

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE / AMUNPAR**

CNPJ 73.966.913/0001-30

Fone/Fax (44) 3421-5100

Rua: Marechal Cândido Rondon, 640 – 87703-370 – Paranavaí – Paraná.

<http://www.consorciodesaude.com.br> - E-Mail: [cis@consorciodesaude.com.br](mailto:cis@consorciodesaude.com.br)

---

**CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2008 PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOAS FÍSICAS E PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA MÉDICA**

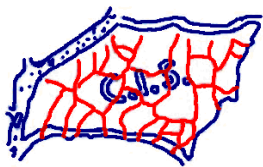
**CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS MÉDICOS (EXAMES E CONSULTAS ESPECIALIZADAS)**

Levamos ao conhecimento dos interessados, que o **Consórcio Intermunicipal de Saúde/Amunpar** estará realizando de **18 de janeiro de 2008 até 18 de fevereiro de 2008**, credenciamento pessoas físicas e PESSOAS jurídicas da área médica, de acordo com a Lei nº 8.666/93, suas alterações, Lei nº 8.080/90, Portaria nº 1286/93 do Ministério da Saúde e demais legislações aplicáveis.

1. O presente Chamamento tem por objeto o Credenciamento de serviços de **Exames Diagnósticos e Consultas Especializadas**, que deverão ser prestados em instalações do **CRENCIADO**, conforme descrição no Edital completo.
2. O pagamento, forma e valor, dos serviços a serem credenciados estão estipulados no Edital completo.
3. As despesas decorrentes do credenciamento deste Chamamento correrão por conta de recursos das dotações orçamentárias: 33.90.36.00 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Física e 33.90.39.00 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica.
4. A documentação e a forma para o credenciamento estão descritas no Edital completo.
5. O Edital completo e maiores informações poderão ser solicitados junto à Comissão Permanente de Licitação do **Consórcio Intermunicipal de Saúde/Amunpar**, Rua Marechal Cândido Rondon, 640 ou na página eletrônica [www.consorciodesaude.com.br](http://www.consorciodesaude.com.br), fone/fax (44) 3421-5100.

Paranavaí, 18 de janeiro de 2008.

**LIDIANE SALLES PASCOIN**  
**PRESIDENTE/CPL**



## CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE / AMUNPAR

CNPJ 73.966.913/0001-30

Fone/Fax (44) 3421-5100

Rua: Marechal Cândido Rondon, 640 – 87703-370 – Paranavaí – Paraná.

<http://www.consorciodesaude.com.br> - E-Mail: [cis@consorciodesaude.com.br](mailto:cis@consorciodesaude.com.br)

### CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2008 PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOAS FÍSICAS E PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA MÉDICA.

#### CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE/AMUNPAR

#### 1 – PREÂMBULO

1.1 – O Consórcio Intermunicipal de Saúde/AMUNPAR, através da Comissão Permanente de Licitação, designada pela Portaria nº 02/07, de 03/07/07 e de conformidade com a Lei nº 8.666/93, suas alterações, Lei nº 8.080/90, Portaria nº 1286/93 do Ministério da Saúde e demais legislações aplicáveis, torna pública a realização de CREDENCIAMENTO DE PESSOAS FÍSICAS E PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA MÉDICA, nos termos das condições estabelecidos no presente Instrumento de Chamamento.

#### 2 – OBJETO

2.1 – O presente Chamamento tem por objeto o Credenciamento na área médica de pessoas físicas e pessoas jurídicas, para e serviços de **Exames Diagnósticos e Consultas Especializadas**, que deverão ser prestados em instalações do(a) **CREDENCIADO(A)**.

#### 3 – EXAMES DIAGNÓSTICOS E CONSULTAS ESPECIALIZADAS

3.1 Os descritos no Anexo V, deste Chamamento.

#### 4 – CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO

4.1 Poderão participar do Credenciamento pessoas físicas e pessoas jurídicas, desde que atendidos os requisitos deste instrumento de chamamento, vedados os que estiverem cumprindo sanções previstas nos incisos III e IV do art. 87 da Lei nº 8.666/93.

#### 5 – FORMA DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO/PRAZO

5.1 – Os interessados poderão inscrever-se para o Credenciamento a partir da publicação do presente Instrumento.

5.2 – Serão consideradas credenciadas as pessoas físicas e as pessoas jurídicas que apresentarem os Documentos enumerados no item 7.1 e/ou 7.2 deste instrumento.

