



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**Avenida Vitória, 129****Cruz Machado – Paraná****FONE/FAX (42) 554-1294 – RAMAL 41**

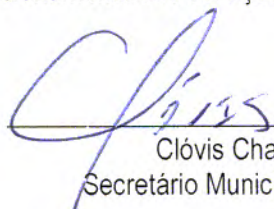
Cruz Machado, 19 de junho de 2016

Ofício N° 152/2016

AO DEPARTAMENTO DE COMPRAS E LICITAÇÕES

Prezado Senhores

Venho através deste atender através de justificativa o que consta no ofício nº060/2016 emitido pela 6ª Regional de Saúde bem como transparecer necessidade de a Prefeitura contratualizar na maneira que lhe couber, serviços de clínicas médicas para realização de exames de apoio de diagnóstico cito: Ultrassonografia, raio-x com laudos, Tomografia, Ressonância Magnética em regime de atendimento em urgência e emergência que trata dos apontamento efetuados na auditoria do Hospital Municipal Santa Terezinha, bem como a proposição de soluções para os mesmos elencados na auditoria realizada no ano de 2015, itens estes observados pela equipe de auditoria da SESA. Devendo ser adotados pelo Hospital Santa Terezinha a contratualização com entes realizadores de exames com o fim de otimizar o resultado de exames de apoio de diagnóstico em urgência e emergência sem distorções com o procedimento visto que foi observado pela auditoria indícios na opinião desta de cobrança de exames de apoio de diagnóstico dos pacientes. Ressaltando que o Hospital Santa Terezinha é 100% SUS e que não é efetuada cobranças de valores dos pacientes que estiveram sob os cuidados do Hospital e que ao longo dos quase 50 anos de atuação nosso foco sempre foi o bem-estar do nosso paciente e elucidação de diagnósticos e tratamentos eficazes, mesmo contando com baixíssimos financiamentos por parte dos outros entes federativos a Prefeitura Municipal realiza todo o aporte financeiro necessário ao funcionamento dos serviços prestados ao Hospital.



Clóvis Chaikovski
Secretário Municipal de Saúde

ESTADO DO PARANÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CRUZ MACHADO

Folha: 1/1

CNPJ: 76.339.688/0001-09
Av. Vitória, 167
C.E.P.: 84620-000 - Cruz Machado - PR

000002

AUTORIZAÇÃO PARA ABERTURA DE PROCESSO ADMINISTRATIVO DE LICITAÇÃO

O(a) Prefeito Municipal, ANTONIO LUIS SZAYKOWSKI, no uso das atribuições que lhe confere a legislação em vigor, especialmente a Lei Nr. 8.666/93 e suas alterações legais, resolve:

01 - Autorizar a abertura do presente processo administrativo de licitação, assim identificado:

A - Processo Nr.: 215/2016
B - Modalidade: Inexigibilidade de Licitação
C - Forma de Julgamento: MENOR PREÇO UNITÁRIO
D - Forma Pgto./ Reajuste:
E - Prazo Entrega/Exec.: 05 dias
F - Local de Entrega: HOSPITAL MUN. CENTROS E POSTOS DE SAUDE
G - Urgência:
H - Vigência: 04 meses
I - Objeto da Licitação: CONSTITUI OBJETO DESSA INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO A CONTRATAÇÃO DE EMPRESA CREDENCIADA E HABILITADA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS PARA ATENDER A DEMANDA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EXISTENTE NO HOSPITAL MUNICIPAL SANTA TEREZINHA E NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DESTA MUNICIPALIDADE, SENDO O PRAZO DE CONTRATO PARA 04 (QUATRO) MESES.
J - Observações:
K - Convidados:

02 - Indicação de Recursos - Dotação Orçamentária:

1-PREFEITURA MUNICIPAL DE CRUZ MACHADO

Descrição	Código da Dotação	Descrição da Dotação	Compl. do Elemento	Valor Previsto
118	04.01.2.014.3.3.90.39.00.00.00.00	MANUTENÇÃO FUNCIONAMENTO DE POSTOS E HC	3.3.90.39.05.00.00.00	33.400,00
Fonte de Recurso : 1303 - Saúde - Receitas Vinculadas (EC29/00 - 15%)				
Total Previsto :				33.400,00

Cruz Machado, 11 de Agosto de 2016.

PREFEITO MUNICIPAL



Solicitação de Parecer Contábil

Solicitação 215/2016

Venho através do presente, solicitar **PARECER CONTÁBIL** em atendimento à Secretaria de Saúde – Contratação de empresa credenciada e habilitada para prestação de serviços de exames laboratoriais de análises clínicas para atender a demanda de urgência e emergência existente no Hospital Municipal Santa Terezinha e nas unidades Básicas de Saúde desta municipalidade, sendo o prazo de contrato para 04 (quatro) meses.

PREVISÃO	
PREVISÃO DE DOTAÇÃO SERVIÇOS	R\$ 33.400,00
TOTAL APROXIMADO	R\$ 33.400,00

Cruz Machado, 11 de Agosto de 2016

Requisitante



Prefeitura Municipal de Cruz Machado

Av. Vitória, 167 | Centro | 84620-000

(42) 3554-1222

www.pmcm.pr.gov.br

000004

Cruz Machado, 11 de agosto de 2016.

Parecer Contábil nº 215/2016

Referente à Solicitação nº 215/2016 – Secretaria Municipal de Saúde

Em Atenção à solicitação do Sr. Elton Hollen, Md. Secretário Municipal, para verificar a existência de recursos orçamentários.

Certifico que:

(X) - HÁ recursos orçamentários para pagamento das obrigações conforme dotação(ões) especificada (s) abaixo (s);

() - NÃO HÁ recursos orçamentários para pagamento das Obrigações;

() - Despesas Extra Orçamentária;

Recursos orçamentários: 2016

Cód. Reduzido	Unidade Orçamentária	Projeto/Atividade	Elemento Despesa	Recurso	Saldo Disponível	Valor Previsto
118	04.01	2.014	3.3.90.39.00.00.00	1.303	R\$84.562,48	R\$33.400,00
Total						R\$33.400,00

Jefferson R. Mazur
Contador
CRC PR 056342/O-8



Prefeitura Municipal de Cruz Machado
Estado do Paraná

Departamento de Compras e Licitações

Av. Vitória, 167 – Centro – Cruz Machado – PR – CEP: 84620-000 – Tel.: (42) 3554-1222

000005

EDITAL DE LICITAÇÃO

INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO

Nº 23/2016

OBJETO:

CONSTITUI OBJETO DESSA INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO A CONTRATAÇÃO DE EMPRESA CREDENCIADA E HABILITADA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS PARA ATENDER A DEMANDA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EXISTENTE NO HOSPITAL MUNICIPAL SANTA TEREZINHA E NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DESTA MUNICIPALIDADE, SENDO O PRAZO DE CONTRATO PARA 04 (QUATRO) MESES.



Prefeitura Municipal de Cruz Machado
Estado do Paraná

Departamento de Compras e Licitações

Av. Vitória, 167 – Centro – Cruz Machado – PR – CEP: 84620-000 – Tel.: (42) 3554-1222

000005

EDITAL DE INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº23/2016

OBJETO: CONSTITUI OBJETO DESSA INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO A CONTRATAÇÃO DE EMPRESA CREDENCIADA E HABILITADA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS PARA ATENDER A DEMANDA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EXISTENTE NO HOSPITAL MUNICIPAL SANTA TEREZINHA E NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DESTA MUNICIPALIDADE, SENDO O PRAZO DE CONTRATO PARA 04 (QUATRO) MESES.

A Secretaria de Administração em atendimento à solicitação da Secretaria Municipal de Saúde visa à contratação de empresa habilitada e credenciada para prestação de serviços de exames laboratoriais de análises clínicas para atender a demanda das Unidades Básicas de Saúde e Hospital Santa Terezinha desta municipalidade. Dessa forma, vem proceder à abertura de processo de Inexigibilidade de Licitação, fundamentado no Art. 25 da Lei nº 8.666/93, atualizada pela Lei nº 9.648/98.

JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO

Considerando a necessidade da contratação de empresa habilitada e credenciada para prestação de serviços de exames laboratoriais clínicos para atender a demanda de urgência e emergência existente no Hospital Santa Terezinha e Unidades Básicas de Saúde desta municipalidade, conforme descrito no credenciamento número 009/2015. Esta contratação se torna indispensável para o atendimento aos usuários da Rede Municipal de Saúde do município, para o diagnóstico e tratamento de pacientes que não tenham condições socioeconômicas para realizar os exames. Esta contratação se justifica a fim de que o município não fique sem prestar esses serviços, o que poderia prejudicar os usuários do sistema público de saúde no encaminhamento de diagnóstico para tratamento ou reabilitação do seu estado de saúde, melhorando assim, a qualidade dos serviços de saúde para a população e ofertando os exames com mais agilidade quando for necessário. Destacando que nos casos de urgência/emergência serão colhidos no próprio Hospital Municipal Santa Terezinha, sendo assim, o laboratório contratado deverá disponibilizar alguém para coleta 24 horas por dia durante toda semana incluindo sábados, domingos e feriados e inclusive utilizando o próprio material laboratorial, disponibilizando os resultados com máxima urgência, garantindo a qualidade dos exames com certificado do Responsável Técnico pelo Laboratório. Os valores dos exames devem ser correspondentes ao SIGTAP (Sistema de gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS) e o prazo de contrato será de 04 (quatro) meses.

