



MUNICÍPIO DE CAPIVARI DE BAIXO - SC ESTADO DE SANTA CATARINA

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº.03/2019 PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº. 06/2019 PROCESSO DE COMPRA Nº.06/2019

O Fundo Municipal de Saúde de Capivari de Baixo - FMS, com sede na Rua Ernani Cotrin, 187, Centro, Capivari de Baixo/SC, torna pública a realização de seleção e possível contratação de profissionais médicos para a realização de Consultas Médicas em Atenção Especializada, nos termos das condições estabelecidas no presente instrumento de chamamento.

Tipo de Licitação: Credenciamento nº 03/2019

Expedido Edital no dia: 30/01/2019

Período para o credenciamento: início À partir das 07:00hs do dia 31/01/2019.

Local do credenciamento: Departamento de Compras e Licitações.

1 DO OBJETO

A presente seleção tem por objetivo a possível contratação de entidades públicas, filantrópicas e/ou privadas, prestadoras de serviços de saúde especializadas na realização de Consultas Médicas em Atenção Especializada, conforme Termo de Referência (Anexo I), que apresenta de forma detalhada as Especialidades Médicas de interesse do Fundo Municipal de Saúde de Capivari de Baixo – SC

2 DA JUSTIFICATIVA E FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

Constituição Federal, arts. 37, XXIII e 199; Lei 8.080/90, arts. 24 e seguintes; Lei 8.666/93 e alterações, Portaria GM/MS nº 1606 de 11 de setembro de 2001.

A Constituição Federal de 1988 afirma que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem tanto à redução do risco de doença e de outros agravos, quanto ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação. As ações e serviços obedecem aos princípios de: (I) universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; (II) integralidade de assistência em todos os níveis de complexidade do sistema e (III) igualdade da assistência à saúde, através da conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos do Estado e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde a população. Cabe à direção municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) prestar apoio técnico e financeiro ao município e executar supletivamente ações e serviços de saúde.

Para atender às diretrizes do SUS, o Fundo Municipal de Saúde de Capivari de Baixo, identificando a existência de demanda para os mais diversos tipos de ações e procedimentos de saúde, promoveu importante incremento financeiro à Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) disponível através do SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde – SUS nos níveis de serviço em saúde neste Edital de

CAPITAL TERMELÉTRICA DA AMÉRICA DO SUL



MUNICÍPIO DE CAPIVARI DE BAIXO - SC

ESTADO DE SANTA CATARINA

Chamada Pública, tendo a aprovação formal dos valores pela Conselho Municipal de Saúde, justificados pela depreciação dos valores pagos conforme a tabela SUS nos últimos anos, garantindo a ampliação da oferta de vagas na rede própria e das instituições a ela credenciadas.

3 DAS CONDIÇÕES GERAIS PARA A PARTICIPAÇÃO

3.1 - Somente poderão participar deste credenciamento Empresas que desenvolvam atividade compatível com o objeto deste, atendam a todas as exigências contidas neste Edital e seus anexos, além das disposições legais, independentemente de transcrição;

3.2 - Atender em estabelecimento próprio e/ou em local designado pela Gestão Municipal, em horário comercial, durante os dias úteis da semana;

3.3 - Os prestadores de serviços de saúde deverão estar enquadrados como pessoas jurídicas e deverão, obrigatoriamente, ter suas instalações físicas em conformidade com a RDC 50/2002 e RDC 302/2005;

3.4 - É vedada a participação de:

3.4.1 - Empresas que apresentem entre seus sócios, gerentes, diretores ou responsáveis técnicos qualquer servidor público do Município de Capivari de Baixo;

3.4.2 - consórcio de Empresas;

3.4.3 - Empresas que não estiverem legalmente constituídas e que não comprovarem sua habilitação conforme disposto neste Edital;

3.5 - Não será admitida a participação neste Credenciamento as Empresas que estejam cumprindo pena de suspensão temporária de participação em licitação e/ou impedimento de contratar com a Administração Pública; que tenham sido declaradas inidôneas para licitar ou contratar com qualquer órgão público; ou que se subsumem as disposições do art. 9º e inciso V do art. 27 da Lei nº 8.666/93.

4 DA IMPUGNAÇÃO

Qualquer interessado poderá impugnar o presente Edital por eventuais irregularidades, ficando para tanto estabelecido o prazo improrrogável de 03 (três) dias corridos após a sua publicação.

