



Município de Capivari de Baixo
Estado de Santa Catarina

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPIVARI DE BAIXO/SC.

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 02/2015 – FMS
PROCESSO ADMINISTRATIVO 10/2015 – FMS
PROCESSO DE COMPRA 10/2015 - FMS

OBJETO: CREDENCIAMENTO DE PESSOAS FÍSICAS E OU JURÍDICAS, OU CLÍNICAS E ENTIDADES PRIVADAS E OU FILANTROPICAS E SEM FINS LUCRATIVOS, INTERESSADAS EM PRESTAR SERVIÇOS DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS PARA PACIENTES DO MUNICÍPIO DE CAPIVARI DE BAIXO – SC., CONFORME OS VALORES DELIBERADOS PELO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE 27/03/2015.

Considerando, que a saúde, nos termos do artigo 196, da Constituição Federal, é um direito de todos e dever do Estado, bem como, que nos termos do artigo 197 e 199, da Constituição Federal, combinado com a Lei (federal) nº 8080/90 e LC (federal) nº 141/2012, a execução das ações e serviços de saúde deve ser feita diretamente pelo Município ou através de pessoas físicas ou jurídicas de direito privado de forma complementar;

Considerando, que é de responsabilidade do Município a organização e garantia de acesso aos serviços especializados de saúde aos seus munícipes;

Considerando, o disposto no artigo 25, caput, da Lei (federal) nº 8666/93, O MUNICIPIO DE CAPIVARI DE BAIXO torna público, através do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPIVARI DE BAIXO, para conhecimento dos interessados, que o Pregoeiro e sua Equipe de Apoio, do Setor de licitações, na Rua Ernani Cotrin, 187, Centro, no Município de CAPIVARI DE BAIXO - SC., que encontra-se aberto o **CREDENCIAMENTO**, para prestar os serviços de assistência a saúde, na área ambulatorial para conjunto total de procedimentos de **CONSULTA MÉDICA ESPECIALISTA – CIRURGIA GERAL, CIRURGIÃO GÁSTRICO, CIRURGIÃO VASCULAR, DERMATOLOGIA, ENDOCRINOLOGISTA, FISIOTERAPIA PEDIÁTRICA NEUROLÓGICA E VISUAL, GASTROENTEROLOGIA, NEUROLOGIA, NEUROLOGIA PEDIÁTRICA, PEDIATRIA, PNEUMOLOGISTA E REUMATOLOGISTA, CONFORME OS VALORES DELIBERADOS PELO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE EM 27/03/2015**, nos termos dos Prejulgados do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina nºs 519, 680 e 2055, para complementar os serviços ambulatoriais da rede municipal de saúde.

1. CONSTITUI OBJETO DESTES EDITAIS

1.1. Credenciamento para realização de serviços de consultas especializadas conforme Anexo I deste Edital, para pacientes do Município de Capivari de Baixo-SC, encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde do município, mediante agendamento prévio, em seus consultórios.

2 - DO PEDIDO DE CREDENCIAMENTO



Município de Capivari de Baixo

Estado de Santa Catarina

2.1. As inscrições poderão ser feitas a qualquer tempo, dentro do prazo de validade deste Credenciamento, pelos interessados, no Setor de Compras e Licitações da Prefeitura Municipal de Capivari de Baixo, Rua Ernani Cotrin, 187, Centro, Capivari de Baixo/SC, demonstrando a aceitação na prestação dos serviços, dizendo-se interessados no Credenciamento, juntamente com a documentação exigida no item 04 do edital e ofício demonstrando a aceitação na prestação dos serviços, a partir do dia **17/04/2015** das 7:00 às 13:00 horas.

2.2. Recebido o envelope de documentos, a Comissão de Licitações fará à apreciação dos mesmos **num prazo de até 05 (cinco) dias úteis**, contados da data do recebimento através do setor de licitações.

2.3. As informações fornecidas serão conferidas e a empresa ou profissional autônomo que tiver sua habilitação rejeitada será comunicada oficialmente sobre os fatos que motivaram a rejeição.

3 – DA FONTE DE RECURSOS

3.1 – As despesas decorrentes do objeto deste credenciamento correrão por conta dos recursos orçamentários do ano de 2015, sendo que cada contratação será de acordo com a necessidade do Fundo Municipal de Saúde, e será efetuado o devido empenhamento no item orçamentário específico.

4. DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO CERTIFICADO DE CREDENCIAMENTO

4.1. As empresas interessadas no objeto constante do item 1.1 deste edital deverão apresentar os seguintes documentos de habilitação, em documento original ou cópia autenticada em cartório ou por servidor público da Prefeitura Municipal de Capivari de Baixo, para obtenção do Certificado de Credenciamento a ser emitido pelo Fundo Municipal de Saúde de Capivari de Baixo-SC:

4.1.1. Cédula de identidade do representante legal da interessada;

a) Para pessoas físicas: Cédula de identidade do profissional.

4.1.2. Registro comercial no caso de empresa individual;

a) Para pessoas físicas: não é necessário.

4.1.3. Ato constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor, devidamente registrado em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedade por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;

a) Para pessoas físicas: não é necessário.

4.1.4. Inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhado de prova de diretoria em exercício;

a) Para pessoas físicas: não é necessário.

4.1.5. Decreto de autorização, 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 exigir;

a) Para pessoas físicas: não é necessário.

4.1.6. Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);



Município de Capivari de Baixo
Estado de Santa Catarina

a) Para pessoas físicas: não é necessário.

4.1.7. Prova de inscrição no Cadastro de Contribuintes Estadual, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto da licitação, ou declaração de que não recolhe tributos estaduais, sendo, portanto, isenta da Inscrição Estadual;

a) Para pessoas físicas: não é necessário.

4.1.8. Prova de inscrição no Cadastro de Contribuinte Municipal (Alvará atualizado) relativo ao domicílio ou sede da proponente, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto deste edital;

a) Para pessoas físicas: comprovante do endereço do estabelecimento e ou consultório para atendimento e ou Declaração com firma reconhecida conforme (anexo VIII).

4.1.9. Alvará sanitário atualizado, expedido pela Vigilância Sanitária do Município sede da empresa e do Município onde prestará o serviço;

a) Para pessoas físicas: não é necessário.

4.1.10. Certidão Negativa de Débito para com o INSS, nos termos da portaria conjunta RFB/PGFM 1751 de 02 de outubro de 2014.

a) Para pessoas físicas: não é necessário.