A justificativa para a utilização desta modalidade é fundamentada no Art. 25, da Lei nº 8.666/93 Lei das Licitações.

RAZÃO DA ESCOLHA

A empresa prestadora dos serviços foi pesquisada e considerada adequada, por atender as necessidades específicas e logísticas e contém condições legais para realizá-lo. Em virtude do caráter de urgência e prezando pela melhor qualidade, a escolha recaiu para a CLÍNICA RADIODIAGNOSTICA DOMIT LTDA inscrita no CNPJ: 77.718.955/0001-03, localizado em União da Vitória, Paraná.

JUSTIFICATIVA DO PREÇO

Os valores cotados dos itens estão compatíveis com os valores de mercado para este objeto sendo R\$ 33.400,00 (Trinta e três mil e quatrocentos reais) perfazendo montante total.

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA



Prefeitura Municipal de Cruz Machado
Estado do Paraná

Departamento de Compras e Licitações

Av. Vitória, 167 – Centro – Cruz Machado – PR – CEP: 84620-000 – Tel.: (42) 3554-1222

000007

As despesas decorrentes da execução do presente contrato/aquisição correrão por conta da seguinte dotação orçamentária:

Unidade Orçamental: 04.01

Projeto/Atividade: 2.014

Elemento de Despesa: 3.3.90.39.00.00.00

DA HABILITAÇÃO

Para habilitação, será necessária a apresentação dos documentos conforme abaixo relacionados:

DA HABILITAÇÃO JURÍDICA:

1. **Registro Comercial**, no caso de empresa individual;
2. **Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social** e alterações em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;
3. **Inscrição do ato constitutivo**, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício;
4. Comprovação de exclusividade através de atestado fornecido pelo órgão de registro do comércio do local em que se realizaria a licitação ou a obra ou o serviço, pelo Sindicato, Federação ou Confederação Patronal, ou, ainda, pelas entidades equivalentes.

DA REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA:

1. Prova de inscrição no **Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ)**;
2. Prova de Regularidade para com a **Fazenda Federal**;
3. Prova de regularidade para com a **Fazenda Estadual**, do domicílio ou sede da licitante;
4. Prova de regularidade para com a **Fazenda Municipal**, do domicílio ou sede da licitante;
5. Prova de regularidade perante o **Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS (Certidão Negativa de Débitos – CND)**;
6. Prova de Regularidade de Situação perante o **Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS (CRF)**;
7. Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de **Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT)**, conforme exigido pela Lei nº 12.440/11.

DAS SANÇÕES

O inadimplemento dos prazos e condições deste Edital sujeitará a licitante às sanções administrativas previstas na Seção II do Capítulo IV da Lei Federal n.º 8.666/93.

FUNDAMENTO LEGAL

A presente Inexigibilidade encontra respaldo legal no Art. 25, da Lei nº 8.666/93, atualizada pela Lei nº 9.648/98, em razão de tratar-se de contratação de pequeno valor:

“Artigo 25º

É inexigível a licitação quando houver inviabilidade de competição.”

DA RESCISÃO

Para a rescisão do contrato, aplicar-se-á no que couber as disposições previstas nos Art. 77 ao 80 da Lei Federal n.º 8.666/93.

DO FORO



Prefeitura Municipal de Cruz Machado
Estado do Paraná

Departamento de Compras e Licitações

Av. Vitória, 167 – Centro – Cruz Machado – PR – CEP: 84620-000 – Tel.: (42) 3554-1222

000008

Fica eleito o Foro da Comarca de União da Vitória/PR, para dirimir toda e qualquer questão oriunda deste instrumento, renunciando-se a outro por mais privilegiado que o seja.

ANEXO DO EDITAL

Integra o presente edital, dele fazendo parte como se transcrito em seu corpo:

- a) Anexo I - do Objeto
- b) Minuta do Contrato

Encaminha-se o presente à apreciação deste Setor Jurídico para os fins previsto no parágrafo único do art. 38 da Lei 8.666/93.

Cruz Machado, 10 de Agosto de 2016

Prefeito

Antonio Luis Szaykowski

Ordenador da Despesa

Clóvis Chaikovski



PREFEITURA MUNICIPAL DE CRUZ MACHADO

000009

Av. Vitória, 167 - Cruz Machado-Pr CEP:84620-000
CNPJ 76.339.688/0001-09 - Cruz Machado - PR

EXTRATO DE INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO

PROCESSO ADMINISTRATIVO 215/2016

PROCESSO DE INEXIGIBILIDADE Nº 23/2016 – PMCM

CONTRATANTE: Município de Cruz Machado, Estado do Paraná.

CONTRATADO: Clinica Radiodiagnostica Domit Ltda.

OBJETO: Constitui objeto dessa inexigibilidade de licitação a contratação de empresa credenciada e habilitada para prestação de serviços de exames laboratoriais de análises clínicas para atender a demanda de urgência e emergência existente no Hospital Municipal Santa Terezinha e nas unidades Básicas de Saúde desta municipalidade, sendo o prazo de contrato para 04 (quatro) meses.


VALOR TOTAL: R\$ 33.400,00 (Trinta e três mil e quatrocentos reais).

PRAZO DE CONTRATO: 04 meses

RESPALDO LEGAL: Lei 8.666/93 – Art. 25

CONTRATANTE

Município de Cruz Machado


Antonio Luis Szajkowski
Prefeito Municipal
Cruz Machado - Pr

CONTRATADO

Clinica Radiodiagnostica Domit Ltda.



Diário Oficial

Lei nº 1360/2012
Decreto nº 1902/2012

ATOS DO MUNICÍPIO DE CRUZ MACHADO

Disponível em www.pmc.m.pr.gov.br
www.camaracruzmachado.pr.gov.br

PREFEITURA MUNICIPAL DE CRUZ MACHADO - PARANÁ
Avenida Vitória, 167 - Centro - CEP 84620-000

Responsável: Marcelo Kloczko

E-mail: diariooficial@pmcm.pr.gov.br

000010

EDIÇÃO DIGITALIZADA Nº 845 - ANO 4 | CRUZ MACHADO (PR), QUINTA-FEIRA, 24 DE SETEMBRO DE 2015

SUMÁRIO

ATOS DO PODER EXECUTIVO

Leis.....	
Decretos.....	
Portarias.....	
Licitações.....	01
Extratos.....	
Relatórios.....	
Diversos.....	

ATOS DOS CONSELHOS E COMISSÕES

Resoluções.....

Diversos.....

ATOS DO PODER LEGISLATIVO

Leis.....

Decretos.....

Portarias.....

Licitações.....

Extratos.....

Relatórios.....

Diversos.....

PUBLICAÇÕES DE CARÁTER INFORMATIVO EDUCATIVO

Diversos.....

ATOS DO PODER EXECUTIVO

LICITAÇÕES

AVISO DE LICITAÇÃO

CHAMAMENTO PÚBLICO/ CREDENCIAMENTO 009/2015

A Prefeitura de Cruz Machado - PR torna público que estará recebendo a partir do dia 24/09/2015, no horário de 09:00 às 15:00 horas, documentação de Credenciamento

de Unidades Privadas de Saúde, prestadoras de serviços, interessadas em firmar contrato com a Prefeitura Municipal de Cruz Machado, conforme disposto na Constituição Federal, Lei Federal 8.666/93, Lei Estadual nº 15.608 e as demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, mediante a celebração de CONTRATO DE CREDENCIAMENTO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS, mediante as condições estabelecidas neste edital e em seus anexos.

Regem o presente processo a Lei Federal nº 8.666/93, observadas as alterações posteriores.

O recebimento dos protocolos ocorrerão a partir do dia 24/09/2015 as 09:00 (nove) horas até dia 06/10/2015 às 10:00h. O credenciamento terá validade de 12 (doze) meses, podendo durante seu período de vigência receber novos credenciados que serão classificados nos prazos estimados no edital.

O Edital completo poderá ser obtido pelos interessados na CPL, em meio magnético, mediante entrega de um CD vazio, de segunda a sexta-feira, no horário de 14:00 às 17:00 horas ou pelo endereço eletrônico <http://www.pmc.m.pr.gov.br/>. É necessário que, ao fazer download do Edital, seja informado à Comissão Permanente de Licitação, via e-mail – licitacao@pmcm.pr.gov.br - ou via fax – (42)3554-1222, a retirada do mesmo, para que possam ser comunicadas possíveis alterações que se fizerem necessárias. A CPL não se responsabilizará pela falta de informações relativas ao procedimento àqueles interessados que não confirmarem, pelos meios expostos, a reti-

rada do Edital. Quaisquer dúvidas contatar pelos telefones (42) 3554-1222 ramal 244.

Cruz Machado, 23 de Setembro de 2015.

Presidente da CLP
Comissão Permanente de Licitação



Publ. 11/09/16



Prefeitura de Cruz Machado
Avenida Vitória 167
CNPJ 76339688/0001-09

000011

PORTARIA Nº 012/2016

Antonio Luis Szaykowski Prefeito Municipal de Cruz Machado, Estado do Paraná, no uso de suas atribuições legais, conforme o Artigo 77º Item V da Lei Orgânica do Município, **RESOLVE;**

DESIGNAR:

Os Servidores Públicos Municipais: **ELTON RICK HOLLEN** inscrito no CPF sob nº 046.495.909-63, **LILIAN MACIEL DE OLIVEIRA** inscrita no CPF sob nº 026.180.459-63 e **SILVIO LUIS ALVES PEREIRA** inscrito no CPF sob nº 925.467.229-72, para comporem a Comissão Permanente de Licitações como membros titulares, no **Exercício Financeiro de 2016**, presidida pelo primeiro e secretariado pelo último.

