



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPIVARI DE BAIXO**

**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPIVARI DE BAIXO/SC.**

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 04/2015 – FMS**  
**PROCESSO ADMINISTRATIVO 19/2015 – FMS**  
**PROCESSO DE COMPRA 19/2015 - FMS**

**OBJETO: CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS E OU FÍSICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM PLANTÃO CLÍNICO NAS DEPENDÊNCIAS DO PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS DO MUNICÍPIO DE CAPIVARI DE BAIXO.**

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 de saúde aos seus munícipes;

Considerando, o disposto no artigo 25, caput, da Lei (federal) nº 8666/93, conforme lei municipal 1510/2015, 1715/2015 e TAC do Inquérito Civil N. 06.2014.00005069-9 no seu 1º aditamento clausula 1ª, item 2, comunica a todos os interessados que O MUNICIPIO DE CAPIVARI DE BAIXO torna público, através do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPIVARI DE BAIXO, a Comissão Permanente de Licitação, 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 atendimento médico de urgência e emergência em plantão clínico nas dependências do pronto atendimento 24 horas do Município de Capivari de Baixo.

## **1. CONSTITUI OBJETO DESTA EDITAL**

**1.1.** Credenciamento de pessoas jurídicas e ou físicas para prestação de serviços de atendimento médico de urgência e emergência em plantão clínico nas dependências do pronto atendimento 24 horas do Município de Capivari de Baixo.

## **2 - DO PEDIDO DE CREDENCIAMENTO**

**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,



## Município de Capivari de Baixo

Estado de Santa Catarina

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 **25/05/2015 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.** Os interessados 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 e ou Declaração com firma reconhecida conforme (anexo VII).

**4.1.9.** Alvará sanitário atualizado, expedido pela Vigilância Sanitária do Município sede da empresa;

a) **Para pessoas físicas:** não é necessário.

**4.1.10.** Certificado de Regularidade do FGTS;

a) **Para pessoas físicas:** não é necessário.

**4.1.11.** Certidão Negativa de Débito CONJUNTA relativa aos Tributos Federais, Dívida Ativa da União e INSS, nos termos da portaria conjunta RFB/PGFM 1751 de 02 de outubro de 2014;

a) **Para pessoas físicas:** Certidão Negativa de Débito CONJUNTA relativa aos Tributos Federais, Dívida Ativa da União e INSS, nos termos da portaria conjunta RFB/PGFM 1751 de 02 de outubro de 2014;

**4.1.12.** CNDT – Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;

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

**4.1.13.** 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;

**4.1.14.** 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;

**4.1.15.** 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);

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

a) **Para pessoas físicas:** não é necessário.

**4.1.17.** Declaração de que aceita prestar ao Município, serviços que integram o objeto deste edital pelos preços conforme a lei 1715/2015 do Município de Capivari de Baixo (Anexo IV);



## Município de Capivari de Baixo

Estado de Santa Catarina

a) **Para pessoas físicas:** Declaração de que aceita prestar ao Município, serviços que integram o objeto deste edital pelos preços conforme a lei 1715/2015 do Município de Capivari de Baixo (**Anexo IV**);

**4.1.18.** 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 afirmando a veracidade de todos os documentos apresentados e de sujeição aos termos deste edital (**Anexo III**);

**4.1.19.** Relação dos profissionais que deverão ser credenciados, com indicação do nome, CPF, cargo, função, número de registro no Conselho Profissional correspondente (**Anexo V**);

a) **Para pessoas físicas:** não é necessário.

**4.1.20.** Comprovante de registro do profissional médico no Conselho Regional de Medicina a que se propõe obter credenciamento, cópia do CRM dentro da validade;

a) **Para pessoas físicas:** Comprovante de registro do profissional médico no Conselho Regional de Medicina a que se propõe obter credenciamento cópia do CRM dentro da validade;

**4.1.21.** Os Interessados no credenciamento, deverão apresentar prova de no mínimo um ano de experiência em atendimento de urgência e emergência, através de atestado de capacidade técnica, declaração ou registro de trabalho (CTPS).

**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

**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.



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

## **6. DAS OBRIGAÇÕES DOS CREDENCIADOS**

- 6.1** Cumprir plantão de 6 horas ou 12 horas conforme escala;
- 6.2** Em caso do credenciado não poder comparecer ao plantão já pré-estabelecido este deverá, informar ao diretor clínico no mínimo desejável de 12 horas e em caráter emergencial e excepcional de 02 horas.
- 6.3** Realizar os serviços objeto do credenciamento pelos preços indicados neste edital;
- 6.4** Permitir a realização de vistorias técnicas pelo Fundo Municipal de Saúde para controle, avaliação e auditoria de regulação;
- 6.5** Apresentar à Secretaria Municipal de Saúde, até o dia 05 de cada mês, a fatura das horas trabalhadas no mês imediatamente anterior acompanhada dos comprovantes para os procedimentos de liquidação e pagamento da despesa;
- 6.6** Comunicar ao Fundo Municipal de Saúde, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, o interesse em deixar de prestar os serviços;
- 6.7** Informar à Secretaria Municipal de Saúde de CAPIVARI DE BAIXO eventual alteração de sua razão social, de seu controle acionário ou de mudança de sua diretora ou de seu estatuto, enviando cópia autenticada da certidão da Junta comercial ou do cartório de registro civil das pessoas jurídicas;
- 6.8** Executar, conforme a melhor técnica, os serviços, obedecendo rigorosamente às normas técnicas respectivas;
- 6.9** Cumprir, dentro dos prazos estabelecidos as obrigações assumidas por força deste edital;