4.1.11. Certificado de Regularidade do FGTS;

a) Para pessoas físicas: não é necessário.

4.1.12. Certidão Negativa de Débito relativo aos tributos federais e à Dívida Ativa da União;

a) Para pessoas físicas: Certidão Negativa de Débito relativo aos tributos federais e à Dívida Ativa da União;

4.1.13. CNDT – Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;

a) Para pessoas físicas: CNDT – Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;

4.1.14. Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual, se for o caso;

a) Para pessoas físicas: Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual, se for o caso;

4.1.15. Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal, domicílio do Credenciado;

a) Para pessoas físicas: Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal, domicílio do Credenciado;

4.1.16. Declaração expressa ratificando a observância rigorosa do artigo 7º, inciso XXXIII, da CF/88, que proíbe o trabalho noturno ou insalubre a menores de 18 anos, e de qualquer trabalho, a menores de 16 anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 anos (Anexo VI);

a) Para pessoas físicas: Declaração expressa ratificando a observância rigorosa do artigo 7º, inciso XXXIII, da CF/88, que proíbe o trabalho noturno ou insalubre a menores de 18 anos, e de qualquer trabalho, a menores de 16 anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 anos (Anexo VI);

4.1.17. Certidão Negativa de falência ou concordata expedida pelo Distribuidor do Foro ou Cartório da sede da licitante.

a) Para pessoas físicas: não é necessário.



Município de Capivari de Baixo

Estado de Santa Catarina

4.1.19. Declaração de que aceita prestar ao Município, serviços que integram o objeto deste edital pelos preços conforme a deliberação do conselho municipal de saúde do Município de Capivari de Baixo (Anexo IV);

a) Para pessoas físicas: Declaração de que aceita prestar ao Município, serviços que integram o objeto deste edital pelos preços conforme a deliberação do conselho municipal de saúde do Município de Capivari de Baixo (Anexo IV);

4.1.20. Declaração do representante legal afirmando a veracidade de todos os documentos apresentados e de sujeição aos termos deste edital (Anexo III);

a) Para pessoas físicas: Declaração do representante legal afirmando a veracidade de todos os documentos apresentados e de sujeição aos termos deste edital (Anexo III);

4.1.21. Relação dos profissionais que compõem a equipe técnica da interessada neste credenciamento, com indicação do nome, CPF, cargo, função, número de registro no Conselho Profissional correspondente e carga horária semanal (Anexo V);

a) Para pessoas físicas: Relação dos profissionais que compõem a equipe técnica da interessada neste credenciamento, com indicação do nome, CPF, cargo, função, número de registro no Conselho Profissional correspondente e carga horária semanal (Anexo V);

4.1.22. Comprovante de registro do profissional médico no Conselho Regional de Medicina e documento comprobatório da especialidade médica a que se propõe obter credenciamento;

a) Para pessoas físicas: Comprovante de registro do profissional médico no Conselho Regional de Medicina e documento comprobatório da especialidade médica a que se propõe obter credenciamento;

4.2. Não serão aceitos documentos fotocopiado em papel termo-sensível (fac-símile).

4.3. Todos os documentos devem estar dentro do seu prazo de validade;

4.4. As cópias de certidões de regularidade, emitidas via internet, não precisam ser autenticadas, pois serão conferidas quanto a sua autenticidade;

4.5. O certificado de credenciamento será expedido a qualquer tempo ao interessado que atender aos requisitos de habilitação constante do item 3.1 deste edital, no prazo de até 05 (cinco) dias úteis contados da entrega da documentação e terá validade da data da sua assinatura até 31/12/2015, podendo ser renovado mediante requerimento do interessado e apresentação da documentação exigida no item 4.1 acima.

4.6. Para preservar o interesse público, o Fundo Municipal de Saúde de Capivari de Baixo, a qualquer tempo, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias, poderá suspender no todo em parte os serviços objeto deste edital de credenciamento, sem que para isso tenha que realizar qualquer tipo de indenização ao credenciado.

5 – DO PROCESSAMENTO



Município de Capivari de Baixo

Estado de Santa Catarina

5.1 – Recebido o envelope de documentos, a Comissão de Licitações fará à apreciação dos mesmos **num prazo de até 05 (cinco) dias úteis**, contados da data do recebimento através do setor de licitações.

5.2 – As informações fornecidas serão conferidas e a empresa ou profissional autônomo que tiver sua habilitação rejeitada será comunicada oficialmente sobre os fatos que motivaram a rejeição.

6. DAS OBRIGAÇÕES DOS CREDENCIADOS

6.2 - Clínicas Médicas e ou especialistas:

6.2.1 Agendar consulta quando solicitada pela Secretaria Municipal de Saúde para atender o paciente no prazo de até 05 (cinco) dias úteis;

6.2.2 Atender o paciente com consulta previamente agendada com horário específico, nos dias úteis.

6.2.3 Tratamento aos pacientes encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde igual aos demais pacientes atendidos pela credenciada;

6.2.4 Realizar de forma direta os serviços objeto do credenciamento, salvo autorização formal da Secretaria Municipal de Saúde;

6.2.5 Realizar os serviços de consulta objeto do credenciamento pelos preços indicados neste edital;

6.2.6 Responder exclusiva e integralmente pela utilização de pessoal para a execução dos serviços objeto do credenciamento, incluído todos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o Fundo Municipal de Saúde;

6.2.7 Permitir a realização de vistorias técnicas pelo Fundo Municipal de Saúde em suas instalações para controle, avaliação e auditoria de regulação;

6.2.8 Apresentar à Secretaria Municipal de Saúde, até o dia 05 de cada mês, a fatura das consultas realizadas no mês imediatamente anterior acompanhada dos comprovantes de encaminhamento dos pacientes para os procedimentos de liquidação e pagamento da despesa;

6.2.9 Comunicar ao Fundo Municipal de Saúde, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, o interesse em deixar de prestar os serviços;

7. DAS OBRIGAÇÕES DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

7.1. Expedir o Certificado de Credenciamento no prazo de até 05 (cinco) dias úteis, contados da apresentação da documentação de habilitação, desde que aprovada pela comissão de licitação do Município de Capivari de Baixo;

7.2. Agendar com a credenciada, pelos meios de comunicação disponíveis, o atendimento de pacientes com requisição médica para consultas;

7.3. Orientar, no dia e no horário agendados, até a sede da credenciada, os pacientes com consultas agendadas, acompanhados da requisição médica para a consulta, e da autorização para realização;

7.4. Quando houver mais de um credenciado para a mesma especialidade, caberá exclusivamente ao paciente/munícipe a escolha do credenciado de sua preferência.