E como membros suplentes: Os Senhores: **ADÉLIA SEDLACZEK** inscrita no CPF sob nº 846.913.019-68 e **GALDINO DE OLIVEIRA** inscrito no CPF sob nº 044.435.959-20.

Registre-se e Publique-se;

Edifício da Prefeitura Municipal de Cruz Machado/Pr, em 07 de janeiro de 2016.

Antonio Luis Szaykowski
Prefeito Municipal


Antonio Luis Szaykowski
Prefeito Municipal
Cruz Machado - Pr



Prefeitura Municipal de
Cruz Machado

Igualdade e respeito por você!
Administração 2013-2016



CRENCIAMENTO – CHAMAMENTO PÚBLICO nº. 008/2015

ESTADO DO PARANÁ PREFEITURA MUNICIPAL DE CRUZ MACHADO

CNPJ 76.339.688/0001-09

Avenida Vitória, nº167, Centro – Cruz Machado Pr.

000012

AVISO

CHAMAMENTO PÚBLICO/CRENCIAMENTO 009/2015

A Prefeitura de Cruz Machado - PR torna público que estará recebendo, a partir do dia 24/09/2015, no horário de 09:00 às 15:00 horas, documentação de Credenciamento de Unidades Privadas de saúde, prestadoras de serviços, interessadas em firmar contrato com a Prefeitura Municipal de Cruz Machado, conforme disposto na Constituição Federal, Lei Federal 8.666/93, Lei Estadual nº 15.608 e as demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, mediante a celebração de CONTRATO DE CRENCIAMENTO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS, mediante as condições estabelecidas neste edital e em seus anexos.

Regem o presente processo a Lei Federal nº 8.666/93, observadas as alterações posteriores.

O recebimento dos protocolos ocorrerão a partir do dia 24/09/2015 as 09:00 (nove) horas até dia 06/10/2015 às 10:00h. O credenciamento terá validade de 12 (doze) meses, podendo durante seu período de vigência receber novos credenciados que serão classificados nos prazos estimados no edital.

O Edital completo poderá ser obtido pelos interessados na CPL, em meio magnético, mediante entrega de um CD vazio, de segunda a sexta-feira, no horário de 14:00 às 17:00 horas ou pelo endereço eletrônico <http://www.pmc.m.pr.gov.br/>. É necessário que, ao fazer download do Edital, seja informado à Comissão Permanente de Licitação, via e-mail – licitação@pmcm.pr.gov.br - ou via fax – (42)3554-1222, a retirada do mesmo, para que possam ser comunicadas possíveis alterações que se fizerem necessárias. A CPL não se responsabilizará pela falta de informações relativas ao procedimento àqueles interessados que não confirmarem, pelos meios expostos, a retirada do Edital. Quaisquer dúvidas contatar pelos telefones (42) 3554-1222 ramal 244.

Cruz Machado, 23 de Setembro de 2015.

Presidente da CLP

Comissão Permanente de Licitação



Prefeitura Municipal de
Cruz Machado

igualdade e respeito por você!
Administração 2013-2016



CREDECENCIAMENTO – CHAMAMENTO PÚBLICO nº. 008/2015

000013

EDITAL DE CREDENCIAMENTO – Nº 009/2015

A Secretaria Municipal de Saúde de Cruz Machado, torna público que estará recebendo em sua sede, situada na Av. Vitória, 167, Centro, até 06 de OUTUBRO de 2015, DOCUMENTAÇÃO E PROPOSTAS DE PREÇOS DE PESSOAS JURÍDICAS, PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, para a prestação de serviços de forma complementar ao SUS, conforme adiante elencada e de acordo com as condições estabelecidas neste Edital.

1 – DO OBJETIVO:

Contratação de Unidades Privadas de saúde, prestadoras de serviços, interessadas em firmar contrato com a Prefeitura Municipal de Cruz Machado, conforme disposto na Constituição Federal, Lei Federal 8.666/93, Lei Estadual nº 15.608 e as demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, mediante a celebração de CONTRATO DE CREDENCIAMENTO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS, como segue:

Item	Descrição do Material	Un.Med.	Preço Unit. Máximo
1	EXAME ÁCIDO URICO	UN	1,8500
2	EXAME DOSAGEM DE AMILASE	UN	2,2500
3	EXAME BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES	UN	2,0100
4	EXAME DOSAGEM DE CALCIO	UN	1,8500
5	EXAME DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	UN	3,5100
6	EXAME DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	UN	3,5100
7	EXAME DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	UN	1,8500
8	EXAME DOSAGEM DE COLINESTERASE	UN	3,6800
9	EXAME DE CREATININA	UN	1,8500
10	EXAME DE DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	UN	3,6800
11	EXAME DE DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (FRAÇÃO)	UN	4,1200
12	EXAME DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA (LDH)	UN	3,6800
13	EXAME DOSAGEM DE FERRO SERICO	UN	3,5100
14	EXAME DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	UN	2,0100
15	EXAME DOSAGEM DE FOSFORO	UN	1,8500
16	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE	UN	3,5100
17	EXAME DOSAGEM DE GLICOSE	UN	1,8500
18	DOSAGEM HEMOGLOBINA GLICOSILADA	UN	7,8600
19	EXAME DOSAGEM DE MAGNESIO	UN	2,0100
20	EXAME DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	UN	2,0100
21	EXAME DOSAGEM DE POTASSIO	UN	1,8500
22	EXAME DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRAÇÕES	UN	1,8500
23	EXAME DOSAGEM DE SODIO	UN	1,8500
24	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO- OXALACETICA	UN	2,0100
25	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO- PIRÚVICA	UN	2,0100
26	EXAME DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	UN	3,5100
27	EXAME DOSAGEM DE UREIA	UN	1,8500
28	EXAME CONTAGEM DE PLAQUETAS	UN	2,7300
29	EXAME CONTAGEM DE RETICULOCITOS	UN	2,7300
30	EXAME DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	UN	2,7300
31	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO	UN	2,7300
32	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOSPLASTINA	UN	5,7700
33	EXAME DE DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA	UN	2,7300



34	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO	UN	2,7300
35	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	UN	1,5300
36	EXAME HEMATOCRITO	UN	1,5300
37	EXAME HEMOGRAMA COMPLETO	UN	4,1100
38	EXAME PESQUISA DE CELULAS LE	UN	4,1100
39	EXAME DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATÓIDE	UN	2,8300
40	DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTATICO ESPECIFICO	UN	16,4200
41	EXAME DOSAGEM DE PROTEÍNA C REATIVA	UN	2,8300
42	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1	UN	10,0000
43	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDE	UN	2,8300
44	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA	UN	2,8300
45	EXAME DE PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE	UN	18,5500
46	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C	UN	18,5500
47	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	UN	16,9700
48	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTÍGENO CENTRAL	UN	18,5500
49	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A	UN	18,5500
50	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	UN	17,1600
51	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	UN	18,5500
52	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VIRUS	UN	18,5500
53	EXAME PESQUISA ANTICORPOS IGM CONTRA VIRUS HEPATITE A	UN	18,5500
54	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA VIRUS DA RUBEOLA	UN	17,1600
55	EXAME PESQUISA DE ANTÍGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	UN	13,3500
56	EXAME PESQUISA ANTÍGENO E SUPERFÍCIE VÍRUS HEPATITE B	UN	18,5500
57	EXAME PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS HEPATITE B (HBEAG)	UN	18,5500
58	EXAME PESQUISA FATOR REUMATOIDE (WAALEROSE)	UN	4,1000
59	EXAME TESTE DE VDRL P/SIFILIS	UN	2,8300
60	EXAME VDRL PARA DETECÇÃO EM SÍFILIS EM GESTANTES	UN	2,8300
61	EXAME PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	UN	1,6500
62	EXAME PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	UN	1,6500
63	EXAME PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	UN	1,6500
64	EXAME ANALISE DE CARACTERES FÍSICOS.ELEMENTOS E SEDIMENTOS D	UN	3,7000
65	EXAME DOSAGEM DE PROTEÍNAS (UNIRNA DE 24 HORAS)	UN	2,0400
66	EXAME DOSAGEM DE ESTRADIOL	UN	10,1500
67	EXAME DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIÔNICA HUMANA (HCG, BETA H	UN	7,8900
68	EXAME DOSAGEM DE HORMONIO FOLÍCULO-ESTIMULANTE (FSH)	UN	7,8900
69	EXAME DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	UN	8,9700
70	EXAME DOSAGEM DE HORMONIO TIROESTIMULANTE (TSH)	UN	8,9600
71	EXAME DOSAGEM DE PROGESTERONA	UN	10,2200
72	EXAME DOSAGEM DE PROLACTINA	UN	10,1500
73	EXAME DOSAGEM DE TESTOSTERONA	UN	10,4300
74	EXAME DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	UN	8,7600
75	EXAME DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4)	UN	11,6000
76	EXAME DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	UN	8,7100
77	EXAME DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	UN	15,6500
78	EXAME DOSAGEM DE CARBAZEPINA	UN	17,5300
79	EXAME DOSAGEM DE DIGITÁLICOS (DIGOXINA, DIGICOXINA)	UN	8,9700
80	EXAME DOSAGEM DE FENITOINA	UN	35,2200
81	EXAME DOSAGEM DE LITIO	UN	2,2500
82	EXAME ANTIBIOGRAMA	UN	4,9800
83	EXAME BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICO)	UN	4,2000
84	BACISLOSCOPIA DIRETA PARA BAAR (HANSENIASE)	UN	4,2000
85	EXAME BACTERIOSCOPIA (GRAM)	UN	2,8000



