



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

AVISO DE CREDENCIAMENTO

Edital de Credenciamento Público nº. 002/2013

O Município de Boa Vista - RR, através da Secretaria Municipal de Saúde torna público que realizará o **Credenciamento nº. 002/2013**, para de contratação de prestadores de serviços de saúde especializado em **DIAGNÓSTICO EM FISIOTERAPIA, CARDIOLOGIA-PEDIATRICA, ULTRASONOGRAFIA, OTORRINOLARINGOLOGIA/FONOAUDIOLOGIA e OFTALMOLOGIA** sejam públicos, privados ou filantrópicos, visando à ampliação dos serviços ofertados pela Rede Municipal de Saúde, usando como referência os procedimentos e valores da **Tabela SIGTAP/SUS e /ou Tabela complementar do município de Boa Vista - Recurso Próprio**. Este procedimento é autorizado por meio do Processo nº. **107/13** - SMSA será regido pela Lei Federal nº. 8.666/93 e alterações, art. 24, da Lei nº. 8.080/90. O prazo para o credenciamento é de 15 (quinze) dias a partir da publicação do presente Edital.

Os interessados poderão retirar o presente Edital e seus anexos, no site www.boavista.rr.gov.br

Boa Vista (RR), 02 de abril de 2013.

MARCELO DE LIMA LOPES

Secretário Municipal de Saúde



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS DE SAÚDE**

O MUNICÍPIO DE BOA VISTA, através da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, situada na Rua Coronel Mota, nº. 418, Centro, Boa Vista – RR torna público para ciência dos interessados, que iniciará, a partir da publicação deste, o processo de **CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PRESTADORAS DE SERVIÇOS NA ÁREA DE DIAGNÓSTICO EM FISIOTERAPIA, CARDIOLOGIA-PEDIÁTRICA, ULTRASONOGRAFIA, OTORRINOLARINGOLOGIA/FONOAUDIOLOGIA E OFTALMOLOGIA**, para efeitos do artigo 24 da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, e artigo 25, *caput*, da Lei Federal 8.666/93 e suas alterações, cujo procedimento obedecerá às seguintes condições regulamentares:

1. DO OBJETO

O presente Chamamento Público tem por objeto o Credenciamento de Pessoas Jurídicas da área de saúde nas especialidades de Diagnóstico em Fisioterapia, Cardiologia-Pediátrica, Ultrasonografia, Otorrinolaringologia/fonoaudiologia e Oftalmologia, prestadoras dos serviços descritos no anexo II-A, anexo II-B, anexo II-C, anexo II-D e anexo II-E deste Edital.

2. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

2.1 Poderão participar do presente procedimento, as pessoas jurídicas que atendam às condições específicas de habilitação, conforme consta do item 3, deste Edital.

2.2 Não serão admitidos à participação:

- a)** Os interessados que por qualquer motivo estejam regularmente declarados como inidôneos ou punidos com suspensão do direito de contratar com a Administração Pública;
- b)** Os interessados inadimplentes com as obrigações assumidas junto ao órgão fiscalizador da classe ou que possuam qualquer nota desabonadora emitida pelo mesmo.
- c)** Os serviços deverão ser prestados necessariamente, dentro do limite territorial do município de Boa Vista/RR;
- d)** Os serviços objeto deste Edital serão contratados na modalidade ambulatorial, conforme a necessidade do Município;



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

e) As unidades deverão dispor de acesso específico para as pessoas portadoras de deficiência física;

3. DA DOCUMENTAÇÃO

3.1 Poderão participar do Credenciamento as entidades públicas, universitárias, filantrópicas de forma complementar, as entidades privadas lucrativas, legalmente constituídas, com capacidade técnica, idoneidade econômico-financeira, regularidade jurídico-fiscal, que satisfaçam as condições fixadas neste Edital e anexos, que aceitam as exigências estabelecidas pelas normas do SUS e do Direito Administrativo.

3.2 Para participar, o interessado deverá apresentar os documentos para proposta de habilitação, conforme segue abaixo, em ENVELOPE LACRADO, indicando em sua parte externa o qual deverá conter as seguintes indicações:

**À
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BOA VISTA/RR
DOCUMENTOS PARA HABILITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO Nº002/2013
RAZÃO/DENOMINAÇÃO SOCIAL COMPLETA DO INTERESSADO**

3.3 Deverá constar no envelope de credenciamento:

I. CARTA DE APRESENTAÇÃO (ANEXO I), NA QUAL DEVERÁ relacionar os códigos dos procedimentos para os quais solicita credenciamento, utilizando-se para tal, da Tabela descritiva de procedimentos (anexo II), além de declarar estar de acordo com as Normas e Tabelas de Valores definidos pelo SUS, subordinando-se as Diretrizes e normas previstas na Constituição Federal e nas Leis nº. 8.080/90 e nº. 8.666/93 bem como os termos do Edital de Credenciamento. O interessado deverá também comprometer-se a realizar todos os procedimentos a que se propõe, e declarar estar ciente que, a inclusão ou exclusão deverá ter a anuência expressa do Gestor Municipal de Saúde.

II. A HABILITAÇÃO JURÍDICA – a ser comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

a) Ato Constitutivo (Estatuto ou Contrato Social em vigor), devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais e, no caso de sociedades por



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores e, se for o caso, de procurações que substabeleçam poderes a terceiros;

b) Declaração de que não é Servidor Público Municipal nos termos dos artigos 3º e 4º, da Lei Municipal nº. 458/98, para efeito dos impedimentos descritos no art.9º, da lei nº. 8.666/93.

c) Registro comercial no caso de empresa individual;

d) Certidão simplificada da junta comercial.

III. REGULARIDADE FISCAL – a ser comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

a) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica-CNPJ;

b) Prova de inscrição no Cadastro de Contribuintes Municipal e, quando couber, Estadual relativo ao domicílio ou sede do interessado, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto do credenciamento;

c) Certificado de regularidade perante o fundo de Garantia por Tempo de serviço – FGTS - CRF, fornecida pela Caixa Econômica Federal, demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei;

d) Prova de regularidade para com as Fazendas:

- Federal (Receita Federal e Dívida Ativa)
- Estadual
- Municipal

e) Comprovante de inexistência de débito junto ao Instituto Nacional de Seguro Social- INSS, Certidão Negativa de Débitos – CND atualizada, e, se for o caso também a regularidade quanto ao pagamento das parcelas relativas aos débitos renegociados;

f) Certidão negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT);

IV. A QUALIFICAÇÃO TÉCNICA GERAL – a ser comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos, Pessoa Jurídica:

a) Certificado de registro da empresa no respectivo órgão de Classe, atualizado.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

- b) Alvará de localização e funcionamento regular emitido pela [Secretária Municipal de Finanças](#);
- c) Cópia autenticada do Alvará Sanitário (com validade em dia) segundo legislação vigente, emitido pela Vigilância sanitária responsável pela fiscalização da respectiva atividade;
- d) Cópia do comprovante de registro no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES, sendo que, a empresa deve estar cadastrada a mais de 30 (trinta) dias e com o cadastro validado;
- e) Atestado de capacitação técnica emitido por pessoa jurídica de Direito Público e/ou Privado.
- f) Declaração dos equipamentos instalados nas unidades na sua totalidade.

V. A QUALIFICAÇÃO TÉCNICA ESPECÍFICA – a ser comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos do Corpo Técnico do Estabelecimento:

- a) Currículo atualizado do responsável técnico do estabelecimento;
- b) Cópia autenticada dos documentos comprobatórios, que está apto a realização do serviço, na área o qual está pleiteando credenciamento, devidamente reconhecido pela respectiva entidade de classe;
- c) Relação da equipe médica e técnica, com as respectivas formações profissionais e especialidades, informando os números dos registros no respectivo Conselho de Classe;
- d) Cópia da Carteira expedida pelo Conselho de Classe de todos os profissionais que compõem o corpo Clínico do estabelecimento.

