



# Diário Oficial do EXECUTIVO

## Prefeitura Municipal de Amélia Rodrigues - BA

Sexta-feira • 14 de outubro de 2022 • Ano VIII • Edição Nº 2108



QR CODE

### SUMÁRIO

<b>COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO - COPEL</b> .....	2
LICITAÇÕES E CONTRATOS .....	2
ERRATA   ATA (TOMADA DE PREÇOS Nº 012/2022) .....	2
TERMO DE RESCISÃO (ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 044/2021) .....	2
TERMO DE RESCISÃO (ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 045/2021) .....	3
<b>PROCURADORIA</b> .....	4
ATOS OFICIAIS .....	4
CONTRATO (Nº 000/2022) .....	4
TERMO DE ADESÃO (Nº 000/2022) .....	7

NOTA: As matérias que possuem um asterisco (\*) em sua descrição, indicam REPUBLICAÇÃO.

CONFIABILIDADE

PONTUALIDADE

CREDIBILIDADE



IMPRENSA  
**OFICIAL**  
MAIS TRANSPARÊNCIA PARA TODOS



GESTOR: JOÃO MANOEL BAHIA MENEZES

<http://pmameliarodriguesba.imprensaoficial.org/>

**ÓRGÃO/SETOR: COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO - COPEL**

**CATEGORIA: LICITAÇÕES E CONTRATOS**

**ERRATA | ATA (TOMADA DE PREÇOS Nº 012/2022)**

**ERRATA**

ATA DA SESSÃO – TP 012-2022

PROCESSO ADMINISTRATIVO 4309/2022

ATA DA SESSÃO - TP 003-2022 – Avisamos que na publicação 11 de outubro de 2022, Ano VIII, Edição nº 2106, página 02, Diário Oficial do Executivo. Onde se lê: Ao décimo dia do mês de outubro do ano de dois mil e vinte e dois. Leia-se: Ao décimo primeiro dia do mês de outubro do ano de dois mil e vinte e dois. As demais informações permanecem inalteradas. Amélia Rodrigues - BA, 14 de outubro de 2022.

**TERMO DE RESCISÃO (ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 044/2021)**

PUBLICAÇÃO DE TERMO DE LIBERAÇÃO CONSENSUAL DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 044/2021, CELEBRADO ENTRE O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE E A EMPRESA RN COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS E MATERIAL HOSPITALAR LTDA.

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 4622/2022

MUNICÍPIO DE AMÉLIA RODRIGUES

TERMO DE LIBERAÇÃO CONSENSUAL. CONTRATANTE: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, CNPJ: 12.426.325/0001-10, representado pelo Ilmo. Sr. Secretário Teonis Lins Freitas. CONTRATADA: RN COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS E MATERIAL HOSPITALAR LTDA. CNPJ: 40.790.727/0001-34. O Fundo Municipal de Saúde resolve promover a liberação de vinculação da empresa RN COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS E MATERIAL HOSPITALAR LTDA á Ata de Registro de Preços nº 044-2021, decorrente do Pregão Eletrônico nº 044-2021, tendo como objeto o fornecimento de medicamentos da Rede de Saúde do Município. A RN COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS E MATERIAL HOSPITALAR LTDA, assume ter recebido do Fundo Municipal de Saúde, todos os valores devidos pelos fornecimentos realizados, dando plena, geral e irrevogável quitação dos ditos pagamentos, para nada mais reclamar, seja o que tempo ou a que título for, ficando isento, ademais, de qualquer penalidade administrativa em caso de eventuais irregularidades, detectadas pelo Fundo Municipal de Saúde, no cumprimento daquelas obrigações. Data 26/09/2022. Amélia Rodrigues/Ba.

MUNICÍPIO DE AMÉLIA RODRIGUES

CONTRATANTE

**TERMO DE RESCISÃO (ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 045/2021)**

PUBLICAÇÃO DE TERMO DE LIBERAÇÃO CONSENSUAL DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 045/2021, CELEBRADO ENTRE O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE E A EMPRESA RN COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS E MATERIAL HOSPITALAR LTDA.

