



CIS-COMCAM

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

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 21/2015

EDITAL DE INEXIGIBILIDADE Nº 4/2015

CRENCIAMENTO EXERCÍCIO - 2015

Processo de Chamamento Público 1/2014, publicado no Jornal Tribuna do Interior, em 22/11/2014, edição n. 8.976 pagina 06.

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 **CRENCIAMENTO** de clínicas ou Profissionais (especializados), para a prestação de serviços nas especialidades contidas no despacho da Presidência, a seguir elencadas: Cardiologia; Gastroenterologia; Oftalmologia; Ortopedia; Radiologia e Diagnóstico por Imagem (Radiologia e Ultrassonografia).

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.

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

1.2 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”.

2 Dos Prestadores de Serviço.

2.1 Poderão credenciar-se a prestar os serviços referidos no item anterior, pessoas jurídicas, privadas ou públicas, lucrativas ou não, desde que atendidas às disposições deste Edital.



3 Da Remuneração dos Serviços.

3.1 A remuneração dos serviços referidos no item 1, se dará unicamente com base nas referências da Tabela Geral de Valores - Cis-Comcam.

3.2 Os pagamentos serão efetuados pela CONTRATANTE, no mês subsequente à prestação dos serviços executados, através de depósito em conta corrente da CONTRATADA preferencialmente Banco do Brasil.

3.3 O Cis-Comcam realizará o seu pagamento no período entre o dia 28 (vinte e oito) e 30 (trinta) do mês subsequente ao fechamento da fatura, mediante a apresentação do respectivo documento fiscal.

4 Dos usuários dos Serviços.

4.1 Os usuários dos serviços referidos no item 1 são aqueles atendidos nas unidades de saúde e encaminhados pelas mesmas, com guias devidamente autorizadas.

5 Do Credenciamento dos Prestadores de Serviços.

5.1 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.

5.2 O credenciamento se dará após a Homologação do respectivo Processo Licitatório nº 21/2015 na modalidade de Inexigibilidade nº 4/2015.

5.3 As pessoas jurídicas serão cadastradas conforme critérios abaixo elencados:

- a) Priorizando os profissionais credenciados nos exercícios anteriores;
- b) Mediante demanda dos serviços;
- c) 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.



6 Das inscrições.

As inscrições para o credenciamento se darão a partir do dia **23/07/2015** com data prevista para o encerramento em **05/08/2015, às 13h00min horas**, através da entrega da Solicitação de Credenciamento (modelo de requerimento) acompanhado dos seguintes documentos, acondicionados em envelope devidamente lacrado:

6.1 Dos documentos das pessoas Jurídicas

6.1.1 Pessoas Jurídicas:

- 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>
- OBS: Será observada a data da emissão, verificando se abrangerá ou não as contribuições previdenciárias.
- 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.ius.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**.
- j) Aos profissionais médicos que executarem os serviços em seus próprios estabelecimentos, deverão apresentar a Licença Sanitária, juntamente com o Alvará de Licença.

Observação 1: Para os serviços de Radiologia e Diagnostico por imagem (Radiologia e Ultrassonografia), deverá ser apresentado cópia autenticada da certidão expedida pelo CRM – PR, com o responsável técnico pelos serviços e comprovante de cadastro de especialidade no CRM - PR.

Observação 2: As pessoas jurídicas deverão indicar no anexo I, o(s) profissional (is) médico(s) que executará(ão) o(s) serviços, devendo anexar os seguintes documentos pessoais: **Cópias autenticadas do RG, CPF, CRM, diploma, título de especialidade, comprovante de cadastro da especialidade no CRM – PR, e comprovante de endereço.**

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

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

7 Das Disposições Finais

7.1 Para obter cópia deste Edital e anexo, os interessados poderão acessar o site do Cis-Comcam. <http://www.ciscomcam.com.br>.

7.2 O resumo deste Edital será publicado no Órgão Jornal Tribuna do Interior do Município de Campo Mourão, bem como em seu Mural.

7.3 Os contratos possuirão validade até o dia 31/12/2015.

7.4 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:



CIS-COMCAM

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

- a) Por dolo, culpa simulação ou fraude na sua execução, ou nos serviços contratados;
- b) Quando pela reiteração de impugnações efetuadas pela Contratante, ficar evidenciado a incapacidade da Contratada de executar o contrato ou dar continuidade ao mesmo;
- c) Por razões de interesse público, conforme art. 78 da Lei n. 8.666/93;
- d) Nas demais hipóteses previstas em Lei;
- e) Das sanções, multas e da rescisão prevista nos artigos 86 a 88 da Lei n. 8.666/93;
- f) Falta de dotação orçamentária e/ou recursos disponíveis por parte da contratante;
- g) Inexecução total ou parcial do Termo de Credenciamento / Contrato ensejará a rescisão do instrumento com as conseqüências nele estabelecidos e as previstas nos artigos 77 a 80 da Lei n. 8.666/93.

Campo Mourão, 22 de Julho de 2015.

Vagner Siqueira Alves
Presidente da Comissão 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 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/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)



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:

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)



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 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)