VI. A HABILITAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA – a ser comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Declaração exarada por contador devidamente registrada no Conselho da Categoria Profissional, de que a instituição deterá escrituração contábil regular e que goza de boa saúde financeira, **anexando BP e demonstrações contábeis do último exercício fiscal.**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

- b) Somente instituição que ainda não tenham completado seu primeiro exercício fiscal, poderão comprovar sua capacidade econômica financeira por meio de balancetes mensais, conforme o disposto na Lei Fiscal nº 8341/92 **Somente será habilitada a instituição que obtiver índices de liquidez corrente, liquidez geral e solvência geral maiores ou iguais a 1,00.**
- c) Certidão Negativa de Pedido de Falência ou Concordata expedida pelo Cartório Distribuidor da sede da pessoa jurídica;
- d) Comprovante de dados bancários (banco, agência, conta corrente, nome do titular) para depósito em nome da pessoa jurídica do proponente;

VII. DOCUMENTOS DE EXIGÊNCIA CONSTITUCIONAL/LEGAL:

- a) Declaração de cumprimento do Disposto no art. 7º, XXXIII, da Constituição Federal/88 (trabalho de menores de idade, observada a Lei nº 9.854/99);
- b) Declaração de inexistência de Fato Superveniente impeditivo da habilitação,

3.4 O requerimento apresentado de forma incompleta, rasurado ou em desacordo com o estabelecido neste Edital será considerado inepto, podendo o interessado apresentar novo requerimento escoimado das causas que ensejaram sua inépcia;

3.5 Os documentos acima relacionados deverão ser apresentados na forma de cópias reprográficas, deverão estar autenticados;

3.6 Os documentos extraídos pela internet estão sujeitos à verificação de autenticidade pela comissão.

4. DA HABILITAÇÃO E CREDENCIAMENTO

4.1 Serão consideradas habilitadas e credenciadas as pessoas jurídicas em função da regularidade da documentação apresentada e inabilitadas aquelas que não atendam à documentação constante do item 3.

4.2 O prazo para o credenciamento será de 15 (quinze) dias, a partir da data de publicação do presente Edital.



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

5. DO DESCREDENCIAMENTO

5.1 O presente Credenciamento poderá ser revogável a qualquer momento. O Credenciado ou a Administração Pública poderão denunciar o Credenciamento caso seja constatada qualquer irregularidade na observância e cumprimento das normas fixadas neste Edital e na Legislação pertinente ou no interesse do Credenciado, sem prejuízo do contraditório e da ampla defesa, sendo que a Secretaria Municipal de Saúde ao verificar descumprimento das normas estabelecidas no presente Edital de Credenciamento, bem como no respectivo instrumento contratual poderá suspender temporariamente a execução dos serviços prestados.

5.2 O Credenciado que deseja solicitar o descredenciamento, deverá fazê-lo mediante aviso escrito a ser encaminhado ao Gestor Municipal de Saúde, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias úteis.

6. DA REMUNERAÇÃO

6.1 A Secretaria Municipal de Saúde pagará, mensalmente, ao prestador de serviços de saúde, tendo em conta os serviços efetivamente prestados, em importância correspondente ao número de procedimentos ou exames realizados conforme a Tabela SIGTAP/SUS e/ou Tabela complementar do Município de Boa Vista - Recurso Próprio, conforme o anexo II-A, anexo II-B, anexo II-C, anexo II-D e anexo II-E

6.2 Os valores inicialmente estipulados pela prestação dos serviços previstos neste Edital serão reajustados na proporção, índices e épocas dos reajustes concedidos pelo Ministério da Saúde, garantindo sempre o equilíbrio econômico-financeiro do contrato nos termos do art. 26, da Lei nº. 8.080/90 e das normas gerais da lei federal de licitações e Contratos administrativos.

7. DAS CONDIÇÕES GERAIS

7.1 - O Chamamento Público será realizado em uma única etapa de exame da documentação exigida.

7.2 Toda a documentação de que trata o item 3 será recebida pela Comissão de Análise de Documentação para Contratação de Prestadores de Serviços de Saúde, **na sala do Controle, Avaliação/SMSA, no horário das 9:00 às 11:30 horas e das 14:30 às 17:30 na Rua wCoronel Mota nº. 418, Centro, nesta capital.**



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

7.3 A documentação será submetida à análise pela Comissão Especial de Credenciamento designada pelo Secretário Municipal de Saúde e será composta por servidores municipais, nomeado através de **portaria nº 021/2013-SMSA, publicado no DOM nº 3383, 05 de março de 2013.**

7.4 O prazo para o exame da documentação será de 15 (quinze) dias úteis, e a relação dos aptos ao credenciamento será divulgada no Diário Oficial do Município e no site www.boavista.rr.gov.br e no Diário Oficial da União e Jornais de Grande Circulação.

7.5 À Comissão de Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde caberá o julgamento da legalidade, qualidade e suficiência dos documentos e informações apresentados pelos interessados, podendo a seu critério, a qualquer tempo, solicitar esclarecimentos complementares, estabelecer prazos adequados ao seu atendimento, bem como realizar verificações “in loco”.

7.6 As informações relativas aos serviços ofertados e a capacidade instalada serão certificadas através de vistoria pela Comissão, a realizar-se a qualquer tempo, após a verificação da documentação, sendo passível de inabilitação quando constatado que as mesmas não atendem ao presente edital.

7.7 É imprescindível para a contratação dos serviços, a prévia vistoria técnica às instalações do proponente.

7.8 O fato de o interessado submeter sua documentação ao exame da Comissão não implicará no automático credenciamento, visto que a contratação só se dará após a análise do cumprimento das exigências editalícias.

7.9 O interessado que não apresentar os esclarecimentos no prazo estipulado, será eliminado do processo.

7.10 Não serão permitidos quaisquer adendos, acréscimos ou ratificações aos documentos, depois de apresentados, todavia, diante de erros formais a Comissão poderá determinar ou proceder de ofício a correção.

7.11 O credenciamento terá validade de 12 (doze) meses podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos até 60 (sessenta) meses, nos termos da legislação.

7.12 Realizar todos os procedimentos constantes da Tabela de Procedimento **SIGTAP/SUS e/ou Tabela Complementar do Município de Boa Vista–Recursos Próprios – Anexo II-A, Anexos II-B, Anexo II-C, Anexo II-D e Anexo II-E**, por valores iguais aos definidos na tabela vigente, disponíveis no site www.sisgtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/download.jsp, do Ministério da Saúde;



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

7.13 As despesas com a execução do presente contrato correrão, no presente exercício, à conta da Dotação orçamentária: **0802-10.302.0114.2.094- Credenciamento de Entidades Privadas e Filantrópicas Fonte SUS: 024900 Elemento de Despesa: 33.90.39.00. e Fonte RP: Elemento de Despesa: 3.3.90.39.00.**

7.14 Apresentar e atualizar certidões ou qualquer outro documento, sempre que solicitado, pela Secretaria Municipal de Saúde;

7.15 Fica estabelecido que os Credenciados realizarão todos os procedimentos encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde;

7.16 Os credenciados não poderão alterar as instalações e fazer mudança de endereço de atendimento sem o consentimento prévio e por escrito da Secretaria Municipal de Saúde;

8- DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

8.1 Realizar efetivamente todos os procedimentos aos quais se credenciou constantes na Tabela Unificada do SUS e/ou Tabela Complementar sem cobrança de qualquer valor adicional ao usuário;

8.2 A realização procedimentos será de responsabilidade, unicamente, da empresa credenciada, que assumirá todo o ônus decorrente dos procedimentos;

8.3 A empresa credenciada será responsável pelo material necessário a realização do procedimento;

8.4 A conferência das faturas expedidas pelos Credenciados ficará sob a responsabilidade do setor de Controle, Avaliação da SMSA;

8.5 As guias de requisição de exames deverão estar autorizadas pela Unidade de Saúde de referência do paciente, devidamente preenchidas, carimbadas e assinadas pelo médico, conforme protocolos do Ministério da Saúde;

8.6 Cada encaminhamento para avaliação do tratamento de Fisioterapia, encaminhados pela SMSA garante um retorno dentro do prazo de 30 (trinta) dias aos usuários do SUS, sem ônus para o credenciador.