5.3 – Os interessados poderão solicitar a inscrição no Credenciamento até **18 de fevereiro de 2008**, ficando as inscrições limitadas ao período remanescente de vigência do Credenciamento. As inscrições, no entanto, serão analisadas a cada trinta dias, de acordo com as necessidades do **CIS/AMUNPAR**, sujeitando-se a efetiva demanda do serviço.

5.4 – Os modelos de formulários para cadastramento estão disponíveis;

- 1) pela internet – [www.consorciodesaude.com.br](http://www.consorciodesaude.com.br)
- 2) na sede do Consórcio situada na Rua Marechal Cândido Rondon, 640, das 8:00 às 18:00 horas de segunda às sextas feiras.

## **6 – FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS**

6.1 – Encaminhar até a data prevista no item 5.3, os documentos relacionados no item 7.1 e/ou 7.2 à Comissão Permanente de Licitação, de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 18:00 horas, no endereço do **Consórcio Intermunicipal de Saúde/Amunpar**, Rua Marechal Cândido Rondon, 640, centro; cep: 87703-370 em Paranavaí – PR, em envelope fechado com as seguintes indicações:

CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS NA ÁREA MÉDICA - CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2008

INTERESSADO:

ESPECIALIDADE:

ENDEREÇO:

TELEFONE PARA CONTATO:

## **7 – DOCUMENTAÇÃO PARA HABILITAÇÃO**

**7.1 – Pessoa Jurídica** - apresentar os seguintes documentos:

1. Requerimento para credenciamento, conforme modelo contido no Anexo I;
2. Cópia da cédula de identidade;
3. Cópia do CPF;
4. Cópia do comprovante de inscrição no Conselho Profissional correspondente;
5. Cópia do comprovante de especialização na área pretendida;
6. Número do PIS ou nº de inscrição no INSS;
7. Declaração do proponente de que não pesa contra si declaração de inidoneidade, expedida por Órgão da Administração Pública de qualquer esfera do Governo, de acordo com o modelo constante no Anexo III;
8. Prova de regularidade para com as Fazendas: a) Federal (Receita Federal e Dívida Ativa da União), b) Estadual e c) Municipal, do domicílio do participante.
9. Declaração de Regularidade de Situação do Contribuinte Individual junto ao INSS (DRS-CI).

**7.2 – Pessoa Jurídica** - apresentar os seguintes documentos:

1. Requerimento para credenciamento, conforme modelo contido no Anexo II;
  2. Cópia da inscrição no CNPJ;
  3. Cópia do Contrato Social e suas alterações;
  4. Declaração do proponente de que não pesa contra si declaração de inidoneidade, expedida por Órgão da Administração Pública de qualquer esfera do Governo, de acordo com o modelo constante no Anexo III;
  5. Declaração (modelo no ANEXO IV) de que cumpre o disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição e na Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999;
  6. Cópia do Alvará de Licença Sanitária;
  7. Prova de regularidade fiscal com a Receita Federal (Receita Federal e Dívida Ativa da União).
  8. Prova de regularidade fiscal para com a Receita Estadual;
  9. Prova de regularidade fiscal para com a Receita Municipal da cidade sede da pessoa jurídica participante;
  10. Prova de regularidade para com a Seguridade Social (Certidão Negativa de Débito emitida pelo INSS);
  11. Prova de regularidade para com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (Certificado de Regularidade do FGTS);
  12. Cópia do comprovante de inscrição no Conselho Profissional correspondente, do(s) profissional(is) que executará(ão) os serviços;
- Cópia do comprovante de especialização na área pretendida, do(s) profissional(is) que executarão os serviços.

**7.3** – As empresas poderão inscrever-se em mais de uma área, desde que preenchidos os requisitos na respectiva especialidade.

**7.4** – Os documentos necessários à habilitação poderão ser apresentados em via original, por qualquer processo de cópia autenticada por cartório competente ou por servidor da Administração, ou publicação em órgão da imprensa oficial.

## **8 – PROCEDIMENTO DO CADASTRO**

8.1 – Ao requerer a inscrição no cadastro, ou atualização deste, a qualquer tempo, o interessado fornecerá os elementos necessários à satisfação das exigências contidas no item 7.1 e/ou 7.2 deste instrumento.