86	EXAME DE CULTURAS DE BACTÉRIAS PARA IDENTIFICAÇÃO	UN	5,6200
87	EXAME CULTURA PARA BAAR	UN	5,6300
88	EXAME CULTURA PARA IDENTIFICAÇÃO DE FUNGOS	UN	4,1900
89	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	UN	2,8000
90	EXAME IDENTIFICAÇÃO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	UN	5,6300
91	EXAME DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	UN	1,3700
92	EXAME PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	UN	1,3700
93	EXAME DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO	UN	97,4400
94	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COLUNA CERVICAL OU DORSAL OU	UN	86,7600
95	EXAME DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	UN	86,7600
96	EXAME DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PELVE	UN	138,6300
97	EXAME DE ULTRASSOMOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	UN	37,9500
98	EXAME DE ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL INCLUI REGIÃO PELVICA	UN	24,2000

2 – CONDIÇÕES PARA CRENCIAMENTO

- 2.1. Os interessados poderão inscrever-se para o Credenciamento a partir da primeira publicação do presente instrumento;
- 2.2. Serão considerados credenciados os prestadores de serviços pessoa jurídica, que apresentarem os Documentos enumerados no item 3.1 deste instrumento;
- 2.3. Os interessados poderão ter acesso ao Edital através da retirada de cópia na e/ou acessar o site www.pmcm.pr.gov.br;
- 2.4. Os interessados deverão encaminhar os documentos relacionados no item 3.1 à Prefeitura Municipal e Cruz Machado, situada na Av. Vitória, n.167, Centro, no horário das 09:00 às 11:30h e das 14:00 às 17:00h de segunda a sexta-feira, no Departamento de Compras e Licitações.

3 – DOCUMENTAÇÃO REFERENTE À HABILITAÇÃO

3.1. Para credenciamento – Pessoa Jurídica – deverão apresentar os seguintes documentos:

- Requerimento para credenciamento conforme modelo anexo;
- Documentos de RG e CPF do Responsável Técnico;
- Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES;
- Certificado de Regularidade emitido pelo Conselho Regional de Farmácia;
- Declaração firmada pelo Responsável Técnico, que as informações prestadas são verdadeiras, sob pena de responder judicialmente pelas inconsistências das informações;
- Contrato social devidamente registrado na Junta Comercial do Estado ou no Cartório de Títulos e Documentos, onde conste, dentro dos seus objetivos, a prestação dos serviços acima indicados;
- Cartão do CNPJ;
- Certidão Negativa de débito Municipal, Estadual e Federal;
- Certidão Negativa de débito com o INSS;



- Certidão Negativa de débito com o FGTS;
- 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 n.º 5452, de 1º de maio de 1943. (CNDT).
- Alvará de localização fornecido pelo Município da sede da pessoa jurídica;
- Licença Sanitária do estabelecimento;
- Capacidade máxima de atendimento e número de profissionais;
- Registro no Conselho Regional de Farmácia da pessoa jurídica e do Responsável Técnico;
- Diploma do Curso e certificado de especialização de acordo com a área de serviços laboratoriais a serem prestados.

4 – CONDIÇÕES PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

a) O controle da cota física e financeira dos procedimentos contratados será de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, que deverá também acompanhar e controlar a demanda encaminhada de acordo com a quantidade física e financeira contratada;

b) Os serviços serão autorizados mediante solicitação médica, em formulário próprio da Secretaria Municipal de Saúde – REC (requisição de exames complementares), ou em outro formulário que possa vir a ser implantado pela Secretaria. Também poderão ser solicitados através de formulários específicos de serviços de outros municípios de referência, com os quais a Secretaria possui pactuação.

c) Somente serão pagos os exames comprovadamente realizados, mediante o envio semanal dos resultados dos exames, os quais deverão conter a identificação do usuário e a data de realização do exame. Deverão ainda, vir acompanhados da REC (Requisição de Exames Complementares) ou ainda, por outro formulário, devidamente autorizado previamente pelo Departamento Administrativo, ou ainda, pelas Unidades de Saúde com autorização descentralizada. Cabe ao Departamento Administrativo informar ao Laboratório credenciado a relação das Unidades que tem permissão da Secretaria de Saúde para autorizar exames.

d) Os exames poderão ser glosados caso não haja comprovação de sua realização dentro dos critérios acima descritos.

e) Deverá ser entregue uma via do resultado do exame para o paciente (com identificação do usuário e a data de realização do exame) o qual deverá retirá-lo junto à contratada. Excetuam-se dessa regra, os exames realizados para gestantes, pois esses deverão ser entregues no Departamento Administrativo para posterior envio às Unidades de Saúde.

f) A contratada deve possuir o estabelecimento nos perímetros dos Municípios de Cruz Machado e/ou União da Vitória, em área urbana, cedendo espaço físico próprio e adequado para os procedimentos, com disponibilidade dos materiais, equipamentos e recursos humanos, realizando os exames laboratoriais em sua sede própria.

g) A contratada deverá ainda, estar devidamente cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde do Ministério da Saúde, o qual deverá estar compatível com os serviços a serem prestados.



h) São competências e/ou funções da contratada:

- Prestar atendimento aos usuários nos dias e horários acordados;
- Acolher os pacientes e acompanhantes de forma humanizada;
- Possuir equipe multiprofissional compatível com a característica e funções do Serviço;
- Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes;
- Manter registro atualizado no CNES;
- Submeter-se à regulação, controle, avaliação e auditoria instituída pelo Gestor do SUS;
- Atender as diretrizes o PNH – Programa Nacional de Humanização.
- Trabalhar com a mais profunda ética profissional, e tratar todas as informações relevante como confidenciais.
- Disponibilizar profissional durante 24h (vinte e quatro horas) durante toda a semana (sábados, domingos e feriados) para atendimento de Urgências e Emergências do Hospital Municipal.
- Realizar as coletas de Urgências e Emergências no Hospital Municipal Santa Terezinha.

i) Atender o Plano Operativo anexo a este edital na sua íntegra.

5 – DO PAGAMENTO E DOS VALORES

O pagamento pelos serviços prestados pela empresa credenciada será efetuado mensalmente, até o 5º dia útil do mês subsequente à prestação dos serviços pelo valor estipulado neste edital, mediante apresentação de nota fiscal de prestação de serviços juntamente com a relação nominal dos procedimentos.

Os valores dos exames tomam como referencia a Tabela do SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM) do SUS. E o mesmo poderá sofrer atualizações.

Será pago adicional de

6 – DO NÚMERO DE PROCEDIMENTOS

A quantidade de procedimentos a serem realizadas pelos credenciados será de no máximo 1.300 (um mil e trezentos) exames/mês, equivalente a aproximadamente R\$ 8.350,00 (oito mil trezentos e cinquenta reais)/mês, totalizando R\$ 100.000,00 (cem mil reais)/ano aproximadamente.

7 – DA INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO

Uma vez habilitado o laboratório, o processo será encaminhado à Secretaria Municipal de Administração que verificará a regularidade do processo adotando as ações cabíveis aos procedimentos de inexigibilidade de licitação, previstos no art. 26 da lei 8.666/93 para formalização do contrato de credenciamento.

8 – FORMALIZAÇÃO

Realizados os procedimentos previstos, o habilitado será convocado para assinatura do instrumento contratual próprio, contendo as cláusulas e condições previstas neste Edital.



Prefeitura Municipal de
Cruz Machado

igualdade e respeito por você!
Administração 2013-2016



CRENCIAMENTO – CHAMAMENTO PÚBLICO nº. 008/2015

000018

9 – INFORMAÇÕES

Maiores informações poderão ser obtidas junto à Secretaria Municipal da Saúde, pelo fone (047)3642-1202 (Departamento de Compras) ou na Prefeitura Municipal, pelo fone (047)3642-5556 (Departamento de Licitações).

10 – DO PRAZO DE CRENCIAMENTO:

O credenciamento ficará disponível a protocolo de participantes do dia 24/09/2015 a 06/10/2015, até as 10:00h, horário em que será realizada sessão pública para avaliação da documentação protocolada.

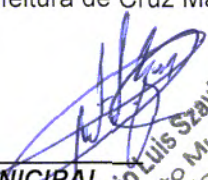
O Credenciamento será válido por 12 (doze) meses, vigorando a partir da data da publicação deste Edital, podendo ser prorrogado por igual período, a critério da COMISSÃO DE LICITAÇÕES.

Os novos credenciamentos que ocorrerem após a data do dia 06/09/2015 serão analisados e publicados o resultado de sua classificação em até 10 (dez) dias.

Dê-se-lhe a divulgação prevista na Lei n. 10.520/02.
E, para que ninguém alegue ignorância, é o presente Edital publicado em resumo no JORNAL O COMÉRCIO e afixado em local de costume da PREFEITURA MUNICIPAL DE CRUZ MACHADO.

Prefeitura de Cruz Machado, 23 de Setembro de 2015.

