



# CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS  
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

---

EDITAL DE INEXIGIBILIDADE N. 05/2013

PROCESSO LICITATÓRIO N. 12/2013

PROGRAMA COMSUS

## 1 PREÂMBULO

**1.1** O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comunidade dos Municípios da Região de Campo Mourão – CIS-COMCAM faz saber, a todos quantos virem o presente edital ou dele tiverem conhecimento, que abrirá inscrições para o credenciamento de clínicas especializadas para prestação de serviços, conforme condições constantes deste instrumento.

## 2 DO OBJETO E CONDIÇÕES

**2.1** O objeto do presente Edital é o **CRENCIAMENTO** de pessoas jurídicas para prestação de serviços a seguir discriminada:

a) Serviços médicos na especialidade de Psiquiatria.

**2.2** Poderão participar pessoas jurídicas, que mantenham em seus quadros, profissionais que gozem de boa reputação e qualificação técnica exigida nos termos deste edital e desde que atendidos os requisitos deste instrumento, vedados os que cumprem sanções previstas nos incisos III e IV do art. 87 da Lei nº 8.666/93.

**2.3** Não será permitida a participação de consórcios licitantes.

**2.4** Não será permitida participação de licitantes, impedidos pelo disposto na Súmula Vinculante Nº 13 do Supremo Tribunal Federal, de 21/08/2008.

## 3 FORMA DE INSCRIÇÃO NO CRENCIAMENTO

**3.1** Os interessados poderão inscrever-se a partir da publicação do presente instrumento.

**3.2** Serão consideradas credenciadas as pessoas jurídicas que apresentarem os documentos enumerados no item 5.1.

**3.3** Os interessados poderão solicitar a inscrição bem como seu credenciamento automático, desde que atendido o item anterior, da data da publicação deste instrumento até 14/11/2013 as 10:00 horas.

**3.4** As inscrições para o credenciamento se darão a partir do dia **30/09/2013** com data prevista para o encerramento em **14/10/2013**, às 10:01 horas, através da entrega de envelope lacrado contendo os documentos conforme o item 5.1.



# CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS  
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

---

**3.5** As inscrições serão analisadas de acordo com as necessidades do CIS-COMCAM, sujeitando-se a efetiva demanda do serviço ao período remanescente de vigência do Credenciamento devendo ser observado o período de vigência do Convênio 96/2012.

**3.3** A mesma encontra-se divulgada no site [www.ciscomcam.com.br](http://www.ciscomcam.com.br).

**3.4** Os serviços serão prestados na sede da entidade ou nas clínicas ora credenciados.

## 4 FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

**4.1** Encaminhar até a data prevista no item 3.3, os documentos relacionados no item 5.1 à Comissão Permanente de Licitação, de segunda a sexta feira, das 8:00 às 16:00 horas, à Rua Mamborê, 1542, centro, CEP 87.302-140, Campo Mourão, Paraná, em envelope fechado.

## 5 DOS DOCUMENTOS PARA HABILITAÇÃO

**5.1** As inscrições para o credenciamento se darão conforme item 3.3 através da entrega dos seguintes documentos:

- a) Requerimento para credenciamento, conforme modelo contido no **Anexo I**;
- b) Certidão Simplificada da Junta Comercial; (Junta Comercial);
- c) Cópia do ato constitutivo e sua ultima alteração, devidamente registrado no órgão competente;
- d) Certidão Conjunta da Receita Federal;  
<http://www.receita.fazenda.gov.br>
- e) Certidão da Previdência Social (CND ou CPD);  
<http://www.receita.fazenda.gov.br>
- f) Certidão de Regularidade Fiscal do FGTS (CRF);  
<http://www.caixa.gov.br>
- g) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;  
<http://www.tst.jus.br/certidao>
- h) Declaração de idoneidade, conforme modelo constante no **Anexo III**;
- i) Declaração do proponente de que não possui nenhum impedimento, tanto referente à Lei 8.666/93 quanto às demais legislações atinentes à espécie, conforme modelo constante no **Anexo IV**.



# CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS  
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

---

j) Aos profissionais médicos que executarem os serviços em seus próprios estabelecimentos, deverão apresentar a Licença Sanitária, juntamente com o Alvará de Licença.

**Parágrafo Único** - As pessoas jurídicas deverão indicar no anexo I, o(s) profissional(ais) médico(os) que executará(ão) o(s) serviço(s) ora contratado, devendo anexar os seguintes documentos:

- a) Cópia do RG;
- b) Cópia do CPF;
- c) Cópia da Carteira Profissional (CRM);
- d) Cópia do Diploma;
- e) Cópia do Comprovante de Especialidade;
- f) Cópia do Comprovante de Endereço.

