



CIS-COMCAM

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

CRENCIAMENTO EXERCÍCIO - 2017/2018

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 52/2017

EDITAL DE INEXIGIBILIDADE Nº 07/2017

PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM SAÚDE – CISCOMCAM

PROGRAMA COMSUS

Processo de Chamamento Público 04/2017, publicado no Jornal Tribuna do Interior, em 18/11/2017 edição nº 9729, em Editais, página 04.

1 PREÂMBULO

1.1 O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comunidade dos Municípios da Região de Campo Mourão – CIS-COMCAM, através da Comissão Permanente de Licitação, designada pela Portaria nº 01/2017 de 02/01/2017, publicado no órgão oficial Jornal Tribuna do Interior em 03/01/2017 edição nº 9.512, e de conformidade com a Lei nº 8.666/93, Lei nº 8.080/90, Lei 11.107/2005, Portaria nº 1286/93, 358/2006, Resolução Normativa nº 71/2004–ANSS, Resolução nº 1613/2001-CFM e demais legislações aplicáveis, TORNA PÚBLICO a realização de **CRENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS**, nos termos e condições a seguir.

2 OBJETO

2.1 O presente edital tem por objeto o Credenciamento de Pessoas Jurídicas para a prestação de serviços profissionais em saúde de acordo com as necessidades do COMSUS e nas seguintes áreas/especialidades: **CLÍNICO GERAL, FISIOTERAPIA, ENFERMAGEM, GERIATRIA, NUTRIÇÃO E SERVIÇO SOCIAL**.

3 CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CRENCIAMENTO



3.1 Poderão participar do Credenciamento as pessoas jurídicas da área de saúde, que mantenham em seus quadros, profissionais das respectivas áreas médicas, que gozem de boa reputação profissional e desde que atendidos os requisitos do **Item 6** do presente edital, exigidos neste instrumento de credenciamento, bem como atendam as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento de excelência aos pacientes.

3.2 Não poderão participar do Credenciamento os interessados que estejam cumprindo as sanções previstas nos incisos III e IV do art. 87 da Lei nº. 8.666/93.

3.3 Não poderão participar do Credenciamento os profissionais de saúde integrantes do quadro de pessoal do CIS- COMCAM.

4 FORMAS DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO

4.1 Os interessados poderão inscrever-se para Credenciamento, de acordo com o processo de inexigibilidade a ser realizado nos moldes da Lei nº 8.666/1993.

4.2 Serão consideradas credenciadas as pessoas jurídicas que apresentarem no prazo os documentos elencados no **item 6** deste instrumento, devendo obrigatoriamente participar do processo de inexigibilidade a ser realizado.

4.3 Os interessados poderão solicitar a inscrição no Credenciamento em dias de expediente, sendo suas inscrições proporcionalmente adequadas ao período remanescente de vigência do Credenciamento.

4.4 Os interessados para atenderem o chamamento do credenciamento, poderão ter acesso aos modelos dos documentos na seguinte forma:

4.4.1 Acesso à internet – www.ciscomcam.com.br

4.4.2 Nas dependências do CIS-COMCAM

4.5 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.

4.6 As inscrições para o credenciamento se darão a partir do dia **22/11/2017** às 08hs com encerramento em **04/12/2017** às 10hs, através da entrega de envelope lacrado contendo os documentos conforme os Itens 6.1 com os seguintes dizeres:



CIS-COMCAM

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

AO CIS-COMCAM

CRENCIAMENTO CISCOMCAM

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 52/2017

INEXIGIBILIDADE Nº 07/2017

RAZÃO SOCIAL DA PROPONENTE:

CNPJ:

4.7 Os serviços poderão ser prestados nos endereços indicados pelo profissional, na sede ou nos Programas do CISCOMCAM, conforme estabelecer a entidade contratante.

5 FORMAS DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

5.1 A forma de apresentação dos documentos deverá, obrigatoriamente, seguir a forma definida no processo de inexigibilidade. Toda a documentação solicitada deverá ser apresentada ao setor de Licitação do CIS-COMCAM, dentro do prazo definido neste Edital.

6 DOCUMENTOS REFERENTES À HABILITAÇÃO

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

6.2 Cartão CNPJ;

6.3 Certidão Simplificada da Junta Comercial, no caso de empresas constituídas junto as Juntas Comerciais, Certidão do Cartório de Registro de Pessoa Jurídica, tratando-se de empresas constituídas junto aos Cartórios de Pessoa Jurídica ou mesmo o relatório de “Consulta QSA / Capital Social” emitido no site da Receita Federal do Brasil, desde que acompanhado com os CPF dos titulares, sócios e representantes legais da Pessoa Jurídica;

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

6.5 Certidão Conjunta da Receita Federal, disponível no site;

6.6 Certidão da Fazenda Estadual, disponível no site da Receita Estadual Respectiva;

6.7 Certidão da Fazenda Municipal do Município onde encontra lotada a respectiva empresa, devendo ser observado para tanto o Cartão CNPJ;

6.8 Certidão de Regularidade Fiscal do FGTS (CRF), disponível no site;:

6.9 Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, disponível no site;



6.10 Declaração de idoneidade, conforme modelo constante no **Anexo II**;

6.11 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 III**.

