

DIÁRIO **OFICIAL**



Prefeitura Municipal
de
Cruz das Almas



ÍNDICE DO DIÁRIO

ERRATA

ERRATA EDITAL CHAMAMENTO PÚBLICO 006/2024.....

EDITAL

ERRATA DO EDITAL N. 3 - ELEIÇÃO DE DIRETORES E VICE-DIRETORES.....



ERRATA EDITAL CHAMAMENTO PÚBLICO 006/2024



Município de Cruz
das Almas • Bahia

ERRATA DOS ANEXOS II E VII DO Edital de Chamamento Público para Credenciamento de prestadores de serviços para procedimentos diagnósticos na Policlínica do município de Cruz das Almas-BA, conforme as condições e especificações contidas no Edital e seus anexos – Processo Administrativo N. 1023/2024 – Chamamento - SMS nº 006/2024.

A Secretaria Municipal de Saúde informa que no Edital, devido ao erro de digitalização não foi inserido o anexo II MODELO DE PROPOSTA DE ADESAO do Edital de Chamamento Público para Credenciamento de prestadores de serviços para procedimentos diagnósticos na Policlínica do município de Cruz das Almas-BA, conforme as condições e especificações contidas no Edital e seus anexos – Processo Administrativo N. 1023/2024 – Chamamento - SMS nº 006/2024. Publicado no dia 23 de julho de 2024 no Diário Oficial do Município – DOM, edição 2.182, página 43, Ano 2024. Sendo assim:

Onde se lê:

Página nº.36 ANEXO III MINUTA DE CONTRATO Nº ____/2023

Leia-se:

ANEXO II

MODELO DE PROPOSTA DE ADESAO

Ref: Processo Administrativo nº. 1023/2024, Edital de Chamamento Público nº. 006/2024, Inexigibilidade nº. 060/2024.

Objeto: Credenciamento de prestadores de serviços para procedimentos diagnósticos na Policlínica do município de Cruz das Almas-BA, conforme as condições e especificações contidas neste Edital e seus anexos.

PROPOSTA COM PEDIDO DE ADESÃO

Ao AGENTE DE CONTRATAÇÃO e a COMISSÃO TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS PARA PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS DO MUNICÍPIO DE CRUZ DAS ALMAS-BA.

A empresa/pessoa física _____, com sede/endereço _____(endereço completo – Rua/Avenida, número, complemento, bairro, cidade, estado, CEP), inscrito no CNPJ sob o nº _____, neste ato representado por _____ (qualificação do representante da contratada – nacionalidade, estado civil, profissão, RG, CPF, filiação, endereço completo), através do representante legal acima qualificado, vem por meio desta, apresentar nossa PROPOSTA DE ADESÃO ao presente CREDENCIAMENTO para realização

📍 RUA GERSON MAIA, S/N, COPLAN - CRUZ DAS ALMAS/BAHIA, CEP: 44380-000

☎ (75) 3621-8200/3621-8209 ✉ SAUDE@CRUZDASALMAS.BA.GOV.BR

Certificação Digital: 6MZEBI31-JFJJQT0F-HWCOYJ0G-RTXMEHCD

Versão eletrônica disponível em: <http://cruzasalmas.ba.gov.br/>



Município de Cruz
das Almas - Bahia

serviços abaixo indicados, desde já concordando e aderindo aos preços abaixo relacionados, em conformidade com o Edital e seus anexos:

O CREDENCIANTE pagará ao CREDENCIADO, pelos serviços, efetivamente realizados e respectiva nota fiscal discriminativa do(s) serviço(s) prestado(s), os valores constantes da Tabela, conforme especificado em cada item abaixo relacionado:

Item	Descrição	Unid.	Quant.	V. Unit.
01	DOPPLER	procedimento	40 – 200 por mês	R\$ 120,00
02	RAIO X COM LAUDO	procedimento	50-300 por mês	R\$ 60,00
03	ELETCARDIOGRAMA	procedimento	40 – 100 por mês	R\$ 45,00
04	ELETCENEFALOGRAMA C/ MAPEAMENTO	procedimento	20 – 80 por mês	R\$ 75,00
05	ESPIROMETRIA	procedimento	20 – 60 por mês	R\$ 75,00
06	MAPA	procedimento	20 – 80 por mês	R\$ 96,00

Os interessados no credenciamento deverão apresentar sua proposta de adesão APENAS E TÃO SOMENTE para o(s) item(ns) ao qual deseja se credenciar, devendo excluir as linhas da planilha acima referentes a todos os demais itens para os quais NÃO deseja o credenciamento.

A existência de credenciados não obriga o município a firmar os compromissos que deles poderão advir. A não contratação dos serviços não importará em indenização de qualquer espécie. Fica facultada, em caso de futura contratação, a utilização de outros meios, respeitada a legislação pertinente às licitações, assegurando-se aos credenciados a preferência em igualdade de condições.

Declaramos por fim estarmos cientes de todas as condições do edital supracitado e respectivos anexos, bem como de todas as especificações contidas na minuta do futuro contrato a ser assinado e que as aceitamos de forma incondicional sem nenhum questionamento.