## **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.** Quando houver mais de um credenciado, distribuir entre os credenciados igualmente ou da melhor maneira visando atender as necessidades do município.
- 7.3** Conferir a produção de serviços apresentada pelo credenciado, liquidar e pagar a despesa no prazo estabelecido;



## **Município de Capivari de Baixo**

Estado de Santa Catarina

**7.4** 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;

**7.5** 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.

### **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 VIII.

**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 ou 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**



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

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

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 a Comissão Permanente de Licitação 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 a Comissão Permanente de Licitação.

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 – Quantidades, valores e especificações – Anexo I;

10.4.2 – Relação das consultas e especificações – Anexo II;

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.

Capivari de Baixo, 20 de maio de 2015.

---

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPIVARI DE BAIXO/SC  
Cristina Sousa da Silveira  
Secretária Municipal de Saúde





**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 04/2015**  
**PROCESSO ADMINISTRATIVO 19/2015 – FMS**  
**PROCESSO DE COMPRA 19/2015 - 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;
- 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.





**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 04/2015**  
**PROCESSO ADMINISTRATIVO 19/2015 – FMS**  
**PROCESSO DE COMPRA 19/2015 - FMS**

**ANEXO II**

**PELA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM PLANTÃO CLÍNICO NAS DEPENDÊNCIAS DO PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPIVARI DE BAIXO PAGARA A CONTRATADA OS VALORES ABAIXO PROPOSTOS, CONFORME LEI 1715/2015.**

**VALOR UNITÁRIO HORA/PLANTÃO - R\$ 130,00 (cento e trinta reais)**

- O PLANTÃO OCORRERÁ DURANTE 24 HORAS DO DIA, COM ESCALAS DE 06hs. (seis horas) e ou 12hs. (doze horas).**

<b>Item</b>	<b>Descrição do Material</b>	<b>Un.Med.</b>	<b>Qtde do Item</b>	<b>Preço Unit. Máximo</b>	<b>Preço Total</b>
1	Hora plantão - Pronto atendimento 24 horas	UN	9.000,000	130,0000	1.170.000,00
				<b>TOTAL:</b>	<b>1.170.000,00</b>



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

**DECLARAÇÕES PESSOA FÍSICA**

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 04/2015**  
**PROCESSO ADMINISTRATIVO 19/2015 – FMS**  
**PROCESSO DE COMPRA 19/2015 - FMS**

**ANEXO III (PESSOA FÍSICA)**

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

Eu \_\_\_\_\_, residente na Rua  
\_\_\_\_\_, n.º \_\_\_\_\_, Cidade de  
\_\_\_\_\_-SC, inscrito no CPF nº \_\_\_\_\_,

DECLARA, que possui pleno conhecimento, e manifesta inteira concordância, com todos os termos do EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 04/2015 do Fundo Municipal de Saúde de Capivari de Baixo-SC, que trata do credenciamento para prestação de serviços de atendimento médico de urgência e emergência em plantão clínico nas dependências do Pronto Atendimento 24 horas do município de Capivari de Baixo, 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 fornecerei quaisquer informações complementares solicitadas pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de Capivari de Baixo/SC.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura.



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 04/2015**  
**PROCESSO ADMINISTRATIVO 19/2015 – FMS**  
**PROCESSO DE COMPRA 19/2015 - FMS**

**ANEXO IV (PESSOA FÍSICA)**

DECLARO, para fins de habilitação ao Edital de Chamamento Público nº 04/2015 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 são fixos.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Especialista.

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

CPF: \_\_\_\_\_



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 04/2015**  
**PROCESSO ADMINISTRATIVO 19/2015 – FMS**  
**PROCESSO DE COMPRA 19/2015 - FMS**

**ANEXO VI (PESSOA FÍSICA)**

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

Eu \_\_\_\_\_, com residência a Rua \_\_\_\_\_, nº. \_\_\_\_\_, Cidade de \_\_\_\_\_-SC, inscrito no CPF nº \_\_\_\_\_, declaro em atenção ao inciso V do art. 27, da Lei n. 8666/93, acrescido pela Lei n. 9854, de 27 de outubro de 1999, sob as penas da lei, que cumpro 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.