PREFEITO MUNICIPAL


Antonio Luis Szaykowski
Prefeito Municipal
Cruz Machado - Pr



000019

REQUERIMENTO PARA CRENCIAMENTO – PESSOA JURÍDICA

8

À Secretaria Municipal de Saúde do Município de Cruz Machado

O interessado, abaixo qualificado, requer sua inscrição como Credenciado para prestação de serviços laboratoriais de análises clínicas, conforme estabelecido pelo Edital de Credenciamento nº. 009/2015, anexando a este requerimento os seguintes documentos:

- Documentos de RG e CPF do Responsável Técnico;
- Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES;
- Certificado de Regularidade emitido pelo Conselho Regional de Farmácia;
- Declaração firmada pelo Responsável Técnico, que as informações prestadas são verdadeiras, sob pena de responder judicialmente pelas inconsistências das informações;
- Contrato social devidamente registrado na Junta Comercial do Estado ou no Cartório de Títulos e Documentos, onde conste, dentro dos seus objetivos, a prestação dos serviços acima indicados;
- Cartão do CNPJ;
- Certidão Negativa de débito Municipal, Estadual e Federal;
- Certidão Negativa de débito com o INSS;
- Certidão Negativa de débito com o FGTS;
- 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 n.º 5452, de 1º de maio de 1943. (CNDT).
- Alvará de localização fornecido pelo Município da sede da pessoa jurídica e do Responsável Técnico;
- Licença Sanitária do estabelecimento;
- Capacidade máxima de atendimento e número de profissionais;
- Registro no Conselho Regional de Farmácia
- Diploma do Curso e certificado de especialização de acordo com a área de serviços laboratoriais a serem prestados.

Nome/Razão Social: _____

Endereço Comercial _____

CEP _____ Cidade _____ Estado _____

CRF nº. _____ R.G. nº _____ CPF nº _____

Município de _____ de _____ de 2015.

Nome legível e Assinatura do Requerente:



000020

MINUTA DE CONTRATO PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

N.º / 2015

9

Pelo presente Contrato de Prestação de Serviços, de um lado o Município de Cruz Machado, Estado do Paraná, inscrito no CNPJ sob n.º 76.339.688/0001-09, aqui representado por seu Prefeito Municipal, Sr. Luiz Antonio Szaykowski, portador do CPF n.º 714.986.999-87, residente e domiciliado nesta cidade de Cruz Machado, adiante denominado CONTRATANTE e de outro lado como CONTRATADA,, inscrita no CNPJ sob n.º, situado à rua, representada neste ato por seu(ua) sócio administrador(a) inscrito(a) CPF sob n.º e RG sob número, residente e domiciliado(a) na rua, tem justo e acordado o adiante exposto em cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA:

OBJETO E VALOR:

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES DE ANÁLISES CLÍNICAS:

CLÁUSULA SEGUNDA: OBRIGAÇÕES

I - DO CONTRATANTE

- a) Encaminhar as solicitações pelo Departamento de Administração da Secretaria de Saúde da Secretaria da Saúde;
- b) Acompanhar e controlar a execução dos serviços, através do Departamento de Administração da Secretaria de Saúde da Secretaria da Saúde;
- c) Efetuar o pagamento até o 5º dia útil do mês subsequente ao da prestação de serviços;

II - DA CONTRATADA:

- a) Realizar os exames requisitados, na sede de sua clínica e a coleta nas urgências e emergências no Hospital Municipal, devidamente equipada;
- b) Remeter ao final de cada mês ao Departamento de Administração da Secretaria de Saúde as notas fiscais de prestação de serviços;
- c) Abster-se de cobrar qualquer valor, sob qualquer título, do paciente assistido pelo presente contrato.
- d) Atender o Plano Operativo, anexo a este edital na sua íntegra.

CLÁUSULA TERCEIRA: VALOR CONTRATUAL E PAGAMENTO

Atribui-se ao presente contrato, conforme proposta de preços apresentada pelo contratado o valor global de R\$ XXXXXXXX (.....).

Parágrafo Primeiro: As despesas referentes ao presente termo correrão pela seguinte dotação orçamentária:

CLÁUSULA QUARTA: PRAZO



O presente contrato tem duração de 12 (doze) a contar da data de assinatura, podendo ser prorrogado, a critério das partes, mediante termo aditivo.

CLÁUSULA QUINTA: RESCISÃO

10

Constituem motivos para rescisão do presente contrato, o não cumprimento de qualquer das suas cláusulas ou condições, bem como os motivos previstos na Lei 8.666/93.

§ Único - Em caso de rescisão contratual, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, será observado o prazo de 30 a 60 dias para ocorrer a rescisão.

CLÁUSULA SEXTA: FORO

As partes elegem o foro da Comarca de União da Vitória - PR para dirimir qualquer questão referente ao presente contrato. E por assim haverem livremente acordado, as partes assinam o presente em três vias, para um só efeito legal, juntamente com duas testemunhas.

Cruz Machado, de de 2015.

Antonio Luis Szaykowski
Prefeito

Contratada

Testemunhas



Prefeitura Municipal de
Cruz Machado

igualdade e respeito por você!
Administração 2013-2016



CRENCIAMENTO – CHAMAMENTO PÚBLICO nº. 008/2015

000022

MODELO DE DECLARAÇÃO – PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA DECLARAÇÃO

11

(Razão Social) com sede a (.....endereço completo.....) através de seu Responsável Legal, Sr.....inscrito no R.G. nº () e no CPF/MF n.º (.....) **DECLARA para fins de credenciamento junto a Secretaria Municipal da Saúde do Município de Cruz Machado, Estado do Paraná que as informações prestadas são verdadeiras, sob pena de responder judicialmente pelas inconsistências das informações.**

Município de _____, _____ de _____ de 2015.

Assinatura devidamente identificada

Nome:
CPF:



Prefeitura Municipal de
Cruz Machado

igualdade e respeito por você!
Administração 2013-2015



CRENCIAMENTO – CHAMAMENTO PÚBLICO nº. 008/2015

000023

MODELO DEVERÁ SER DIGITADA EM PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA

PROPOSTA DE PREÇOS

(local e data), de de 2015.

12

RAZÃO SOCIAL:.....
END.:
CIDADE: ESTADO:
TELEFONE/EMAIL..... CNPJ:.....

À PREFEITURA MUNICIPAL DE CRUZ MACHADO
REF.: PROPOSTA PARA PARTICIPAÇÃO DO
EDITAL DE CREDENCIAMENTO N.º 009/2015

Prezados Senhores: Apresentamos e submetemos a apreciação de Vossas Senhorias nossa proposta de preços, relativa a PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS, conforme edital de credenciamento:

TABELA DE EXAMES LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS

Item	Descrição do Material	Un.Med.	Preço Unit. Máximo
1	EXAME ÁCIDO URICO	UN	
2	EXAME DOSAGEM DE AMILASE	UN	
3	EXAME BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES	UN	
4	EXAME DOSAGEM DE CALCIO	UN	
5	EXAME DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	UN	
6	EXAME DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	UN	
7	EXAME DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	UN	
8	EXAME DOSAGEM DE COLINESTERASE	UN	
9	EXAME DE CREATININA	UN	
10	EXAME DE DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	UN	
11	EXAME DE DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (FRAÇÃO)	UN	
12	EXAME DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA (LDH)	UN	
13	EXAME DOSAGEM DE FERRO SERICO	UN	
14	EXAME DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	UN	
15	EXAME DOSAGEM DE FOSFORO	UN	
16	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE	UN	
17	EXAME DOSAGEM DE GLICOSE	UN	
18	DOSAGEM HEMOGLOBINA GLICOSILADA	UN	
19	EXAME DOSAGEM DE MAGNESIO	UN	
20	EXAME DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	UN	
21	EXAME DOSAGEM DE POTASSIO	UN	
22	EXAME DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRAÇÕES	UN	
23	EXAME DOSAGEM DE SODIO	UN	
24	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO- OXALACETICA	UN	