6.12 As pessoas jurídicas deverão indicar no **Anexo I**, o profissional que executará o serviço ora contratado, devendo anexar os seguintes documentos:

6.12.1 Cópia do RG;

6.12.2 Cópia do CPF;

6.12.3 Cópia da Carteira Profissional: CRM, CRN, CRF, COREN, CREFITO, OUTROS;

6.12.4 Cópia do Diploma de graduação em ensino superior;

6.12.5 Cópia do Cartão SUS;

6.12.6 Cópia do Comprovante de Endereço;

6.12.7 Número do telefone celular e e-mail.

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

7 PROCEDIMENTOS DO CADASTRO

7.1 O cadastramento será amplamente divulgado e estará permanentemente aberto aos interessados, com exposição no Átrio interno do CIS-COMCAM.

7.2 Os inscritos serão cadastrados segundo a avaliação técnica pelos elementos constantes da documentação relacionadas no **Item 6** do presente instrumento.

7.3 Os critérios de desempate serão avaliados pela Comissão de Licitação nomeada pela Portaria nº 01/2017, de 02/01/2017.

7.4 O Credenciamento será renovado a critério do consórcio através de um novo Chamamento através da imprensa oficial e de jornal diário, objetivando atualizar os cadastros já existentes e o ingresso de novos interessados.

8 CRITÉRIO DE CREDENCIAMENTO



CIS-COMCAM

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

8.1 As pessoas jurídicas serão cadastradas conforme critérios abaixo elencados:

8.1.1 De acordo com o Plano de Aplicação, objeto do **Convênio nº 63/2016, de 18/07/2016;**

8.1.2 Mediante demanda dos serviços;

8.1.3 Ordem de apresentação dos envelopes, junto ao setor indicado no **Item 5.1** deste edital.

8.2 Ao requerer a inscrição no cadastro, ou atualização deste, a qualquer tempo, o interessado/prestador de serviços fornecerá os elementos necessários à satisfação das exigências contidas no **Item 6** deste instrumento, bem de sua capacitação profissional.

8.3 A atuação do cadastramento no cumprimento de obrigações assumidas será anotada no respectivo registro cadastral.

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

8.5 O Termo de Credenciamento/Contrato poderá ser suspenso ou cancelado, se ficar demonstrado que o inscrito deixou de satisfazer as exigências estabelecidas para o cadastramento, bem como não atender as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento de excelência, oportunidade em que haverá imediata abertura para inscrição de novos credenciados.

9 DO VALOR E PRAZO DE EXECUÇÃO:

9.1 A remuneração pela prestação dos serviços se dará de acordo com o **Anexo I e Anexo IX da Tabela de Valores Ciscomcam**, no site www.ciscomcam.com.br, e em conformidade com as carências de cada rede de atendimento, como segue:

9.1.1 PROGRAMA NOVO COMSUS – META 1, ETAPA 2.A

<u>Item</u>	<u>Descrição</u>	<u>Unidade</u>	<u>Valor</u>
90.08.06.009	PROGRAMA NOVO COMSUS - SERVIÇOS MÉDICOS EM GERIATRIA - ANEXO VII	Hora	R\$ 110,25
90.08.06.001	PROGRAMA NOVO COMSUS - SERVIÇOS DE ENFERMAGEM - ANEXO VII	Hora	R\$ 29,00
90.08.06.016	PROGRAMA NOVO COMSUS - SERVIÇOS DE	Hora	R\$



CIS-COMCAM

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

	ASSISTENTE SOCIAL - ANEXO VII		25,00
90.08.06.011	PROGRAMA NOVO COMSUS - SERVIÇOS DE NUTRICIONISTA - ANEXO VII	Hora	R\$ 25,00

9.1.2 PROGRAMA NOVO COMSUS – META 1, ETAPA 1.A

<u>Item</u>	<u>Descrição</u>	<u>Unidade</u>	<u>Valor</u>
90.08.06.002	PROGRAMA NOVO COMSUS - SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA - ANEXO VII	Hora	R\$ 25,00

9.2 Os pagamentos pela execução dos serviços correrão por fontes dos recursos ao qual estará contido no orçamento, a saber:

9.2.1 Programática 01.001.10.302.0003.2.004 – Manutenção do Programa Novo COMSUS – T. Convênio nº 63/2016.

3.3.90.39.00.00	31317	31317	Outros Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica
-----------------	-------	-------	--

9.3 O prazo de execução será firmado com prazo máximo até 30 de junho de 2018, podendo ser prorrogado de acordo com as legislações pertinentes.

9.4 Os contratos extraídos dos Processos Licitatórios de Inexigibilidade oriunda deste credenciamento poderão ser prorrogados por meio de termo aditivo acordado entre as partes, desde que estejam em consonância com parecer jurídico emitido pela instituição.

