INFERIOR COM OU SEM CONTRASTE	10	120			
56	TC DO ABDOMEN SUPERIOR COM OU SEM CONTRASTE	20	240			
57	TC DE PELVE, BACIA, ABDOMEN INFERIOR COM OU SEM CONTRASTE	10	120			
<b>RESSONANCIA MAGNÉTICA DA CABEÇA, PESCOÇO E COLUNA VERTEBRAL</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
58	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	10	120			
59	RESSONANCIA MAGNETICA COLUNA LOMBO SACRA	5	60			
60	RESSONANCIA MAGNETICA DA FARINGE E CAVIDADE ORAL	5	60			
61	RESSONANCIA MAGNETICA DA SELA TURCICA	5	60			
62	RESSONANCIA MAGNETICA DA ARTICULAÇÃO TEMPO-MANDIBULAR (BILATERAL)	5	60			
63	RESSONANCIA MAGNETICA DA COLUNA CERVICAL / PESCOÇO	5	60			
	RESSONANCIA MAGNETICA DA COLUNA TORACICA COM OU SEM CONTRASTE	10	120			
65	RESSONANCIA MAGNETICA DO CRANIO/ENCEFALO	10	120			
<b>RESSONANCIA MAGNÉTICA DO TORAX E MEMBROS SUPERIORES</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
66	RESSONANCIA MAGNETICA MEMBROS (UNILATERAL) COM CONTRASTE	5	60			

67	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX (MEDIASTICO, PULMÃO E PAREDES TORAXICA)	5	60			
<b>RESSONANCIA MAGNÉTICA DO ABDOMEN, PELVE E MEMBROS INFERIORES</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
68	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA, PELVE, ABDOMEN INFERIOR COM E SEM CONTRASTE	5	60			
69	RESSONANCIA MAGNETICA MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) COM E SEM CONTRASTE	5	60			
70	RESSONANCIA MAGNETICA VIAS BILIARES/URINARIAS (COLANGIORRESSONANCIA)	5	60			
71	RESSONANCIA MAGNETICA DO ABDOMEN SUPERIOR COM E SEM CONTRASTE	5	60			
72	RESSONANCIA MAGNETICA DO ABDOMEN TOTAL	10	120			
73	RESSONANCIA MAGNETICA DO ABDOMEN TOTAL COM CONTRASTE	10	120			
74	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES COM OU SEM CONTRASTE	5	60			
75	RESSONANCIA MAGNETICA DAS VIAS URINARIAS COM OU SEM CONTRASTE	5	60			
<b>CONSULTAS ESPECIALIZADAS</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
76	PEDIATRIA	10	120	183,33	1.833,30	21.999,60
77	OTORRINO	3	36	200	600,00	7.200,00
78	CONSULTA OFTALMOLOGICA	3	36	183,33	549,99	6.599,88

79	CONSULTA VASCULAR	10	120	183,33	1.833,30	21.999,60
						57.799,08
	<b>EXAME</b>	<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
80	MAMOGRAFIA BILATERAL	200	2400			
	<b>EXAME</b>	<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
81	DENSITOMETRIA OSSEA	100	1200			
	<b>EXAMES (RX SEM LAUDO)</b>	<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
82	ANTEBRACO DIREITO (AP E PERFIL)	1	12	100	100	1.200,00
83	BACIA (AP E FROG)	1	12	101,67	101,67	1.220,04
84	BRACO ESQUERDO (AP E PERFIL)	1	12	100	100	1.200,00
85	CALCANEIO	1	12	78,33	78,33	939,96
86	CALCANEIO DIREITO	2	24	78,33	156,66	1.879,92
87	CALCANEIO DIREITO (PERFIL E AXIAL)	2	24	100	200	2.400,00
88	CALCANEIO ESQUERDO	2	24	78,33	156,66	1.879,92
89	CALCANEIO ESQUERDO (PERFIL E AXIAL)	2	24	100	200	2.400,00
90	CAVUM - LATERAL	1	12	78,33	78,33	939,96
91	CLAVICULA ESQUERDO	2	24	78,33	156,66	1.879,92
92	COLUNA CERVICAL (AP E PERFIL)	2	24	101,67	203,34	2.440,08
93	COTOVELO ESQUERDO	2	24	78,33	156,66	1.879,92
94	COXA	2	24	78,33	156,66	1.879,92
95	CRANIO : PA + LATERAL	2	24	78,33	156,66	1.879,92
96	JOELHO DIREITO (AP E PERFIL)	2	24	100	200	2.400,00

97	JOELHO ESQUERDO (AP E PERFIL)	2	24	100	200	2.400,00
98	MAO DIREITA (AP E OBLIQUO)	2	24	100	200	2.400,00
99	MAO DIREITA (DUAS INCIDENCIAS)	2	24	100	200	2.400,00
100	MAO ( DUAS INCIDENCIAS)	2	24	100	200	2.400,00
101	MAO ESQUERDA (AP E OBLIQUO)	2	24	100	200	2.400,00
102	OMBRO DIREITO (AP VERDADEIRO, PERFIL DE ESCAPULAR E AXILAR)	1	12	100	100	1.200,00
103	OMBRO ESQUERDO (AP VERDADEIRO, PERFIL DE ESCAPULAR E AXILAR)	2	24	100	200	2.400,00
104	PE OU PODODACTILOS DIREITO	2	24	78,33	156,66	1.879,92
105	PE OU PODODACTILOS DIREITO (AP E OBLIQUO)	1	12	78,33	78,33	939,96
106	PE OU PODODACTILOS ESQUERDO	1	12	78,33	78,33	939,96
107	PE OU PODODACTILOS ESQUERDO (AP E OBLIQUO)	1	12	78,33	78,33	939,96
108	PERNA ESQUERDA (AP E PERFIL)	1	12	100	100	1.200,00
109	PUNHO DIREITO: (AP E PERFIL)	1	12	100	100	1.200,00
110	PUNHO DIREITO: AP + LATERAL + OBLIQUOS	1	12	100	100	1.200,00
111	PUNHO ESQUERDO: (AP E PERFIL)	1	12	100	100	1.200,00
112	RADIOGRAFIA DE TORNOZELO DIREITO	1	12	78,33	78,33	939,96
113	SEIOS DA FACE - F.N.+M.N	1	12	78,33	78,33	939,96
114	TORAX: P.A	1	12	78,33	78,33	939,96
115	TORAX: PA E PERFIL	1	12	100	100	1.200,00
						55.539,24
	<b>EXAME (ULTRASONOGRAFIA)</b>	<b>Média Men</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>