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 4618/2022

MUNICÍPIO DE AMÉLIA RODRIGUES

TERMO DE LIBERAÇÃO CONSENSUAL. CONTRATANTE: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, CNPJ: 12.426.325/0001-10, representado pelo Ilmo. Sr. Secretário Teonis Lins Freitas. CONTRATADA: RN COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS E MATERIAL HOSPITALAR LTDA. CNPJ: 40.790.727/0001-34. O Fundo Municipal de Saúde resolve promover a liberação de vinculação da empresa RN COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS E MATERIAL HOSPITALAR LTDA á Ata de Registro de Preços nº 045-2021, decorrente do Pregão Eletrônico nº 045-2021, tendo como objeto o fornecimento de material de penso, soluções e filme para realização de raios-X para atendimento da Rede de Saúde do Município. A RN COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS E MATERIAL HOSPITALAR LTDA, assume ter recebido do Fundo Municipal de Saúde, todos os valores devidos pelos fornecimentos realizados, dando plena, geral e irrevogável quitação dos ditos pagamentos, para nada mais reclamar, seja o que tempo ou a que titulo for, ficando isento, ademais, de qualquer penalidade administrativa em caso de eventuais irregularidades, detectadas pelo Fundo Municipal de Saúde, no cumprimento daquelas obrigações. Data 26/09/2022. Amélia Rodrigues/Ba.

**ÓRGÃO/SETOR: PROCURADORIA**

**CATEGORIA: ATOS OFICIAIS**

**CONTRATO (Nº 000/2022)**

**CONTRATO DE OFERECIMENTO DE  
CARTÃO DE DESCONTOS SAÚDE FLEX BLACK  
CORPORATIVO**

SAÚDEflex

O presente Contrato define os termos e as condições gerais aplicáveis ao seu Cartão de Descontos Saúde Flex, disponibilizado pelo HMED ADMINISTRACAO DE CARTOES DE DESCONTO LTDA., CNPJ nº 31.489.542/0001-01. Em caso de dúvidas, contate nossa Central de Atendimento: (75) 3321 9097 ou (75) 983617914.

Razão Social: PREFEITURA MUNICIPAL DE AMÉLIA RODRIGUES  
CNPJ: 13.607.213/0001-28  
End: AVENIDA JUSTINIANO SILVA nº 98, bairro: CENTRO  
Cidade: AMÉLIA RODRIGUES Estado: BAHIA CEP: 44230-000  
E-mail: [rh2pmar@hotmail.com](mailto:rh2pmar@hotmail.com) Tel: (75) 3242-4600

**REGULAMENTO**

Este regulamento tem o objetivo de apresentar as condições do Cartão Saúde Flex.

**DEFINIÇÕES**

A) Unidades de Atendimento: definem-se como as unidades de atendimento o HOSPITAL ORTOPÉDICO — Hospital Ortopédico Ltda., CNPJ nº 03.611.193/0001-05, situado na Avenida Getúlio Vargas, nº 909 - Centro, Feira de Santana-BA, CEP 44001-325, telefone (75) 3321-9050, HO ESPECIALIDADES — Hospital Ortopédico LTDA, CNPJ nº 03.611.193/0002-96, situado na Rua Juracy Magalhães, nº 737- Ponto Central, Feira de Santana-BA, CEP 44075-115, telefone (75) 3321-9050 e MASTER SAÚDE - Físioestetic Serviços Médicos e Fisioterapia LTDA, CNPJ nº 08.573.712/0001-01, situada na Avenida Getúlio Vargas, 3.522 — Parque Getúlio Vargas, Feira de Santana-BA, CEP: 44076-828.

B) Contratante: é o sindicato e/ou associação que está contratando as vantagens oferecidas pelo Cartão Saúde Flex para que seja disponibilizada aos seus filiados.

C) Beneficiário Saúde Flex: é a pessoa física aceita pelo HMED e apta a possuir o Cartão Saúde Flex, após o fornecimento de suas informações cadastrais.

D) Cartão Saúde Flex: é o cartão de propriedade exclusiva do HMED, emitido e concedido para uso pessoal e intransferível do Beneficiário Saúde Flex. Tal sistema não se configura como plano de saúde e não concede acesso ilimitado aos serviços garantidos por planos de saúde.

E) Vantagens: são os benefícios especiais concedidos exclusivamente ao Beneficiário Cartão Saúde Flex, definidos pelo HMED, discriminados no presente.