8.2 – Não será aceito cadastro com documentação incompleta.

8.3 – Os inscritos serão cadastrados por especialidade, segundo a avaliação técnica obtida pelos elementos constantes da documentação relacionadas no item 7.1 e/ou 7.2 do presente instrumento.

8.4 – Aos inscritos será fornecido certificado, renovável sempre que atualizarem o registro.

8.5 – A qualquer tempo poderá ser alterado, suspenso ou cancelado o cadastro do inscrito que deixar de satisfazer as exigências estabelecidas para o cadastramento.

8.6 – O cadastramento será feito pela ordem de chegada dos envelopes contendo os documentos de habilitação.

8.7 – O cadastro será renovado anualmente.

## **9 – DO VALOR**

9.1 – A remuneração pelos serviços prestados, será conforme Tabela de Procedimentos, na forma de anexo V, neste Chamamento.

## **10 – CRITÉRIO DE REAJUSTE**

10.1 O valor dos procedimentos indicados no item 9.1 não sofrerá reajuste no período de vigência do contrato.

## **11 – CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

Os pagamentos dos serviços serão efetuados condicionados ao recebimento pelo Consórcio da fatura SIA/SUS correspondente ao serviço prestado; e será feito mediante depósito em conta corrente do credor no Banco do Brasil S/A., ou outra forma, desde de que assumam os ônus que porventura existirem. Qualquer atraso nesse repasse será entendido como caso fortuito, alheio à vontade do Consórcio e não o sujeitará a atualização monetária ou incidência de juros.

11.1 – O Consórcio efetuará o pagamento de acordo com o número de atendimentos realizados, mediante apresentação de autorizações prévias emitidas pelos 28 (vinte e oito) municípios consorciados;

11.2 – Sendo pessoa jurídica o pagamento estará condicionado à apresentação da certidão de regularidade dos Encargos Previdenciários, conforme disposto no § 2º do Artigo 71 da Lei 8.666/93.

11.3 – A nota fiscal deverá estar acompanhada da relação dos pacientes atendidos.

## **12. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

12.1 – Os pagamentos decorrentes da execução dos serviços correrão por conta dos recursos das seguintes dotações orçamentárias:

33.90.36.00 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Física

33.90.39.00 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica

## **13 – SANÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA O CASO DE INADIMPLEMENTO DOS SERVIÇOS**

13.1 – Pela inexecução total ou parcial na prestação dos serviços, o **Consórcio Intermunicipal de Saúde/Amunpar**, poderá, garantida a prévia defesa, aplicar aos credenciados as sanções previstas no art. 87 da Lei nº. 8666/93. Em caso de aplicação de multa, esta será de 2% (dois por cento) sobre o valor total dos serviços contratados.

## **14 – RECURSOS**

14.1 – Aos credenciados é assegurado o direito de Recurso, nos termos do art. 109 da Lei nº 8666/93.

## **15 – DISPOSIÇÕES GERAIS**

15.1 – Esclarecimentos relativos ao presente Chamamento e às condições para atendimento das obrigações necessárias ao cumprimento de seu objeto, serão prestados pela Comissão Permanente de Licitação, de segunda a sexta-feira, em horário de expediente. Telefone para contato: (44) 3421-5169.

15.2 – O foro da cidade de Paranavaí, Estado do Paraná, será o único competente para dirimir questões decorrentes do Credenciamento.

## **16 – ANEXOS**

16.1 – Integram o presente instrumento, os seguintes anexos.

- I. Modelo de requerimento para credenciamento (Pessoa Física)
- II. Modelo de requerimento para credenciamento (Pessoa Jurídica)
- III. Modelo de Declaração de Idoneidade.
- IV. Modelo de Declaração de cumprimento à observância ao disposto no inciso XXXIII do artigo 7º da constituição federal.
- V. Tabela de valores para os procedimentos (exames diagnósticos e consultas especializadas).
- VI. Minuta do Contrato a ser firmado entre as partes.

Paranavaí, 18 de janeiro de 2008.

**LIDIANE SALLES PASCOIN**  
**PRESIDENTE/CPL**





**ANEXO III**

(Em papel timbrado do profissional ou empresa interessada)

**DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE**

Declaro(amos), para os fins de direito, na qualidade de Proponente(s) do Cadastro de Profissionais do CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2008, instaurado pelo **Consórcio Intermunicipal de Saúde/Amunpar**, que não fui(fomos) declarado(s) inidôneo(s) para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas.

