**PROCESSO LICITATÓRIO Nº 37/2016**

**EDITAL DE INEXIGIBILIDADE Nº 04/2016**

**CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM SAÚDE**

**PROGRAMA COMSUS**

**Rede Materno Infantil; Rede Saúde do Idoso, Crônicos; Rede Saúde Mental**

**Convênio nº 63/2016, de 18/07/2016**

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 pessoas jurídicas para prestação de serviços pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses**,** conforme condições constantes deste instrumento.

1. **DO OBJETO**
   1. O presente Chamamento Público 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: **ANGIOLOGIA; CARDIOLOGIA; ENDOCRINOLOGIA; ENFERMAGEM (especialista); EXAMES LABORATORIAIS; FISIOTERAPIA; GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA; NEFROLOGIA; NUTRICIONISMO; OFTALMOLOGIA; PEDIATRIA; PSIQUIATRIA; RADIOLOGIA e ULTRASSONOGRAFIA, a fim de atender as Redes Materno infantil; Saúde do Idoso, Crônicos e Saúde Mental.**

**3. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO**

* 1. Poderão participar do Credenciamento as pessoas jurídicas da área de saúde, que mantenham em seus quadros, profissionais da área médica, enfermagem, nutrição e fisioterapia, que gozem de boa reputação profissional e desde que atendidos os requisitos do **Item 6.1** do presente edital, exigidos no instrumento de chamamento, bem como atendam as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento de excelência aos pacientes.
  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. Não será permitida a participação de consórcios licitantes.
  4. Não será permitida participação de licitantes, impedidos pelo disposto na Súmula 13 do Superior Tribunal Federal, de 21/08/2008, publicada no DOU de 29/08/2008.
  5. Não poderão participar do Credenciamento os profissionais de saúde integrantes do quadro de pessoal do CIS- COMCAM.

1. **DA FORMA DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO**
   1. Os interessados poderão inscrever-se a partir da publicação do presente instrumento e nos moldes da Lei nº 8.666/1993.
   2. Serão consideradas credenciadas as pessoas jurídicas que apresentarem dentro do prazo estabelecido neste instrumento todos os documentos enumerados no **Item 6.1.**
   3. Os interessados poderão solicitar a inscrição no credenciamento dentro do prazo estabelecido neste Edital.
   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.
   5. As inscrições para o credenciamento se darão a partir do dia ***07/11/2016*** com data prevista para o encerramento em **17*/11/2016***, às 10h00min, através da entrega de envelope lacrado contendo os documentos conforme o **Item 6.1.** Com os seguintes dizeres:

***AO CIS-COMCAM***

**CREDENCIAMENTO PROGRAMA COMSUS**

**PROCESSO LICITATÓRIO Nº 37/2016**

**INEXIGIBILIDADE Nº 04/2016**

**RAZÃO SOCIAL DA PROPONENTE:**

**CNPJ:**

* 1. Os interessados para atenderem o chamamento do credenciamento, poderão ter acesso aos modelos dos documentos na seguinte forma:
     1. Acesso à internet pelo site: [www.ciscomcam.com.br](http://www.ciscomcam.com.br).
     2. Nas dependências do CIS-COMCAM

**4.7** Os serviços serão prestados na sede do COMSUS, situada na Av. Afonso Botelho, 1079.

1. **DA FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS**

**5.1** Encaminhar até a data prevista neste Edital, os documentos relacionados no **item 6.1** 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.

1. **DOS DOCUMENTOS PARA HABILITAÇÃO**

**6.1** As inscrições para o credenciamento de ***pessoas jurídicas*** se darão a partir da data de publicação deste instrumento, com data prevista para o encerramento em 25/11/2016, através da entrega da Solicitação de Credenciamento (modelo de requerimento) acompanhado dos seguintes documentos:

1. Requerimento para credenciamento, conforme modelo contido no **Anexo I**;
2. Cópia do Cartão CNPJ;
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;
4. Cópia do ato constitutivo e sua ultima alteração, devidamente registrado no órgão competente;
5. 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 Fazenda Estadual, disponível no site da Receita Estadual Respectiva;
2. Certidão da Fazenda Municipal do Município onde encontra lotada a respectiva empresa, devendo ser observado para tanto o Cartão CNPJ;
3. Certidão de Regularidade Fiscal do FGTS (CRF) (<http://www.caixa.gov.br>);
4. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (<http://www.tst.jus.br/certidao>);
5. Declaração de idoneidade, conforme modelo constante no **Anexo II**;
6. 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**.