9 . DO TERMO DE ACORDO DO CONTRATO E DO CONVÊNIO



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

9.1 Será lavrado Termo de Acordo com os Prestadores Públicos de Serviços de Saúde, Convênio com universidades e entidades filantrópicas e Contrato com prestadores Privados Lucrativos.

9.2 A vigência do Termo de Acordo, do Contrato ou do Convênio com os prestadores de serviços de saúde, será de até 12 meses, a contar da data da assinatura, prorrogáveis por termos aditivos, até 60 meses.

10 - OBRIGAÇÕES DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

10.1 Colocar à disposição da Secretaria Municipal de Saúde/Boa Vista o número total de serviços contratados ressalvadas as exceções previstas no Termo de Acordo, Contrato ou Convênios.

10.2 Atender todos os encaminhamentos da Rede Municipal de Saúde para os serviços aos quais estará credenciado a realizar;

10.3) Apresentar a requisição médica devidamente autorizada pelo responsável pela autorização através de sua rede assistencial, conforme demanda, ou encaminhamento da unidade de Saúde e/ou Regulação Municipal, no horário de expediente deste, para os casos resolvidos no município;

10.4 Atender ao paciente do SUS com dignidade e respeito e de modo universal e igualitário, mantendo-se a qualidade na prestação dos serviços.

10.5 A credenciada deverá afixar em local visível, informativo de sua condição de entidade integrante do SUS, e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição.

10.6 Esclarecer ao paciente do SUS sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.

10.7 Colher na GAA (Guia de Autorização Ambulatorial) a assinatura do paciente ou de seu representante legal, ressaltando que as guias sem assinaturas não serão validadas;

10.8 O credenciado deverá apresentar conjuntamente com as guias, o mapa de frequência diária de sessões individual de cada paciente, devidamente assinado por cada sessão realizada de fisioterapia;

10.9 Responsabilizar-se pelos salários, encargos sociais, previdenciários, taxas, impostos e quaisquer outros que incidam ou venham a incidir sobre seu quadro de pessoal necessário à execução dos serviços.

10.10 Responsabilizar-se por todos e quaisquer danos e/ou prejuízos a que vier causar ao SUS/SMSA ou ao paciente destes;



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

10.11 Apresentar a Secretaria Municipal de Saúde sempre que solicitado, a comprovação do cumprimento das obrigações tributárias e sociais legalmente exigidas;

10.12 Informar à Secretaria Municipal de Saúde/Boa Vista sobre eventual alteração de sua razão social, de seu controle acionário ou de mudança de sua diretoria ou de seu Estatuto, enviando cópia xérox da autenticidade da Certidão na Junta Comercial ou no Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas;

10.13 O **CONTRATANTE** deverá manter as condições necessárias para realização adequada do serviço, conservando o ambiente de trabalho deste sempre limpo, arejado e com espaço para utilização de todos os aparelhos, e realizando a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos;

10.14 Executar, conforme a melhor técnica, os serviços de saúde contratados, obedecendo rigorosamente às normas técnicas respectivas;

10.15 Cumprir dentro dos prazos estabelecidos, as obrigações assumidas por força deste edital;

10.16 O credenciado fica ciente de que os procedimentos contratados serão realizados mediante agendamento, regulação e/ou autorização da Central Municipal de Regulação, em até 100% da sua oferta, conforme critérios técnicos e fluxos pré-definidos por esta SMSA,

10.17 o atendimento deve ocorrer dentro do mês agendado pela Coordenação de Regulação, não sendo possível o agendamento para o mês subsequente;

10.18 Apresentar mensalmente à SMSA, até o 3º. (terceiro) dia útil do mês subsequente ao da realização dos serviços, produção e fatura dos serviços prestados, sendo que o retardo na referida entrega implicará automaticamente na inclusão desta à produção do mês subsequente.

11. DAS OBRIGAÇÕES DA SMSA/SUS

11.1 O número mensal de procedimentos a serem realizados será definido previamente ao mês da realização dos serviços pela **Coordenação de Regulação /SMSA**, sempre respeitando as necessidades do Município e as determinações preconizadas pelos princípios norteadores da administração Pública.

11.2 O pagamento será efetuado mensalmente, até o 30º (trigésimo) dia útil após o recebimento da produção mensal (art. 40, XIV, da lei nº. 8.666/93), e após emissão da Nota Fiscal, devidamente atestada e de cujas faturas, tempestivamente foram apresentadas pelo



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

prestador, e analisadas previamente pelo **Departamento de Controle, Avaliação**, do Sistema Municipal de Saúde.

11.3 Sendo constatadas incorreções na documentação de cobrança/Fatura, o CREDENCIANTE providenciará sua imediata devolução, a fim de que seja reprocessada a correção pelo CREDENCIADO.

11.4 O não cumprimento pelo Ministério da Saúde da obrigação assumida – pagar os valores constantes ao previstos deste Edital - não transfere para a SMSA/Boa Vista, a obrigação de pagar os serviços ora acordados, conveniados ou contratados, os quais são de responsabilidade do Ministério da Saúde para todos os efeitos legais, conforme parágrafos 1º. e 2º Artigo 5º da Portaria nº. 1.286 de 26/10/93; Exceto os valores contratados com Recursos Próprios.

12. DA RESCISÃO E DAS PENALIDADES

12.1 Ao descumprimento total ou parcial do Acordo, Contrato ou Convênio poderá ser, garantido à prévia defesa, rescindir o avençado, cancelando-se inclusive a Nota de Empenho, nos termos dos Artigos 77 e 78, sem prejuízo do eventual exercício dos direitos previstos no Artigo 80 e da aplicação das penalidades estabelecidas nos Artigos 86 a 88, todos da Lei nº. 8666/93.

12.2 A multa moratória prevista no Artigo 86 da Lei nº. 8666/93 será calculada pelo percentual de 1% (um por cento) por dia de atraso, calculado sobre o valor do fornecimento em atraso, limitado a 10% (dez por cento) deste.

12.3 A multa a que se refere o Inciso II do Artigo 87 da Lei nº. 8666/93 será calculada sobre o valor do fornecimento em atraso, limitado a 10% (dez por cento) deste.

12.4 As multas previstas nos itens anteriores são independentes e podem ser cumuladas.

12.5 A Secretaria Municipal de Saúde somente deixará de aplicar eventual sanção caso seja demonstrada a ocorrência de qualquer circunstância prevista no § 1º. do Art.57 da Lei nº. 8666/93.

12.6 Da aplicação das penalidades definidas neste item caberá recurso no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados da Notificação.