F) Serviços: corresponde aos serviços médico-hospitalares de exames, consultas ambulatoriais e procedimentos de pronto atendimento nas áreas de atendimento do Hospital Ortopédico, Hospital Ortopédico Especialidades, Clínica Master Saúde e demais parceiros.

**AQUISIÇÃO E UTILIZAÇÃO DO CARTÃO SAÚDE FLEX**

1. O presente contrato tem por objetivo a oferta continuada de vantagens nas unidades de atendimento aos beneficiários regularmente indicados pelo CONTRATANTE.

2. Poderão inscrever-se como titulares do Cartão Saúde Flex todas os beneficiários que tenham o interesse em fazer parte do programa de descontos e que possuam com a CONTRATANTE vínculo de filiação.

3. Para adquirir o Cartão Saúde Flex, o beneficiário deverá preencher formulário individual com seus dados pessoais, os quais serão protegidos nos termos da política de privacidade do HMED, em respeito à Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.

**ADESÃO E CARTÃO SAÚDE FLEX**

4. A adesão ao programa é automática com a aceitação do regulamento pelo beneficiário titular, através da cobrança de taxa mensal, conforme valores pré-estabelecidos.

5. No ato de assinatura do presente contrato, o Beneficiário deverá pagar o valor de R\$ 10,00 (Dez reais) por pessoa, a título de taxa de adesão.

6. Para fazer jus ao desconto, o cartão deverá ser apresentado sempre que for solicitado um serviço, juntamente com um documento de identificação que possua foto.

7. Com a emissão do cartão, o uso é de responsabilidade exclusiva do beneficiário e deve ocorrer respeitando os ditames do presente regulamento.

8. Em caso de perda, extravio ou danificação do cartão emitido no ato de inscrição no programa, será cobrada uma taxa de R\$5,00 (cinco reais) para nova emissão.

9. O uso fraudulento do cartão ou em desacordo com este regulamento determinará a imediata retenção e cancelamento da inscrição, com a devida exclusão do programa de descontos, o qual se dará mediante envio de notificação formal ao endereço do beneficiário.

#### **VANTAGENS E SERVIÇOS**

10. Pelo presente termo de adesão, o CONTRATANTE declara a opção pela modalidade BLACK, cujos valores e benefícios constam a seguir:

- Adesão: R\$ 10,00
- Valor individual: R\$ 74,90 mensal.
- Desconto Black em toda a tabela de serviços.
- Consultas grátis\* na rede própria através de agendamento prévio.
- Telemedicina grátis pela plataforma Rapidoc.
- Fisioterapia ortopédica convencional grátis, exceto RMA, RPG, PNF.
- 01 Ultrassonografia grátis por ano.
- 01 Ressonância Magnética grátis por ano.\*\*

\* Exclusivamente para especialidades disponíveis na rede própria, com exceção de Obstetrícia, Psiquiatria, Psicologia e Nutrologia, conforme item 21.

\*\* Observada a carência de 6 (seis) meses, conforme item 19.

#### **PAGAMENTO AO CARTÃO SAÚDE FLEX CORPORATIVO**

11. O pagamento será realizado através da Prefeitura sobre o valor de cada BENEFICIÁRIO e seus DEPENDENTES repassado ao Cartão Saúde Flex mensalmente, através de boleto bancário a ser emitido com data de vencimento fixada no início do contrato.

12. Havendo atraso no pagamento das mensalidades, sobre o valor do débito atualizado monetariamente incidirá multa contratual de 2% (dois por cento) e juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, além de sujeitar o Contratante à possibilidade de inscrição e protesto em cadastro de inadimplentes.

#### **VANTAGENS E CONDIÇÕES**

13. O presente contrato está condicionado à quantidade mínima de 50 beneficiários vinculados ao CONTRATANTE para que sejam disponibilizadas as vantagens ofertadas.

14. As vantagens oferecidas pelo Cartão Saúde Flex serão disponibilizadas aos beneficiários, mediante a apresentação do cartão no ato do pagamento pelos serviços.

15. Os valores dos serviços serão estabelecidos conforme tabela de preços e serviços, Anexo I.

16. O HMED reserva-se ao direito de determinar quais serviços são elegíveis à inclusão neste programa de descontos, podendo a tabela de preços e serviços ser alterada a qualquer tempo, cuja informação de atualização estará disponível nas unidades de atendimento.