25	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO- PIRÚVICA	UN	
26	EXAME DOSAGEM DE TRIGLICERÍDEOS	UN	
27	EXAME DOSAGEM DE UREIA	UN	
28	EXAME CONTAGEM DE PLAQUETAS	UN	
29	EXAME CONTAGEM DE RETICULÓCITOS	UN	
30	EXAME DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	UN	
31	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO	UN	
32	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBÓPLASTINA	UN	
33	EXAME DE DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA	UN	
34	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSÉDIMENTAÇÃO	UN	
35	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	UN	
36	EXAME HEMATÓCRITO	UN	
37	EXAME HEMOGRAMA COMPLETO	UN	
38	EXAME PESQUISA DE CELULAS LE	UN	
39	EXAME DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATÓIDE	UN	
40	DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO	UN	
41	EXAME DOSAGEM DE PROTEÍNA C REATIVA	UN	
42	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1	UN	
43	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATÓZOIDE	UN	
44	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA	UN	
45	EXAME DE PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE	UN	
46	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C	UN	
47	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	UN	
48	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTÍGENO CENTRAL	UN	
49	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A	UN	
50	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	UN	
51	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	UN	
52	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VIRUS	UN	
53	EXAME PESQUISA ANTICORPOS IGM CONTRA VIRUS HEPATITE A	UN	
54	EXAME PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA VIRUS DA RUBEOLA	UN	
55	EXAME PESQUISA DE ANTÍGENO CARCINOEMBRIÓNARIO (CEA)	UN	
56	EXAME PESQUISA ANTÍGENO E SUPERFÍCIE VÍRUS HEPATITE B	UN	
57	EXAME PESQUISA DE ANTÍGENO E DO VIRUS HEPATITE B (HBEAG)	UN	
58	EXAME PESQUISA FATOR REUMATÓIDE (WAALER-ROSE)	UN	
59	EXAME TESTE DE VDRL P/SÍFILIS	UN	
60	EXAME VDRL PARA DETECÇÃO EM SÍFILIS EM GESTANTES	UN	
61	EXAME PESQUISA DE LEUCÓCITOS NAS FEZES	UN	
62	EXAME PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	UN	
63	EXAME PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	UN	
64	EXAME ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS. ELEMENTOS E SEDIMENTOS D	UN	
65	EXAME DOSAGEM DE PROTEÍNAS (UNIRNA DE 24 HORAS)	UN	
66	EXAME DOSAGEM DE ESTRADIOL	UN	
67	EXAME DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIÔNICA HUMANA (HCG, BETA H	UN	
68	EXAME DOSAGEM DE HORMÔNIO FOLÍCULO-ESTIMULANTE (FSH)	UN	
69	EXAME DOSAGEM DE HORMÔNIO LUTEINIZANTE (LH)	UN	
70	EXAME DOSAGEM DE HORMÔNIO TIROESTIMULANTE (TSH)	UN	
71	EXAME DOSAGEM DE PROGESTERONA	UN	
72	EXAME DOSAGEM DE PROLACTINA	UN	
73	EXAME DOSAGEM DE TESTOSTERONA	UN	



74	EXAME DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	UN		
75	EXAME DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4)	UN		
76	EXAME DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	UN		
77	EXAME DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	UN		
78	EXAME DOSAGEM DE CARBAZEPINA	UN		
79	EXAME DOSAGEM DE DIGITÁLICOS (DIGOXINA, DIGICOXINA)	UN		
80	EXAME DOSAGEM DE FENITOINA	UN		
81	EXAME DOSAGEM DE LITIO	UN		
82	EXAME ANTIBIOGRAMA	UN		
83	EXAME BACIOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICO)	UN		
84	BACIOSCOPIA DIRETA PARA BAAR (HANSEIASE)	UN		
85	EXAME BACTERIOSCOPIA (GRAM)	UN		
86	EXAME DE CULTURAS DE BACTÉRIAS PARA IDENTIFICAÇÃO	UN		
87	EXAME CULTURA PARA BAAR	UN		
88	EXAME CULTURA PARA IDENTIFICAÇÃO DE FUNGOS	UN		
89	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	UN		
90	EXAME IDENTIFICAÇÃO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	UN		
91	EXAME DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	UN		
92	EXAME PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACÓ)	UN		
93	EXAME DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO	UN		
94	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COLUNA CERVICAL OU DORSAL OU	UN		
95	EXAME DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	UN		
96	EXAME DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PELVE	UN		
97	EXAME DE ULTRASSOMOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	UN		
98	EXAME DE ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL INCLUI REGIÃO PELVICA	UN		

O prazo de execução dos serviços será de 12(doze) meses a partir da assinatura do contrato, podendo ser prorrogado se houver interesse.

O prazo de validade da proposta de preços é de 60 (sessenta) dias.

(assinatura, carimbo e/ou identificação digitada do nome do representante legal)
CPF:



PLANO OPERATIVO

INTRODUÇÃO

15

O Plano Operativo é parte integrante do contrato de credenciamento celebrado entre o gestor municipal e o prestador de serviço de exames de análises clínicas, sendo um instrumento no qual são apresentadas ações e indicadores quantitativos e qualitativos pactuados entre as partes.

1- Justificativa

Os exames de análises clínicas são serviços auxiliares no tratamento de doenças, possibilitando diagnosticar patologias, bem como preveni-las, estabelecendo seu estágio e gravidade, assumindo assim um papel preponderante na saúde da população assistida pela rede pública municipal.

Destacamos que, embora os exames de análises clínicas façam parte da média complexidade, são de fundamental relevância para a qualidade da assistência prestada na atenção básica, já que muitos deles subsidiam o monitoramento da saúde da população através das Equipes de Estratégia de Saúde da Família; das Equipes de Atenção Básica e dos Programas, entre eles, o Programa Mãe Paranaense/Rede Cegonha; Programa de Hipertensos e Diabéticos.

A contratação destes exames através de credenciamento é indispensável, tendo em vista que o Laboratório Municipal não possui capacidade instalada suficiente para atender toda a demanda existente e nem condições tecnológicas de realizar exames mais complexos.

Assim, considerando que a saúde é um direito de todos previsto na Constituição Brasileira, cabendo às três esferas de governo a responsabilidade por essa assistência e visando dar continuidade na execução dos exames de análises clínicas, permitindo a avaliação dos sintomas e colaborando na elucidação da patologia e no acompanhamento do tratamento, torna-se indispensável ao município a contratação de exames através de credenciamento.

2 - Objetivo Geral

Execução de exames de análises clínicas a serem prestados aos usuários atendidos pela rede pública municipal, ou ainda, atendidos pelos municípios de referência, desde que autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde.

3 - Objetivos Específicos

- Possibilitar o acesso à serviços de saúde, de forma a garantir uma maior resolubilidade na assistência prestada;
- Viabilizar a realização de exames de análises clínicas em tempo oportuno, a fim de garantir a efetivação do diagnóstico e tratamento;
- Propiciar um prognóstico mais preciso e eficaz, através da disponibilização dos exames aos usuários do SUS – Sistema Único de Saúde;
- Subsidiar à equipe de profissionais médicos da rede pública municipal de saúde, no desempenho de suas funções.

4 - Caracterizações da Contratada

A contratada deverá possuir o estabelecimento nos perímetros dos Municípios de Cruz Machado e/ou União da Vitória/Porto União, em área urbana, cedendo espaço físico próprio e adequado para os procedimentos, com disponibilidade de mobiliários, materiais, equipamentos e recursos humanos necessários a realização dos exames de análises clínicas.



A contratada deverá ainda, estar devidamente cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde do Ministério da Saúde, o qual deverá estar compatível com os serviços à serem prestados.

São competências e/ou funções da contratada: - Prestar atendimento aos usuários nos dias e horários acordados;

- Acolher os pacientes e acompanhantes de forma humanizada;
- Possuir equipe multiprofissional compatível com a característica e funções do Serviço;
- Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes;
- Manter registro atualizado no CNES;
- Submeter-se à regulação, controle, avaliação e auditoria instituída pelo Gestor do SUS;
- Atender as diretrizes o PNH – Programa Nacional de Humanização.
- Trabalhar com a mais profunda ética profissional, e tratar todas as informações relevante como confidenciais.
- Disponibilizar profissional durante 24h (vinte e quatro horas) durante toda a semana (sábados, domingos e feriados) para atendimento de Urgências e Emergências do Hospital Municipal.
- Realizar as coletas de Urgências e Emergências no Hospital Municipal Santa Terezinha.

5 – Regulações, Controle, Avaliação e Auditoria

Os dias e horários de atendimentos serão agendados em comum acordo entre contratante e contratado, levando-se em consideração as condições favoráveis de acesso da população residente na área rural do município.

O acompanhamento dos serviços prestados será de responsabilidade do Departamento de Administração da Secretaria de Saúde, o qual se encarregará de controlar a demanda encaminhada de acordo com o quantitativo físico e financeiro contratado.

Os serviços serão solicitados através de formulário próprio da Secretaria Municipal de Saúde – REC (Requisição de Exames Complementares) ou ainda, por outro método de registro que venha à ser implantado pela Secretaria de Saúde.

Também poderão ser solicitados através de formulários específicos de serviços de outros municípios de referência, com os quais a Secretaria possui pactuação.

Somente serão pagos os exames comprovadamente realizados, mediante o envio semanal dos resultados dos exames, os quais deverão conter a identificação do usuário e a data de realização do exame.

Deverão ainda, vir acompanhados da REC (Requisição de Exames Complementares) ou ainda, por outro formulário, devidamente autorizado previamente pelo Departamento de Administração da Secretaria de Saúde, ou ainda, pelas Unidades de Saúde com autorização descentralizada.

Cabe ao Departamento de Administração da Secretaria de Saúde informar ao Laboratório credenciado a relação das Unidades que tem permissão da Secretaria de Saúde para autorizar exames.

Os exames poderão ser glosados caso não haja comprovação de sua realização dentro dos critérios acima descritos.

Deverá ser entregue uma via do resultado do exame para o paciente (com identificação do usuário e a data de realização do exame) o qual deverá retirá-lo junto à contratada.

Excetuam-se dessa regra, os exames realizados para gestantes, pois esses deverão ser entregues no Departamento de Administração da Secretaria de Saúde para posterior envio às Unidades de Saúde.



Essa regra tem por objetivo garantir o acompanhamento das gestantes, agilizando a avaliação dos resultados de exames de análises clínicas, favorecendo o diagnóstico precoce e um melhor prognóstico.

6 - Meta Quantitativa

Attingir 100% da demanda levantada pela Secretaria de Saúde para o caso específico de atendimento da Atenção Básica Municipal.

7 - Meta Qualitativa

• Atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade na prestação dos serviços, ou seja, realizando atendimento humanizado de acordo com a Política Nacional de Humanização – PNH do Ministério da Saúde.