12.7 A sanção estabelecida no inciso 4º. do artigo 87 da Lei 8666/93 é de competência exclusiva do Secretário Municipal de Saúde, facultada a defesa do interessado no respectivo processo, no prazo de 10 (dez) dias da abertura de vista, podendo a reabilitação ser requerida após 2 (dois) anos de sua aplicação.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

12.8 O valor das multas será descontado dos créditos do Prestador de Serviços, desde já expressamente autorizado.

13 - DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

13.01 Convocada para assinatura do Contrato, a selecionada não poderá se furtar de prestar serviços, conforme os valores estabelecidos na Tabela SUS e Tabela Municipal, ficando esclarecido que a desistência posterior acarretará as sanções previstas no Capítulo IV da Lei Federal 8.666/ 93 e demais legislações aplicáveis;

13.2 Aplicam-se, no que couber, as disposições constantes da Lei nº. 8.078/90 – Código de Defesa do Consumidor.

13.3 O contrato, acordo ou convênio poderá ser rescindido, por mútuo interesse entre as partes, atendido a conveniência da Secretaria Municipal de Saúde, recebendo o Prestador de Serviços o valor correspondente, de forma imediata e independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial.

13.4 O contrato deverá ser publicado, por meio de extrato no Diário Oficial do Município, nos termos do parágrafo único, do Artigo 61, da Lei nº. 8.666/93.

13.5 É vedada a subcontratação, cedência ou transferência da execução do objeto, no todo ou em parte, a terceiro, sob pena de rescisão.

Boa Vista/RR, 02 de abril de 2013.

MARCELO DE LIMA LOPES
Secretário Municipal de Saúde



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

MODELO

**ANEXO I
(MODELO)**

À

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ref.: Encaminhamento de documentos ao Credenciamento nº. 002/2013

Prezado Senhor,

(QUALIFICAÇÃO COMPLETA, INCLUSIVE ENDEREÇO E TELEFONE), com referência ao credenciamento nº. 002/2013/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, vimos apresentar a documentação como se encontra exigida no Edital nº 002/2013, a fim de submetê-la ao exame da Comissão responsável pelo certame.

Declaramos estar de acordo com os Termos do Edital supramencionado, além das Normas, Tabelas de Valores definidos pelo SUS, bem como Diretrizes e normas previstas na Constituição Federal, nas Leis nº. 8.080/90 e nº. 8.666/93.

Declaramos estarmos cientes de que a inclusão ou exclusão dos serviços aos quais nos credenciaremos dependerá de anuência expressa do Gestor Municipal de Saúde.

Na oportunidade, comprometemo-nos a realizar com zelo todos os procedimentos abaixo discriminados.

(ESPECIFICAR OS SERVIÇOS-CONFORME TABELA ABAIXO)

Atenciosamente,

NOME E ASSINATURA DA PESSOA JURÍDICA (COM CARIMBO PADRÃO CNPJ)



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO II-A

Tabela de Valores Referenciais dos procedimentos previstos
na Tabela do SUS

DIAGNÓSTICO EM FISIOTERAPIA

Grupo: 03	Procedimentos Clínicos	
SUBGRUPO: 01	Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	Valor SUS
FORMA DE ORGANIZAÇÃO: 01	Consultas médicas/outros profissionais de nível superior	
0301010048	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	R\$ 6,30
SUBGRUPO 02:	Fisioterapia	Valor SUS
FORMA DE ORGANIZAÇÃO 01:	Assistência fisioterapêutica em alterações obstétricas, neonatais e uroginecológicas	
0302010017	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS	R\$ 6,35
0302010025	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS	R\$ 4,67
FORMA DE ORGANIZAÇÃO 02:	Assistência fisioterapêutica em alterações oncológicas	Valor SUS
0302020012	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS	R\$ 6,35
0302020020	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO CLÍNICO	R\$ 4,67
0302020039	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA	R\$ 6,35
FORMA DE ORGANIZAÇÃO 03:	Assistência fisioterapêutica em oftalmologia	Valor SUS
0302030018	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/ COMPROMETIMENTO SISTÊMICO	R\$ 6,35
0302030026	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS	R\$ 4,67
FORMA DE ORGANIZAÇÃO 04:	Assistência fisioterapêutica cardiovasculares e pneumo-funcionais	Valor SUS
0302040013	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ TRANSTORNO RESPIRATÓRIO C/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 6,35
0302040021	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ TRANSTORNO RESPIRATÓRIO S/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 4,67
0302040030	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	R\$ 4,67
0302040048	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR	R\$ 6,35
0302040056	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	R\$ 4,67



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

FORMA DE ORGANIZAÇÃO 05:	Assistência fisioterapêutica nas disfunções músculo esqueléticas (todas as origens)	Valor SUS
0302050019	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS	R\$ 6,35
0302050027	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	R\$ 4,67
FORMA DE ORGANIZAÇÃO 06:	Assistência fisioterapêutica nas alterações em neurologia	Valor SUS
0302060014	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS S/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 4,67
0302060022	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS C/COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 6,35
0302060030	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	R\$ 4,67
0302060049	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO	R\$ 6,35
0302060057	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	R\$ 6,35
FORMA DE ORGANIZAÇÃO 07:	Assistência fisioterapêutica em queimados	Valor SUS
0302070010	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO	R\$ 4,67
0302070036	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SEQÜELAS POR QUEIMADURAS (MÉDIO E GRANDE QUEIMADOS)	R\$ 4,67



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO II-B

TABELA DE VALORES REFERENCIAIS DOS PROCEDIMENTOS PREVISTOS NA TABELA SUS E TABELA COMPLEMENTAR DO
MUNICÍPIO - RECURSO PRÓPRIO

CARDIOLOGIA PEDIATRICA

GRUPO: 02	PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA	VALOR SUS AMBULATORIAL	VALOR RP	QTD MÊS	QTD ANO	VALOR SUS MENSAL	VALOR RP MENSAL	VALOR SUS ANUAL	VALOR RP ANUAL	Valor Total Anual SUS/RP
SUB-GRUPO: 05	DIAGNÓSTICO POR ULTRA-SONOGRAFIA									
FORMA DE ORGANIZAÇÃO: 01	ULTRA-SONOGRAFIAS DO SISTEMA CIRCULATORIO (QUALQUER REGIÃO ANATÔMICA)									
02.05.01.002-4	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICA	165,00	-	05	30	825,00	-	4.950,00	-	4.950,00
02.05.01.001-6	ECOCARDIOGRAMA DE ESTRESSE	165,00	-	04	24	660,00	-	3.960,00	-	3.960,00
02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	39,94	210,06	15	90	599,10	3.150,90	3.594,60	18.905,40	22.500,00
SUB-GRUPO: 11	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES									
FORMA DE ORGANIZAÇÃO: 02	DIAGNÓSTICO EM CARDIOLOGIA									
02.11.02.004-4	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	30,00	-	06	36	180,00	-	1.080,00	-	1.080,00
02.11.02.005-2	MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL	10,07	-	10	60	100,70	-	604,20	-	604,20
02.11.02.006-0	TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMÉTRICO	30,00	-	04	24	120,00	-	720,00	-	720,00
TOTAL GERAL				44	264	2.484,80	3.150,90	14.908,80	18.905,40	33.814,20



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO II-C

TABELA DE VALORES REFERENCIAIS DOS PROCEDIMENTOS PREVISTOS NA TABELA SUS E TABELA COMPLEMENTAR DO
MUNICÍPIO - RECURSO PRÓPRIO