7.5 Conferir a produção de serviços apresentada pelo credenciado, liquidar e pagar a despesa no prazo estabelecido;

7.6 Empenhar de forma prévia, a despesa com os serviços credenciados, por estimativa de gasto em cada mês, liquidar e pagar até o dia 15 (quinze) do mês em que a produção foi apresentada e faturada, observada a ordem cronológica de vencimento das faturas em cada fonte diferenciada de recursos;

7.7 Sobre o valor dos serviços prestados, no que couber, no momento do pagamento, incidirá desconto correspondente ao Imposto sobre Serviços e/ou Imposto de Renda Retido na Fonte.



Município de Capivari de Baixo
Estado de Santa Catarina

8. DO PRAZO DE CREDENCIAMENTO

8.1. O Credenciamento será válido até a data de 31/12/2015, vigorando a partir da data da publicação deste Edital, podendo ser prorrogado por igual período, a critério do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPIVARI DE BAIXO, até o limite de 60 (sessenta) meses, nos termos do artigo 57, inciso II da Lei 8.666/93 e suas posteriores alterações, desde que haja concordância das partes e dotação orçamentária disponível, mediante requerimento do interessado e apresentação da documentação de habilitação exigida no item 4.1 deste Edital.

8.2. O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPIVARI DE BAIXO, por intermédio da Comissão Permanente de Licitações, deverá convocar os Credenciados Habilitados, para a assinatura do Contrato/Termo de Adesão, conforme minuta constante do Anexo VII.

8.3. A convocação será efetuada após a publicação no Mural Público da Prefeitura, por meio de comunicação oficial, aviso via fax, e-mail e por telefone.

8.4. Os Termos de Adesão/ Contratos serão assinados em quatro vias de igual teor e valor.

9. DAS PENALIDADES

9.1. A recusa da assinatura do termo de adesão/contrato ou desistência na execução dos serviços contratados e/ou inadimplemento parcial de obrigação contratual, implicam nas seguintes sanções, podendo ser cumulativas:

9.1.1 Multa na ordem de 10% (dez por cento), sobre o valor da proposta adjudicatária ou o valor de R\$ 500,00 (quinhentos reais) por ato de infração, podendo ser multiplicado pelos dias de infração.

9.1.2 Advertência.

9.1.3 Suspensão do direito de licitar junto à Prefeitura Municipal de CAPIVARI DE BAIXO, e conseqüente Declaração de Inidoneidade, exarada pelo Secretário Municipal, para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurar os motivos da punição.

9.1.4 Nenhum pagamento será processado à proponente penalizada, enquanto esta não tenha pago a multa imposta pela CONTRATANTE. Fica possibilitada a compensação da multa com eventuais pagamentos que sejam devidos a empresa contratada.

10. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

10.1. O Extrato do presente edital será publicado em jornal de circulação regional e no Diário Oficial dos Municípios.

10.2. Conforme Artigo 12 do Decreto 276 de 06 de agosto de 2007, qualquer cidadão poderá solicitar esclarecimentos, providências ou impugnar os termos do presente Edital por irregularidade, protocolando o pedido até dois dias úteis antes da data fixada para a realização do Pregão, no protocolo geral da Prefeitura Municipal de CAPIVARI DE BAIXO, cabendo ao Pregoeiro decidir sobre a petição no prazo de vinte e quatro horas. Demais informações poderão ser obtidas através do telefone (0XX48) 3621- 4400 ou do fone/fax - (0XX48) 3621-4434 devidamente endereçado ao setor de licitação ou ao Pregoeiro.

10.3. Fica eleito o Foro da Comarca de Capivari de Baixo, Estado de Santa Catarina, para dirimir questões oriundas deste edital, com renúncia expressa de qualquer outro.

10.4. Integram este Edital de Chamamento Público:

10.4.1. Especificações quanto ao tempo de atendimento – Anexo I;

10.4.2. Quantidades, valores e especificações – Anexo II;



Município de Capivari de Baixo
Estado de Santa Catarina

- 10.4.3. Declaração da autenticidade dos documentos de habilitação e de aceitação dos termos do Edital – Anexo III do Edital;
- 10.4.4. Declaração de aceitação dos preços oferecidos pelo Município – Anexo IV do Edital;
- 10.4.5. Relação dos profissionais que integram a equipe no caso de pessoa jurídica – Anexo V do edital;
- 10.4.6. Declaração que cumpre ao disposto no artigo 7º, inciso XXXIII, da CF/88 – Anexo VI do Edital;
- 10.4.7. Declaração do endereço, sede do consultório para atendimento – Anexo VII do edital (SOMENTE PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOA FÍSICA);
- 10.4.8. Minuta do Contrato – Anexo VIII do edital.

Capivari de Baixo, 15 de Abril de 2015.

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPIVARI DE BAIXO/SC
MOACIR RABELO DA SILVA – PREFEITO MUNICIPAL - **Secretaria Municipal de Saúde**

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 02/2015
PROCESSO ADMINISTRATIVO 10/2015 – FMS
PROCESSO DE COMPRA 10/2015 - FMS

ANEXO I

QUANTO AO TEMPO PARA ATENDIMENTO:

Resolução Normativa nº 259: Agência Nacional de Saúde

- I – consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia: em até 07 (sete) dias úteis;
- II – consulta nas demais especialidades médicas: em até 14 (quatorze) dias úteis;
- III – consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até 10 (dez) dias úteis;
- IV – consulta/sessão com nutricionista: em até 10 (dez) dias úteis;
- V – consulta/sessão com psicólogo: em até 10 (dez) dias úteis;
- VI – consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até 10 (dez) dias úteis;
- VII – consulta/sessão com fisioterapeuta: em até 10 (dez) dias úteis;



Município de Capivari de Baixo
Estado de Santa Catarina

VIII – consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista: em até 07(sete) dias úteis;

IX – serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até 03 (três) dias úteis;

X – demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 (dez) dias úteis;

XI – procedimentos de alta complexidade - PAC: em até 21 (vinte e um) dias úteis;

XII – atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 (dez) dias úteis;

XIII – atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis; e

XIV – urgência e emergência: imediato.

