



**TERMO DE CREDENCIAMENTO Nº 002/2022**  
**PROCESSO LICITATÓRIO Nº 164/2021**  
**CHAMAMENTO PÚBLICO/CREDENCIAMENTO Nº 007/2021**  
**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 068/2021**

Termo de credenciamento para a prestação de serviços especializados na área de saúde (exames de ultrassonografia e endoscopia digestiva).

O **MUNICÍPIO DE CHAPADA**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede administrativa na Rua Padre Anchieta nº 90, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 87.613.220/0001-79, neste ato representado por seu Prefeito Municipal, Sr. **Gelson Miguel Scherer**, doravante denominado CREDENCIANTE, e **CLÍNICA RADIUS LTDA**, inscrito no CNPJ sob o nº 03.489.388/0001-24, situada na Rua Teixeira Soares, nº 839, salas 805/806, Passo Fundo/RS, neste ato representada pelo Sócio Administrador Sr. **Floriano Peixoto Pinto Neto**, RG nº 1050716453 e CPF nº 573.835.610-15 doravante denominado CREDENCIADO, têm justo e acordado este Termo de Credenciamento, em conformidade com a Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações, e mediante as seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO**

1.1.O presente termo tem por objeto a prestação de serviços especializados na área de saúde (exames de ultrassonografia e endoscopia digestiva), conforme segue:

ITEM	DESCRIÇÃO	LIMITE TOTAL/ANUAL	LIMITE MENSAL	VALOR UNITÁRIO A SER PAGO PELO MUNICÍPIO	TOTAL A SER PAGO PELO MUNICÍPIO
1	“Core-Biopsy” de Mama guiada por ultrassonografia	48	4	R\$ 422,98	20.303,04
2	PAAF Tireóide guiada por ultrassonografia	48	4	R\$ 169,17	8.120,16
3	US Abdome Superior	48	4	R\$ 77,42	3.716,16
4	US Abdome Inferior (feminino)	48	4	R\$ 69,39	3.330,72
5	US Abdome Inferior (masculino)	48	4	R\$ 70,29	3.373,92
6	US Abdome Total	360	30	R\$ 95,43	34.354,80
7	US Aparelho urinário (feminino)	48	4	R\$ 73,95	3.549,60
8	US Aparelho urinário (masculino)	48	4	R\$ 74,88	3.594,24
9	US Bolsa Escrotal	48	4	R\$ 62,91	3.019,68
10	US Bolsa Escrotal com Doppler	48	4	R\$ 116,55	5.594,40
11	US Cotovelo direito	48	4	R\$ 75,05	3.602,40
12	US Cotovelo esquerdo	48	4	R\$ 75,05	3.602,40
13	US Doppler Arterial ou Venoso membro superior ou inferior (bilateral)	48	4	R\$ 234,12	11.237,76
14	US Doppler Arterial ou Venoso membro superior ou inferior (unilateral)	48	4	R\$ 154,90	7.435,20
15	US Doppler Aorta e ilíacas	48	4	R\$ 133,98	6.431,04
16	US Doppler Artérias renais	48	4	R\$ 122,75	5.892,00
17	US Doppler Carótidas	48	4	R\$ 103,38	4.962,24
18	US Doppler Carótidas e Vertebrais	48	4	R\$ 126,76	6.084,48
19	US Doppler Hepático	48	4	R\$ 133,98	6.431,04
20	US Estruturas Superficiais	48	4	R\$ 60,09	2.884,32
21	US Fígado e Vias Biliares	96	8	R\$ 65,80	6.316,80
22	US Glândulas Salivares	48	4	R\$ 60,09	2.884,32
23	US Glândulas Submandibulares	48	4	R\$ 60,09	2.884,32
24	US Glândulas Submandibulares com	48	4	R\$ 133,98	6.431,04