**5.2** A falta de quaisquer documentos é razão para o indeferimento da solicitação.

**5.3** Uma vez homologada a inscrição, o prestador de serviços será convocado para firmar o Termo de Credenciamento / Contrato;

## 6 PROCEDIMENTOS DO CADASTRO

**6.1** Ao requerer a inscrição para cadastro, ou atualização deste, a qualquer tempo, o interessado fornecerá os elementos necessários à satisfação das exigências contidas no item 5.1 acima.

**6.2** Não serão aceito cadastro com documentação incompleta.

**6.3** O cadastramento será feito pela ordem de chegada dos envelopes contendo os documentos de habilitação, mediante análise da demanda e será renovado anualmente.

**6.4** Os inscritos serão cadastrados por especialidade, segundo a avaliação técnica da documentação relacionada no item 5.1.

**6.5** A qualquer tempo o Termo de Credenciamento/Contrato poderá ser alterado, visando adequar o serviço às condições de execução previstas pelo CIS-COMCAM.



# CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS  
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

## 7 DA REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS

7.1 A remuneração pela prestação dos serviços será regida conforme CHAMENTO PUBLICO 01/2013 – CIS-COMCAM, datado de 14/05/2013, publicado no Jornal Tribuna do Interior em 15/05/2013, Ed. 8.535, abaixo transcrito;

- a) Na conformidade da Tabela abaixo para os serviços médicos especializados nas especialidades de Psiquiatria

Carga Horária	Quantitativos	Valor
12 Horas / Semanais	Para atendimento dos pacientes, no Programa COMSUS, liberando 200 (duzentas) consultas/mês. Obs.: O profissional responsável pela prestação dos serviços deverá definir com antecedência e comunicar ao CIS-COMCAM, os períodos para os agendamentos dos atendimentos.	4.000,00
9 Horas / Semanais	Para atendimento dos pacientes no Programa COMSUS, liberando 150 (cento e cinquenta) consultas/mês. Obs.: O profissional responsável pela prestação dos serviços deverá definir com antecedência e comunicar ao CIS-COMCAM, os períodos para os agendamentos dos atendimentos.	3.000,00
6 Horas / Semanais	Para atendimento dos pacientes no Programa COMSUS, liberando 100 (cem) consultas/mês. Obs.: O profissional responsável pela prestação dos serviços deverá definir com antecedência e comunicar ao CIS-COMCAM, os períodos para os agendamentos dos atendimentos.	2.000,00
3 Horas / Semanais	Para atendimento dos pacientes no Programa COMSUS, liberando 50 (cinquenta) consultas/mês. Obs.: O profissional responsável pela prestação dos serviços deverá definir com antecedência e comunicar ao CIS-COMCAM, os períodos para os agendamentos dos atendimentos.	1.000,00



# **CIS-COMCAM**

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M**

---

**7.2** Os pagamentos serão efetuados pela CONTRATANTE, no mês subsequente à prestação dos serviços executados, através de depósito em conta corrente da CONTRATADA ou cheque nominal.

**7.3** O CIS-COMCAM realizará o seu pagamento até o vigésimo oitavo dia do mês subsequente ao fechamento da fatura, mediante a apresentação do respectivo documento fiscal.

## **8 CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

**8.1** O prestador de serviços deverá entregar a nota fiscal de acordo com o relatório de produção elaborado setor de faturamento do CIS.

**8.2** Após entrega do documento fiscal, o Setor Contábil efetivará o empenho e providenciara o devido pagamento mediante transferência em conta corrente da Contratada no Banco do Brasil S/A, ou outra forma, a critério do credor, desde que assuma os ônus que porventura existirem.

## **9 DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

**9.1** Os pagamentos decorrentes da execução dos serviços correrão por conta dos recursos do orçamento geral do CIS-COMCAM por meio da dotação orçamentária: 01.001.10.302.0001.2.001.3.3.90.39.00.00 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica.

## **10 DOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS.**

**10.1** Os usuários dos serviços referidos no item 1 são aqueles atendidos nas unidades de saúde ou encaminhado pelas mesma, com guias devidamente autorizadas.

## **11 DO CREDENCIAMENTO DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS**

**11.1** As condições de credenciamento de prestadores de serviços do CIS-COMCAM são universais e, portanto, sob as mesmas condições para todos os prestadores de serviços, razão pela qual são firmadas num tempo de disposição rígidas e inegociáveis, em que obrigam tanto ao Consórcio de Municípios como os prestadores de serviços, após o deferimento de seu credenciamento.

**11.2** O credenciamento se dará após a Homologação do respectivo Processo Licitatório n. 12/2013 na modalidade de Inexigibilidade n. 05/2013.