§ 1º Os prazos estabelecidos neste artigo são contados a partir da data da demanda pelo serviço ou procedimento até a sua efetiva realização.

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 02/2015
PROCESSO ADMINISTRATIVO 10/2015 – FMS
PROCESSO DE COMPRA 10/2015 - FMS

ANEXO II

PELA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS, O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPIVARI DE BAIXO PAGARA A CONTRATADA OS VALORES ABAIXO PROPOSTOS – CONFORME DELIBERAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPIVARI DE BAIXO – SC.

RELAÇÃO DAS CONSULTAS MÉDICAS

Item	Descrição do Material	Un.Med.	Qtde do Item	Preço Unit. Máximo	Preço Total
1	CONSULTA MEDICA ESPECIALISTA - CIRURGIA GERAL	UN	1.680,000	50,0000	84.000,00
2	CONSULTA MEDICA ESPECIALISTA - CIRURGIAO GASTRICO	UN	240,000	60,0000	14.400,00
3	CONSULTA MEDICA ESPECIALISTA - CIRURGIAO VASCULAR	UN	360,000	50,0000	18.000,00
4	CONSULTA MEDICA ESPECIALISTA - DERMATOLOGIA	UN	720,000	45,0000	32.400,00
5	CONSULTA MEDICA ESPECIALISTA - ENDOCRINOLOGISTA	UN	720,000	50,0000	36.000,00



Município de Capivari de Baixo
Estado de Santa Catarina

6	CONSULTA MEDICA ESPECIALISTA - FISIOTERAPIA PEDIATRICA NEUROLOGICA E VISUAL	UN	240,000	80,0000	19.200,00
7	CONSULTA MEDICA ESPECIALISTA - GASTROENTEROLOGIA	UN	720,000	50,0000	36.000,00
8	CONSULTA MEDICA ESPECIALISTA - NEUROLOGIA	UN	720,000	50,0000	36.000,00
9	CONSULTA MEDICA ESPECIALISTA - NEUROPEDIATRIA	UN	240,000	50,0000	12.000,00
10	CONSULTA MEDICA ESPECIALISTA - PEDIATRIA	UN	360,000	45,0000	16.200,00
11	CONSULTA MEDICA ESPECIALISTA - PNEUMOLOGISTA	UN	360,000	50,0000	18.000,00
12	CONSULTA MEDICA ESPECIALISTA - REUMATOLOGISTA	UN	360,000	50,0000	18.000,00
				TOTAL:	340.200,00

ESPECIFICAÇÕES DOS ITENS

ESPECIALISTA – CIRURGIA GERAL

- Estimativa mensal de 140 (cento e quarenta) consultas;
- Local de atendimento na sede do contratado;
- Forma de pagamento: MAC (media e alta complexidade) e ou recurso próprio;
- Não necessita ter CNPJ ou CNES no município;
- A escolha do especialista será feita pelo paciente/munícipe nos casos de mais de um credenciado;
- O agendamento será feito pela secretaria de saúde;
- Para comprovar a prestação do serviço pelo credenciado o mesmo deverá apresentar boletins de atendimento conforme consultas realizadas e as respectivas autorizações juntamente com as notas fiscais;
- As notas fiscais deverão ser entregues até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente a prestação do serviço;
- Prazo para pagamento é de 30 (trinta) dias após a apresentação da nota fiscal;

ESPECIALISTA – CIRURGIÃO GASTRICO

- Estimativa mensal de 20 (vinte) consultas;
- Local de atendimento na sede do contratado;
- Forma de pagamento: MAC (media e alta complexidade) e ou recurso próprio;
- Não necessita ter CNPJ ou CNES no município;
- A escolha do especialista será feita pelo paciente/munícipe nos casos de mais de um credenciado;
- O agendamento será feito pela secretaria de saúde;
- Para comprovar a prestação do serviço pelo credenciado o mesmo deverá apresentar boletins de atendimento conforme consultas realizadas e as respectivas autorizações juntamente com as notas fiscais;
- As notas fiscais deverão ser entregues até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente a prestação do serviço;
- Prazo para pagamento é de 30 (trinta) dias após a apresentação da nota fiscal;

ESPECIALISTA – CIRURGIÃO VASCULAR

- Estimativa mensal de 30 (trinta) consultas;



Município de Capivari de Baixo

Estado de Santa Catarina

- Local de atendimento na sede do contratado;
- Forma de pagamento: MAC (media e alta complexidade) e ou recurso próprio;
- Não necessita ter CNPJ ou CNES no município;
- A escolha do especialista será feita pelo paciente/município nos casos de mais de um credenciado;
- O agendamento será feito pela secretaria de saúde;
- Para comprovar a prestação do serviço pelo credenciado o mesmo deverá apresentar boletins de atendimento conforme consultas realizadas e as respectivas autorizações juntamente com as notas fiscais;
- As notas fiscais deverão ser entregues até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente a prestação do serviço;
- Prazo para pagamento é de 30 (trinta) dias após a apresentação da nota fiscal;

ESPECIALISTA – DERMATOLOGIA

- Estimativa mensal de 60 (sessenta) consultas;
- Local de atendimento na sede do contratado;
- Forma de pagamento: MAC (media e alta complexidade) e ou recurso próprio;
- Não necessita ter CNPJ ou CNES no município;
- A escolha do especialista será feita pelo paciente/município nos casos de mais de um credenciado;
- O agendamento será feito pela secretaria de saúde;
- Para comprovar a prestação do serviço pelo credenciado o mesmo deverá apresentar boletins de atendimento conforme consultas realizadas e as respectivas autorizações juntamente com as notas fiscais;
- As notas fiscais deverão ser entregues até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente a prestação do serviço;
- Prazo para pagamento é de 30 (trinta) dias após a apresentação da nota fiscal;

ESPECIALISTA – ENDOCRINOLOGISTA

- Estimativa mensal de 60 (sessenta) consultas;
- Local de atendimento na sede do contratado;
- Forma de pagamento: MAC (media e alta complexidade) e ou recurso próprio;
- Não necessita ter CNPJ ou CNES no município;
- A escolha do especialista será feita pelo paciente/município nos casos de mais de um credenciado;
- O agendamento será feito pela secretaria de saúde;
- Para comprovar a prestação do serviço pelo credenciado o mesmo deverá apresentar boletins de atendimento conforme consultas realizadas e as respectivas autorizações juntamente com as notas fiscais;
- As notas fiscais deverão ser entregues até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente a prestação do serviço;
- Prazo para pagamento é de 30 (trinta) dias após a apresentação da nota fiscal;