5 DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO

Os interessados deverão apresentar a documentação de habilitação e qualificação técnica exigida em envelopes escuros, separados, lacrados, dirigidos à Comissão de Licitações, a partir do dia 31/01/2019, na sede da Prefeitura de Capivari de Baixo/SC, Rua Ernani Cotrin, nº 187, CEP: 88745-000, Capivari de Baixo/SC, para seleção imediata. **Após este período, este Edital permanecerá aberto para novos credenciados por tempo indeterminado, porém a contratação para o determinado objeto dependerá da necessidade do serviço por parte do Fundo Municipal de Saúde de Capivari de Baixo.** Os interessados deverão apresentar a documentação de habilitação e qualificação técnica na seguinte forma:



MUNICÍPIO DE CAPIVARI DE BAIXO - SC ESTADO DE SANTA CATARINA

5.1 – DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO

Os documentos correspondentes à habilitação deverão ser entregues em original ou em cópia autenticada em Cartório, em envelope escuro lacrado de forma a não permitir a visualização de seu conteúdo, com a seguinte descrição externa:

ENVELOPE 01 – DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPIVARI DE BAIXO
EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 03/2019
RAZÃO OU DENOMINAÇÃO SOCIAL
ENDEREÇO DO PROPONENTE
TELEFONE PARA CONTATO

Não serão considerados os envelopes apresentados após a hora e data convencionados para o recebimento dos mesmos, bem como as propostas enviadas por correio ou e-mail.

5.1.1 - Relativos à capacidade jurídica

Dentro dos envelopes deverão constar os seguintes documentos:

- a) Identificação do proponente com CNPJ, nome, endereço, inscrição municipal e todas as formas de contatos (telefone, fax e e-mail);
- b) Cédula de Identidade e Certidão de Matrícula na Junta Comercial, no caso de firma individual;
- c) Ato Constitutivo (estatuto ou contrato social) devidamente registrado e acompanhado das alterações posteriores, em se tratando de Sociedades Comerciais e, no caso de Sociedades por Ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;
- d) Registro do Ato Constitutivo, no caso de Sociedades Cívis, acompanhada de alterações e prova de diretoria em exercício;
- e) Decreto de Autorização devidamente arquivado, em se tratando de Empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir;
- f) Declaração afirmando estar ciente das condições do Edital de Chamada Pública nº03/2019, afirmando assumir a responsabilidade pela autenticidade de todos os documentos apresentados, sujeitando-se às penalidades legais e a sumária desclassificação do chamamento, e que fornecerá quaisquer informações complementares solicitadas pela Comissão de Licitação (Anexo II).

5.1.2 - Relativos à regularidade fiscal

- a) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);



MUNICÍPIO DE CAPIVARI DE BAIXO - SC ESTADO DE SANTA CATARINA

- b) Prova de inscrição no cadastro de contribuintes municipal relativo ao domicílio ou sede do proponente pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;
- c) Certidões de regularidade de situação para com a Fazenda Federal (Receita Federal e Dívida Ativa da União), Estadual e Municipal, sendo os dois últimos expedidos pela localidade sede;
- d) Certidão de regularidade relativa à Seguridade Social (INSS);
- e) Certidão de regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), fornecida pela Caixa Econômica Federal, de acordo com o art. 27, “a”, da Lei Federal nº 8.036 de 11/05/1990.
- f) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT) para com o INSS.

5.2 – DOCUMENTOS RELATIVOS À QUALIFICAÇÃO TÉCNICA E OFERTA DE SERVIÇOS

O proponente deverá apresentar para qualificação técnica e oferta de serviços no Envelope nº. 02, em envelope escuro, lacrado, de forma a não permitir a visualização de seu conteúdo, em original ou em cópia autenticada em Cartório, com os seguintes dados:

ENVELOPE 02 – DOCUMENTAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO TÉCNICA E OFERTA DE SERVIÇOS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 03/2019
RAZÃO OU DENOMINAÇÃO SOCIAL
ENDEREÇO DO PROPONENTE