	Doppler colorido				
25	US Globo Ocular com Doppler colorido	48	4	R\$ 133,98	6.431,04
26	US Globo Ocular (bilateral)	48	4	R\$ 64,69	3.105,12
27	US Joelho direito	48	4	R\$ 73,66	3.535,68
28	US Joelho esquerdo	48	4	R\$ 73,70	3.537,60
29	US Mamas	360	30	R\$ 74,94	26.978,40
30	US Mão direita	48	4	R\$ 73,70	3.537,60
31	US Mão esquerda	48	4	R\$ 73,70	3.537,60
32	US Obstétrico com Doppler	120	10	R\$ 164,22	19.706,40
33	US Obstétrico com perfil biofísico fetal	48	4	R\$ 177,08	8.499,84
34	US Obstétrico com Translucência Nucal	120	10	R\$ 167,05	20.046,00
35	US Obstétrico de Rotina	240	20	R\$ 63,61	15.266,40
36	US Obstétrico morfológico 1º Trimestre	72	6	R\$ 220,96	15.909,12
37	US Obstétrico morfológico 2º Trimestre	72	6	R\$ 177,08	12.749,76
38	US Ombro direito	48	4	R\$ 68,76	3.300,48
39	US Ombro esquerdo	48	4	R\$ 68,76	3.300,48
40	US Órgãos Superficiais	48	4	R\$ 62,91	3.019,68
41	US Pélvico transvaginal	120	10	R\$ 67,35	8.082,00
42	US Pélvico transvaginal (controle de ovulação)	48	4	R\$ 99,46	4.774,08
43	US Pélvico via abdominal (feminino)	48	4	R\$ 94,22	4.522,56
44	US Pélvico via abdominal (masculino)	48	4	R\$ 58,11	2.789,28
45	US Perna direita	48	4	R\$ 67,57	3.243,36
46	US Perna esquerda	48	4	R\$ 67,57	3.243,36
47	US Punho direito	48	4	R\$ 58,00	2.784,00
48	US Punho esquerdo	48	4	R\$ 58,00	2.784,00
49	US Próstata transretal	48	4	R\$ 49,64	2.382,72
50	US Próstata via abdominal	48	4	R\$ 66,59	3.196,32
51	US Região Cervical com Doppler	48	4	R\$ 110,51	5.304,48
52	US Região Inguinal direita	48	4	R\$ 69,77	3.348,96
53	US Região inguinal esquerda	48	4	R\$ 65,17	3.128,16
54	US Retroperitônio	48	4	R\$ 65,17	3.128,16
55	US Tireóide	48	4	R\$ 68,45	3.285,60
56	US Tireóide com doppler	48	4	R\$ 131,15	6.295,20
57	Endoscopia digestiva alta diagnóstica	72	6	R\$ 308,33	22.199,76

1.2. Os limites quantitativos indicados na tabela do item 1.1 são relativos aos serviços prestados por todos os credenciados, não havendo garantia de execuções individuais mínimas.

1.3. Todos os serviços (exames) serão pagos de acordo com os valores constantes na tabela do item 1.1, desse termo.

1.4. A autorização para a realização do exame será expedida pela Secretaria Municipal de Saúde.

1.5. A realização dos exames dar-se-á semanalmente em turno fixo, pela parte da manhã a combinar com a Secretaria da Saúde.

1.6. Deverá ser apresentado relatório dos exames realizados e lista dos pacientes atendidos, assinado pelo profissional que prestou o serviço, juntamente com a nota fiscal (NF).

1.7. O relatório dos exames deverá ser encaminhado à Secretaria até no máximo 07 (sete) dias após a realização do exame.

1.8. O paciente terá o direito de escolher o profissional que realizará o exame.



1.9. A Secretaria Municipal de Saúde de Chapada reserva-se o direito de fiscalizar permanentemente a prestação dos serviços pelos credenciados, sendo-lhes facultado o descredenciamento, quando caracterizada a prestação de má qualidade, através de processo administrativo específico, com garantia da representação do contraditório e da ampla defesa.

1.10. O credenciamento se caracteriza como relação contratual de prestação de serviços e todos os equipamentos, utensílios e materiais necessários na análise clínica dos exames serão de responsabilidade da contratada.

1.11. Os credenciados atenderão a Secretária de Saúde nos exames de urgência e emergência que se fizerem necessários durante a semana, respeitando os valores da tabela do item 1.1.

#### **CLÁUSULA SEGUNDA – PRAZO**

O prazo de vigência do credenciamento será de 12 (doze) meses, contar de sua assinatura, podendo ser prorrogado, por interesse do CREDENCIANTE e anuência do CREDENCIADO, por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 (sessenta meses), conforme previsto no inciso II do art. 57 da Lei nº 8.666/1993.

#### **CLÁUSULA TERCEIRA – CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

O pagamento pelos serviços prestados pelo credenciado será efetuado mensalmente, tendo em conta o número de procedimentos efetivamente realizados por encaminhamento do Município, multiplicado pelo valor correspondente da tabela constante no item 1.1, desse termo.

O pagamento somente será efetuado mediante apresentação da autorização do atendimento, emitida pela Secretaria Municipal de Saúde, devidamente assinada pelo paciente, comprovando a prestação do serviço, acompanhada do relatório dos exames realizados por paciente atendido, assinado pelo profissional que prestou o serviço e documento fiscal idôneo.

A documentação indicada no item anterior deverá ser entregue na Secretaria de Saúde do Município no máximo 07 (sete) dias após a realização dos exames, sendo que o pagamento será realizado em até 30 (trinta) dias após o seu recebimento e confirmação da prestação dos serviços pelo fiscal designado pela Administração.

Ocorrendo atraso no pagamento, os valores serão corrigidos monetariamente pelo IPCA-E/IBGE do período, ou outro índice que vier a substituí-lo, e a Administração pagará a contratada com juros de 0,5% ao mês, pro rata.