ESPECIALISTA – FISIOTERAPIA PEDIATRICA NEUROLOGICA E VISUAL

- Estimativa mensal de 20 (vinte) consultas;
- Local de atendimento na sede do contratado;
- Forma de pagamento: MAC (media e alta complexidade) e ou recurso próprio;
- Não necessita ter CNPJ ou CNES no município;
- A escolha do especialista será feita pelo paciente/município nos casos de mais de um credenciado;
- O agendamento será feito pela secretaria de saúde;
- Para comprovar a prestação do serviço pelo credenciado o mesmo deverá apresentar boletins de atendimento conforme consultas realizadas e as respectivas autorizações juntamente com as notas fiscais;
- As notas fiscais deverão ser entregues até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente a prestação do serviço;
- Prazo para pagamento é de 30 (trinta) dias após a apresentação da nota fiscal;

ESPECIALISTA – GASTROENTEROLOGISTA



Município de Capivari de Baixo

Estado de Santa Catarina

- Estimativa mensal de 60 (sessenta) consultas;
- Local de atendimento na sede do contratado;
- Forma de pagamento: MAC (media e alta complexidade) e ou recurso próprio;
- Não necessita ter CNPJ ou CNES no município;
- A escolha do especialista será feita pelo paciente/munícipe nos casos de mais de um credenciado;
- O agendamento será feito pela secretaria de saúde;
- Para comprovar a prestação do serviço pelo credenciado o mesmo deverá apresentar boletins de atendimento conforme consultas realizadas e as respectivas autorizações juntamente com as notas fiscais;
- As notas fiscais deverão ser entregues até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente a prestação do serviço;
- Prazo para pagamento é de 30 (trinta) dias após a apresentação da nota fiscal;

ESPECIALISTA – NEUROLOGIA

- Estimativa mensal de 60 (sessenta) consultas;
- Local de atendimento na sede do contratado;
- Forma de pagamento: MAC (media e alta complexidade) e ou recurso próprio;
- Não necessita ter CNPJ ou CNES no município;
- A escolha do especialista será feita pelo paciente/munícipe nos casos de mais de um credenciado;
- O agendamento será feito pela secretaria de saúde;
- Para comprovar a prestação do serviço pelo credenciado o mesmo deverá apresentar boletins de atendimento conforme consultas realizadas e as respectivas autorizações juntamente com as notas fiscais;
- As notas fiscais deverão ser entregues até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente a prestação do serviço;
- Prazo para pagamento é de 30 (trinta) dias após a apresentação da nota fiscal;

ESPECIALISTA – NEUROPEDIATRIA

- Estimativa mensal de 20 (vinte) consultas;
- Local de atendimento na sede do contratado;
- Forma de pagamento: MAC (media e alta complexidade) e ou recurso próprio;
- Não necessita ter CNPJ ou CNES no município;
- A escolha do especialista será feita pelo paciente/munícipe nos casos de mais de um credenciado;
- O agendamento será feito pela secretaria de saúde;
- Para comprovar a prestação do serviço pelo credenciado o mesmo deverá apresentar boletins de atendimento conforme consultas realizadas e as respectivas autorizações juntamente com as notas fiscais;
- As notas fiscais deverão ser entregues até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente a prestação do serviço;
- Prazo para pagamento é de 30 (trinta) dias após a apresentação da nota fiscal;

ESPECIALISTA – PEDIATRIA

- Estimativa mensal de 30 (trinta) consultas;
- Local de atendimento na sede do contratado;
- Forma de pagamento: MAC (media e alta complexidade) e ou recurso próprio;
- Não necessita ter CNPJ ou CNES no município;
- A escolha do especialista será feita pelo paciente/munícipe nos casos de mais de um credenciado;
- O agendamento será feito pela secretaria de saúde;
- Para comprovar a prestação do serviço pelo credenciado o mesmo deverá apresentar boletins de atendimento conforme consultas realizadas e as respectivas autorizações juntamente com as notas fiscais;
- As notas fiscais deverão ser entregues até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente a prestação do serviço;
- Prazo para pagamento é de 30 (trinta) dias após a apresentação da nota fiscal;



Município de Capivari de Baixo
Estado de Santa Catarina

ESPECIALISTA – PNEUMOLOGISTA

- Estimativa mensal de 40 (quarenta) consultas;
- Local de atendimento na sede do contratado;
- Forma de pagamento: MAC (media e alta complexidade) e ou recurso próprio;
- Não necessita ter CNPJ ou CNES no município;
- A escolha do especialista será feita pelo paciente/municípe nos casos de mais de um credenciado;
- O agendamento será feito pela secretaria de saúde;
- Para comprovar a prestação do serviço pelo credenciado o mesmo deverá apresentar boletins de atendimento conforme consultas realizadas e as respectivas autorizações juntamente com as notas fiscais;
- As notas fiscais deverão ser entregues até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente a prestação do serviço;
- Prazo para pagamento é de 30 (trinta) dias após a apresentação da nota fiscal;

ESPECIALISTA – REUMATOLOGISTA

- Estimativa mensal de 30 (trinta) consultas;
- Local de atendimento na sede do contratado;
- Forma de pagamento: MAC (media e alta complexidade) e ou recurso próprio;
- Não necessita ter CNPJ ou CNES no município;
- A escolha do especialista será feita pelo paciente/municípe nos casos de mais de um credenciado;
- O agendamento será feito pela secretaria de saúde;
- Para comprovar a prestação do serviço pelo credenciado o mesmo deverá apresentar boletins de atendimento conforme consultas realizadas e as respectivas autorizações juntamente com as notas fiscais;
- As notas fiscais deverão ser entregues até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente a prestação do serviço;
- Prazo para pagamento é de 30 (trinta) dias após a apresentação da nota fiscal;



Município de Capivari de Baixo
Estado de Santa Catarina

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 02/2015
PROCESSO ADMINISTRATIVO 10/2015 – FMS
PROCESSO DE COMPRA 10/2015 - FMS

ANEXO III

**DECLARAÇÃO DE AUTENTICIDADE DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO E DE
ACEITAÇÃO DO EDITAL**

A empresa _____ por meio de seu sócio-gerente ou representante legal, _____, com consultório localizado na Rua _____, n.º _____, Cidade de _____-SC, inscrita no CNPJ (ou CPF) n.º _____, DECLARA, que possui pleno conhecimento, e manifesta inteira concordância, com todos os termos do EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 02/2015 do Fundo Municipal de Saúde de Capivari de Baixo-SC, que trata do credenciamento para prestação de serviços complementares na área da saúde, conforme definido no objeto deste edital, **assumindo a responsabilidade pela autenticidade de todos os documentos apresentados**, sujeitando-se às penalidades legais e a sumária inabilitação ou descredenciamento, e que fornecerá quaisquer informações complementares solicitadas pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de Capivari de Baixo/SC.