Sem mais, esperamos a atenção dessa conceituada entidade no sentido de deferir o nosso credenciamento.

Cruz das Almas/BA, xxxxx de xxxxxx de 2024.

Assinatura e Carimbo CNPJ do Licitante

(confeccionar documento em papel timbrado da licitante)

📍 RUA GERSON MAIA, S/N, COPLAN - CRUZ DAS ALMAS/BAHIA, CEP: 44380-000

☎ (75) 3621-8200/3621-8209 ✉ SAUDE@CRUZDASALMAS.BA.GOV.BR



Município de Cruz
das Almas - Bahia

Para o ANEXO VII

Onde se lê:

ANEXO VII

RELACAO DOS SERVICOS

Ref: Processo Administrativo nº. 1023/2024, Edital de Chamamento Público nº. 0006/2024, Inexigibilidade nº. 060/2024.

Objeto: O presente processo administrativo tem por objetivo objeto o credenciamento de prestadores de serviços para procedimentos médicos e diagnósticos do Município de Cruz das Almas-BA, conforme as condições e especificações contidas neste Edital e seus anexos.

Ao AGENTE DE CONTRATAÇÃO e a COMISSÃO TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS PARA PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS DO MUNICÍPIO DE CRUZ DAS ALMAS-BA.

A empresa/pessoa física _____, com sede/endereço _____(endereço completo – Rua/Avenida, número, complemento, bairro, cidade, estado, CEP), inscrito no CNPJ sob o nº _____, neste ato representado por _____ (qualificação do representante da contratada – nacionalidade, estado civil, profissão, RG, CPF, filiação, endereço completo), através do representante legal acima qualificado, em cumprimento e obediência as exigências do Instrumento Convocatório em epígrafe, **DECLARA**, sob as penas da lei, que:

- a) entregaremos os resultados objeto abaixo relacionado, com excelência, nos responsabilizando por eventuais danos;

Item	Descrição
01	02.06.03.001-0 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR
02	02.11.02.004-4 - MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)
03	04.07.01.024-6 - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA
04	02.06.01.001-0 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE
05	02.06.01.002-8 -TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE.
06	02.06.01.003-6 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE
07	02.06.01.004-4 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES
08	02.06.01.005-2 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO

📍 RUA GERSON MAIA, S/N, COPLAN - CRUZ DAS ALMAS/BAHIA, CEP: 44380-000

☎ (75) 3621-8200/3621-8209 ✉ SAUDE@CRUZDASALMAS.BA.GOV.BR



Município de Cruz
das Almas - Bahia

09	02.06.01.007-9 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
10	02.06.01.008-7 - TOMOMIELOGRAFIA COMPUTADORIZADA
11	02.06.01.009-5 - TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET-CT)
12	02.06.02.001-5 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR
13	02.06.02.002-3 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)
14	02.06.02.003-1 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX
15	02.06.02.004-0 - TOMOGRAFIA DE HEMITORAX, PULMÃO OU DO MEDIASTINO
16	02.06.03.002-9 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR
17	02.06.03.003-7 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR
18	02.07.01.001-3 - ANGIORESSONANCIA CEREBRAL
19	02.07.01.002-1 - RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)
20	02.07.01.003-0 - RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO
21	02.07.01.004-8 - RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA
22	02.07.01.005-6 - RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA
23	02.07.01.006-4 - RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO
24	02.07.01.007-2 - RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA
25	02.07.02.001-9 - RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE
26	02.07.02.002-7 - RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)
27	02.07.02.003-5 - RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX
28	02.07.03.001-4 - RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR
29	02.07.03.002-2 - RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR
30	02.07.03.003-0 - RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)
31	02.07.03.004-9 - RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA
32	02.07.03.005-7 - RESSONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA DA PROSTATA
33	04.07.01.025-4 - RETIRADA DE PÓLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA
34	CONSULTA COM MÉDICO (A). GASTROENTEROLOGIA ESPECIALIDADE MÉDICA QUE SE OCUPA DO ESTUDO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO CLÍNICO DAS DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO

📍 RUA GERSON MAIA, S/N, COPLAN - CRUZ DAS ALMAS/BAHIA, CEP: 44380-000

☎ (75) 3621-8200/3621-8209 ✉ SAUDE@CRUZDASALMAS.BA.GOV.BR



Município de Cruz
das Almas • Bahia

Leia-se:

ANEXO VII

RELAÇÃO DOS SERVIÇOS

Ref: Processo Administrativo nº. 1023/2024, Edital de Chamamento Público nº. 006/2024, Inexigibilidade nº. 060/2024.

Objeto: Credenciamento de prestadores de serviços para procedimentos diagnósticos na Policlínica do município de Cruz das Almas-BA, conforme as condições e especificações contidas neste Edital e seus anexos.

AO AGENTE DE CONTRATAÇÃO E A COMISSÃO TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS PARA PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS NA POLICLÍNICA DO MUNICÍPIO DE CRUZ DAS ALMAS-BA.