Por ser expressão da verdade, firmo(amos) o(a) presente.

Paranavaí, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008.

---

Assinatura do Responsável Legal  
pela Empresa Proponente.

**ANEXO IV**

(Em papel timbrado do profissional ou empresa interessada)

**DECLARAÇÃO DE OBSERVÂNCIA AO DISPOSTO NO INCISO XXXIII DO ARTIGO 7º DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL**

Declaro(amos), para os fins de direito, na qualidade de Proponente(s) do Cadastro de Profissionais do CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2008, que a referida empresa cumpre o disposto no inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal. Por ser expressão da verdade firma a presente.

Local, ( data )

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável Legal.

OBS\* : Firmas Reconhecidas

## ANEXO V

| <b>TABELA DO CIS/AMUNPAR</b>  |                  |
|---|------------------|
| <b>Exames Diagnósticos e Consultas Especializadas</b>   | <b>Valor R\$</b> |
| <b>Especialidade: Cardiologia</b>   |                  |
| Holter 24 horas   | 80,00            |
| <b>Especialidade: Neurologia</b>  |                  |
| Procedimento:   |                  |
| Exame de Eletroencefalograma  | 45,00            |
| <b>Especialidade: Neuropediatria</b>  |                  |
| Consulta em Neuropediatria  | 45,00            |
| <b>Especialidade: Heumatologia</b>  |                  |
| Consulta em Heumatologia  | 45,00            |
| <b>Tomografia Computadorizada</b>   |                  |
| * EXAMES DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA:   |                  |
| Tomografia Computadorizada Coluna Cervical, Dorsal, Lombar  | 86,76            |
| Tomografia Computadorizada de Crânio, Sela Turca ou Órbitas   | 86,76            |
| Tomografia Computadorizada do Tórax   | 136,41           |
| Tomografia Computadorizada do Abdômen Superior  | 138,63           |
| Tomografia Computadorizada de Face ou Seios de Face ou Articulações Têmporo-Mandibular                | 86,75            |
| Tomografia Computadorizada de Mastóides ou Ouvidos  | 86,75            |
| Tomografia Computadorizada de Pelve ou Bacia  | 138,63           |
| Tomografia Computadorizada de Pescoço (Partes Moles, Laringe, Tireóide ou Paratireóide e Faringe)     | 86,75            |
| Tomografia Computadorizada dos Segmentos Apendiculares (Braços, Antebraços, Coxas, Pernas, Mãos, Pés) | 86,75            |
| Tomomielografia até Três Segmentos  | 138,63           |
| Tomografia Computadorizada das Articulações Externo-Claviculares                                      | 86,75            |
| Tomografia Computadorizada das Articulações Ombros  | 86,75            |
| Tomografia Computadorizada das Articulações Cotovelos   | 86,75            |
| Tomografia Computadorizada das Articulações Punhos  | 86,75            |
| Tomografia Computadorizada das Articulações Sacro-Iliaco  | 86,75            |
| Tomografia Computadorizada das Articulações Coxo-Femurais   | 86,75            |
| Tomografia Computadorizada das Articulações Joelho  | 86,75            |
| <b>Ressonância Magnética</b>  |                  |
| EXAMES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA   |                  |
| Ressonância Magnética de Crânio   | 400,00           |
| Ressonância Magnética da Coluna Cervical  | 400,00           |
| Ressonância Magnética da Coluna Torácica  | 400,00           |
| Ressonância Magnética do Abdômen Superior   | 400,00           |
| Ressonância Magnética da Coluna Lombo-Sacra   | 400,00           |
| Ressonância Magnética do Plexo Braquial (Unilateral)  | 400,00           |
| Ressonância Magnética do Tórax  | 400,00           |
| Ressonância Magnética de Coração ou Aorta com Cine-RM   | 400,00           |
| Ressonância Magnética de Bacia ou Pélvis  | 400,00           |
| Ressonância Magnética de Ombro (Unilateral)   | 400,00           |
| Ressonância Magnética de Cotovelo / Punho (Unilateral)  | 400,00           |
| Ressonância Magnética da Articulação Coxo-Femural (Bilateral)   | 400,00           |
| Ressonância Magnética do Joelho (Unilateral)  | 400,00           |
| Ressonância Magnética do Tornozelo ou Pé (Unilateral)   | 400,00           |
| Ressonância Magnética de Segmento Apendicular (Unilateral)  | 400,00           |
| Angiografia por Ressonância Magnética   | 400,00           |
| Ressonância Magnética de ATM (Bilateral)  | 400,00           |
| Ressonância Magnética de Vias Biliares  | 400,00           |
| * Valores de Acordo com a Tabela do SIA/SUS   |                  |