**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 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.

**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;
2. Cópia do CPF;
3. Cópia da Carteira Profissional: CRM, CRN, CRF, COREN, CREFITO, OUTROS;
4. Cópia do Diploma de graduação em ensino superior;
5. Cópia do Cartão SUS;
6. Cópia do Comprovante de Endereço.
7. Telefone celular para contato;
8. Cópia do Diploma de Especialidade.
   1. A falta de quaisquer documentos é razão para o indeferimento da solicitação.

**OBS. 3:** Observação: O profissional de enfermagem deverá enviar cópia do registro no qual consta a especialidade elencada na Resolução Cofen nº 389, de 18 de outubro de 2011, requerida e consoante ao plano de aplicação para o convênio COMSUS, a saber:

* 1. Enfermagem em Cardiologia;
  2. Enfermagem em Endocrinologia;
  3. Enfermagem em Nefrologia;
  4. Enfermagem em Oftalmologia;
  5. Enfermagem em Ginecologia;
  6. Enfermagem em doenças Obstetrícia;
  7. Enfermagem em Saúde do Idoso;
  8. Enfermagem em Gerontologia e Geriatria.

**Obs. 4** Outras especialidades não descritas e que, contudo compõem a resolução supracitada, serão avaliadas pelo Conselho Curador do CISCOMCAM.

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

1. **DO PROCEDIMENTO 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, mediante análise da demanda, pelos elementos constantes da documentação relacionadas no **Item 6.1** do presente instrumento e em acordo com a ordem de chegada dos envelopes contendo os documentos de habilitação.

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

**7.4** Os critérios de desempate serão avaliados pela Comissão de Licitação nomeada pela Portaria nº 37/2016, de 22/12/2015.

**7.5** 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**. **DO** **CRITÉRIO DE CADASTRAMENTO**

**8.1** 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 neste instrumento, bem como de sua capacitação profissional;

**8.2**  A atuação do cadastramento no cumprimento de obrigações assumidas será anotada no respectivo registro cadastral;

**8.3**  A qualquer tempo o Termo de Credenciamento/Contrato poderá ser alterado, visando adequar o serviço às condições de execução previstas pelo **Convênio nº 63/2016, de 18/07/2016;**

**8.4** 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 senão 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 PRAZO DE EXECUÇÃO**

**9.1** O prazo de execução se dará a partir da data da assinatura do contrato até a vigência do convênio**.**

1. **DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO** 
   1. Para a efetivação do pagamento, o credenciado deverá manter atualizadas as certidões requeridas no **Item 6.1** deste edital, 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.
   2. Ainda para efeito de pagamento, além de manter atualizadas as certidões do Item **6.1**, o credenciado deverá enviar, obrigatoriamente e juntamente com a nota fiscal do mês a ser pago, as seguintes certidões:
      1. Certidão Conjunta da Receita Federal (<http://www.receita.fazenda.gov.br>;
      2. Certidão de Regularidade Fiscal do FGTS (CRF) (<http://www.caixa.gov.br>).
   3. O CREDENCIADO deverá enviar os protocolos, pedidos e/ou requisições emitidas e autorizadas pelos Municípios e 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.
   4. 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.
   5. Após a entrega do documento fiscal, a Tesouraria do CIS-COMCAM providenciará o pagamento através de transferência bancária, (BANCO DO BRASIL) após o repasse do Recurso SUS e transferências dos Recursos Próprios dos Municípios consorciados.
   6. 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.
   7. O pagamento pelos serviços, ora Credenciados, será individualizado pela natureza da prestação, complexidade e especialidade das respectivas Áreas da Saúde.
   8. O CIS-COMCAM realizará o seu pagamento até o último dia do mês subseqüente ao fechamento da fatura, mediante a apresentação do respectivo documento fiscal.
   9. 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.
   10. 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**](http://www.ciscomcam.com.br)**,** e em conformidade com as carências de cada rede de atendimento.
2. **DO CRITÉRIOS DE REAJUSTE**