17. Em virtude de caso fortuito ou força maior, o HMED poderá retirar do programa os produtos, serviços e benefícios oferecidos ao Beneficiário Saúde Flex a partir do vencimento do cartão.

18. Este programa oferece os serviços de urgência/emergência.

19. Na modalidade Cartão BLACK, o beneficiário fará jus ao benefício de 01 Ressonância Magnética grátis após o período de 06 (seis) meses a contar da adesão ao presente contrato, desde que esteja adimplente com o contrato.

20. O beneficiário poderá usufruir de todas as demais vantagens do cartão SAÚDE FLEX imediatamente.

21. Na modalidade BLACK, as consultas grátis envolvem todas as especialidades disponíveis na rede própria, com exceção de: Pediatria, Obstetrícia, Psiquiatria e Psicologia.

22. Na modalidade Cartão BLACK, estará incluso em seus benefícios a realização gratuita de consultas por telemedicina através da Rapidoc.

23. O beneficiário titular poderá incluir até o máximo de 04 (quatro) dependentes.

24. Havendo a inclusão de dependentes, cada vida inclusa será cobrada pelo valor individual do plano, conforme disposição do item 10.

#### **FORMA DE PAGAMENTO DOS SERVIÇOS PRESTADOS NA REDE PRÓPRIA**

25. O pagamento dos serviços prestados aos beneficiários do Cartão Saúde Flex, será feito em espécie, cartão de crédito ou débito, pelo próprio Beneficiário no ato do atendimento e deverão ser realizados conforme tabelas e condições definidas pelo HMED para cada modalidade e colocadas à disposição dos associados para consultas nas unidades de atendimento.

26. Se o beneficiário estiver em atendimento como plano de saúde e expressar interesse por descontos concedidos ao cartão para itens sem cobertura pelo seu convênio, poderá utilizar o cartão normalmente.

#### **PRAZO**

27. O presente contrato terá duração mínima de 12 (doze) meses, sendo vedada a qualquer das partes a rescisão antecipada do contrato, sob pena de incidência de multa por infração de cláusula contratual.

28. Findo o prazo contratual, caso não haja expressa manifestação contrária, o mesmo será prorrogado por período indeterminado, prevalecendo os mesmos direitos e obrigações contidas no presente contrato.

29. Após decorrido o prazo de 12 (doze) meses, o presente contrato poderá ser rescindido a qualquer tempo, por iniciativa de

qualquer das partes, mediante comunicação por escrita e com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

30. Prazo de 05 dias de inadimplência para bloqueio dos serviços.

31. Prazo de 30 dias de inadimplência para protesto de Título.

32. Prazo de 60 dias para cancelamento contrato com multa contratual prevista no item 34.

#### **MULTA CONTRATUAL**

33. Caso ocorra o descumprimento pelas partes de qualquer uma das cláusulas ou condições previstas no presente contrato, ficará sujeita a parte infratora ao pagamento de multa correspondente ao valor de 03 (três) mensalidades, sem prejuízo da cobrança de eventuais mensalidades vencidas, da indenização por perdas e danos, custas judiciais, honorários advocatícios em 20% da parte inocente, reservando-se a esta última, o direito de considerar rescindido desde logo o presente contrato, independentemente de qualquer notificação, interpelação ou aviso judicial ou extrajudicial.

#### **DISPOSIÇÕES GERAIS**

34. O Beneficiário Saúde Flex deverá comunicar ao HMED qualquer alteração cadastral como endereço, telefone, endereço eletrônico (e-mail) ou nome, sendo este totalmente responsável pelas informações que prestar.

35. O Beneficiário Saúde Flex autoriza o HMED o envio de SMS e e-mails contendo informações acerca do presente programa de descontos.

36. O Contratante se compromete a fornecer para a HMED todas as informações necessárias para a execução do presente contrato, inclusive informações sobre beneficiários titulares, comprometendo-se as PARTES a não utilizar tais dados para finalidades diversas do presente objeto

37. Este regulamento poderá ser modificado a qualquer tempo, a exclusivo critério do HMED, devendo as eventuais modificações serem oportunamente informadas aos beneficiários Cartão Saúde Flex mediante comunicado por meio eletrônico.

