**PROCESSO LICITATÓRIO Nº 39/2015**

**EDITAL DE INEXIGIBILIDADE Nº 08/2015**

**CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 02/2014**

**PROGRAMA COMSUS**

**CREDENCIAMENTO PARA O E X E R C Í C I O DE 2 0 1 6**

# 1 PREÂMBULO

**1.1** O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comunidade dos Municípios da Região de Campo Mourão – CISCOMCAM 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 para o exercício de 2016**,** conforme condições constantes deste instrumento.

# 2 DO OBJETO E CONDIÇÕES

**2.1** O objeto do presente Edital é o **CREDENCIAMENTO** de pessoas jurídicas para prestação de serviços no exercício de 2016 a seguir discriminadas:

1. Serviços médicos na especialidade de Ginecologia / Obstetrícia.
2. Exames médicos na especialidade de pediatria.
3. Exames médicos na especialidade de psiquiatria.
4. Exames laboratoriais.
5. Exames de ultrassonografia..

* 1. 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.

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

* 1. Não será permitida participação de licitantes, impedidos pelo disposto na Súmula 13 do Superior Tribunal Federal, de 21/08/2018, publicada no DOU de 29/08/2008.

# 3 FORMA DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO

**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, desde que atendida a data da publicação deste instrumento até 23/12/2015.

**3.4** 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.

**3.5** As inscrições para o credenciamento se darão a partir do dia 15/12//2015 com data prevista para o encerramento em 23/12//2015, às 15h00min, através da entrega de envelope lacrado contendo os documentos conforme o item **5.1** com os seguintes dizeres:

***AO CIS-COMCAM***

***C*REDENCIAMENTO PARA EXERCÍCIO DE 2016**

**PROCESSO LICITATÓRIO Nº 39/2015**

**INEXIGIBILIDADE Nº 08/2015**

**RAZÃO SOCIAL DA PROPONENTE:**

**CNPJ:**

# PROGRAMA COMSUS

**3.3** A mesma encontra-se divulgada no site www.ciscomcam.com.br.

**3.4** Os serviços serão prestados na sede do COMSUS, situada a Rua Mato Grosso, 1529.

# 4 FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

4.1 Encaminhar até a data prevista, os documentos relacionados no item 5.1 à Comissão Permanente de Licitação, de segunda a sexta feira, das 08h00min às 16h00min 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 a partir da data de publicação deste instrumento, com data prevista para o encerramento em 23/12//2015, através da entrega da Solicitação de Credenciamento (modelo de requerimento) acompanhado dos seguintes documentos:

1. Requerimento para credenciamento, conforme modelo contido no **Anexo I**;

1. Certidão Simplificada da Junta Comercial; (Junta Comercial);

1. Cópia do ato constitutivo e sua ultima alteração, devidamente registrado no órgão competente;

1. Certidão Conjunta da Receita Federal; <http://www.receita.fazenda.gov.br>

Obs. Será observada a data da emissão, verificando se abrangerá ou não as contribuições previdenciárias.

1. Certidão da Previdência Social (CND ou CPD); http://www.receita.fazenda.gov.br

1. Certidão de Regularidade Fiscal do FGTS (CRF); http://www.caixa.gov.br

1. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas; http://www.tst.jus.br/certidao

1. Declaração de idoneidade, conforme modelo constante no **Anexo III**;

1. 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**.

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

Obs. 1: Para os serviços de Diagnostico por imagem (Radiologia e Ultrassonografia), pede-se referencialmente que o profissional executante tenha o título de especialidade, caso o profissional executante não possua título de especialidade em Radiologia, deverá ele apresentar o Responsável Técnico, este com titulo de especialidade, que responda pela empresa e/ou profissional a ser credenciado. Neste caso, junto com os outros documentos, deverá ser incluso a cópia autenticada dos documentos pessoais do Responsável Técnico (RG, CPF, CRM, comprovante de endereço e título de especialista) e documento comprobatório de vinculo entre a empresa e/ou profissional e o Responsável Técnico (certidão de cadastro do CRM).

**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:

1. Cópia do RG;

1. Cópia do CPF;

1. Cópia da Carteira Profissional (CRM);

1. Cópia do Diploma;

1. Cópia do Comprovante de Especialidade;

1. Comprovante de Cadastro de Especialidade no CRM – PR.

1. Cópia do Comprovante de Endereço.

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

* 1. 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 fornecerão 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.