**11.1** Os valores dos procedimentos não sofrerão reajuste por se tratarem de valores de transferência.

**12 SANÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA O CASO DE INADIMPLEMENTO DOS SERVIÇOS**

**12.1** 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.

**12.2** 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.

1. **DA PRORROGAÇÃO DO CONTRATO**

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

**14 DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

**14.1.1** Programática 01.001.10.302.0005.2.005 – Manutenção do Programa Novo COMSUS – T. Convênio nº 63/2016.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3.3.90.39.00.00 | 31317 | 31317 | Outros Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica | R$ 657.086,42 |
| Total | | | | R$ 657.086,42 |

**14 .1.2** Programática 01.001.10.302.0001.2.001

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3.3.90.39.00.00 | 01001 | 01001 | Outros Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica | R$ 100.800,00 |
| Total | | | | R$ 100.800,00 |

1. **DOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS**
   1. Os usuários dos serviços são aqueles atendidos nas unidades de saúde ou encaminhado pelas mesmas, com guias devidamente autorizadas.
2. **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 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.
   2. O credenciamento se dará após a Homologação do Processo Licitatório na modalidade Inexigibilidade.
   3. As pessoas jurídicas serão cadastradas conforme os seguintes critérios:
      1. Mediante ao atendimento do Plano de Aplicação, objeto do **Convênio nº 63/2016, de 18/07/2016.**
      2. De acordo com a demanda/necessidade, à qual determinará a quantidade dos serviços executados pelos profissionais ora credenciados, independentemente da quantidade aposta no Anexo I.
      3. Em número dos credenciados para a mesma especialidade, serão observados obrigatoriamente a ordem de apresentação dos envelopes junto a entidade, levando em consideração o protocolo aposto no envelope de credenciamento.

**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.

**16.3.4** Os profissionais credenciados por meio do presente processo, deverão utilizar o sistema de prontuário eletrônico oferecido pelo Ciscomcam.

1. **DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**
   1. Para obter cópia deste Edital e anexo, os interessados poderão acessar o site do CIS-COMCAM. <http://www.ciscomcam.com.br>.
   2. O presente Edital será publicado no Jornal Tribuna do Interior do Município de Campo Mourão, bem como afixado no Mural do CIS-COMCAM.
   3. O valor estimado para cada contrato ficará condicionado à tabela de valores do Ciscomcam, conforme **Anexo I e Anexo IX.**
   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.
   5. 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.
   6. Esclarecimentos, relativo ao presente chamamento público 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, 03 de novembro de 2016

Willian José Marques Costa

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 nos termos do chamamento público.

Razão Social:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome Fantasia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CNPJ nº:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Inscrição Estadual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Micro Empresa: ( ) Não ( ) Sim ( ) EPP ( ) ME ( ) MEI

Optante Simples: ( ) Não ( ) Sim

Número do CNAE Nacional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Descrição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone Comercial: (\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefone Celular: (\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dados Bancários: Banco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Agência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Conta Corrente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Especialidade** | **Descrição Procedimento / Exame** | **Quantidade/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 1profissional, favor preencher 1 via igual a esta para cada profissional** |

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

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

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

(assinatura do solicitante)

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

(nome do solicitante)

**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 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 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.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

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

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

(assinatura do solicitante)

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

(nome do solicitante)