5.2.1 Documentação para qualificação técnica e oferta de serviços

- a) Ofício indicando a oferta proposta para consultas Especializadas (conforme modelo Anexo III), devendo relacionar em quais especialidades pretende participar e a quantidade/mês disponível, obedecendo a nomenclatura e codificação contidas na Tabela de Procedimentos do Ministério da Saúde, conforme Objeto deste Edital;
- b) Alvará Sanitário Atualizado, expedido pela Vigilância Sanitária Municipal ou Estadual – somente nos casos em que o profissional possuir Clínica em funcionamento;
- c) Alvará de Funcionamento atualizado - somente nos casos em que o profissional possuir Clínica em funcionamento;
- d) Comprovação de inscrição da proponente no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES;
- e) Certificado de registro da entidade no respectivo órgão de classe, atualizado;
- f) Certificado de entidade filantrópica, quando for o caso;
- g) Registro ou inscrição na entidade profissional competente;
- h) Relação nominal dos profissionais que compõem a equipe técnica do prestador, informando nome, CPF, carga horária semanal, cargo, função e número de inscrição no respectivo Conselho Profissional, quando for o caso (Anexo V);



MUNICÍPIO DE CAPIVARI DE BAIXO - SC ESTADO DE SANTA CATARINA

i) Certificado de Especialidade Médica devidamente reconhecido pela respectiva entidade de classe, RG e CPF do responsável técnico pelo serviço a ser contratado.

5.2.2 - Outros:

- a) Declaração dos Sócios ou Diretores de que não ocupam cargo ou função pública no âmbito Federal, Estadual ou Municipal, tendo em vista a vedação prevista no art.9º da Lei 8.666/93;
- b) Declaração informando o horário de atendimento do profissional disponibilizado aos usuários do SUS, bem como o horário de outros profissionais (como recepção e secretariado) disponibilizado a esta clientela, emitido pelo responsável legal.

6 DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO E OBRIGAÇÕES DOS CONTRATADOS

6.1 Apresentar a documentação exigida neste Edital;

6.2 Atender somente os pacientes agendados pelo SISREG através das Unidades de Saúde pertencentes à Central de Regulação Municipal de Capivari de Baixo;

6.3 As Consultas Especializadas serão realizadas com horário marcado, em agendas previamente definidas com a Regulação Municipal;

6.4 Os prestadores habilitados deverão adequar os formulários utilizados pelo Fundo Municipal de Saúde, em conformidade com a legislação do SUS, devendo a Regulação Municipal auxiliar com todas as orientações e modelos necessários;

6.5 Qualquer alteração na agenda do profissional deverá ser comunicada à Central de Regulação Municipal com, no mínimo, 30 dias de antecedência;

6.6 Não haverá qualquer distinção entre o atendimento dos pacientes encaminhados pelo Fundo Municipal de Saúde e os demais pacientes atendidos pelo prestador;

6.7 Os serviços contratados deverão ser prestados pelos profissionais pertencentes ao quadro de funcionários do prestador, salvo quando devidamente autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde;

6.8 Os prestadores responderão exclusiva e integralmente pela utilização de pessoal para a execução do objeto contratado, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a Secretaria Municipal de Saúde;

6.9 Os prestadores deverão seguir rigorosamente os Protocolos de Acesso da Regulação do Estado de Santa Catarina implantados em âmbito municipal através da Central de Regulação Municipal;



MUNICÍPIO DE CAPIVARI DE BAIXO - SC ESTADO DE SANTA CATARINA

6.10 Os prestadores manter-se-ão, durante a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações anteriores e com as condições de habilitação exigidas neste instrumento;

6.11 A produção dos serviços prestados será registrada e apresentada mensalmente através dos seguintes instrumentos de registro: Formulário de Agendamento ou Relatório de Atendimento do SISREG;

6.12 Todos os prestadores contratados ficarão sujeitos à auditoria da FMS ;

6.13 As Empresas que possuem matriz e filial(is) somente poderão participar da presente Chamada Pública através de um único CNPJ, através do qual receberão os pagamentos caso sejam contratadas. O CNPJ deverá ser identificado em ofício de encaminhamento e nos respectivos documentos exigidos neste Edital;

6.14 Não haverá qualquer obstáculo ou impedimento às vistorias técnicas que poderão ser realizadas pela Secretaria de Saúde;

6.15 Todas as consultas realizadas por profissionais qualificados por este Edital darão ao usuário o direito ao retorno no prazo de 30 dias a contar da data da primeira consulta realizada, **SEM COBRANÇA DE NOVA CONSULTA**;

6.16 Todos os profissionais contratados neste Edital deverão respeitar os protocolos, normas e rotinas municipais e, na falta destes, os estaduais e federais, bem como a Relação Municipal de Medicamentos - REMUME e Política Municipal de Assistência Farmacêutica, utilizando em suas prescrições, preferencialmente os medicamentos disponíveis na Farmácia Básica Municipal;