MINUTA DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

Contrato de prestação de serviços que fazem entre si o  
**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE**  
**SAÚDE/AMUNPAR** e

O **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE/AMUNPAR**, entidade de direito privado com funções públicas, inscrita no CNPJ sob número 73.966.913/0001-30, situado na Rua Marechal Cândido Rondon, 640, na cidade de Paranavaí, Estado do Paraná, neste ato representado pelo seu Coordenador Antonio Rodrigues Varela Neto, RG nº 887.742/PR e CPF 197.293.249-72, residente na rua Salgado Filho, 580 – Jardim Curitiba, Paranavaí – PR, doravante denominado **CONTRATANTE** e

CNPJ \_\_\_\_\_, situada na \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ em \_\_\_\_\_ neste ato representada  
pelo seu representante legal, \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_,  
doravante denominado(a) **CONTRATADO(A)**, firmam o presente contrato nos termos da Lei 8.666, de 21 de junho de 1993, suas alterações e legislações pertinentes, assim como pelas condições do CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2008.

**CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO**

O presente contrato tem como objeto a prestação de serviços de (Exames Diagnósticos e Consultas Especializadas) na área de \_\_\_\_\_, a serem realizados pelo(a) **CONTRATADO(A)**.

**Parágrafo Único** – Integram e completam o presente **CONTRATO**, para todos os fins de direito, obrigando as partes em todos os seus termos, as condições expressas no CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2008.

**CLÁUSULA SEGUNDA – REGIME DE EXECUÇÃO**

Os serviços contratados serão executados de forma indireta, em regime de empreitada, por preço unitário, sem vínculo empregatício.

**Parágrafo Primeiro** – O local da prestação do serviço será na cidade sede do(a) Credenciado(a), em instalações próprias do profissional ou empresa.

**Parágrafo Segundo:** A execução do presente contrato será acompanhada pela Unidade Gestora de Transferência e Comissão de Ética e Controle de Qualidade, nomeada pela portaria nº 06/06, retificada em 07 de novembro de 2007, em atenção ao art. 67 da lei 8.666/93.

**Parágrafo Terceiro:** A prestação do serviço dar-se-á no estabelecimento da Contratada, mediante requisição expedida pelo Contratante, **ficando assegurado ao paciente tratamento idêntico ao dispensado aos particulares. Qualquer tipo de discriminação ou cobrança pelos serviços diretamente ao paciente dará causa à instalação de processo administrativo para aplicação das sanções previstas na Lei 8.666/93, garantida a defesa prévia.**

### **CLÁUSULA TERCEIRA – VALOR CONTRATUAL/PAGAMENTO**

Pela execução do objeto ora contratado, o **CONTRATANTE** pagará ao(à) **CONTRATADO(A)** o valor de \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_, por meio de Nota Fiscal.

**Parágrafo Primeiro** – Os pagamentos dos serviços serão efetuados condicionados ao recebimento pelo Consórcio da fatura SIA/SUS correspondente ao serviço prestado; e será feito mediante depósito em conta corrente do credor no Banco do Brasil S/A., ou outra forma, desde que assumam os ônus que porventura existirem. Qualquer atraso nesse repasse será entendido como caso fortuito, alheio à vontade do Consórcio e não o sujeitará a atualização monetária ou incidência de juros.

**Parágrafo Segundo:** Sendo pessoa jurídica o pagamento estará condicionado à apresentação da certidão de regularidade dos Encargos Previdenciários, conforme disposto no § 2º do Artigo 71 da Lei 8.666/93.

### **CLÁUSULA QUARTA – RECURSOS FINANCEIROS**

As despesas decorrentes do presente contrato serão efetuadas por conta de recursos das dotações orçamentárias: 33.90.36.00 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Física e 33.90.39.00 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica.

### **CLÁUSULA QUINTA - REAJUSTE**

Valores contratados pelo CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2008 não serão reajustados na vigência deste contrato.