8 - Avaliação das Metas Quantitativa e Qualitativa

Será formada uma comissão composta por profissionais e conselheiro de saúde que irão avaliar trimestralmente, o cumprimento das metas e objetivos propostos no plano.

A avaliação quantitativa se dará por meio de Relatórios de Produção – Física e Financeira, emitidos pelo Departamento de Administração da Secretaria de Saúde.

A avaliação qualitativa será subdividida em: Avaliação Técnica dos Serviços e Avaliação da Satisfação dos Usuários, as quais serão realizadas através de impressos próprios constantes nos anexos I e II, baseados no Manual do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS, do Ministério da Saúde, edição 2004/2005.

8.1 - Critérios de Avaliação Qualitativa

A avaliação técnica dos serviços será feita através da verificação do cumprimento dos requisitos constantes no anexo I, podendo resultar na seguinte classificação:

Classificação	Referência (%)
Excelente	90 a 100%
Ótimo	80 a 90%
Bom	70 a 80%
Razoável	60 a 70%
Ruim	Abaixo de 60%

Considerando que para obter um serviço de qualidade a contratada deverá atingir no mínimo o conceito "BOM", uma vez não atingida esta classificação, a mesma será advertida e terá um prazo de 30 (trinta) dias para adequação.

Caso não seja cumprido o prazo de 30 (trinta) dias de adequação, será aplicada multa pecuniária, correspondente a 1% do valor total do contrato.

Esta multa será aplicada mensalmente, até que se atinja o conceito mínimo de classificação.

A avaliação da satisfação do usuário será feita através de pesquisa aplicada, conforme anexo II, por meio de contato telefônico ou diretamente no Estabelecimento contratado.

Para subsidiar a avaliação da Comissão, o Departamento de Administração da Secretaria de Saúde, através do Setor Próprio, emitirá trimestralmente Relatório contendo nome e endereço de usuários que foram contatados, bem como, o dia e horário do contato.



Prefeitura Municipal de
Cruz Machado

igualdade e respeito por você!
Administração 2013-2016



CRENCIAMENTO – CHAMAMENTO PÚBLICO nº. 008/2015

000029

Os usuários contatados deverão ser escolhidos aleatoriamente, em dias e horários diversos. Eventualmente o Departamento de Administração da Secretaria de Saúde poderá enviar correspondência aos médicos da rede pública municipal solicitando a avaliação técnica dos resultados dos exames apresentados pelos usuários do SUS.

18

Os resultados obtidos nesta avaliação servirão de base para nortear a melhoria dos serviços. Caberá a Comissão a emissão de pareceres sobre a avaliação da meta qualitativa.

Os prazos de avaliação terão início a contar da data da assinatura do contrato.



ANEXO I

CNES Nº:	
ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:	
AVALIADOR:	CARGO:
PROFISSIONAL DO ESTABELECIMENTO:	CARGO:

AValiação Técnica dos Serviços

	SIM	NÃO	REQUISITOS
DIREÇÃO/ADMINISTRAÇÃO			O Estabelecimento possui Responsável Técnico habilitado para o exercício da atividade oferecida no serviço.
			Existe pessoa responsável para resolver situações adversas e que esteja acessível durante todo o período de realização dos exames contratados.
			O Estabelecimento dispõe de mecanismo que visem garantir a Ética Profissional
GESTÃO DE PESSOAS			Os profissionais cuja profissão é regulamentada por conselhos de classe, estão devidamente registrados no Estado em que está a sede do Estabelecimento contratado.
GESTÃO DE DOCUMENTAÇÃO			Resultado do Exame à ser fornecido ao usuário do SUS – Sistema Único de Saúde, com identificação completa do mesmo; data de realização do exame, devidamente carimbado e assinado pelo bioquímico executante do exame.
			Atendimento ao Cronograma de entrega dos Resultados dos Exames Realizados, ao Departamento de Municipalização, para fins de Auditoria.
			Apresentação correta da documentação para Auditoria, ou seja, Requisição de Exames Complementares (ou documento similar autorizado pela Secretaria de Saúde), acompanhado do Resultado do Exame (conforme padrões anteriormente explicitados).
			Assegura a guarda dos resultados dos exames no que se refere à confidencialidade e integridade dos mesmos.
GESTÃO DA ÁREA FÍSICA			Realiza manutenção predial corretiva.
			Ambientes identificados e de fácil visualização.
GESTÃO DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS			Equipamento (s) disponível (is) em condições de uso, compatíveis com a finalidade a que se propõem.
			Há programa de manutenção preventiva dos equipamentos.
HIGIENE			Utilização de jaleco pelo profissional responsável pela coleta, devidamente limpo. Utilização de Luvas e seringas descartáveis, abertas na presença do Usuário.
ÁREA FÍSICA BÁSICA			Forno lavável, limpo e claro.
			Paredes limpas e claras.



		Piso de fácil limpeza e desinfecção.
		Acesso a cadeirantes e deficientes físicos.
		Sanitário para usuários do SUS e acompanhantes.
		Alvará sanitário em dia.
		Espaços separados: recepção/sala de espera e sala de exames.

Pontuação: _____

Parecer do avaliador:

Cruz Machado, _____ de _____ de 2015.

Assinatura do Avaliador

Assinatura do Profissional da Unidade



ANEXO II

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS

PERFIL DO USUÁRIO

Nome:	
Idade:	Sexo:
Escolaridade:	Data:

Ambiência

Indicadores	Excelente	Ótimo	Bom	Regular	Ruim
Limpeza dos ambientes (recepção; sala de espera; banheiro, sala de exames etc...)					
Conforto dos ambientes – ventilação; iluminação; limpeza e integridade do mobiliário, propiciando conforto e bem estar.					
Espaço físico adequado a demanda de usuários que aguardam o atendimento médico.					

Atendimento pelo profissional responsável pela coleta do material

Indicadores	Excelente	Ótimo	Bom	Regular	Ruim
Tempo na sala de espera até a realização do exame (considerado o horário de chegada).					
É atencioso e realiza cuidadosamente a coleta.					
Indicadores	Sim		Não		
Sentimento de confiança no profissional que realizou o exame					

Atendimento de Recepção

Indicadores	Excelente	Ótimo	Bom	Regular	Ruim
É atencioso e responde as perguntas feitas.					
Orienta sobre o fluxo de atendimento do Estabelecimento.					
Se comporta com educação e respeito.					

Gratuidade dos serviços prestados

Indicadores	SIM	NÃO
Efetivação de pagamento em espécie, de qualquer quantia, pelo exame realizado.		
Em caso positivo, relatar o valor e o argumento da cobrança.	R\$ _____	



Prefeitura Municipal de
Cruz Machado

Igualdade e respeito por você!
Administração 2013-2016



CRENCIAMENTO – CHAMAMENTO PÚBLICO nº. 008/2015

000033

Pontuação: _____

Parecer do avaliador:

Cruz Machado, _____ de _____ de 2015.

Assinatura do Avaliador

FATURAMENTO REF. JUNHO/2016

Convênio: Prefeitura Municipal de Cruz Machado

DATA	PACIENTE	EXAMES	VALOR
10/06/16	Paulo Fernando Fudal	Us. bolsa escrotal+us. região inguinal esq.	R\$ 200,00
09/06/16	Celia Licheski	Us. abdominal total	R\$ 150,00
09/06/16	Silvia Andzeiwski	Us. abdominal total	R\$ 150,00
08/06/16	Camila Delonzek	Us. abdominal total	R\$ 150,00
01/06/16	Ludovica F. Todis	Us. transvaginal	R\$ 100,00
01/06/16	Rosa Freitas do P. Borges	Tomografia abdomen total	R\$ 550,00
01/06/16	Joanitta K. Smykaluk	Tomografia abdomen total	R\$ 550,00
02/06/16	Lindair Ap Veloso	Us. abdominal total	R\$ 150,00
01/06/16	Teodoro Berezowski	Us. abdominal total	R\$ 150,00
02/06/16	João Wionzek	Us. abdominal total	R\$ 150,00
01/06/16	Sofia G. Zavadzki	Tomografia Crânio	R\$ 350,00
10/06/16	Leonice Levandoski	Us. aparelho urinário	R\$ 100,00
10/06/16	Pedro Milosz	Tomografia Crânio	R\$ 350,00
13/06/16	João M. de Castro	Tomografia Crânio	R\$ 350,00
13/06/16	Lais Vitoria Schribenig	Us. abdominal total	R\$ 150,00
13/06/16	Avani Ana Ferreira	Us. abdominal total	R\$ 150,00
14/06/16	Vanda L. Tohurowski	Us. abdominal total	R\$ 150,00
14/06/16	Jacira R. Bueno	Us. abdominal total	R\$ 150,00
14/06/16	Ervino Wierzchon	Us. abdominal total	R\$ 150,00
16/06/16	Mauri Reban	Us. aparelho urinário	R\$ 100,00
16/06/16	Eliane Orzechowski	Us. abdominal total	R\$ 150,00
24/06/16	Eloyse G. Kolenetz	Ressonância-articulação-tornozelo	R\$ 500,00
27/06/16	Andre Polan Paidosz	Tomografia-crânio	R\$ 350,00
24/06/16	Cristiano Ferch	Us. abdominal total	R\$ 150,00
24/06/16	Leonarda L. Rolenetz	Us. abdominal total	R\$ 150,00
24/06/16	Amanda Weiss	Us. abdominal total	R\$ 150,00
20/06/16	Cristina G. Wierzchon	Tomografia-crânio	R\$ 350,00
21/06/16	Bryan A Tausenfreund	Us. abdominal total	R\$ 150,00
21/06/16	Araci Palamar Karas	Us. abdominal total	R\$ 150,00
23/06/16	Juraci Pimentel Granatyr	Us. abdominal total	R\$ 150,00
23/06/16	Milton Novak	Us. abdominal total	R\$ 150,00
28/06/16	João Ribeiro	Tomografia-crânio	R\$ 350,00
29/06/16	Osnir Aguinaldo Cardoso	Tomografia-crânio	R\$ 350,00