#### **CLÁUSULA QUARTA – CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO**

I – O CREDENCIAMENTO caracteriza uma relação contratual de prestação de serviços;

II – O CREDENCIADO deverá manter, durante a vigência deste termo, as condições de habilitação exigidas para a sua celebração;

III – É de responsabilidade exclusiva e integral do CREDENCIADO a utilização de pessoal para a execução dos respectivos exames, incluídos encargos trabalhistas, previdenciários, sociais e fiscais resultantes de vínculo empregatício ou comerciais;

IV - Os serviços serão prestados exclusivamente no estabelecimento do credenciado, 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.



a) A realização dos exames dar-se-á semanalmente em turno fixo, pela parte da manhã, a combinar com a Secretaria da Saúde.

b) Os credenciados atenderão a Secretária de Saúde nos exames de urgência e emergência que se fizerem necessários durante a semana, respeitando os valores da tabela do item 1.1.

V - A escolha do estabelecimento ou profissional será feita exclusivamente pelo paciente, que receberá lista dos credenciados para a realização do serviço, com os seus respectivos horários de atendimento, quando autorizada o exame pela Secretaria de Saúde do Município.

VI - 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 exame a ser realizado.

VII - O CREDENCIADO deverá apresentar relatório dos exames realizados por paciente atendido, assinado pelo profissional que prestou o serviço, juntamente com a nota fiscal (NF). O relatório deverá ser encaminhado à Secretaria de Saúde até no máximo 07 (sete) dias após a realização dos exames;

VIII - Atender os pacientes com dignidade e respeito e de modo universal e igualitário, mantendo a qualidade do serviço, e respeitar a sua decisão ao consentir ou recusar a prestação dos serviços de saúde.

IX - Garantir ao paciente a confidencialidade dos dados e informações sobre sua assistência.

X – É vedado:

- a) o trabalho do CREDENCIADO em dependências ou locais próprios do município;
- b) o credenciamento de profissionais pertencentes ao quadro permanente do Município, bem como de pessoas jurídicas com as quais esses mantenham qualquer vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira ou trabalhista, conforme art. 9º, inciso III e §3º, da Lei nº 8.666/1993;
- c) a cobrança diretamente do paciente atendido de quaisquer valores decorrentes do credenciamento.

XI. O Município reserva-se o direito de fiscalizar, de forma permanente, a prestação dos serviços pelos credenciados, podendo proceder no descredenciamento, em casos de má prestação, que deverá ser verificada em processo administrativo específico, com garantia do contraditório e da ampla defesa.

XII. Em caso de negativa injustificada de atendimento, posteriormente a conclusão do processo administrativo, além do descredenciamento, serão aplicadas as seguintes penalidades:

- a) multa no valor de 10%, por ocorrência;
- b) suspensão temporária e participação em licitação e impedimento de contratar com o Município pelo prazo de 02 (dois) anos.

XIII. O CREDENCIADO poderá solicitar o seu descredenciamento a qualquer tempo, desde que observando o prazo de antecedência de 20 (vinte) dias, durante o qual deverá atender a eventual demanda existente.

#### **CLÁUSULA QUINTA – FISCALIZAÇÃO**

O CREDENCIANTE realizará a fiscalização dos serviços decorrentes desse termo, que ficará a cargo da Secretaria Municipal de Saúde, através da Secretária Odete Maria



Guareschi, não excluindo ou restringindo a responsabilidade do CREDENCIADO na prestação do serviço objeto desse termo.

#### **CLÁUSULA SEXTA - RESCISÃO**

A rescisão deste Termo se dará numa das seguintes hipóteses:

- a) pela ocorrência de seu termo final;
- b) por solicitação do CREDENCIADO com antecedência de 20 (vinte) dias;
- c) por acordo entre as partes;
- d) unilateral, pelo CREDENCIANTE, após o devido processo legal, no caso de descumprimento de condição estabelecida no edital ou neste próprio termo.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA - DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

As despesas decorrentes deste credenciamento correrão à conta da seguinte dotação orçamentária:

0401 10 302 0107 2123 33903950000000 0040 E 10647.0 SERV. MED. HOSP.

#### **CLÁUSULA OITAVA - FORO**

Fica eleito o foro da Comarca de Carazinho/RS para dirimir as dúvidas oriundas deste Termo, quando não solvidas administrativamente.

E, por estarem justos e acordados, assinam o presente termo, em 4 (quatro) vias de igual teor e forma.

Chapada/RS, 11 de janeiro de 2022.

#### **MUNICÍPIO DE CHAPADA**

Gelson Miguel Scherer  
CREDENCIANTE

#### **CLÍNICA RADIUS LTDA**

Floriano Peixoto Pinto Neto  
CREDENCIADO

Testemunhas:

Keith Natana Gris Johann  
018.498.120-47

Cleci Sales de Vargas Zillmer  
958.501.710-53

Visto e Aprovado:

Guilherme Steffen  
OAB/RS nº 67.892  
Procurador Geral do Município

Esta página de assinatura é parte integrante e indissociável ao **Termo de Credenciamento nº 002/2022**, firmado entre o **MUNICÍPIO DE CHAPADA-RS** e a empresa **CLÍNICA RADIUS LTDA**.