ULTRASONOGRAFIA

FORMA DE ORGANIZAÇÃO 02:	Ultra-sonografias dos demais sistemas	Valor SUS	valor RP	Valor Total Pago SUS/RP	Qtd Mensal	Qtd Ano	Valor Mensal SUS	Valor Mensal RP	Valor Total Mensal SUS/RP	Valor Anual SUS	Valor Anual RP	Valor Total Anual SUS/RP
0205020046	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	37,95	7,05	45,00	25	150	948,75	176,25	1.125,00	5.692,50	1.057,50	6.750,00
0205020054	ULTRA-SONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	24,20	5,80	30,00	30	180	726,00	174,00	900,00	4.356,00	1.044,00	5.400,00
0205020062	ULTRA-SONOGRAFIA DE ARTICULACAO	24,20	5,80	30,00	16	96	387,20	92,80	480,00	2.323,20	556,80	2.880,00
0205020070	ULTRA-SONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	24,20	5,80	30,00	30	180	726,00	174,00	900,00	4.356,00	1.044,00	5.400,00
0205020097	ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	24,20	5,80	30,00	30	180	726,00	174,00	900,00	4.356,00	1.044,00	5.400,00
0205020100	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	24,20	5,80	30,00	30	180	726,00	174,00	900,00	4.356,00	1.044,00	5.400,00
0205020119	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	24,20	5,80	30,00	20	120	484,00	116,00	600,00	2.904,00	696,00	3.600,00
0205020127	ULTRA-SONOGRAFIA DE TIROIDE	24,20	5,80	30,00	25	150	605,00	145,00	750,00	3.630,00	870,00	4.500,00
0205020160	ULTRA-SONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	24,20	5,80	30,00	30	180	726,00	174,00	900,00	4.356,00	1.044,00	5.400,00
0205020186	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL	24,20	5,80	30,00	80	480	1.936,00	464,00	2.400,00	11.616,00	2.784,00	14.400,00
Total Geral					316	1.896	7.990,95	1.864,05	9.855,00	47.945,70	11.184,30	59.130,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO II-D

TABELA DE VALORES REFERENCIAIS DOS PROCEDIMENTOS PREVISTOS NA TABELA SUS E TABELA COMPLEMENTAR DO
MUNICÍPIO - RECURSO PRÓPRIO

OTORRINOLARINGOLOGIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR SUS	VALOR RP	VALOR TOTAL SUS_RP	QTD MENSAL	QTD ANUAL	VALOR MENSAL SUS	VALOR MENSAL RP	VALOR ANUAL SUS	VALOR ANUAL RP	VALOR TOTAL ANUAL SUS_RP
02.11.07.004-1	Audiometria Tonal Linear	21,00	21,00	42,00	20	120	420,00	420,00	2.520,00	2.520,00	5.040,00
02.11.07.002-5	Audiometria de reforço visual	21,00	21,00	42,00	10	60	210,00	210,00	1.260,00	1.260,00	2.520,00
02.11.07.003-3	Audiometria em campo livre	20,13	19,87	40,00	10	60	201,30	198,70	1.207,80	1.192,20	2.400,00
02.11.07.014-9	Emissões Otoacusticas evocadas p/ triagem auditiva (teste da Orelhinha)	13,51	16,49	30,00	10	60	135,10	164,90	810,60	989,40	1.800,00
02.11.07.015-7	Estudo de Emissões Otoacusticas evocadas transitorias e produtos de distorção (EOA)	46,88	13,12	60,00	10	60	468,80	131,20	2.812,80	787,20	3.600,00
02.11.07.020-3	Imitanciometria (Impedanciometria)	23,00	19,00	42,00	15	90	345,00	285,00	2.070,00	1.710,00	3.780,00
02.11.05.011-3	Potencial evocado auditivo (BERA)*	4,06	195,94	200,00	20	120	81,20	3.918,80	487,20	23.512,80	24.000,00
02.09.04.004-1	Videolaringoscopia	45,50	14,50	60,00	10	60	455,00	145,00	2.730,00	870,00	3.600,00
02.11.07.021-1	Logoaudiometria LDV - IRF - LRF	26,25		26,25	10	60	262,50	0,00	1.575,00	0,00	1.575,00
TOTAL GERAL					115	690	2.578,90	5.473,60	15.473,40	32.841,60	48.315,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

TABELA DE VALORES REFERENCIAIS DOS PROCEDIMENTOS NÃO PREVISTOS NA TABELA SUS - OTORRINOLARINGOLOGIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	Valor SUS	VALOR RP	QTD MENSAL	QTD ANUAL	VALOR MENSAL RP	VALOR ANUAL RP
	Nasofibrosopia	0,00	50,00	8	48	400,00	2.400,00
	Vectoeletronistagmografia	0,00	200,00	8	48	1.600,00	9.600,00
	Videolaringoestroboscopia	0,00	100,00	8	48	800,00	4.800,00
	Cauterização Nasal	0,00	20,00	10	60	200,00	1.200,00
Total Geral				34	204	3.000,00	18.000,00

Valor total SUS:	R\$ 15.473,40
Valor Total RP:	R\$ 50.841,60



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO II-E

Tabela de Valores Referenciais dos procedimentos previstos
na Tabela do SUS

OFTALMOLOGIA

GRUPO 02:	Procedimentos com Finalidade Diagnóstica	Valor SUS
SUBGRUPO 05:	Diagnóstico por Ultra-sonografia	
FORMA DE ORGANIZAÇÃO 02:	Ultra-sonografias dos demais sistemas	
0205020020	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA	R\$ 14,81
0205020089	ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	R\$ 24,20
FORMA DE ORGANIZAÇÃO 06:	Diagnóstico em oftalmologia	Valor SUS
0211060011	BIOMETRIA ULTRASSONICA (MONOCULAR)	R\$ 24,24
0211060020	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	R\$ 12,34
0211060038	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO	R\$ 40,00
0211060054	CERATOMETRIA	R\$ 3,37
0211060062	CURVA DIARIA DE PRESSAO OCULAR CDPO (MINIMO 3 MEDIDAS)	R\$ 10,11
0211060070	ELETRO-OCULOGRAFIA	R\$ 24,24
0211060089	ELETRORETINOGRAMA	R\$ 24,24
0211060097	ESTESIOMETRIA	R\$ 3,37
0211060100	FUNDOSCOPIA	R\$ 3,37
0211060119	GONIOSCOPIA	R\$ 6,74
0211060127	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO	R\$ 24,24
0211060135	MEDIDA DE OFUSCAMENTO E CONTRASTE	R\$ 3,37
0211060143	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA	R\$ 24,24
0211060151	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	R\$ 3,37
0211060160	POTENCIAL VISUAL EVOCADO	R\$ 24,24
0211060178	RETINOGRAMA COLORIDA BINOCULAR	R\$ 24,68
0211060186	RETINOGRAMA FLUORESCENTE BINOCULAR	R\$ 64,00
0211060208	TESTE DE PROVOCACAO DE GLAUCOMA	R\$ 6,74
0211060216	TESTE DE SCHIRMER	R\$ 3,37
0211060224	TESTE DE VISAO DE CORES	R\$ 3,37
0211060232	TESTE ORTOPTICO	R\$ 12,34
0211060240	TESTE P/ ADAPTACAO DE LENTE DE CONTATO	R\$ 12,34
0211060259	TONOMETRIA	R\$ 3,37
0211060267	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CORNEA	R\$ 24,24
GRUPO 03:	Procedimentos Clínicos	Valor SUS
SUBGRUPO 01:	Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	
FORMA DE ORGANIZAÇÃO 01:	Consultas médicas/outros profissionais de nível superior	
0301010072	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	R\$ 10,00
0301010102	CONSULTA PARA DIAGNOSTICO DE GLAUCOMA (TONOMETRIA, FUNDOSCOPIA E CAMPIMETRIA)	R\$ 57,74