**Anexo IV – Dos valores e prazo de execução**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Item** | **Descrição** | **Unidade** | **Valor** |
| 3.287 | PROGRAMA NOVO COMSUS - SERVIÇOS DE ENFERMAGEM - ANEXO IX | Horas | R$ 29,00 |
| 3.290 | PROGRAMA NOVO COMSUS - SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA - ANEXO IX - FONTE 31317 | Horas | R$15,00 |
| 3.292 | PROGRAMA NOVO COMSUS - SERVIÇOS DE NUTRICIONISMO - ANEXO IX - FONTE 31317 | Horas | R$ 15,00 |
| 3.288 | PROGRAMA NOVO COMSUS - SERVIÇOS MÉDICOS EM GINECOLOGIA E OBSTETRICIA - ANEXO IX | Horas | R$ 110,25 |
| 3.289 | PROGRAMA NOVO COMSUS - SERVIÇOS MÉDICOS EM PEDIATRIA - ANEXO IX | Horas | R$ 110,25 |

**PROGRAMA NOVO COMSUS – META 1, ETAPA 1.B**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Item** | **Descrição** | **Unidade** | **Valor** |
| 3.294 | PROGRAMA NOVO COMSUS - ANÁLISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA | Exames | R$ 4,41 |
| 3.295 | PROGRAMA NOVO COMSUS - CONTAGEM DE PLAQUETAS | Exames | R$ 3,24 |
| 3.296 | PROGRAMA NOVO COMSUS - CULTURA DE BACTÉRIAS PARA IDENTIFICAÇÃO | Exames | R$ 6,70 |
| 3.298 | PROGRAMA NOVO COMSUS - DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO | Exames | R$ 2,20 |
| 3.297 | PROGRAMA NOVO COMSUS - DOSAGEM DE CREATININA | Exames | R$ 2,20 |
| 3.299 | PROGRAMA NOVO COMSUS - DOSAGEM DE GLICOSE | Exames | R$ 2,20 |
| 3.300 | PROGRAMA NOVO COMSUS - DOSAGEM DE HEMOGLOBINA | Exames | R$ 1,82 |
| 3.301 | PROGRAMA NOVO COMSUS - DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA 24 HORAS) | Exames | R$ 2,43 |
| 3.302 | PROGRAMA NOVO COMSUS - DOSAGEM DE UREIA | Exames | R$ 2,20 |
| 3.303 | PROGRAMA NOVO COMSUS - HEMATOCRITO | Exames | R$ 1,82 |
| 3.304 | PROGRAMA NOVO COMSUS - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA) | Exames | R$ 11,92 |
| 3.305 | PROGRAMA NOVO COMSUS - PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA | Exames | R$ 22,12 |
| 3.306 | PROGRAMA NOVO COMSUS - PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B | Exames | R$ 22,12 |
| 3.307 | PROGRAMA NOVO COMSUS - TESTE DE VDRL PARA DETECÇÃO DE SIFILIS | Exames | R$ 3,38 |
| 3.308 | PROGRAMA NOVO COMSUS - ULTRASONOGRAFIA FETAL | Exames | R$ 159,50 |
| 3.309 | PROGRAMA NOVO COMSUS - ULTRASONOGRAFIA MORFOLÓGICA | Exames | R$ 101,05 |
| 3.310 | PROGRAMA NOVO COMSUS - ULTRASONOGRAFIA OBSTÉTRICA | Exames | R$ 41,74 |
| 3.311 | PROGRAMA NOVO COMSUS - ULTRASONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPLLER | Exames | R$ 65,58 |
| 3.312 | PROGRAMA NOVO COMSUS - ULTRASONOGRAFIA TRANSVAGINAL | Exames | R$ 41,74 |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Item** | **Descrição** | **Unidade** | **Valor** |
| 3.319 | PROGRAMA NOVO COMSUS - SERVIÇOS EM FISIOTERAPIA - ANEXO IX - FONTE 31317 | Horas | R$ 15,00 |
| 3.313 | PROGRAMA NOVO COMSUS - SERVIÇOS MÉDICOS EM ANGIOLOGIA/VASCULAR - ANEXO IX | Horas | R$ 110,25 |
| 3.314 | PROGRAMA NOVO COMSUS - SERVIÇOS MÉDICOS EM CARDIOLOGIA - ANEXO IX | Horas | R$ 110,25 |
| 3.315 | PROGRAMA NOVO COMSUS - SERVIÇOS MÉDICOS EM ENDOCRINOLOGIA - ANEXO IX | Horas | R$ 110,25 |
| 3.316 | PROGRAMA NOVO COMSUS - SERVIÇOS MÉDICOS EM GEREATRIA - ANEXO IX | Horas | R$ 110,25 |
| 3.317 | PROGRAMA NOVO COMSUS - SERVIÇOS MÉDICOS EM NEFROLOGIA - ANEXO IX | Horas | R$ 110,25 |
| 3.318 | PROGRAMA NOVO COMSUS - SERVIÇOS MÉDICOS EM OFTALMOLOGIA - ANEXO IX | Horas | R$ 110,25 |