# 7 DA REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS

**7.1** A remuneração pela prestação dos serviços será regida pelos seguintes critérios:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | **TABELA 1 - PROFISSIONAIS MÉDICOS** |  | | | |  |  |
| Quantidade Horas | | | DESCRIÇÃO | Valores 2016 | | |  | | |
| Valor Unitário | Total | |  | | |
| 15 | Horas Semanais | | Para atendimento dos pacientes, no Programa COMSUS, liberando 250 (duzentas e cinquenta) consultas/mês. Obs: O profissonal responsável pela prestação deverá definir com antecedência e comunicar ao Cis-Comcam, os períodos para os agendamentos dos atendimentos. | R$ 441,11 | R$ 6.403,61 | |  | | |
| 12 | Horas Semanais | | Para atendimento dos pacientes, no Programa COMSUS, liberando 200 (duzentas) consultas/mês. Obs: O profissonal responsável pela prestação deverá definir com antecedência e comunicar ao Cis-Comcam, os períodos para os agendamentos dos atendimentos. | R$ 441,11 | R$ 5.211,11 | |  | | |
| 9 | Horas Semanais | | Para atendimento dos pacientes, no Programa COMSUS, liberando 150 (cento e cinquenta) consultas/mês. Obs: O profissonal responsável pela prestação deverá definir com antecedência e comunicar ao Cis-Comcam, os períodos para os agendamentos dos atendimentos. | R$ 441,11 | R$ 4.018,61 | |  | | |
| 6 | Horas Semanais | | Para atendimento dos pacientes, no Programa COMSUS, liberando 100 (cem) consultas/mês. Obs: O profissonal responsável pela prestação deverá definir com antecedência e comunicar ao Cis-Comcam, os períodos para os agendamentos dos atendimentos. | R$ 441,11 | R$ 2.826,11 | |  | | |
| 3 | Horas Semanais | | Para atendimento dos pacientes, no Programa COMSUS, liberando 50 (cinquenta) consultas/mês. Obs: O profissonal responsável pela prestação deverá definir com antecedência e comunicar ao Cis-Comcam, os períodos para os agendamentos dos atendimentos. | R$ 441,11 | R$ 1.633,61 | |  | | |
|  |  | |  |  |  | |  | | |
| INDICE DE REAJUSTE: | | | 10,97% | | | |  | | |
| FONTE: | | | <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/precos/inpc_ipca/ipca-inpc_201511_1.shtm> | | | |  | | |
|  | |  |  | | |  | |  |  |

a) Pela Tabela Geral de valores e de Procedimentos CIS-COMCAM - 2016, os serviços como exames de Ultrassonografia dentro do programa **“COMSUS”.**

b) Na conformidade da Tabela abaixo para os serviços médicos especializados nas especialidades de Ginecologia/Obstetrícia.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | **TABELA 2 - PROFISSIONAIS ENFERMAGEM** |  | |  |  | |
| Quantidade Horas | | | | Descrição | Valores 2016 | | |  | |
| Valor/Hora | Total | |  | |
| 35 | Horas Semanais | | Prestação de serviços no auxilio dos profissionais médicos no atendimento aos pacientes, no Programa COMSUS e coordenar as atividades técnicas e administrativas no Centro Mãe Paranaense. | | R$ 116,00 | R$ 4.060,00 | |  | |
|  | |  | |  |  |  | | |  |
|  | |  | |  |  |  | | |  |

* 1. Os pagamentos serão efetuados pela CONTRATANTE, no mês subsequente à prestação dos serviços executados, através de transferência bancaria diretamente na conta corrente dos prestadores dos serviços.

* 1. 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 pelo 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: 01.001.10.302.003.2.004.3.3.90.39.00.00 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica.

1. **DOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS**.

**10.1** Os usuários dos serviços 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 Nº 39/2015 na modalidade de Inexigibilidade Nº 08//2015.

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

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

11.3.2 Mediante demanda dos serviços;

11.3.3 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.

# 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 31/01/2017.

**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, 15 de dezembro de 2015.

Vagner Siqueira Alves

Presidente da Comissão de Licitação

**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: Telefone Comercial: ( ) Telefone Cel: ( )

Municípios:

UF:

Dados Bancários:

Banco: Agência: Conta Corrente:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Especialidade** | **Descrição Procedimento / Exame** | **Quantidade** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Médico que executará os serviços:** | **CPF nº:** | **RG: órgão Emissor** | **CRM nº.** | **Telefone do Médico** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Campo Mourão – PR, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

----------------------------------------------------------------------------------

(assinatura do solicitante)

----------------------------------------------------------------------------------

(nome do solicitante)

**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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefone Comercial: (\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefone Cel: (\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Município:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_UF:\_\_\_\_\_\_

Dados Bancários:

Banco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Agência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Conta Corrente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Especialidade** | **Descrição Procedimento / Exame** | **Quantidade** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Médico que executará os serviços:** | **CPF nº:** | **RG: órgão Emissor** | **CRM nº.** | **Telefone do Médico** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

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

(assinatura do solicitante)

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

(nome do solicitante)

**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)

**Anexo IV – Declaração de que não possui impedimento referente à 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 à Lei 8.666/93, quanto às demais legislações atinentes à espécie.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Campo Mourão, em \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_

----------------------------------------------------------------------------------------------------

(assinatura do solicitante)

---------------------------------------------------------------------------------------------------------

(nome do solicitante)