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SUBGRUPO 03:	Tratamento Clínico (Outras Especialidades)	Valor SUS
FORMA DE ORGANIZAÇÃO 05:	Tratamento de doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais	
0303050012	ACOMPANHAMENTO E AVALIACAO DE GLAUCOMA POR FUNDOSCOPIA E TONOMETRIA	R\$ 17,74
0303050020	EXERCICIOS ORTOPTICOS	R\$ 3,27
0303050039	TRATAMENTO OFTALMOLOGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA BINOCULAR (1A LINHA)	R\$ 18,66
0303050047	TRATAMENTO OFTALMOLOGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA BINOCULAR (2A LINHA)	R\$ 79,38
0303050055	TRATAMENTO OFTALMOLOGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA BINOCULAR (3 LINHA)	R\$ 127,98
0303050063	TRATAMENTO OFTALMOLOGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA MONOCULAR (1A LINHA)	R\$ 12,44
0303050071	TRATAMENTO OFTALMOLOGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA MONOCULAR (2A LINHA)	R\$ 52,92
0303050080	TRATAMENTO OFTALMOLOGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA MONOCULAR (3A LINHA)	R\$ 85,33
0303050098	TRATAMENTO OFTALMOLOGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA SITUACAO A C/ ACETAZOLAMIDA MONO / BINOCULAR	R\$ 93,10
0303050101	TRATAMENTO OFTALMOLOGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA SITUACAO B C/ PILOCARPINA MONOCULAR	R\$ 8,93
0303050110	TRATAMENTO OFTALMOLOGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA SITUACAO B C/ USO DE PILOCARPINA BINOCULAR	R\$ 13,39
0303050128	CONSULTA OFTALMOLÓGICA - PROJETO OLHAR BRASIL	R\$ 21,00
0303050152	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO PACIENTE GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - MONO	R\$ 65,36
0303050160	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO PACIENTE GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - BINO	R\$ 98,04
0303050179	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO PACIENTE GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONO	R\$ 97,77
0303050187	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO PACIENTE GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINO	R\$ 146,64
0303050195	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO PACIENTE GLAUCOMA - 2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONO	R\$ 138,25
0303050209	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO PACIENTE GLAUCOMA - 2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINO	R\$ 207,36
0303050217	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR- ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS	R\$ 150,69
0303050225	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR - ASSOCIAÇÃO 1ª, 2ª E 3ª LINHAS	R\$ 226,02
GRUPO 04:	Procedimentos Cirúrgicos	Valor SUS
SUBGRUPO 05:	Cirurgia do Aparelho da Visão	
FORMA DE ORGANIZAÇÃO 01:	Pálpebras e vias lacrimais	
0405010010	CORRECAO CIRURGICA DE ENTROPIO E ECTROPIO	R\$ 116,42
0405010028	CORRECAO CIRURGICA DE EPICANTO E TELECANTO	R\$ 159,37
0405010036	DACRIOCISTORRINOSTOMIA	R\$ 389,64
0405010044	DRENAGEM DE ABSCESSO DE PALPEBRA	R\$ 22,93
0405010052	EPILACAO A LASER	R\$ 45,00
0405010060	EPILACAO DE CILIOS	R\$ 22,93
0405010079	EXERESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESOES DA PALPEBRA E SUPERCILIOS	R\$ 45,00
0405010109	OCLUSAO DE PONTO LACRIMAL	R\$ 19,14



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

0405010117	RECONSTITUICAO DE CANAL LACRIMAL	R\$ 389,64
0405010125	RECONSTITUICAO PARCIAL DE PALPEBRA COM TARSORRAFIA	R\$ 259,20
0405010141	SIMBLEFAROPLASTIA	R\$ 116,42
0405010168	SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS	R\$ 22,93
0405010176	SUTURA DE PALPEBRAS	R\$ 82,28
0405010184	TRATAMENTO CIRURGICO DE BLEFAROCALASE	R\$ 95,42
0405010192	TRATAMENTO CIRURGICO DE TRIQUIASE C/ OU S/ ENXERTO	R\$ 159,37
0405010206	PUNCTOPLASTIA	R\$ 19,14
FORMA DE ORGANIZAÇÃO 04:	Cavidade orbitária e globo ocular	Valor SUS
0405040016	CORRECAO CIRURGICA DE LAGOFTALMO	R\$ 161,19
0405040067	ENUCLEACAO DE GLOBO OCULAR	R\$ 237,47
0405040075	EVISCERACAO DE GLOBO OCULAR	R\$ 335,72
0405040105	EXPLANTE DE LENTE INTRA OCULAR	R\$ 515,97
0405040130	INJECAO RETROBULBAR / PERIBULBAR	R\$ 22,93
0405040199	TRATAMENTO CIRURGICO DE XANTELASMA	R\$ 116,42
0405040202	TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL	R\$ 323,34
0405040210	REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRAOCULAR	R\$ 259,20
FORMA DE ORGANIZAÇÃO 05:	Conjuntiva, córnea, câmara anterior, íris, corpo ciliar e cristalino	Valor SUS
0405050011	CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRURGICA	R\$ 116,42
0405050020	CAPSULOTOMIA A YAG LASER	R\$ 45,00
0405050038	CAUTERIZACAO DE CORNEA	R\$ 19,14
0405050046	CICLOCRIOCOAGULACAO / DIATERMIA	R\$ 335,72
0405050054	CICLODIALISE	R\$ 273,14
0405050062	CORRECAO DE ASTIGMATISMO SECUNDARIO	R\$ 19,14
0405050070	CORRECAO CIRURGICA DE HERNIA DE IRIS	R\$ 259,20
0405050089	EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA	R\$ 82,28
0405050097	FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR	R\$ 443,00
0405050100	FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR	R\$ 403,00
0405050119	FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RIGIDA	R\$ 543,00
0405050127	FOTOTRABECULOPLASTIA A LASER	R\$ 45,00
0405050143	IMPLANTE INTRA-ESTROMAL	R\$ 515,97
0405050151	IMPLANTE SECUNDARIO DE LENTE INTRA-OCULAR - LIO	R\$ 794,88
0405050160	INJECAO SUBCONJUTIVAL / SUBTENONIANA	R\$ 8,24
0405050178	IRIDECTOMIA CIRURGICA	R\$ 297,46
0405050194	IRIDOTOMIA A LASER	R\$ 45,00
0405050208	PARACENTESE DE CAMARA ANTERIOR	R\$ 82,28
0405050216	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	R\$ 98,44
0405050224	RECONSTITUICAO DE FORNIX CONJUNTIVAL	R\$ 335,72
0405050240	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CAMARA ANTERIOR DO OLHO	R\$ 335,72
0405050259	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CORNEA	R\$ 25,00
0405050267	SINEQUIOLISE A YAG LASER	R\$ 45,00
0405050283	SUBSTITUICAO DE LENTE INTRA-OCULAR	R\$ 544,88
0405050291	SUTURA DE CONJUNTIVA	R\$ 82,28
0405050305	SUTURA DE CORNEA	R\$ 164,08
0405050321	TRABECULECTOMIA	R\$ 513,34
0405050364	TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO	R\$ 139,70
0405050372	FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL	R\$ 643,00
0405050399	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE CÓRNEA	R\$ 172,12



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

MODELO

ANEXO III-A

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO SUPERVENIENTE

Empresa/Entidade _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, com sede na _____, por intermédio de seu representante legal, _____, portador da Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº _____, em cumprimento ao exigido no Edital de Chamada Pública nº 002/2013 declara, sob as penas da Lei, que até a presente data inexistem fatos impeditivos para sua Habilitação, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Boa Vista – RR, ____ de _____ de _____.

Representante Legal



ANEXO IV-A

DECLARAÇÃO QUE NÃO EMPREGA MENOR

DECLARAÇÃO ART. 7º, XXXIII, DA CF

Entidade/Empresa _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, com sede na _____, por intermédio de seu representante legal, _____, portador da Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº _____, DECLARA, para fins do disposto no inciso V do art. 27 da Lei no 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei no 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos. Salvo na condição de aprendiz a partir de 14 (quatorze) anos.

Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz?

SIM	NÃO

Boa Vista – RR, ____ de _____ de _____.