**PROGRAMA NOVO COMSUS – META 1, ETAPA 2.B**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Item** | **Descrição** | **Unidade** | **Valor** |
| 3.321 | PROGRAMA NOVO COMSUS - COLESTEROL TOTAL | Exames | R$ 2,20 |
| 3.322 | PROGRAMA NOVO COMSUS - DOSAGEM DE CREATININA | Exames | R$ 2,20 |
| 3.323 | PROGRAMA NOVO COMSUS - DOSAGEM DE POTÁSSIO | Exames | R$ 3,04 |
| 3.324 | PROGRAMA NOVO COMSUS - ELETROCARDIOGRAMA | Exames | R$ 6,15 |
| 3.325 | PROGRAMA NOVO COMSUS - FUNDOSCOPIA | Exames | R$ 4,02 |
| 3.326 | PROGRAMA NOVO COMSUS - GLICEMIA EM JEJUM | Exames | R$ 2,21 |
| 3.327 | PROGRAMA NOVO COMSUS - HEMATOCRITOS | Exames | R$ 1,82 |
| 3.328 | PROGRAMA NOVO COMSUS - HEMOGLOBINA | Exames | R$ 1,82 |
| 3.329 | PROGRAMA NOVO COMSUS - MAPA | Exames | R$ 95,38 |
| 3.330 | PROGRAMA NOVO COMSUS - MICROALBUMINURIA | Exames | R$ 10,13 |
| 3.331 | PROGRAMA NOVO COMSUS - RX DE TÓRAX | Exames | R$ 8,21 |
| 3.332 | PROGRAMA NOVO COMSUS - TRIGLICERIDIOS | Exames | R$ 4,18 |
| 3.333 | PROGRAMA NOVO COMSUS - URINA ROTINA | Exames | R$ 4,41 |

**PROGRAMA NOVO COMSUS – META 1, ETAPA 3**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Item** | **Descrição** | **Unidade** | **Valor** |
| 3.334 | PROGRAMA NOVO COMSUS - SERVIÇOS MÉDICOS EM PSIQUIATRIA - ANEXO IX | Exames | R$ 110,25 |

**PROGRAMA NOVO COMSUS – META 1, ETAPA 1.A – 01001**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Item** | **Descrição** | **Unidade** | **Valor** |
| 3.291 | PROGRAMA NOVO COMSUS - SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA - ANEXO IX - FONTE 01001 | Horas | R$ 10,00 |
| 3.293 | PROGRAMA NOVO COMSUS - SERVIÇOS DE NUTRICIONISMO - ANEXO IX - FONTE 01001 | Horas | R$ 10,00 |

**PROGRAMA NOVO COMSUS – META 1, ETAPA 2.A – 01001**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Item** | **Descrição** | **Unidade** | **Valor** |
| **3.320** | PROGRAMA NOVO COMSUS - SERVIÇOS EM FISIOTERAPIA - ANEXO IX - FONTE 01001 | **Horas** | **R$ 10,00** |