Data ____/____/____.

Assinatura do Representante Legal da Empresa.



Município de Capivari de Baixo
Estado de Santa Catarina

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 02/2015
PROCESSO ADMINISTRATIVO 10/2015 – FMS
PROCESSO DE COMPRA 10/2015 - FMS

ANEXO III (PESSOA FÍSICA)

**DECLARAÇÃO DE AUTENTICIDADE DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO E DE
ACEITAÇÃO DO EDITAL**

Eu _____, com consultório localizado na Rua _____, nº. _____, Cidade de _____-SC, inscrita no CPF nº _____, DECLARA, que possui pleno conhecimento, e manifesta inteira concordância, com todos os termos do EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 02/2015 do Fundo Municipal de Saúde de Capivari de Baixo-SC, que trata do credenciamento para prestação de serviços complementares na área da saúde, conforme definido no objeto deste edital, **assumindo a responsabilidade pela autenticidade de todos os documentos apresentados**, sujeitando-se às penalidades legais e a sumária inabilitação ou descredenciamento, e que fornecerá quaisquer informações complementares solicitadas pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de Capivari de Baixo/SC.

Data ____/____/____.

Assinatura do Especialista (com firma reconhecida em cartório).



Município de Capivari de Baixo
Estado de Santa Catarina

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO N° 02/2015
PROCESSO ADMINISTRATIVO 10/2015 – FMS
PROCESSO DE COMPRA 10/2015 - FMS

ANEXO IV

DECLARO, para fins de habilitação ao Edital de Chamamento Público n° 02/2015 do Fundo Municipal de Saúde de Capivari de Baixo/SC, que aceito o preço indicados no Anexo II do presente edital, estando também ciente que os preços fixos.

Data ____/____/____.

Assinatura do Representante Legal da Empresa.

Empresa: _____

CNPJ: _____



Município de Capivari de Baixo
Estado de Santa Catarina

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 02/2015
PROCESSO ADMINISTRATIVO 10/2015 – FMS
PROCESSO DE COMPRA 10/2015 - FMS

ANEXO IV (PESSOA FÍSICA)

DECLARO, para fins de habilitação ao Edital de Chamamento Público nº 02/2015 do Fundo Municipal de Saúde de Capivari de Baixo/SC, que aceito o preço indicados no Anexo II do presente edital, estando também ciente que os preços fixos.

Data ____/____/____.

Assinatura do Especialista.

Nome: _____

CPF: _____



Município de Capivari de Baixo
Estado de Santa Catarina

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 02/2015
PROCESSO ADMINISTRATIVO 10/2015 – FMS
PROCESSO DE COMPRA 10/2015 - FMS

ANEXO V

RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS HABILITADOS

NOME DO PROFISSIONAL	CPF	ESPECIALIDADE

Data ____/____/____.

Assinatura do Representante Legal da Empresa.

Empresa: _____



Município de Capivari de Baixo
Estado de Santa Catarina

CNPJ: _____

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 02/2015
PROCESSO ADMINISTRATIVO 10/2015 – FMS
PROCESSO DE COMPRA 10/2015 - FMS

ANEXO V (PESSOA FÍSICA)

RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS HABILITADOS

NOME DO PROFISSIONAL	CPF	ESPECIALIDADE

Data ____/____/____.

Assinatura do Especialista.

Nome: _____

CPF: _____



Município de Capivari de Baixo
Estado de Santa Catarina

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 02/2015
PROCESSO ADMINISTRATIVO 10/2015 – FMS
PROCESSO DE COMPRA 10/2015 - FMS

ANEXO VI

DECLARAÇÃO QUE ATENDE O ARTIDO 7º, INCISO XXXIII, DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL

A empresa _____ por meio de seu sócio-gerente ou representante legal, _____, com consultório localizado na Rua _____, nº. _____, Cidade de _____-SC, inscrita no CNPJ (ou CPF) nº _____, declara em atenção ao inciso V do art. 27, da Lei n. 8666/93, acrescido pela Lei n. 9854, de 27 de outubro de 1999, declara, sob as penas da lei, que cumpre integralmente a norma contida no art. 7º, inciso XXXIII, da Constituição da República, ou seja, de que não possui em seu quadro de pessoal, empregado(s) menor(es) de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e de 16 (dezesseis) anos em qualquer trabalho, exceto na qualidade de aprendiz a partir de 14 (quatorze) anos.

Data ____/____/____.

Assinatura do Representante Legal da Empresa.

Empresa: _____



Município de Capivari de Baixo
Estado de Santa Catarina

CNPJ: _____

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 02/2015
PROCESSO ADMINISTRATIVO 10/2015 – FMS
PROCESSO DE COMPRA 10/2015 - FMS

ANEXO VI (PESSOA FÍSICA)

DECLARAÇÃO QUE ATENDE O ARTIDO 7º, INCISO XXXIII, DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL

Eu _____, com consultório localizado na Rua _____, n.º _____, Cidade de _____-SC, inscrita no CNPJ (ou CPF) n.º _____, declara em atenção ao inciso V do art. 27, da Lei n. 8666/93, acrescido pela Lei n. 9854, de 27 de outubro de 1999, declara, sob as penas da lei, que cumpre integralmente a norma contida no art. 7º, inciso XXXIII, da Constituição da República, ou seja, de que não possui em seu quadro de pessoal, empregado(s) menor(es) de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e de 16 (dezesesseis) anos em qualquer trabalho, exceto na qualidade de aprendiz a partir de 14 (quatorze) anos.

Data ____/____/____.

Assinatura do Especialista.