A empresa/pessoa física _____, com sede/ endereço _____ (endereço completo – Rua/Avenida, número, complemento, bairro, cidade, estado, CEP), inscrito no CNPJ sob o nº _____, neste ato representado por _____ (qualificação do representante da contratada – nacionalidade, estado civil, profissão, RG, CPF, filiação, endereço completo), através do representante legal acima qualificado, em cumprimento e obediência as exigências do Instrumento Convocatório em epígrafe, **DECLARA**, sob as penas da lei, que:

- b) entregaremos os resultados objeto abaixo relacionado, com excelência, nos responsabilizando por eventuais danos;

Item	Descrição	Unid.	Quant.	V. Unit.
01	DOPPLER	procedimento	40 – 200 por mês	R\$ 120,00
02	RAIO X COM LAUDO	procedimento	50-300 por mês	R\$ 60,00
03	ELETROCARDIOGRAMA	procedimento	40 – 100 por mês	R\$ 45,00
04	ELETROENCEFALOGRAMA C/ MAPEAMENTO	procedimento	20 – 80 por mês	R\$ 75,00
05	ESPIROMETRIA	procedimento	20 – 60 por mês	R\$ 75,00
06	MAPA	procedimento	20 – 80 por mês	R\$ 96,00

Demais dados permanecem inalterados.

Cruz das Almas-Ba, 25 de julho de 2024.

Kaliane da Silva Ferreira
Secretária Municipal de Saúde

📍 RUA GERSON MAIA, S/N, COPLAN - CRUZ DAS ALMAS/BAHIA, CEP: 44380-000

☎ (75) 3621-8200/3621-8209 ✉ SAUDE@CRUZDASALMAS.BA.GOV.BR



Município de Cruz
das Almas • Bahia

📍 RUA GERSON MAIA, S/N, COPLAN - CRUZ DAS ALMAS/BAHIA, CEP: 44380-000
☎️ (75) 3621-8200/3621-8209 ✉️ SAUDE@CRUZDASALMAS.BA.GOV.BR



ERRATA DO EDITAL N. 3 – ELEIÇÃO DE DIRETORES E VICE-DIRETORES



Município de Cruz
das Almas • Bahia

ERRATA

EDITAL Nº 003/2023, DE 31 DE OUTUBRO DE 2023
PROCESSO DE ELEIÇÃO DE DIRETORES E VICE-DIRETORES DAS UNIDADES
ESCOLARES DO SISTEMA MUNICIPAL DE ENSINO PARA O TRIÊNIO
2025/2027

O Município de Cruz das Almas informa que, a pedido da Comissão Eleitoral Ofício nº 011/2024, no Edital nº 003/2023, publicado no Diário Oficial do dia 31 de outubro de 2023, o Anexo 1 deverá ser assim redigido e considerado para todos os fins de direito:

ANEXO 1

CALENDÁRIO DO PROCESSO ELEITORAL PARA PROVIMENTO DOS CARGOS DE DIRETORES E VICE-DIRETORES DAS ESCOLAS DO SISTEMA MUNICIPAL DE ENSINO DE CRUZ DAS ALMAS - ANO 2024	
PROCEDIMENTOS	PERÍODO
INSCRIÇÕES	08 a 30/04/2024
DIVULGAÇÃO DAS INSCRIÇÕES	08/05/2024
RECURSOS	09 a 10/05/2024
HOMOLOGAÇÃO DAS INSCRIÇÕES	15/05/2024
INSCRIÇÕES PARA AS UNIDADES E NÚCLEOS ESCOLARES ONDE NÃO HOUVER INSCRIÇÃO	16/05/2024
DIVULGAÇÃO DAS INSCRIÇÕES	27/05/2024
RECURSOS	26/07/2024
HOMOLOGAÇÃO DAS INSCRIÇÕES	30/07/2024
CURSO DE QUALIFICAÇÃO	30/07 a 02/09/2024

Crisógno Fernandes, 333 - Centro - CEP. 44380-000 - Cruz das Almas/BA
Tel.: 0800-0003261 E-mail: educacaocruz@hotmail.com



Município de Cruz
das Almas • Bahia

APRESENTAÇÃO DO PROJETO DE GESTÃO ESCOLAR	28/08 a 02/09/2024
DIVULGAÇÃO DO RESULTADO DO CURSO	16/09/2024
RECURSOS	17 a 20/09/2024
DIVULGAÇÃO DOS CANDIDATOS APTOS À ELEIÇÃO	27/09/2024
IMPUGNAÇÃO DAS CANDIDATURAS	28/09/2024
CAMPANHA ELEITORAL	07 a 25/10/2024
ELEIÇÕES	29/10/2024
DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	31/10/2024
IMPUGNAÇÃO DA ELEIÇÃO	01/11/2024
HOMOLOGAÇÃO E PUBLICAÇÃO DO RESULTADO FINAL	08/11/2024
NOMEAÇÃO	27/11/2024
POSSE	20/12/2024

Demais dados permanecem inalterados.

Cruz das Almas, 25 de julho de 2024.

Crisógno Fernandes, 333 - Centro - CEP. 44380-000 - Cruz das Almas/BA
Tel.: 0800-0003261 E-mail: educacaocruz@hotmail.com