6.17 Todos os profissionais contratados neste Edital devem respeitar os parâmetros mínimos de tempo de consulta estabelecidos pelo Ministério da Saúde, bem como os horários de atendimento estabelecidos pelo Fundo Municipal de Saúde de Capivari de Baixo e seus serviços;

7 DA DISTRIBUIÇÃO DO TETO FINANCEIRO e PRESTAÇÃO DE CONTA

7.1 O valor global do credenciamento para o período de vigência do termo/contrato corresponderá ao Teto Financeiro do Município de Capivari de Baixo, conforme Anexo I;

7.2 A nota fiscal referente aos serviços prestados no mês anterior deverá ser emitida exatamente conforme a prestação de contas apresentada à Central de Regulação e será de responsabilidade do prestador o controle mensal do Teto Financeiro;

7.3 O prestador deverá utilizar o Sistema Nacional de Regulação – SISREG para realização do fechamento de sua produção mensal, que será validado e pago após a conferência da Central de Regulação Municipal;



MUNICÍPIO DE CAPIVARI DE BAIXO - SC ESTADO DE SANTA CATARINA

7.4 Os relatórios de produção mensal deverão ser entregues na Central de Regulação Municipal e estarão sujeitos à auditoria da Secretaria de Saúde.

8 DO PAGAMENTO

O credenciado apresentará mensalmente a Secretaria de Saúde, na Central de Regulação ou no local de prestação do serviço (conforme orientado pela Secretaria), até o 3º (terceiro) dia útil do mês subsequente à prestação dos serviços, as faturas e os documentos referentes aos serviços prestados. Dentro de no máximo 10 (dez) dias após a entrega do relatório de produção, à Secretaria de Saúde emitirá o relatório de crítica contendo os valores aprovados para pagamento, o qual será enviado para o e-mail cadastrado de cada prestador.

A partir do recebimento do relatório de crítica, o prestador deverá emitir e apresentar a Nota Fiscal junto aos demais documentos solicitados (Certidões Negativas de Débito e relatório de crítica impresso) no mesmo local de entrega da produção para a respectiva “certificação” e encaminhá-los ao Setor Administrativo/Financeiro da Prefeitura Municipal de Saúde para processamento.

Após o processamento, os documentos serão enviados ao Setor de Contabilidade para efetuação do pagamento.

O pagamento será efetuado através da apresentação da Nota Fiscal, em reais, devidamente conferida e aceita pelo Setor de Contabilidade, mediante depósito em conta bancária, correspondente aos serviços prestados.

Após o envio da Nota Fiscal para o Setor de Contabilidade da Prefeitura Municipal de Capivari de Baixo, esta terá o prazo de 30 dias corridos para efetuação do pagamento.

Caberá ao prestador a entrega de todos os documentos listados neste Edital, estando sujeitos a atrasos no pagamento os casos de documentação incompleta.

Todos os prestadores contratados ficarão sujeitos à auditoria da Secretaria Municipal de Saúde.

9 DO TERMO/CONTRATO

9.1 Todos os prestadores que cumprirem os requisitos para o Credenciamento serão chamados para assinatura de contrato/termo, cuja minuta segue anexa (Anexo VI).

9.2 No momento da assinatura do contrato/termo, caso não haja aceitação do prestador selecionado, deverá ser assinado Termo de Desistência;

10 DISPOSIÇÕES FINAIS

10.1 Estando os prestadores selecionados aptos a contratar com o município, será providenciado o contrato/termo, tendo em vista que a competição resta faticamente impossibilitada, já que é de interesse da coletividade que o maior número possível de empresas preste serviços de procedimentos com finalidade diagnóstica, no intuito de ampliar e facilitar o acesso da população.

10.2 Extrato do presente Edital será publicado no Diário Oficial dos Municípios e o Edital na íntegra com seus anexos estarão disponíveis no site www.capivari.debaixo.sc.gov.br.



MUNICÍPIO DE CAPIVARI DE BAIXO - SC ESTADO DE SANTA CATARINA

10.3 Fazem parte deste Edital os seguintes documentos:

Anexo I – Termo de Referência Anexo

II – Declaração de aceite das condições do Edital;

Anexo III - Declaração de capacidade de oferta à Secretaria Municipal de Saúde de Capivari de Baixo;

Anexo IV – Declaração de que a Instituição não possui servidor público no município;

Anexo V -Relação de profissionais que compõem a equipe técnica;

Anexo VI - Minuta de termo/contrato;

10.3 Esclarecimentos e informações a respeito deste Edital serão prestadas pela Comissão de Licitação em dias úteis, das 07h00m às 13h00m, que está situada no prédio sede da Prefeitura de Capivari de Baixo, Rua Ernani Cotrin, n° 187, CEP: 88745-000 ou pelo telefone 3621-4400 (Setor de Licitações).