Nome: _____

CPF: _____



Município de Capivari de Baixo
Estado de Santa Catarina

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 02/2015
PROCESSO ADMINISTRATIVO 10/2015 – FMS
PROCESSO DE COMPRA 10/2015 - FMS

ANEXO VII (PESSOA FÍSICA)

DECLARAÇÃO DO ENDEREÇO, SEDE DO CONSULTÓRIO PARA ATENDIMENTO (SOMENTE PARA CREDENCIAIMENTO DE PESSOA FÍSICA);

Declaro para os devidos fins e a quem interessar possa que eu _____, Médico(a) formado(a) na especialidade de _____, portador(a) do CPF Nº. _____, RG nº _____, atendo em meu consultório estabelecido na _____, nº. _____, Bairro _____, Cidade _____ - SC, e por ser a expressão da verdade dou fé e assino.

Declaro ainda ter pleno conhecimento das penalidades legais e a sumária inabilitação ou descredenciamento em caso de inconformidade das informações.

Data ____/____/____.

Assinatura do Especialista.

Nome: _____

CPF: _____



Município de Capivari de Baixo
Estado de Santa Catarina

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 02/2015
PROCESSO ADMINISTRATIVO 10/2015 – FMS
PROCESSO DE COMPRA 10/2015 - FMS

ANEXO VIII

MINUTA DO CONTRATO Nº ____/2015 – FMS

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA REALIZAÇÃO DE CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS, A PACIENTES DO MUNICÍPIO DE CAPIVARI DE BAIXO, ENCAMINHADOS PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, QUE ENTRE SI CELEBRAM O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPIVARI DE BAIXO E A EMPRESA OU CLINICA OU ESPECIALISTA ABAIXO INDICADA, CREDENCIADA NOS TERMOS DO EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 02/2015.

IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES CONTRATANTES

CREDECIANTE: MUNICÍPIO DE CAPIVARI DE BAIXO, através do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO 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. MOACIR RABELO DA SILVA, doravante denominada **CONTRATANTE** e **CREDECIAADO:**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ e ou CPF sob n.º, com sede da cidade de, neste ato representada por doravante denominada **CONTRATADA**, pactuam entre si as cláusulas a seguir:



Município de Capivari de Baixo
Estado de Santa Catarina

I – DO PROCEDIMENTO

Cláusula Primeira - As partes acima identificadas têm, entre si, justas e acertadas o presente Contrato de prestação de serviços na realização de consultas, após a homologação do Processo Licitatório n.º 10/2015 – Credenciamento n.º 02/2015 - FMS, fundamentado na Lei Federal n.º 8.666/93 21 de junho de 1993 e suas alterações, nos termos da legislação vigente aplicável à matéria, assim como, pelas condições do Edital do referido processo licitatório e seus anexos e pelas cláusulas a seguir expressas, definidoras dos direitos, obrigações e responsabilidades das partes.

II – DO OBJETO

Cláusula Segunda - Contratação de empresas/clinicas da saúde para realização de serviços consultas médicas especializadas conforme Anexo I e Anexo II do Edital, para pacientes do Município de Capivari de Baixo encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde, mediante agendamento prévio, em seus consultórios.

III – DA RELAÇÃO DOS SERVIÇOS CREDENCIADOS E DOS PREÇOS FIXADOS

Cláusula Terceira – Pelo presente contrato, a CONTRATADA, credenciada através do Processo Administrativo n.º 10/2015, Edital de Chamamento Público n.º 02/2015, se compromete a realizar os serviços para os quais se credenciou, nas condições estabelecidas no edital e pelo preço fixado conforme a deliberação do conselho municipal de saúde de Capivari de Baixo.

IV – DAS OBRIGAÇÕES DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Cláusula Quarta – É obrigação do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**:

- 4.1. Agendar com a CONTRATADA, pelos meios de comunicação disponíveis, consultas a pacientes do Município de Capivari de Baixo;
- 4.2. Encaminhar no dia e no horário agendado, acompanhado da autorização para realização das consultas;
- 4.3. Permitir que o paciente que necessita de consultas especializados, escolha livremente, dentre os credenciados, o profissional de sua preferência, conforme estabelecido no item 7.4 do Edital de Chamamento Público n.º 02/2015;
- 4.4. Conferir a produção de serviços apresentada pelo credenciado e autorizar a emissão da nota fiscal dos serviços aprovados;



Município de Capivari de Baixo

Estado de Santa Catarina

4.5. Empenhar previamente a despesa com os serviços credenciados, por estimativa de gasto em cada mês, liquidar e pagar até o dia 30 (trinta) do mês em que a produção foi apresentada e faturada, observada a ordem cronológica de vencimento das faturas em cada fonte diferenciada de recursos;

4.6. Sobre o valor dos serviços prestados, no que couber, no momento do pagamento, incidirá desconto correspondente ao Imposto sobre Serviços e/ou Imposto de Renda Retido na Fonte, o qual será retido pela Prefeitura Municipal de Capivari de Baixo/SC.

V – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

Cláusula Quinta - Constituem obrigações da CONTRATADA:

5.1 – DAS CLINICAS MÉDICAS

5.1.1 Agendar consulta quando solicitada pela Secretaria Municipal de Saúde para atender o paciente dentro do prazo constante da Resolução Normativa nº 259: Agência Nacional de Saúde;

5.1.2 Atender o paciente com consulta previamente agendada com horário específico, nos dias úteis.

5.1.3. Tratamento aos pacientes encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde de Capivari de Baixo igual aos demais pacientes atendidos pela credenciada;

5.1.4. Realizar de forma direta os serviços objeto do credenciamento, salvo autorização formal da Secretaria Municipal de Saúde de Capivari de Baixo;

5.1.5. Realizar os serviços de consulta objeto do credenciamento pelos preços indicados na deliberação do conselho municipal de saúde do município de Capivari de Baixo - SC;

5.1.6. Responder exclusiva e integralmente pela utilização de pessoal para a execução dos serviços objeto do credenciamento, incluído todos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o Município;

5.1.7. Permitir a realização de vistorias técnicas pelo Município em suas instalações para controle, avaliação e auditoria de regulação;

5.1.8. Apresentar à Secretaria Municipal de Saúde de Capivari de Baixo até o dia 05 de cada mês, a fatura das consultas realizadas no mês imediatamente anterior acompanhada dos comprovantes de encaminhamento dos pacientes para os procedimentos de liquidação e pagamento da despesa;



Município de Capivari de Baixo

Estado de Santa Catarina

5.1.9. Comunicar ao Município, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, o interesse em deixar de prestar os serviços por documento assinado e protocolado;

VI – DAS DESPESAS E FONTES DE RECURSOS

Cláusula Sexta - A dotação orçamentária correrá por conta da despesa de 2015.