### **CLÁUSULA SEXTA – PRAZOS**

O prazo do presente contrato é de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, a contar de \_\_\_\_\_ até \_\_\_\_\_, inclusive, podendo ser prorrogado por conveniência das partes, obedecendo o artigo 57, §§ 1º e 2º da Lei 8.666/93.

### **CLÁUSULA SÉTIMA – DIREITOS E RESPONSABILIDADES DAS PARTES**

Constituem direitos do **CONTRATANTE** receber o objeto deste contrato nas condições avençadas e da **CONTRATADA** perceber o valor ajustado na forma e no prazo convencionados.

Constituem obrigações e faculdades do **CONTRATANTE**:

- a) Efetuar os pagamentos conforme especificações do edital;
- b) Fiscalizar a realização do serviço contratado;

- Constituem obrigações da **CONTRATADA**:

- a) Prestar a execução dos serviços na forma ajustada;
- b) Informar à Contratante por meio de ofício, o período do dia (horário), dias da semana e o limite diário de atendimentos que serão ofertados;
- c) Manter durante toda execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no credenciamento;
- d) Arcar com as despesas decorrentes de serviços de terceiros que lhe sejam particularmente prestados, tais como pessoal, recepção, limpeza, obrigações sociais e trabalhistas, entre outros;
- e) Responsabilizar-se por danos causados diretamente ao **CONTRATANTE** ou a terceiros decorrentes de sua culpa ou dolo, promovidos por si ou por terceiro sob seu mando ou responsabilidade, na execução do serviço contratado, ou outro a deles derivados;
- f) Permitir fiscalização pelo **CONTRATANTE**, nos serviços contratados, independente de agendamento prévio;
- g) Comunicar, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias as impossibilidades de atendimento, salvo as motivadas por força maior, que serão justificadas por relatórios;
- h) O atendimento ao paciente agendado estará condicionado à apresentação de “autorizações prévias” emitidas pelo gestor municipal juntamente com os documentos pessoais;
- i) A **CONTRATADA** deverá enviar semanalmente a Central de Processamento de Dados do CRE, as referidas autorizações prévias dos pacientes atendidos e na última semana do mês deverão enviar a Divisão Administrativa do CIS/AMUNPAR, relação nominal dos pacientes atendidos, contendo o município de origem e demais dados pessoais do paciente, juntamente com a nota fiscal;

- j) Cabe a **CONTRATADA** informar a Administração do CRE, nome e origem dos pacientes faltosos para que este CIS/AMUNPAR possa tomar as devidas providências;
- k) Responsabilizar-se por todos os materiais necessários à realização dos procedimentos, assim como por quaisquer danos aos equipamentos e materiais empregados.

#### **CLÁUSULA OITAVA – SANÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA O CASO DE INADIMPLÊNCIA CONTRATUAL**

Em caso de atraso injustificado no cumprimento dos serviços contratados, será aplicada à **CONTRATADA** multa moratória de valor equivalente a 10% (dez por cento) sobre o valor total em atraso, limitada a 2% (dois por cento) sobre o valor total do contrato, sendo garantida a defesa prévia.

#### **CLÁUSULA NONA – RESCISÃO**

O presente contrato poderá ser rescindido caso ocorram quaisquer dos fatos elencados no art. 78 e seguintes, da Lei 8.666/93.

**Parágrafo Único** – O(A) **CONTRATADO(A)** reconhece os direitos do **CONTRATANTE**, em caso da rescisão administrativa prevista n art. 77, da Lei 8.666/93.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA – LEGISLAÇÃO APLICÁVEL**

O presente Instrumento contratual é regido pelas disposições expressas na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e pelos preceitos de direito público, aplicando-se-lhe supletivamente os princípios da teoria geral dos contratos e as disposições de direito privado.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – CASOS OMISSOS**

Os casos omissos serão resolvidos à luz da Lei nº 8.666/93, suas alterações e dos princípios gerais de direito.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – FORO**

Para as questões oriundas deste contrato, as partes elegem o foro da Comarca de Paranaíba, renunciando expressamente a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem de pleno acordo assinam a presente com as testemunhas abaixo, em duas vias, de igual teor e forma.

Paranaíba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008.

\_\_\_\_\_  
CONTRATANTE

\_\_\_\_\_  
CONTRATADA

TESTEMUNHAS

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

VISTO:

Renato Benvindo Frata  
OAB 27.187/PR.