Capivari de Baixo, 29 de Janeiro de 2019

JANE SOBREIRA MOTA
Secretária de Saúde



MUNICÍPIO DE CAPIVARI DE BAIXO - SC ESTADO DE SANTA CATARINA

ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA

Este Termo de Referência tem como finalidade detalhar o teto financeiro das consultas médicas especializadas, conforme a necessidade da Secretaria Municipal de Saúde.

DESCRIÇÃO	VALOR UNITÁRIO em R\$	Quantidade mensal necessária (consultas)	Teto Financeiro Mensal
DERMATOLOGIA	60,00	60	3.600,00
GINECOLOGIA	60,00	120	7.200,00
GERIATRIA	60,00	120	7.200,00
INFECTOLOGIA	80,00	60	4.800,00
MÉDICO DO TRABALHO	60,00	120	7.200,00
OTORRINOLARINGOLOGIA	60,00	60	3.600,00
ORTOPEDIA	60,00	120	7.200,00
PEDIATRIA	60,00	120	7.200,00
PSIQUIATRIA	60,00	160	9.600,00

***Os profissionais Psiquiatras alocados no Centros de Atenção Psicossocial, - CAPS deverão, obrigatoriamente, prestar todo o suporte necessário à equipe multidisciplinar nos casos de internações psiquiátricas, independentemente dos destinos e formas de transporte destes pacientes. Além disso, deverão realizar as atividades previstas na Política Nacional de Apoio à Saúde da Família do Ministério da Saúde, apoiando as equipes da Atenção Básica – EAB, Estratégia de Saúde da Família - ESF e os Núcleos de Apoio a Saúde da Família - NASF no cuidado aos usuários em sofrimento mental leve, realizando matriciamento, atividades coletivas na unidade e na comunidade, visitas domiciliares, discussão de casos com as EAB e ESF para definição de manejo e cuidado integral dos usuários, bem como capacitação das Equipes da Atenção Básica - EAB e Estratégia de Saúde da Família – ESF;



MUNICÍPIO DE CAPIVARI DE BAIXO - SC
ESTADO DE SANTA CATARINA

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE ACEITE DAS CONDIÇÕES DO EDITAL
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAPIVARI DE BAIXO/SC

A Empresa, pessoa jurídica de direito privado, com sede em,-SC, inscrita no CNPJ nº, por meio de seu sociogerente ou representante legal abaixo firmado, vem declarar que possui pleno conhecimento e manifestar inteira concordância com todos os termos do EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 03/2019, que trata da seleção e possível contratação de entidades privadas prestadoras de serviços de saúde para a realização de CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA, assumindo a responsabilidade pela autenticidade de todos os documentos apresentados, sujeitando-se às penalidades legais e à sumária desclassificação do chamamento, e que fornecerá quaisquer informações complementares solicitadas pela Comissão de Licitação.

Capivari de Baixo, ____/____/____

Nome do diretor/responsável legal etc. da Instituição
CPF:

Ass. do diretor/responsável legal etc. da Instituição



MUNICÍPIO DE CAPIVARI DE BAIXO - SC
ESTADO DE SANTA CATARINA

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE CAPACIDADE DE OFERTA À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
CAPIVARI DE BAIXO

A Empresa _____, pessoa jurídica de direito privado, com sede na _____, _____-SC, inscrita no CNPJ nº _____, por meio de seu sócio-gerente ou representante legal abaixo firmado, em atenção ao EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 03/2019, vem declarar que possui capacidade de ofertar _____ (_____) CONSULTAS NA ESPECIALIDADE _____ por mês.

Capivari de Baixo, ____/____/____

Nome do diretor/responsável legal etc. da Instituição
CPF:

Ass. do diretor/responsável legal etc. da Instituição



MUNICÍPIO DE CAPIVARI DE BAIXO - SC
ESTADO DE SANTA CATARINA

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE QUE A INSTITUIÇÃO/EMPRESA NÃO POSSUI SERVIDOR PÚBLICO NO
MUNICÍPIO DE CAPIVARI DE BAIXO COMO REPRESENTANTE LEGAL/MEMBRO DA
DIRETORIA/SÓCIO, ADMINISTRADOR/PROPRIETÁRIO E/OU PRESIDENTE DA
INSTITUIÇÃO/EMPRESA

A Instituição/Empresa _____, Pessoa jurídica de direito privado, _____ (com/sem) fins lucrativos, inscrita no CNPJ nº _____, com sede na cidade de _____, filial na cidade de _____, por meio de seu _____, DECLARA que não possui servidores públicos do Município de Capivari de Baixo como representante legal/membro da diretoria/sócio, administrador/proprietário e/ou presidente, nos termos do EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 03/2019, que trata do credenciamento de prestadores/instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde, interessados em prestar serviços de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS), no Município de Capivari de Baixo/SC.