		sal				
116	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, VESICULA, VIAS BILIARES)	30	360	R\$ 116,67	R\$ 3.500,10	R\$ 42.001,20
117	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	40	480	R\$ 138,33	R\$ 5.533,20	R\$ 66.398,40
118	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL INFANTIL	3	36	R\$ 133,33	R\$ 399,99	R\$ 4.799,88
119	ULTRA-SONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	10	120	R\$ 116,67	R\$ 1.166,70	R\$ 14.000,40
120	ULTRA-SONOGRAFIA DE MAMAS (BILATERAL)	30	360	R\$ 123,33	R\$ 3.699,90	R\$ 44.398,80
121	ULTRA-SONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	30	360	R\$ 126,67	R\$ 3.800,10	R\$ 45.601,20
122	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	10	120	R\$ 116,67	R\$ 1.166,70	R\$ 14.000,40
123	ULTRA-SONOGRAFIA DE REGIAO CERVICAL (PESCOCO)	1	12	R\$ 126,67	R\$ 126,67	R\$ 1.520,04
124	ULTRA-SONOGRAFIA DE REGIAO CERVICAL - PESCOSO -TIREOIDE	1	12	R\$ 116,67	R\$ 116,67	R\$ 1.400,04
125	ULTRA-SONOGRAFIA DE REGIAO INGUINAL	10	120	R\$ 116,67	R\$ 1.166,70	R\$ 14.000,40
126	ULTRA-SONOGRAFIA DE TIREOIDE	2	24	R\$ 116,67	R\$ 233,34	R\$ 2.800,08
127	ULTRA-SONOGRAFIA DO APARELHO URINARIO ADULTO	15	180	R\$ 116,67	R\$ 1.750,05	R\$ 21.000,60
128	ULTRA-SONOGRAFIA DO APARELHO URINARIO (RINS, BEXIGA)	10	120	R\$ 116,67	R\$ 1.166,70	R\$ 14.000,40
129	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA	30	360	R\$ 126,67	R\$ 3.800,10	R\$ 45.601,20
130	ULTRA-SONOGRAFIA PELVICA	10	120	R\$ 116,67	R\$ 1.166,70	R\$ 14.000,40



RAFAEL GODEIRO  
PALÁCIO SEVERINO LOPES DOS REIS  
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO  
CNPJ 08.349.037/0001-31

Av. Benedito Julião de Medeiros, 72. Centro. Rafael Godeiro / RN CEP: 59.740-000  
Telefone (84) 3363.0062 / E-mail: [pmrgodeiro@hotmail.com](mailto:pmrgodeiro@hotmail.com)

**Comissão Permanente de Licitação**

Processo Admin.nº: \_\_\_\_\_

Licitação nº.: \_\_\_\_\_

Fls: \_\_\_\_\_

131	ULTRA-SONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	10	120	R\$ 116,67	R\$ 1.166,70	R\$ 14.000,40
132	ULTRA-SONOGRAFIA PELVICA - PEDIATRICA	1	12	R\$ 116,67	R\$ 116,67	R\$ 1.400,04
133	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL	35	425	R\$ 136,67	R\$ 4.783,45	R\$ 58.084,75
134	USG AXILA DIREITA	3	36	R\$ 116,67	R\$ 350,01	R\$ 4.200,12
135	USG PARTES MOLES	3	36	R\$ 116,67	R\$ 350,01	R\$ 4.200,12
				R\$ 427.408,87		
<b>EXAME</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
136	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO NAS ALTERACOES MOTORAS	600	7200			
<b>CIRÚRGIA</b>		<b>Média Mensal</b>	<b>Média Anual</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Valor MENSAL</b>	<b>Valor ANUAL</b>
137	CIRURGIA D/CATARATA FACOEMULSIFICACAO C/IMPL LENTE INTRA OCULAR DOBRAVEL	120	1440			
138	CIRURGIA DE PTERIGIO	80	960			
<b>VALOR TOTAL R\$</b>				<b>1.299.678,55</b>		

BANCO (Código): \_\_\_\_\_ AGÊNCIA (Código): \_\_\_\_\_ PRAÇA: \_\_\_\_\_

BANCO (Nome): \_\_\_\_\_ CONTA CORRENTE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_(cidade e estado)\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

(assinatura do declarante)

Nome ou carimbo do declarante: \_\_\_\_\_

Cargo ou carimbo do declarante: \_\_\_\_\_

Nº da cédula de identidade e órgão emitente: \_\_\_\_\_

Telefone, fax e e-mail para contato: \_\_\_\_\_

\*\* Este formulário deverá ser inserido no envelope **documentos credenciamento**