

## TERMO DE CREDENCIAMENTO N.º 89-2024

### Edital de Chamamento Público n.º 008-2024

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PASSO FUNDO**, inscrita no CNPJ 92.030.543/0001-70, situada na Rua Tiradentes n.º 295, Centro, Passo Fundo-RS, telefone (54) 99613-3333, email comercialhc@hcpf.com.br, representada neste ato pelo Sr. PAULO ADIL FERENCI, CPF n.º \*\*\*.588.140-\*\*, pelo presente, atendendo ao EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO N.º 008-2024, vem manifestar seu interesse no CREDENCIAMENTO junto ao Município de IBIRUBÁ/RS, de acordo com a necessidade e demanda gerada, em forma de rotatividade de credenciados, nos serviços e valores fixados na TABELA ABAIXO, conforme discriminação, aprovação e solicitação mediante emissão de cada AF - Autorização de Fornecimento.

Item	Serviço a ser prestado	Valor Unitário R\$
1	US PAREDE ABDOMINAL	120,00
2	US ABDOMEM TOTAL	170,00
3	US ESTRUTURAS SUPERFICIAIS	120,00
4	US DE ÓRGÃOS SUPERFICIAIS	120,00
5	US GLÂNDULAS SALIVARES	120,00
6	US TÓRAX - TORÁCICO EXTRACARDÍACO	160,00
7	US OBSTÉTRICO 1 TRIMESTRE	120,00
8	US OBSTÉTRICO TN	250,00
9	US PARTES MOLES	100,00
10	US PÉLVICO/ABDOMEM INFERIOR FEMININO	120,00
11	US OBSTÉTRICA PERFIL BIOFÍSICO FETAL	280,00
12	US ENDOVAGINAL PARA CONTROLE DE OVULUÇÃO	500,00
13	US COM DOPPLER DE AORTA E ARTÉRIAS RENAIIS	260,00
14	US COM DOPPLER DE ARTÉRIAS VISCERAIS	215,00
15	US COM DOPPLER DE ÓRGÃOS OU ESTRUTURAS ISOLADAS	215,00
16	US COM DOPPLER CERVICAL VENOSO	260,00
17	US COM DOPPLER DA VEIA CAVA INFERIOR OU SUPERIOR	260,00
21	URETROCISTOGRAFIA ADULTO	500,00
22	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	500,00
23	RX CAVUM	50,00
24	RX ARCOS ZIGOMÁTICOS	55,00
25	RX ARTICULAÇÃO TEMPORO MANDIBULAR	70,00
26	RX CRANIO PA/LAT	55,00
27	RX - INCIDENCIA ADICIONAL	10,00

28	RX MAXILAR	55,00
29	RX DE ORBITAS	55,00
30	RX ORELHA MASTÓIDES OU ROCHEDOS	55,00
31	RX OSSOS DA FACE	55,00
32	RX SEIOS DA FACE	55,00
33	RX SELA TÚRSICA	55,00
34	RX COLUNA CERVICAL	75,00
35	RX COLUNA CERVICAL AP LAT TO/FLEXÃO OU OUTRAS INCIDÊNCIAS	240,00
36	RX LOMBO SACRA	100,00
37	RX LOMBO SACRA AP LAT TO / FLEXÃO OU OUTRAS INCIDÊNCIAS	240,00
38	RX SACRO COCCIX	65,00
39	RX ANTEBRAÇO	55,00
40	RX ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR	55,00
41	RX ARTICULAÇÃO ESTERNO CLAVICULAR	55,00
42	RX ARTICULAÇÃO OMBRO ESCAPULOUMERAL	55,00
43	RX BRAÇO	55,00
44	RX CLAVÍCULA	55,00
45	RX COTOVELO	55,00
46	RX ESTERNO	55,00
47	RX COLUNA DORSAL	80,00
48	RX MÃO QUIRODACTILO	55,00
49	RX MÃO E PUNHOS IDADE OSSEA	120,00
50	RX OMOPLATA OU ESCÁPULA	55,00
51	RX PUNHO ESCAFÓIDE	55,00
52	RX ARTICULAÇÃO COXO FEMURAL QUADRIL	80,00
53	RX TORNOZELO TIBIOTÁRSICA	55,00
54	RX ARTICULAÇÃO SACRO ILIACA	55,00
55	RX BACIA	55,00
56	RX CALCANEIO	55,00
57	RX COXA FEMUR	55,00
58	RX JOELHO	55,00
59	RX PATELA	55,00
60	RX PÉ OU PODODACTILO	55,00
61	RX PERNA TÍBIA	55,00
62	RX CORAÇÃO E VASOS DA BASE	100,00
63	RX LARANJE HIPOFARINGE PESCOÇO - por localização	60,00
64	RX TORAX AP	55,00

65	RX TORAX AP LAT	65,00
66	COLANGIOGRAFIA PÓS OPERATÓRIA DRENO	255,00
67	RX ESÔFAGO HIATO ESTÔMAGO E DUODENO	550,00
68	RX ABDOMEM AGUDO	75,00
69	RX ABDOMEM SIMPLES	65,00
70	RX MANDIBULA	100,00

### 1. CONDIÇÕES ESPECÍFICAS

1.1. As quantidades e custos considerados no Edital de Chamamento Público para Credenciamento acima especificado, visam somente oferecer às empresas interessadas elementos para avaliação do potencial de serviços. Estas quantidades, não constituem sob nenhuma hipótese, garantia de volume de serviço a ser requisitado, reservando-se a Administração do Município de Ibirubá /RS, o direito de adaptação às suas necessidades conforme a demanda gerada.

### 2. A VIGÊNCIA

2.1 O Termo de Credenciamento terá vigência a contar de sua assinatura, com término em 15/10/2025, podendo ser prorrogado mediante termo aditivo.

### 3. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

3.1. O EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO N.º 007-2024 (na íntegra e seus Anexos), constituem parte integrante deste TERMO DE CREDENCIAMENTO, independentemente de transcrição, dele não podendo se afastar durante a sua plena vigência.

Ibirubá/RS, 05 de dezembro de 2024.

Abel Grave,  
PREFEITO.

Paulo Adil Ferenci,  
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PASSO FUNDO

## ASSINATURA ELETRÔNICA

Complemento de assinaturas presentes no documento

Código para verificação: 6752-d380-84ee-1000-089b-a319

---

Assinado por **Abel Grave** em 06/12/2024 às 07:35:47  
Identificador Único: **WxCguCsTCa4PkG9TXVMd9f**

---

Assinado por **Paulo Adil Ferenci** em 17/12/2024 às 09:03:36  
Identificador Único: **WAndksYM9y6LXitcnwPocQ**

---

Para verificar a validade das assinaturas, acesse: <https://ibiruba.aprova.com.br/consulta?documentAuthenticatorCode=6752-d380-84ee-1000-089b-a319>

---