Capivari de Baixo, ____ / ____ / ____

Nome do Diretor/responsável legal etc. da Instituição
CPF:

Ass. do Diretor/responsável legal etc. da Instituição



MUNICÍPIO DE CAPIVARI DE BAIXO - SC
ESTADO DE SANTA CATARINA

ANEXO VI

RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS QUE COMPÕEM A EQUIPE TÉCNICA

Nome do profissional	CPF	Cargo	Função	Carga horária semanal	Número no Conselho Profissional (CRM)

Capivari de Baixo, ____ / ____ / ____

Nome do diretor/responsável legal etc. da Instituição
CPF:

Ass. do diretor/responsável legal etc. da Instituição



MUNICÍPIO DE CAPIVARI DE BAIXO - SC ESTADO DE SANTA CATARINA

ANEXO VII

TERMO DE CREDENCIAMENTO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPIVARI DE BAIXO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPIVARI DE BAIXO, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ nº 10.971.858/0001-57, sediada na Rua Ernani Cotrin, 187, Centro, neste ato representado pela Secretária de Saúde do Município de Capivari de Baixo, Sr JANE SOBREIRA MOTA, residente e domiciliada neste Município, doravante denominado de CREDENCIANTE e, _____, (qualificar), doravante denominada CREDENCIADA, tem justo e acordado este Termo de Credenciamento de conformidade com a Lei nº 8.666/93 e suas alterações, consubstanciado na Chamada Pública Nº. 03/2019, e mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

A presente seleção tem por objetivo a possível contratação de entidades públicas, filantrópicas e/ou privadas, prestadoras de serviços de saúde especializadas na realização de Consultas Médicas em Atenção Especializada, conforme Termo de Referência (Anexo I), que apresenta de forma detalhada as Especialidades Médicas de interesse do Fundo Municipal de Saúde de Capivari de Baixo – SC

CLÁUSULA SEGUNDA – DO TETO FINANCEIRO

O Teto Financeiro corresponde ao montante máximo mensal permitido ao prestador para execução dos serviços, podendo a produção atingir valor inferior, e nunca superior a este valor. O valor mensal do Teto Financeiro para este contrato será de até R\$ _____, totalizando o valor global deste contrato em R\$ _____, apurado mediante a aplicação dos critérios técnicos descritos no Edital de Chamada Pública nº 03/2019, sendo considerada infração a este contrato e passível de penalidades a extrapolação do valor acima definido.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

A despesa decorrente deste termo/contrato correrá por conta do Orçamento Fiscal de 2019 do Fundo Municipal de Saúde de Capivari de Baixo:

CLÁUSULA QUARTA - DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO E OBRIGAÇÕES DOS CONTRATADOS

a) A prestação dos serviços deverá ocorrer conforme as condições a seguir estabelecidas, além daquelas previstas no Edital:



MUNICÍPIO DE CAPIVARI DE BAIXO - SC ESTADO DE SANTA CATARINA

- b) Apresentar a documentação exigida neste Edital;
- c) Integrar-se ao Sistema Nacional de Regulação – SISREG, destinando equipamento(s) necessário(s) para operacionalização do mesmo e indicando pelo menos 01(um) profissional do seu estabelecimento para ser treinado e apto a utilizar o Sistema;
- d) Atender somente os pacientes agendados pelo SISREG através das Unidades de Saúde pertencentes à Central de Regulação Municipal de Capivari de Baixo;
- e) As Consultas Especializadas serão realizadas com horário marcado, em agendas previamente definidas com a Gerência de Regulação Municipal;
- f) Os prestadores habilitados deverão adequar os formulários utilizados pela Secretaria Municipal de Saúde, em conformidade com a legislação do SUS, devendo a Central de Regulação auxiliar com todas as orientações e modelos necessários;
- g) Qualquer alteração na agenda do profissional deverá ser comunicada à Central de Regulação Municipal com, no mínimo, 30 dias de antecedência;
- h) Não haverá qualquer distinção entre o atendimento dos pacientes encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde e os demais pacientes atendidos pelo prestador;
- i) Os serviços contratados deverão ser prestados pelos profissionais pertencentes ao quadro de funcionários do prestador, salvo quando devidamente autorizado pela Secretaria de Saúde;
- j) Os prestadores responderão exclusiva e integralmente pela utilização de pessoal para a execução do objeto contratado, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a Secretaria de Saúde;
- k) Os prestadores deverão seguir rigorosamente os Protocolos de Acesso da Regulação do Estado de Santa Catarina implantados em âmbito municipal através da Central de Regulação Municipal;
- l) Os prestadores manter-se-ão, durante a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações anteriores e com as condições de habilitação exigidas neste instrumento;
- m) A produção dos serviços prestados será registrada e apresentada mensalmente através dos seguintes instrumentos de registro: 1. Boletim de Produção Ambulatorial – Individualizado – BPA - I; e/ou 2. Autorização de Procedimento de Alto Custo; e/ou 3. Formulário de Agendamento ou Relatório de Atendimento do SISREG;
- n) Todos os prestadores contratados ficarão sujeitos à auditoria da FMS ;
- o) As Empresas que possuírem matriz e filial(is) somente poderão participar da presente Chamada Pública através de um único CNPJ, através do qual receberão os pagamentos caso sejam contratadas. O CNPJ deverá ser identificado em ofício de encaminhamento e nos respectivos documentos exigidos neste Edital;
- p) Não haverá qualquer obstáculo ou impedimento às vistorias técnicas que poderão ser realizadas pela Comissão de Licitação e pelo Serviço de Auditoria da Secretaria de Saúde;
- q) Todas as consultas realizadas por profissionais qualificados por este Edital darão ao usuário o direito ao retorno no prazo de 30 dias a contar da data da primeira consulta realizada, sem cobrança de nova consulta;
- r) Todos os profissionais contratados neste Edital deverão respeitar os protocolos, normas e rotinas municipais e, na falta destes, os estaduais e federais, bem como a Relação Municipal de Medicamentos - REMUME e Política Municipal de Assistência Farmacêutica, utilizando em suas prescrições, preferencialmente os medicamentos disponíveis na Farmácia Básica Municipal;

CAPITAL TERMELÉTRICA DA AMÉRICA DO SUL



MUNICÍPIO DE CAPIVARI DE BAIXO - SC ESTADO DE SANTA CATARINA

s) Todos os profissionais contratados neste Edital devem respeitar os parâmetros mínimos de tempo de consulta estabelecidos pelo Ministério da Saúde, bem como os horários de atendimento estabelecidos pela Secretaria de Saúde e seus serviços;

CLÁUSULA QUINTA - DA DISTRIBUIÇÃO DO TETO FINANCEIRO e PRESTAÇÃO DE CONTA

- a) O valor global do credenciamento para o período de vigência do contrato corresponderá ao Teto Financeiro do Município de Capivari de Baixo, conforme Anexo I;
- b) A nota fiscal referente aos serviços prestados no mês anterior deverá ser emitida exatamente conforme a prestação de contas apresentada à Central de Regulação e será de responsabilidade do prestador o controle mensal do Teto Financeiro;
- c) O prestador deverá utilizar o Sistema Nacional de Regulação – SISREG e/ou Boletim de Produção Ambulatorial – Individualizado – BPA - I para realização do fechamento de sua produção mensal, que será validado e pago após a conferência da Central de Regulação Municipal;
- d) Os relatórios de produção mensal deverão ser entregues na Central de Regulação Municipal e estarão sujeitos à auditoria da Secretaria Municipal de Saúde.