Representante Legal



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

MODELO

ANEXO V-A

Entidade/Empresa _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, com sede na _____, por intermédio de seu representante legal, _____, portador da Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº _____, DECLARA, que seus proprietários, diretores e sócios não pertencem ao quadro de servidores públicos do Município, nem exercem cargo de chefia e/ou função de confiança na Administração Pública. Em entendimento da Clausula II do Item 03 da página 03.

Boa Vista – RR, ____ de _____ de _____.

Representante Legal



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

MINUTA DE CONTRATO

O MUNICÍPIO DE BOA VISTA, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no C.G.C./MF sob o nº 05.943.030/0001-55, com sede no Palácio 9 de Julho, situada na Rua General Penha Brasil, nº 1.011, nesta cidade, neste ato representado pela Excelentíssima Senhora Prefeita, **TERESA SURITA**, brasileira, estado civil, profissão, RG, CPF, endereço, doravante denominada **CONTRATANTE**, com a interveniência da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, representada pelo Secretário o Srº. **MARCELO DE LIMA LOPES**, brasileiro, estado civil, profissão, RG, CPF, endereço, doravante designado **INTERVENIENTE**, e de outro lado a empresa _____, estabelecida na Rua _____, com C.N.P.J. nº._____, nesta cidade, denominada **CONTRATADA**, **pactam o presente CONTRATO**, e que se regerá pela Lei nº 8.666/93 e suas alterações, art. 24 da Lei nº 8.080/90, pelo estabelecido no Edital de Credenciamento nº 002/2013, parte integrante deste Contrato, pelos termos dos documentos constantes do Credenciamento e, atendidas as cláusulas e condições que se enunciam a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente contrato tem por objeto a **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DE SAÚDE NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE BOA VISTA/RR – FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE NAS ESPECIALIDADES DE DIAGNÓSTICO EM FISIOTERAPIA, CARDIOLOGIA-PEDIATRICA, ULTRASONOGRAFIA, OTORRINOLARINGOLOGIA/FONOAUDIOLOGIA E OFTALMOLOGIA, PRESTADORAS DOS SERVIÇOS DESCRITOS NO ANEXO II-A, ANEXO II-B, ANEXO II-C, ANEXO II-D E ANEXO II-E DESTE CONTRATO** e deverá ser executado em conformidade com as especificações constantes deste instrumento, bem como do Edital de Credenciamento nº. 002/2013 e seus anexos.

1.2. Constituem objeto deste contrato:

(DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS A SEREM CONTRATADOS SEGUNDO PROPOSTO PELA EMPRESA)

CLÁUSULA SEGUNDA – DOS PRAZOS



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

A vigência do Termo do Contrato com os prestadores de serviços de saúde, será 12 meses, a contar da data da assinatura, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos até 60 (sessenta) meses, nos termos da legislação.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

a) Colocar à disposição da Secretaria Municipal de Saúde/Boa Vista o número total de serviços contratados ressalvadas as exceções previstas no Contrato;

b) Atender todos os encaminhamentos da Rede Municipal de Saúde para os serviços aos quais estará credenciado a realizar;

c) Apresentar a requisição médica devidamente autorizada pelo responsável pela autorização através de sua rede assistencial, conforme demanda, ou encaminhamento da unidade de Saúde e/ou Regulação Municipal, no horário de expediente deste, para os casos resolvidos no município;

d) Atender ao paciente do SUS com dignidade e respeito e de modo universal e igualitário, mantendo-se a qualidade na prestação dos serviços;

e) A credenciada deverá Afixar em local visível, informativo de sua condição de entidade integrante do SUS, e da gratuidade dos serviços prestados;

f) Esclarecer ao paciente do SUS sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;

g) Colher na GAA (Guia de Autorização Ambulatorial) a assinatura do paciente ou de seu representante legal, ressaltando que as guias sem assinaturas não serão validadas;

h) O contratado deverá apresentar conjuntamente com as guias, o mapa de frequência diária de sessões individual de cada paciente, devidamente assinado por cada sessão realizada de fisioterapia;

i) Responsabilizar-se pelos salários, encargos sociais, previdenciários, taxas, impostos e quaisquer outros que incidam ou venham a incidir sobre seu quadro de pessoal necessário à execução dos serviços;

j) Responsabilizar-se por todos e quaisquer danos e/ou prejuízos a que vier causar ao SUS/SMSA ou ao paciente destes;

k) Apresentar a Secretaria Municipal de Saúde sempre que solicitado, a comprovação do cumprimento das obrigações tributárias e sociais legalmente exigidas;

l) Informar à Secretaria Municipal de Saúde/Boa Vista sobre eventual alteração de sua razão social, de seu controle acionário ou de mudança de sua diretoria ou de seu Estatuto, enviando cópia xérox da autenticidade da Certidão na Junta Comercial ou no Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas;



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

m) Manter as condições necessárias para realização adequada do serviço ora contratados conservando o ambiente de trabalho deste sempre limpo e arejado. Deverá também efetuar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos;

n) Executar, conforme a melhor técnica, os serviços de saúde contratados, obedecendo rigorosamente às normas técnicas respectivas;

o) Cumprir dentro dos prazos estabelecidos, as obrigações assumidas por força deste contrato;

p) Apresentar mensalmente à SMSA, até o 3º. (terceiro) dia útil do mês subsequente ao da realização dos serviços, produção e fatura dos serviços prestados, sendo que o retardo na referida entrega implicará automaticamente na inclusão desta à produção do mês subsequente.

q) Apresentar e atualizar certidões ou qualquer outro documento, sempre que solicitado, pela Secretaria Municipal de Saúde;

r) O contratado fica ciente de que os procedimentos serão realizados mediante agendamento, regulação e/ou autorização da Central Municipal de Regulação, em até 100% da sua oferta, conforme critérios técnicos e fluxos pré-definidos por esta SMSA;

s) o atendimento deve ocorrer dentro do mês agendado pela Coordenação de Regulação, não sendo possível o agendamento para o mês subsequente;

CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE (SMSA/SUS)

a) O número mensal de procedimentos a serem realizados será definido previamente ao mês da realização dos serviços pela **Coordenação de Regulação /SMSA**, sempre respeitando as necessidades do Município e as determinações preconizadas pelos princípios norteadores da administração Pública.

b) O não cumprimento pelo Ministério da Saúde da obrigação assumida – pagar os valores constantes ao previstos deste Edital - não transfere para a SMSA/Boa Vista, a obrigação de pagar os serviços ora contratados, os quais são de responsabilidade do Ministério da Saúde para todos os efeitos legais, conforme parágrafos 1º. e 2º Artigo 5º da Portaria nº. 1.286 de 26/10/93; Exceto os valores contratados com Recursos Próprios.

CLÁUSULA QUINTA – DO VALOR DO CONTRATO

§ 1º. A Secretaria Municipal de Saúde pagará, mensalmente, ao prestador de serviços de saúde, tendo em conta os serviços efetivamente prestados, em **importância correspondente ao número de procedimentos ou exames realizados conforme a Tabela SIGTAP/SUS e/ou**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Tabela complementar do Município de Boa Vista - Recurso Próprio, conforme o anexo II-A, anexo II-B, anexo II-C, anexo II-D e anexo II-E;

§ 2º. Os valores inicialmente estipulados pela prestação dos serviços previstos neste contrato serão reajustados na proporção, índices e épocas dos reajustes concedidos pelo Ministério da Saúde, garantindo sempre o equilíbrio econômico-financeiro do contrato nos termos do art. 26, da Lei nº. 8.080/90 e das normas gerais da lei federal de licitações e Contratos administrativos;

CLÁUSULA SEXTA – DO PAGAMENTO

§ 1º. O pagamento será efetuado mensalmente, até o 30º (trigésimo) dia útil após o recebimento da produção mensal (art. 40, XIV, da lei nº. 8.666/93), e após emissão da Nota Fiscal, devidamente atestada e de cujas faturas, tempestivamente foram apresentadas pelo prestador, e analisadas previamente pelo Departamento de Controle, Avaliação, do Sistema Municipal de Saúde;