**11.3** As pessoas jurídicas serão cadastradas conforme critérios abaixo elencados:

11.3.1.1 Mediante ao atendimento do Plano de Aplicação, objeto do Convênio n. 96/2012.

11.3.1.2 Mediante demanda dos serviços;

11.3.1.3 Ordem de apresentação dos envelopes, junto ao setor indicado no respectivo edital.

Parágrafo Único: A qualquer tempo o Termo de Credenciamento e/ou Contrato poderá ser alterado, visando adequar os serviços e/ou valores às condições de execução dos serviços ora prestados.



# CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS  
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

---

## 12 DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

**12.1** Para obter cópia deste Edital e anexo, os interessados poderão acessar o site do CIS-COMCAM.  
<http://www.ciscomcam.com.br>.

**12.2** O resumo deste Edital será publicado no Jornal Tribuna do Interior do Município de Campo Mourão, bem como afixado no Mural do CIS-COMCAM.

**12.3** Os contratos possuirão sua validade estendida até o dia 31/12/2013.

**12.4** O valor estimado para cada contrato ficará condicionado à tabela descrita no item 7.1

**12.5** O Termo de Credenciamento/Contrato poderá ser rescindido por ambas as partes, de pleno direito, independente de qualquer notificação ou interpelação judicial ou extrajudicial, assim como livre de qualquer ônus nos seguintes casos:

12.5.1.1 Por dolo, culpa simulação ou fraude na sua execução, ou nos serviços contratados;

12.5.1.2 Quando pela reiteração de impugnações efetuadas pela Contratante, ficar evidenciado a incapacidade da Contratada de executar o contrato ou dar continuidade ao mesmo;

12.5.1.3 Por razões de interesse público, conforme art. 78 da Lei n. 8.666/93;

12.5.1.4 Nas demais hipóteses previstas em Lei;

12.5.1.5 Das sanções, multas e da rescisão prevista nos artigos 86 a 88 da Lei n. 8.666/93;

12.5.1.6 Falta de dotação orçamentária e/ou recursos disponíveis por parte da contratante;

12.5.1.7 Inexecução total ou parcial do Termo de Credenciamento / Contrato ensejará a rescisão do instrumento com as consequências nele estabelecidos e as previstas nos artigos 77 a 80 da Lei n. 8.666/93.

Campo Mourão, 27 de Setembro de 2013.

Tatiane Fukita Viana



# CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

## Anexo I – Modelo de requerimento para credenciamento – Pessoa Jurídica

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS NA ÁREA MÉDICA divulgado pelo **Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comunidade dos Municípios da Região de Campo Mourão – CIS-COMCAM** objetivando a prestação de serviços médicos nos termos do chamamento público.

Razão Social:

CNPJ nº:

Endereço:

CEP:

Municípios:

UF:

Telefone:

Dados Bancários:

Banco:

Agência:

Conta Corrente:

Médico que executará os serviços:

Documento de Identidade:

Órgão emissor:

CPF nº:

CRM nº.

Especialidade	Descrição Procedimento / Exame	Quantidade

Campo Mourão – Pr, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

(assinatura do solicitante)

\_\_\_\_\_  
(nome do solicitante)



# CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

## Anexo II – Modelo de requerimento para credenciamento – Pessoa Física

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS NA ÁREA MÉDICA divulgado pelo **Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comunidade dos Municípios da Região de Campo Mourão – CIS-COMCAM**, objetivando a prestação de serviços médicos na especialização abaixo citada, nos termos deste chamamento público.

Nome:

Endereço:

CEP:

Município

UF:

Telefone:

Documento de Identidade:

CPF nº:

CRM nº:

Dados Bancários:

Banco:

Agência:

Conta Corrente:

Médico que executará os serviços:

Documento de Identidade:

Órgão emissor:

CPF nº:

CRM nº.

Especialidade	Descrição Procedimento / Exame	Quantidade

Campo Mourão – Pr, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

(assinatura do solicitante)

\_\_\_\_\_  
(nome do solicitante)





# CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS  
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

---

## Anexo III – Declaração de idoneidade.

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

O interessado abaixo qualificado DECLARA para os devidos fins de direito, na qualidade de solicitante de cadastramento na área médica , que não foi declarado inidôneo para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Campo Mourão, em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

(assinatura do solicitante)

\_\_\_\_\_  
(nome do solicitante)



# CIS-COMCAM

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M

---

## Anexo IV – Declaração de que não possui impedimento referente a Lei 8.666/93.

Ao: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO – CIS-COMCAM

O interessado abaixo qualificado DECLARA para os devidos fins de direito, que não possui nenhum impedimento, tanto referente a Lei 8.666/93, quanto as demais legislações atinentes à espécie.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Campo Mourão, em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

(assinatura do solicitante)

\_\_\_\_\_  
(nome do solicitante)