CLÁUSULA SEXTA - DO PAGAMENTO

- a) O credenciado apresentará mensalmente à Secretaria Municipal de Saúde, na Central de Regulação ou no local de prestação do serviço (conforme orientado pela Secretaria), até o 3º (terceiro) dia útil do mês subsequente à prestação dos serviços, as faturas e os documentos referentes aos serviços prestados.
- b) Dentro de no máximo 10 (dez) dias após a entrega do relatório de produção, a Secretaria Municipal de Saúde emitirá o relatório de crítica contendo os valores aprovados para pagamento, o qual será enviado para o email cadastrado de cada prestador.
- c) A partir do recebimento do relatório de crítica, o prestador deverá emitir e apresentar a Nota Fiscal junto aos demais documentos solicitados (Certidões Negativas de Débito e relatório de crítica impresso) no mesmo local de entrega da produção para a respectiva “certificação” e encaminhá-los ao Setor Financeiro para processamento. Após o processamento, os documentos serão enviados ao Setor de Contabilidade para efetuação do pagamento.
- d) O pagamento será efetuado através da apresentação da Nota Fiscal, em reais, devidamente conferida e aceita pelo Setor de Contabilidade, mediante depósito em conta bancária, correspondente aos serviços prestados. Após o envio da Nota Fiscal para o Setor de Contabilidade da Prefeitura Municipal de Capivari de Baixo, esta terá o prazo de 30 dias corridos para efetuação do pagamento.
- e) Caberá ao prestador a entrega de todos os documentos listados neste Edital, estando sujeitos a atrasos no pagamento os casos de documentação incompleta.
- f) Todos os prestadores contratados ficarão sujeitos à auditoria da Secretaria Municipal de Saúde.

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS PENALIDADES

Pela inexecução total ou parcial do contrato a CREDENCIANTE/CONTRATANTE poderá, garantida a prévia defesa, aplicar as seguintes sanções, sem prejuízo daquelas previstas no art. 87 da Lei Federal no. 8.666/93:



MUNICÍPIO DE CAPIVARI DE BAIXO - SC ESTADO DE SANTA CATARINA

- a) Pelo atraso injustificado no fornecimento dos serviços, ficará a CREDENCIADA/CONTRATADA sujeita a multa de 0,50% (cinquenta centésimos por cento) ao dia, do valor da obrigação, se o atraso for até 15 (quinze) dias. Excedido este prazo, a multa será em dobro;
- b) Pela inexecução total ou parcial do Contrato/Termo, a /CREDENCIANTE/CONTRATANTE poderá, garantida a prévia defesa, aplicar à CREDENCIADA/CONTRATADA as sanções previstas nos incisos I, II e IV do art. 87 da Lei Federal no 8.666/93 e multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor dos serviços não prestados;
- c) As multas são autônomas e a aplicação de uma não exclui a outra;
- d) Aplicadas as multas, a CREDENCIANTE/CONTRATANTE descontará do primeiro pagamento que fizer à CREDENCIADA/CONTRATADA após a sua imposição.

CLÁUSULA OITAVA - DO REAJUSTE DE PREÇO

O valor da consulta será aquele praticado na Tabela constante no Anexo I do Edital, sendo os reajustes aplicados obedientes às determinações do Ministério da Saúde e/ou Gestão Municipal.

CLÁUSULA NONA – DA SUSPENSÃO POR INTERESSE DA CREDENCIANTE/CONTRATANTE

A CREDENCIANTE/CONTRATANTE poderá, a qualquer tempo, suspender a prestação dos serviços, ou de parte deles, desde que notifique por escrito à CREDENCIADA/CONTRATADA, conforme preceitua a Lei n.º 8.666/93 em seu artigo 78, inciso XIV.

CLÁUSULA DÉCIMA – DO PRAZO E DA VIGÊNCIA

O prazo do contrato terá vigência a partir da data de assinatura até 31 de dezembro de 2019.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA PUBLICAÇÃO

O presente Termo/Contrato deverá ser publicado, em extrato, no Diário Oficial do Município de Capivari de Baixo.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA RESCISÃO CONTRATUAL

O presente termo/contrato poderá ser rescindido nos casos previstos no artigo 78 da Lei n.º 8.666/93, aplicando-se o disposto no seu artigo 77.

Parágrafo Único: Os casos da rescisão contratual serão formalmente motivados nos autos, assegurado o contraditório e a ampla defesa.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO FORO



MUNICÍPIO DE CAPIVARI DE BAIXO - SC
ESTADO DE SANTA CATARINA

Fica eleito o Foro da Comarca de Capivari de Baixo, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir questões resultantes do presente contrato não resolvidas na esfera administrativa.

E, por estarem assim justas e contratadas, as partes firmam o presente contrato na data abaixo indicada, em 03 (três) vias de igual teor e forma.

Capivari de Baixo, ___/___/2019.

Jane Sobreira Mota
Secretária de Saúde

CRENCIADA
XXXXXXXXXXXXXXXXXX – Razão Social – CRENCIADA
XXXXXXXXXXXXXXXXXX – Sócio Proprietário

TESTEMUNHAS:

1) Nome: _____ CPF _____

2) Nome: _____ CPF _____