[Handwritten signatures and notes]
 8446072

000034

30/06/16	Anthony Vinicius Kapica	Us.abdominal total	R\$	150,00
29/06/16	Maria Iraci Vieira	Us.abdominal total	R\$	150,00
30/06/16	Adriana kaziuk Mackowiak	US.tireoide	R\$	100,00
15/06/16	Zeno Hunik	Rx.enema opaco-contrastado	R\$	350,00
	Serviços prestados JUNHO/2016		R\$	8.150,00
	Referente serviços prestados		R\$	4.830,00
	Total faturado dos exames realizados-Dr.Marcel Domit		R\$	12.980,00
	Relação de laudos de Raio-X=15,00 cada			
09/06/16	RN de Josiane Gonçalves	laudo-RX.coxa dir.+Rx.coxa esq	R\$	15,00
09/06/16	RN de Josiane Gonçalves	laudo-RX.coxa dir.+Rx.coxa dir	R\$	15,00
09/06/16	RN de Josiane Gonçalves	laudo-RX.perna dir.	R\$	15,00
09/06/16	RN de Josiane Gonçalves	laudo-RX.perna esq.	R\$	15,00
30/06/16	Adão Podstawka	laudo-RX.torax	R\$	15,00
	Total faturado dos laudos de raio-x-Dr.Marcel Domit		R\$	75,00
	Total geral dos exames realizados-Dr.Marcel Domit		R\$	13.055,00

(Treze mil, cinquenta e cinco reais)

União Radiológica Domit Ltda.

FATURAMENTO REF. JULHO/2016
Convênio: Prefeitura Municipal de Cruz Machado

DATA	PACIENTE	EXAMES	VALOR
20/07/16	Paulo Vitek	RM. crânio	R\$ 550,00
29/07/16	Elias Van Haandel	TC. crânio	R\$ 350,00
27/07/16	Jean Felipe Capeletti	US. abdominal total	R\$ 150,00
28/07/16	Irineu Golombieski	US. ombro	R\$ 100,00
20/07/16	Dinizeli Tausendfreund	US. abdominal total	R\$ 150,00
19/07/16	Dalton G. Zabandzala	US. abdominal total	R\$ 150,00
21/07/16	Henrique Blocki	US. abdominal total	R\$ 150,00
18/07/16	Darci Skwarek	TC. crânio	R\$ 350,00
18/07/16	Gustavo G. Werus	US. bolsa escrotal	R\$ 100,00
15/07/16	Carlos Santos Gomes	TC. ombro esq.	R\$ 400,00
13/07/16	Lajara Andriele Domianski	TC. crânio-valor parcial	R\$ 200,00
05/07/16	Teodoro Lulek	TC. crânio	R\$ 350,00
01/07/16	Adão Podstawka	TC. tórax	R\$ 480,00
04/07/16	Eugenio Iackowski	US. abdominal total	R\$ 150,00
04/07/16	Teresa Miranda Batista	US. abdominal total	R\$ 150,00
05/07/16	Walysson P. B. da Trindade	US. abdominal total-valor parcial	R\$ 50,00
04/07/16	Sabina K. Kostiuk	US. abdominal total	R\$ 150,00
06/07/16	Anderson Matacz	US. bolsa escrotal	R\$ 100,00
07/07/16	José C. Camargo	US. abdominal total	R\$ 150,00
12/07/16	Rafael A Cavalheiro	US. abdominal total	R\$ 150,00
12/07/16	Romario da Maia	US. abdominal total	R\$ 150,00
12/07/16	Benjamim Gura	US. abdominal total	R\$ 150,00
11/07/16	Daniel L. Rufino Tarapata	US. abdominal total	R\$ 150,00
21/06/16	Danuta Zmiewski Golec	RX. enema opaco-valor parcial	R\$ 200,00
11/07/16	Marcia Aparecida Martins	US. abdominal total	R\$ 150,00
11/07/16	Marcia Aparecida Martins	US. transvaginal	R\$ 100,00
13/07/16	Waldomiro Charnobay	US. abdominal total	R\$ 150,00
08/07/16	Irineu Mitzko	US. próstata	R\$ 100,00
08/07/16	Irineu Mitzko	US. abdominal total	R\$ 150,00
08/07/16	Edmundo Grzechnik	TC. tórax	R\$ 480,00
18/07/16	Elaine O. E. da Silva	US. cerv. +abd+axil. bilat.+inguinal bilateral	R\$ 700,00
21/07/16	Waldomira Paley	US. abdominal total	R\$ 150,00
18/07/16	Anita Krul Senff	Rx. urografia excretora-valor parcial	R\$ 150,00
22/07/16	Casemiro Krul	TC. crânio	R\$ 350,00

26/07/16	Jerônimo Uss	TC.tórax	R\$	480,00
22/07/16	José Litwin	US.abdominal total	R\$	150,00
22/07/16	Mariana P.Mazur	TC.coluna dorso-lombar	R\$	450,00
25/07/16	Luciani Konrath Ferreira	US.obstétrica	R\$	100,00
25/07/16	José Litwin	TC.tórax	R\$	480,00
	Serviços prestados JUNHO/2016		R\$	9.170,00
	Referente serviços prestados		R\$	-
	Total faturado dos exames realizados-Dr.Marcel Domit		R\$	9.170,00
Relação de laudos de Raio-X=15,00 cada				
09/06/16	Sueli Neubauer	laudo-RX.tórax	R\$	15,00
	Total faturado dos laudos de raio-x-Dr.Marcel Domit		R\$	15,00
	Total geral dos exames realizados-Dr.Marcel Domit		R\$	9.185,00

(Nove mil,cento e oitenta e cinco reais)

Fatura junho	R\$	8.225,00
saldo maio p/ junho(4830,00)	R\$	4.830,00
Fatura julho	R\$	9.185,00
Total Geral	R\$	22.240,00

[Handwritten Signature]
 Clínica Radiológica Domit Ltda. S/A

1820 2000

TABELA VALORES DE EXAMES DE IMAGEM CLÍNICA DOMIT		
CONVENIO CRUZ MACHADO	C/ DESC	PARTICULAR
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA		
RNM COM CONTRASTE	R\$ 550,00	R\$ 850,00
RNM SEM CONTRASTE	R\$ 500,00	R\$ 800,00
ARTRORESSONANCIA	R\$ 650,00	R\$ 950,00
ANGIORESSONANCIA CRANIO	R\$ 550,00	R\$ 950,00
RNM MAMAS	R\$ 600,00	R\$ 950,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA		
TC CRANIO COM CONTRASTE	R\$ 400,00	R\$ 450,00
TC CRÂNIO	R\$ 350,00	R\$ 400,00
TC OUIDOS	R\$ 450,00	R\$ 500,00
TC MASTOIDE	R\$ 450,00	R\$ 500,00
TC SEIOS FACE	R\$ 450,00	R\$ 500,00
TC COXA	R\$ 400,00	R\$ 500,00
TC COLUNA CERVICAL OU DORSAR OU LOMBO SACRA	R\$ 450,00	R\$ 500,00
TC ÓRBITAS	R\$ 450,00	R\$ 500,00
TC PESCOÇO / OROFARINGE	R\$ 480,00	R\$ 600,00
TC TORAX	R\$ 480,00	R\$ 600,00
TC ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 480,00	R\$ 600,00
TC PELVE	R\$ 480,00	R\$ 600,00
TC QUADRIL	R\$ 400,00	R\$ 450,00
TC OMBRO	R\$ 400,00	R\$ 450,00
TC JOELHO	R\$ 400,00	R\$ 450,00
TC ABDOMEN TOTAL	R\$ 550,00	R\$ 600,00
UROTOMOGRAFIA	R\$ 550,00	R\$ 600,00
ANGIOTOMO AORTA ABDOMINAL/ART RENAIIS	R\$ 800,00	R\$ 1.000,00
ANGIOTOMO CRANIO	R\$ 500,00	R\$ 500,00
ANGIOTOMO CAROTIDAS E VERTEBRAIS	R\$ 700,00	R\$ 800,00
US		
US ABDOMEN TOTAL	R\$ 150,00	R\$ 200,00
US ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 150,00	R\$ 200,00
US TV CONT OVULACAO/CADA	R\$ 150,00	R\$ 200,00
US REGIAO INGUINAL/CADA	R\$ 100,00	R\$ 170,00
US APARELHO URINARIO	R\$ 100,00	R\$ 170,00
US TRANSVAGINAL INCLUI REGIÃO PÉLVICA	R\$ 100,00	R\$ 170,00
US PELVICA	R\$ 100,00	R\$ 170,00
US TIREOIDE	R\$ 100,00	R\$ 170,00
US OCULAR /CADA	R\$ 100,00	R\$ 170,00

000038