§ 2º. Sendo constatadas incorreções na documentação de cobrança/Fatura, o Contratante providenciará sua imediata devolução, a fim de que seja reprocessada a correção pelo Contratado;

§ 3º. As despesas com a execução do presente contrato correrão, no presente exercício, à **conta da Dotação orçamentária: 0802-10.302.0114.2.094 - Credenciamento de Entidades Privadas e Filantrópicas Fonte SUS: 024900, Elemento de Despesa: 33.90.39.00. e Fonte RP: Elemento de Despesa: 3.3.90.39.00.**

CLÁUSULA SÉTIMA – DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

a) Realizar efetivamente todos os procedimentos aos quais se credenciou, constantes na Tabela Unificada do SUS, sem cobrança de qualquer valor adicional ao usuário;

b) A realização dos procedimentos será de responsabilidade, unicamente, da empresa contratada, que assumirá todo o ônus decorrente dos procedimentos;

c) A empresa contratada será responsável pelo material necessário a realização do procedimento;

d) A conferência das faturas expedidas pela empresa Contratada ficará sob a responsabilidade do setor de Controle e Avaliação da SMSA;



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

e) As guias de requisição de exames deverão estar autorizadas pela Unidade de Saúde de referência do paciente, devidamente preenchidas, carimbadas e assinadas pelo médico, conforme protocolos do Ministério da Saúde;

f) A contratada deverá exibir em local visível, na fachada principal da sede, a marca símbolo de identificação do SUS, estabelecida pelo Ministério da Saúde, informando a gratuidade do serviço;

g) Realizar todos os procedimentos constantes da Tabela de Procedimento SIGTAP/SUS e/ou Tabela Complementar do Município de Boa Vista–Recursos Próprios – Anexo II-A, Anexos II-B, Anexo II-C, Anexo II-D e Anexo II-E, por valores iguais aos definidos na tabela vigente, disponíveis no site www.sisgtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/downlord.jsp, do Ministério da Saúde;

h) Os credenciados não poderão alterar as instalações e fazer mudança de endereço de atendimento sem o consentimento prévio e por escrito da Secretaria Municipal de Saúde;

e) Cada encaminhamento para avaliação do tratamento de Fisioterapia, encaminhados pela SMSA garante um retorno dentro do prazo de 30 (trinta) dias aos usuários do SUS, sem ônus para o contratado.

CLÁUSULA OITAVA – DA FISCALIZAÇÃO

§ 1º. A fiscalização da prestação de serviços contratual será exercida por representantes do **CONTRATANTE**, nomeados por meio de Portaria, neste ato denominados **FISCAIS**, aos quais competirá dirimir as dúvidas que surgirem no curso da execução, dando ciência de tudo ao **CONTRATANTE**;

§ 2º. A fiscalização de que trata esta cláusula não exclui nem reduz a responsabilidade da **CONTRATADA**, inclusive perante terceiro, por qualquer irregularidade, não implicando também, co-responsabilidade do **CONTRATANTE** ou de seus agentes e prepostos (art. 70, da Lei nº 8.666/93).

§ 3º. O **CONTRATANTE** terá o direito de exigir o afastamento (da execução direta ou indireta do serviço contratado) de qualquer empregado ou preposto da **CONTRATADA** que não mereça a sua confiança ou embarace a fiscalização, ou ainda, que se conduza de modo inconveniente ou incompatível com o exercício das funções que lhe forem atribuídas após advertência por escrito.

§ 4º. Eventualmente o **CONTRATANTE** vistoriará as instalações da **CONTRATADA** para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas da **CONTRATADA**, comprovadas por ocasião da assinatura deste contrato.

CLÁUSULA NONA - DA RESCISÃO E DAS PENALIDADES



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

§ 1º. O descumprimento total ou parcial do presente contrato poderá, garantido à prévia defesa, rescindir o avençado, cancelando-se inclusive a Nota de Empenho, nos termos dos Artigos 77 e 78, sem prejuízo do eventual exercício dos direitos previstos no Artigo 80 e da aplicação das penalidades estabelecidas nos Artigos 86 a 88, todos da Lei nº. 8666/93;

§ 2º. A multa moratória prevista no Artigo 86 da Lei nº. 8666/93 será calculada pelo percentual de 1% (um por cento) por dia de atraso, calculado sobre o valor do fornecimento em atraso, limitado a 10% (dez por cento) deste;

§ 3º. A multa a que se refere o Inciso II do Artigo 87 da Lei nº. 8666/93 será calculada sobre o valor do fornecimento em atraso, limitado a 10% (dez por cento) deste;

§ 4º. As multas previstas nos itens anteriores são independentes e podem ser cumuladas;

§ 5º. A Secretaria Municipal de Saúde somente deixará de aplicar eventual sanção caso seja demonstrada a ocorrência de qualquer circunstância prevista no § 1º. do Art.57 da Lei nº. 8666/93;

§ 6º. Da aplicação das penalidades definidas neste item caberá recurso no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados da Notificação;

§ 7º. A sanção estabelecida no inciso 4º. do artigo 87 da Lei 8666/93 é de competência exclusiva do Secretário Municipal de Saúde, facultada a defesa do interessado no respectivo processo, no prazo de 10 (dez) dias da abertura de vista, podendo a reabilitação ser requerida após 2 (dois) anos de sua aplicação.

§ 8º. O valor das multas será descontado dos créditos do Prestador de Serviços, desde já expressamente autorizado.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

§ 1º. Convocada para assinatura do Contrato, a selecionada não poderá se furtar de prestar serviços, conforme os valores estabelecidos na Tabela SUS e Tabela Municipal, ficando esclarecido que a desistência posterior acarretará as sanções previstas no Capítulo IV da Lei Federal 8.666/ 93 e demais legislações aplicáveis;

§ 2º. Aplicam-se, no que couber, as disposições constantes da Lei nº. 8.078/90 – Código de Defesa do Consumidor;

§ 3º. O contrato poderá ser rescindido, por mútuo interesse entre as partes, atendida a conveniência da Secretaria Municipal de Saúde, recebendo o Prestador de Serviços o valor correspondente, de forma imediata e independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial;

§ 4º. O contrato deverá ser publicado, por meio de extrato no Diário Oficial do Município, nos termos do parágrafo único, do Artigo 61, da Lei nº. 8.666/93;



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

§ 5º. É vedada a subcontratação, cedência ou transferência da execução do objeto, no todo ou em parte, a terceiro, sob pena de rescisão.

§ 6º. Fica estabelecido que o CONTRATADO realizará todos os procedimentos encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde;

§ 7º Os serviços objeto deste Edital serão contratados na modalidade ambulatorial, conforme a necessidade do Município;

§ 8º. O CONTRATADO não poderá alterar as instalações e fazer mudança de endereço de atendimento sem o consentimento prévio e por escrito da Secretaria Municipal de Saúde;

§ 9º As unidades deverão dispor de acesso específico para as pessoas portadoras de deficiência física;

§ 10º. As partes elegem o Foro da Cidade de Boa Vista, Capital do Estado de Roraima, para dirimir qualquer dúvida oriunda deste contrato, preterindo outros, por mais especiais e privilegiados que sejam.

Por estarem justos e contratados, assinam o presente Contrato nº. 0...../2013 – PGM, firmado nos autos do processo nº. ___/2013 – SMSA, em 04 (quatro) vias de igual teor, forma e validade na presença de duas testemunhas, maiores e capazes que também o assinam.

Boa Vista, ___/___/2013

CONTRATANTE/INTERVENIENTE: _____

CONTRATADA: _____

TESTEMUNHAS: _____