38. O Cartão Saúde Flex poderá ser cancelado após o vencimento de um ano do contrato, a exclusivo critério do HMED, sem que gere qualquer direito ao beneficiário, seja a que título for.

39. Quaisquer dúvidas ou omissões relacionadas ao funcionamento do programa serão esclarecidas nas recepções das unidades de atendimento.

40. Fica eleito o foro da comarca de Amélia Rodrigues-Bahia, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para nele serem dirimidas quaisquer dúvidas e controvérsias oriundas deste contrato.

O Contratante declara que leu com calma e atenção todas as páginas deste instrumento contratual e assinam, confirmando-o como expressão da sua vontade.

**Estando assim devidamente ajustadas, firmam as partes o presente instrumento, através do qual o Contratante declara a adesão ao seguinte plano SAÚDE FLEX BLACK CORPORATIVO.**

Feira de Santana/BA, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
CONTRATANTE

Nome:

CPF:

\_\_\_\_\_  
HMED ADMINISTRADORA DE CARTÕES DE DESCONTO LTDA.  
CNPJ nº 31.489.542/0001-01

**TERMO DE ADESÃO (Nº 000/2022)**

**TERMO DE ADESÃO  
CARTÃO DE DESCONTOS SAÚDE FLEX BLACK  
CORPORATIVO**

SAÚDEflex

Por este Termo de Adesão, na qualidade de funcionário da PREFEITURA MUNICIPAL DE AMÉLIA RODRIGUES, solicito a minha inclusão, bem como as de meus dependentes no benefício ofertado pelo Cartão de Descontos Saúde Flex.

Lembre-se: ao aderir ao cartão você estará concordando com todas as regras aqui estabelecidas. Em caso de dúvidas, contate nossa Central de Atendimento: (75) 983617914.

Nome: \_\_\_\_\_ Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Identidade: \_\_\_\_\_ Org. Exp.: \_\_\_\_\_ UF.: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
End: \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_ Cel: ( ) \_\_\_\_\_

- Estou inteiramente de acordo com todos os termos do contrato principal referenciado neste Termo de Adesão, declarando, nesta oportunidade, que tenho conhecimento de seu inteiro teor e aceitar seus termos inteiramente, conforme contrato principal em anexo ao presente Termo de Adesão.
  - Tenho conhecimento do valor da mensalidade, que deverá ser pago pelo Beneficiário, através de desconto em folha, para pagamento da fatura a ser emitido com data de vencimento até o dia xx de cada mês.
  - Taxa de Adesão: R\$ 10,00
  - Valor individual: R\$ 74,90 mensal
- O presente contrato terá duração mínima de 12 (doze) meses, sendo vedada a qualquer das partes a rescisão antecipada do contrato.
- Findo o prazo contratual, caso não haja expressa manifestação contrária, o mesmo será prorrogado por período indeterminado, prevalecendo os mesmos direitos e obrigações contidas no presente contrato.
- Após decorrido o prazo de 12 (doze) meses, o presente contrato poderá ser rescindido a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer das partes, mediante comunicação por escrita e com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.
- Caso ocorra o descumprimento pelas partes de qualquer uma das cláusulas ou condições previstas no presente contrato, ficará sujeita a parte infratora ao pagamento de multa correspondente ao valor das 03 (três) mensalidades, sem prejuízo da cobrança de eventuais mensalidades vencidas, da indenização por perdas e danos, custas judiciais, honorários advocatícios em 20% da parte inocente, reservando-se a esta última, o direito de considerar rescindido desde logo o presente contrato, independentemente de qualquer notificação, interpelação ou aviso judicial ou extrajudicial.
- Na hipótese de término do vínculo entre o Beneficiário e o Sindicato, o Beneficiário poderá optar por permanecer como usuário do Cartão Saúde Flex Black, comprometendo-se pelo pagamento integral do valor da mensalidade vigente à época da migração.

Em Caso de Adesão ao Plano Saúde Flex Família preencher os campos abaixo, com a identificação dos dependentes:

NOME:	CPF:	PARENTESCO:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Feira de Santana/BA, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do Beneficiário

Nome:  
CPF: