**PROCESSO LICITATÓRIO Nº 38/2015**

**EDITAL DE INEXIGIBILIDADE Nº 07/2015**

**C R E D E N C I A M E N T O E X E R C Í C I** O **- 2 0 1 6**

**Processo de Chamamento Público 1/2015, publicado no Jornal Tribuna do Interior, em 05/12/2015 edição n. 9.250 página 3.**

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 profissionais ou clínicas especializadas para prestação de serviços**,** conforme condições constantes deste instrumento.

1. **Do objeto e condições**

O objeto do presente Edital é o **CREDENCIAMENTO** de clínicas ou Profissionais (especializados), para a prestação de serviços nas especialidades contidas no despacho da Presidência, a seguir elencadas:Angiologia; Cardiologia; Cirurgia Geral; Cirurgia Pediátrica; Cirurgia Vascular; Dermatologia; Endocrinologia e Metabologia; Fisioterapia, Fonoaudiologia; Gastroenterologia; Ginecologia/Obstetrícia; Hematologia; Infectologia; Medicina Nuclear; Nefrologia; Neurocirurgia; Neurologia; Oftalmologia; Ortopedia e Traumatologia; Otorrinolaringologia; Patologia (Anatomopatologia e Citopatologia); Patologia Clínica; Pneumologia; Psiquiatria; Radiologia e Diagnóstico por Imagem (Radiologia e Ultrassonografia); Reumatologia; Traumatologia Buco Maxilofacial; Urologia.

**Obs.:** A especialidade de Patologia Clínica obrigatoriamente seguirá os ditames de parecer jurídico a ser juntado.

* 1. Os valores praticados pelas empresas/profissionais após o credenciamento será a **TABELA GERAL DE VALORES – CIS-COMCAM**, objeto da Resolução nº 9/2012 de 18/09/2012 publicada em 26/10/2012 e Resolução nº 9/2013, devidamente publicada no Jornal Tribuna do Interior em 07/12/2013, edição n. 8.331.
	2. A mesma encontra-se divulgada no site [www.ciscomcam.com.br](http://www.ciscomcam.com.br).
	3. Os serviços serão prestados na sede da entidade ou no consultório médico do credenciado, a critério do contratado, desde que observado o item 6.1.1, letra “J” e item 6.1.2, letra “D”.
1. **Dos Prestadores de Serviço**.
	1. Poderão credenciar-se a prestar os serviços referidos no item anterior, pessoas físicas e jurídicas, privadas ou públicas, lucrativas ou não, desde que atendidas às disposições deste Edital.
2. **Da Renumeração dos Serviços.**
	1. A renumeração dos serviços referidos no item 1, se dará unicamente com base nas referências da Tabela Geral de Valores - Cis-Comcam.
	2. Os pagamentos serão efetuados pela CONTRATANTE, no mês subseqüente à prestação dos serviços executados, através de depósito em conta corrente da CONTRATADA preferencialmente no Banco do Brasil.
	3. O Cis-Comcam realizará o seu pagamento até o vigésimo oitavo dia do mês subseqüente ao fechamento da fatura, mediante a apresentação do respectivo documento fiscal.
3. **Dos usuários dos Serviços**.
	1. Os usuários dos serviços referidos no item 1 são aqueles atendidos nas unidades de saúde ou encaminhados pela mesma, com guias devidamente autorizadas.
4. **Do Credenciamento dos Prestadores de Serviços.**
	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 termo de disposições rígidas e inegociáveis, em que obrigam tanto o Consórcio de Municípios como os prestadores de serviços, após o deferimento de seu credenciamento.
	2. O credenciamento se dará após a Homologação do respectivo Processo Licitatório nº 38/2015 na modalidade de Inexigibilidade nº 07/2015.
	3. As pessoas jurídicas serão cadastradas conforme critérios abaixo elencados:
		* 1. Priorizando os profissionais credenciados nos exercícios anteriores;
			2. Mediante demanda dos serviços;
			3. Ordem de apresentação dos envelopes, junto ao setor indicado no respectivo edital.

Parágrafo Primeiro: 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.

Parágrafo Segundo: Ao credenciar-se, o CONTRATADO declara estar ciente que presta serviço de caráter público remunerado, e que para tanto, sujeitar-se-á e respeitará o interesse público primordialmente.