VII– DO REAJUSTE

Cláusula Sétima- Os preços dos serviços objeto deste contrato são irremovíveis.

VIII – DO PAGAMENTO

Cláusula Oitava – Até o dia 5º (quinto) dia de cada mês, a **CONTRATADA** deverá apresentar ao Fundo Municipal da Saúde a produção do mês imediatamente anterior, acompanhada das respectivas autorizações expedidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Capivari de Baixo. Aprovada a produção, a **CONTRATADA** deverá encaminhar a respectiva Nota Fiscal de Serviço para liquidação e pagamento até o dia 15 (quinze) do mês em que a produção foi apresentada, observado a ordem cronológica de vencimento das faturas para cada fonte diferenciada de recursos. O descumprimento do prazo para a apresentação da produção e da apresentação da Nota Fiscal implicará no atraso da liquidação e pagamento da despesa. Sobre o valor dos serviços prestados, no que couber, no momento do pagamento, incidirá desconto correspondente ao Imposto sobre Serviços e/ou Imposto de Renda Retido na Fonte, o qual será retido pelo Município.

IX– DO PRAZO DO CONTRATO

Cláusula Nona - O presente Contrato vigorará a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos até o máximo de 60 (sessenta) meses, caso haja interesse da administração, com anuência da **CONTRATADA**, nos termos do inciso II, do art. 57, da Lei Federal 8.666/93, através de termo aditivo, com apresentação da documentação de habilitação exigida no item 3.1 do Edital que é parte integrante deste contrato.

X – DAS PENALIDADES

Cláusula Décima - O descumprimento de quaisquer das normas estabelecidas neste contrato pela **CONTRATADA**, poderá resultar no descredenciamento imediato do faltoso e rescisão do contrato sem prévio aviso e aplicação de multa equivalente a 20% (vinte por cento) do seu faturamento médio mensal dos últimos seis meses, a ser descontada da próxima fatura a ser paga. As penalidades previstas neste contrato poderão deixar de ser aplicadas, total ou parcialmente, a critério do MUNICÍPIO se entender as justificativas apresentadas pela **CONTRATADA** como relevantes, bem como a recusa da assinatura do termo de adesão/contrato ou desistência na execução



Município de Capivari de Baixo

Estado de Santa Catarina

dos serviços contratados e/ou inadimplemento parcial de obrigação contratual, implicam nas seguintes sanções, podendo ser cumulativas:

10.1.1 Multa na ordem de 10% (dez por cento), sobre o valor da proposta adjudicatária ou o valor de R\$ 500,00 (quinhentos reais) por ato de infração, podendo ser multiplicado pelos dias de infração.

10.1.2 Advertência.

10.1.3 Suspensão do direito de licitar junto à Prefeitura Municipal de CAPIVARI DE BAIXO, e conseqüente Declaração de Inidoneidade, exarada pelo Secretário Municipal, para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurar os motivos da punição.

10.1.4 Nenhum pagamento será processado à proponente penalizada, enquanto esta não tenha pago a multa imposta pela CONTRATANTE. Fica possibilitada a compensação da multa com eventuais pagamentos que sejam devidos a empresa contratada.

XI – DAS CONDIÇÕES GERAIS

Cláusula Décima Primeira - O presente instrumento não gera qualquer tipo de vínculo trabalhista entre os funcionários da contratada com a contratante, arcando cada qual com o pagamento de todos os tributos e encargos decorrentes deste instrumento que sejam de sua responsabilidade, querem sejam trabalhistas, previdenciários, securitários, tributários, fiscais ou para fiscais, inclusive e em especial de seus empregados/prepostos que trabalharão para a realização do objeto deste contrato, e, especialmente aqueles denominados como FGTS, INSS, PIS e SEGURO.

10.1 - A **CONTRATADA** fica proibida de ceder ou transferir para terceiros a realização dos serviços objeto deste contrato.

10.2 - As partes se comprometem a manter a confidencialidade de todos os documentos envolvidos nesta prestação de serviços, de forma a proteger informações privilegiadas dos pacientes do **MUNICÍPIO**, com exceção daqueles que por força de lei são considerados públicos.

XII – DA FISCALIZAÇÃO

Cláusula Décima Segunda - Os serviços serão fiscalizados pelo Responsável nomeado pelo **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPIVARI DE BAIXO**.

Parágrafo Único. O Responsável nomeado pelo **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE** anotarà, em registro próprio, todas as ocorrências relacionadas com a execução do Contrato, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados.



Município de Capivari de Baixo
Estado de Santa Catarina

XIII – DA INEXECUÇÃO, RESCISÃO OU DESCRENCIAMENTO.

Cláusula Décima Terceira - A inexecução total ou parcial do contrato enseja a sua rescisão, com as conseqüências contratuais e as prevista em lei ou regulamento administrativo.

13.1 - Constituem motivos para rescisão do contrato, no que couberem, as hipóteses previstas no artigo 78 da Lei 8.666/93;

13.2 - A rescisão contratual poderá ocorrer nas condições e formas previstas no artigo 79 da Lei 8.666/93 e suas alterações;

13.3 - Ocorrerá o descredenciamento e a rescisão deste contrato quando:

13.1.1 Por algum motivo a **CONTRATADA** deixar de atender as condições estabelecidas neste contrato administrativo de prestação de serviços e no edital de credenciamento nº 02/2015;

13.1.2 Na recusa injustificada da **CONTRATADA** em assinar o contrato, aceitar ou retirar o instrumento equivalente dentro do prazo estabelecido, implicando em seu imediato descredenciamento e na imediata suspensão do direito de licitar com o Município pelo prazo de 03 (três) meses;

XIV – DO FORO

Cláusula Décima Quarta - Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas deste Contrato, as partes elegem o foro da Comarca de **CAPIVARI DE BAIXO**, Estado de Santa Catarina.

Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em quatro vias de igual teor, juntamente com 02 (duas) testemunhas.

Capivari de Baixo, ___ de _____ de 2015.

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Moacir Rabelo da Silva
Prefeito Municipal de Capivari de Baixo

SÓCIO/REPRESENTANTE LEGAL
Empresa Credenciada

TESTEMUNHAS:



Município de Capivari de Baixo
Estado de Santa Catarina

NOME:
CPF nº :

NOME:
CPF nº :