10 CRITÉRIOS DE REAJUSTE

10.1 Os valores dos procedimentos indicados no **Item 9.1** não sofrerão reajuste por se tratarem de valores de transferência.

11 SANÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA O CASO DE INADIMPLEMENTO DOS SERVIÇOS

11.1 Pela inexecução total ou parcial na prestação dos serviços, o CIS-COMCAM poderá garantir a prévia defesa, aplicar aos infratores as sanções do art. 87 da Lei nº. 8666/93.



11.2 Para apuração de eventuais casos de inadimplemento dos serviços, o CIS-COMCAM manterá disponível ao usuário do SUS serviço de denúncia e/ou ouvidoria, nas dependências do CIS-COMCAM.

12 CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

12.1 Para a realização do pagamento, o credenciado deverá apresentar, mensalmente, juntamente com a nota fiscal, a Certidão Conjunta da Receita Federal e Certidão de Regularidade Fiscal do FGTS (CRF) requeridas neste edital no **Item 6**, bem como observadas as demais disposições da **Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964**, a qual Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal.

12.2 O CREDENCIADO deverá enviar os protocolos, pedidos e/ou requisições emitidas e autorizadas pelos Municípios e autorizadas pelo CIS-COMCAM, devidamente assinadas, sem rasuras, faturadas entre o primeiro e o último dia do mês corrente, ao Setor de Faturamento do Cis-Comcam.

12.3 Após a conferência e posterior elaboração das planilhas pelo Setor de Faturamento do CIS-COMCAM, ficará disponível no Portal Eletrônico do CIS-COMCAM os valores para emissão e entrega da Nota Fiscal, na data estipulada pelo Setor de Contabilidade do Consórcio. A entrega do documento fiscal fora da data estipulada implicará o pagamento com atraso, tendo em vista que a contabilidade do CIS-COMCAM segue as normas da Lei Federal nº 4.320 de 17 de março de 1964 e do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

12.4 Após a entrega do documento fiscal, a Tesouraria do CIS-COMCAM providenciará o pagamento através de transferência bancária, (BANCO DO BRASIL).

12.5 O pagamento pelos serviços, ora Credenciados, será individualizado pela natureza da prestação, complexidade e especialidade das respectivas Áreas da Saúde.

12.6 É vedada a cobrança de sobretaxas pelos credenciados, bem como a indução para o serviço particular, sendo motivo de descredenciamento, permitindo novos credenciamentos a qualquer momento.



CIS-COMCAM

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

13 DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1 Esclarecimentos, relativo ao presente credenciamento e às condições para atendimento das obrigações necessárias ao cumprimento de seu objeto, somente serão prestados quando solicitados por escrito, encaminhado ao CIS-COMCAM, a Rua Mamborê nº 1542, CEP 87302-140 - Fone/Fax (0xx44) 3523-3684 - Campo Mourão, Paraná.

Campo Mourão - PR, 20 de novembro de 2017

Willian José Marques Costa

Presidente da Comissão Permanente de Licitação

Alexandro Sebastião dos Santos

Secretário da Comissão Permanente de Licitação

Rogério de Oliveira Soares

Membro da Comissão Permanente de Licitação

Joana Darc da Silva

Membro da Comissão Permanente de Licitação



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 nos termos do chamamento público.

Razão Social: _____

Nome Fantasia: _____

CNPJ nº: _____

Inscrição Estadual: _____

Categoria da empresa: () NORMAL () EPP () ME () MEI

Optante Simples: () Não () Sim

Número do CNAE Nacional: _____ Descrição: _____

Endereço: _____

Município: _____ UF: _____

CEP: _____

Telefone Comercial: (____) _____ Telefone Celular: (____) _____ e-mail: _____

Dados Bancários: Banco: _____ Agência: _____ Conta Corrente: _____



CIS-COMCAM

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

Especialidade	Descrição Procedimento / Exame	Quantidade de disponibilidade Horas/Mês

PROFISSIONAL QUE EXECUTARÁ O SERVIÇO

Nome: _____

Especialidade: _____

RG: _____

CPF: _____

Carteira Profissional: () CRF () CRM () CRN () COREN ()

CREFITO () OUTRO: _____

Número da Carteira Profissional: _____

Telefone fixo: () _____

Telefone celular: () _____

Obs. Quando a clínica credenciar mais de 1 profissional, favor preencher 1 via igual a esta para cada profissional

Responsável pela assinatura do contrato (Representante Legal)	CPF	RG/órgão emissor	Telefone contato



CIS-COMCAM

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

Campo Mourão – PR, _____/_____/_____

(assinatura 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 – 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 _____(preencher a especialidade), que não foi declarado inidôneo para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas:

Razão Social:

CNPJ:

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Campo Mourão, em _____ de _____ de _____.

(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 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:

Razão Social:

CNPJ:

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Campo Mourão, em _____ de _____ de _____.

(assinatura do solicitante)