1. **Das inscrições**

As inscrições para o credenciamento se darão a partir do dia 09/12/2015 com data prevista para o encerramento em 23/12/2015, às 15h00min, através da entrega da Solicitação de Credenciamento (modelo de requerimento) acompanhado dos seguintes documentos, acondicionados em envelope devidamente lacrado.

* 1. **Dos documentos das pessoas Jurídicas e Físicas**
		1. **Pessoas Jurídicas:**
1. Requerimento para credenciamento, conforme modelo contido no **Anexo I**;
2. Certidão Simplificada da Junta Comercial ou Ato Constitutivo e sua última alteração;
3. Certidão Conjunta (Receita Federal, PGFN e Receita Previdenciária) (<http://www.receita.fazenda.gov.br>);
4. Certidão de Regularidade Fiscal do FGTS (CRF) (<http://www.caixa.gov.br>);
5. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (<http://www.tst.jus.br/certidao>);
6. Declaração de idoneidade, conforme modelo constante no **Anexo III**;
7. 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**.
8. 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 Diagnóstico 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 título 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 vínculo entre a empresa e/ou profissional e o Responsável Técnico (certidão de cadastro do CRM).

**OBS 2: Qualquer das certidões, declarações ou documentos do interessado disponíveis via internet não serão impressos pelo CIS-COMCAM, salvo nos casos de flagrante interesse público.**

* + 1. **Pessoas Físicas**

**OBS: Somente poderão participar do respectivo credenciamento (como pessoas físicas) os profissionais que no exercício corrente já possuem vínculo através de R.P.A com o Cis-Comcam.**

1. Requerimento para credenciamento, conforme modelo contido no **Anexo II**;
2. Declaração do proponente de que não pesa contra si, declaração de inidoneidade, expedida por Órgão da Administração Pública de qualquer esfera do Governo, de acordo com o modelo constante no **Anexo III**;
3. Declaração do proponente de que não possui nenhum impedimento, tanto referente à Lei 8.666/93 quanto às demais legislações atinentes à espécie, de acordo com o modelo constante no **Anexo IV**;
4. Aos profissionais médicos que executarem os serviços em seus próprios estabelecimentos, deverão apresentar a Licença Sanitária, juntamente com o Alvará de Licença.

**Observação:** As pessoas jurídicas deverão indicar no **Anexo I,** o(s) profissional (is) médico(s) que executará(m) o(s) serviços, devendo anexar os seguintes documentos pessoais: Cópias autenticadas do RG, CPF, CRM, diploma, título de especialidade e comprovante de endereço.

* 1. A falta de quaisquer documentos é razão para o indeferimento da solicitação.
	2. Uma vez homologada a inscrição, o prestador de serviços será convocado para firmar o Termo de Credenciamento / Contrato;
1. **Das Disposições Finais**
	1. Para obter cópia deste Edital e anexo, os interessados poderão acessar o site do Cis-Comcam. <http://www.ciscomcam.com.br>.
	2. O resumo deste Edital será publicado no Órgão Jornal Tribuna do Interior do Município de Campo Mourão, bem como em seu Mural.
	3. As validades dos contratos compreenderão o período de 01/02/2016 à 01/02/2017, sendo que os credenciamentos efetivados a partir desta data inaugural serão efetivados e pagos em proporcionalidade.
	4. 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:
		* 1. Por dolo, culpa simulação ou fraude na sua execução, ou nos serviços contratados;
			2. Quando pela reiteração de impugnações efetuadas pela Contratante, ficar evidenciado a incapacidade da Contratada de executar o contrato ou dar continuidade ao mesmo;
			3. Por razões de interesse público, conforme art. 78 da Lei n. 8.666/93;
			4. Nas demais hipóteses previstas em Lei;
			5. Das sanções, multas e da rescisão prevista nos artigos 86 a 88 da Lei n. 8.666/93;
			6. Falta de dotação orçamentária e/ou recursos disponíveis por parte da contratante;
			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, 09 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: (\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Documento de Identidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CPF nº:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CRM nº:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dados Bancários:

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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:\_\_\_\_\_\_

Documento de Identidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CPF nº:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CRM nº:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dados Bancários:

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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)