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

CPF: \_\_\_\_\_



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 04/2015**  
**PROCESSO ADMINISTRATIVO 19/2015 – FMS**  
**PROCESSO DE COMPRA 19/2015 - FMS**

**ANEXO VII (PESSOA FÍSICA)**

**DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO**

Declaro para os devidos fins e a quem interessar possa que eu \_\_\_\_\_, Médico(a) formado(a), portador(a) do CPF Nº. \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, possuo endereço residencial 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

**DECLARAÇÕES PESSOA JURÍDICA**

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO N° 04/2015**  
**PROCESSO ADMINISTRATIVO 19/2015 – FMS**  
**PROCESSO DE COMPRA 19/2015 - 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, \_\_\_\_\_, localizada 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 N° 04/2015 do Fundo Municipal de Saúde de Capivari de Baixo-SC, que trata do credenciamento para prestação de serviços de atendimento médico de urgência e emergência em plantão clínico nas dependências do Pronto Atendimento 24 horas do município de Capivari de Baixo, conforme definido no objeto deste edital, **assumindo a responsabilidade pela autenticidade de todos os documentos apresentados**, sujeitando-nos 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 04/2015**  
**PROCESSO ADMINISTRATIVO 19/2015 – FMS**  
**PROCESSO DE COMPRA 19/2015 - FMS**

**ANEXO IV**

DECLARO, para fins de habilitação ao Edital de Chamamento Público nº 04/2015 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 04/2015**  
**PROCESSO ADMINISTRATIVO 19/2015 – FMS**  
**PROCESSO DE COMPRA 19/2015 - FMS**

**ANEXO V**

**RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS HABILITADOS**

NOME DO PROFISSIONAL	CPF	ESPECIALIDADE

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Representante Legal da Empresa.

Empresa: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 04/2015**  
**PROCESSO ADMINISTRATIVO 19/2015 – FMS**  
**PROCESSO DE COMPRA 19/2015 - 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, \_\_\_\_\_, localizada na Rua \_\_\_\_\_, n°. \_\_\_\_\_, 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, 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 Representante Legal da Empresa.

Empresa: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 04/2015**  
**PROCESSO ADMINISTRATIVO 19/2015 – FMS**  
**PROCESSO DE COMPRA 19/2015 - FMS**

**ANEXO VIII**

**MINUTA DO CONTRATO Nº \_\_\_\_/2015 – FMS**

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM PLANTÃO CLÍNICO NAS DEPENDÊNCIAS DO PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS DO MUNICÍPIO DE CAPIVARI DE BAIXO E A EMPRESA, CLÍNICA OU MÉDICO(A) ..... ABAIXO INDICADA, CREDENCIADA NOS TERMOS DO EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 04/2015.**

**IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES CONTRATANTES**

**CRENCIANTE:** 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. CRISITNA SOUSA DA SILVEIRA, CPF 004.853.299-13, doravante denominada **CONTRATANTE e CREDENCIADO:** ....., pessoa jurídica e ou física 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:

**I – DO PROCEDIMENTO**

**Cláusula Primeira** - As partes acima identificadas têm, entre si, justas e acertadas o presente Contrato de prestação de serviços de atendimento médico de urgência e emergência em plantão



## Município de Capivari de Baixo

Estado de Santa Catarina

clínico nas dependências do pronto atendimento 24 horas do Município de Capivari de Baixo, após a homologação do Processo Licitatório n.º 19/2015 – Credenciamento n.º 04/2015 - FMS, fundamentado na Lei Federal n.º 8.666/93 de 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 ou clínicas ou médicos para realização de serviços de atendimento médico de urgência e emergência em plantão clínico nas dependências do pronto atendimento 24 horas do Município de Capivari de Baixo.

### III – DA RELAÇÃO DOS SERVIÇOS CREDENCIADOS E DOS PREÇOS FIXADOS

**Cláusula Terceira** – Pelo presente contrato, a CONTRATADA, credenciada através do Processo Administrativo n.º 19/2015, Edital de Chamamento Público n.º 04/2015, se compromete a realizar os serviços para os quais se credenciou, nas condições estabelecidas no edital e pelo preço fixado conforme a Lei Municipal 1715/2015.

### IV – DAS OBRIGAÇÕES DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

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

- 4.1. 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;
- 4.2. Quando houver mais de um credenciado, distribuir entre os credenciados igualmente ou da melhor maneira visando atender as necessidades do município.
- 4.3 Conferir a produção de serviços apresentada pelo credenciado, liquidar e pagar a despesa no prazo estabelecido;
- 4.4 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;
- 4.5 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.

### V – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

**Cláusula Quinta - Constituem obrigações da CONTRATADA:**

- 5.1** Cumprir plantão de 6 horas ou 12 horas conforme escala;
- 5.2** Em caso do credenciado não poder comparecer ao plantão já pré-estabelecido este deverá, informar ao diretor clínico no mínimo desejável de 12 horas e em caráter emergencial e excepcional de 02 horas.
- 5.3** Realizar os serviços objeto do credenciamento pelos preços indicados neste edital;
- 5.4** Permitir a realização de vistorias técnicas pelo Fundo Municipal de Saúde para controle, avaliação e auditoria de regulação;
- 5.5** Apresentar à Secretaria Municipal de Saúde, até o dia 05 de cada mês, a fatura das horas trabalhadas no mês imediatamente anterior acompanhada dos comprovantes para os procedimentos de liquidação e pagamento da despesa;
- 5.6** Comunicar ao Fundo Municipal de Saúde, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, o interesse em deixar de prestar os serviços;
- 5.7** Informar à Secretaria Municipal de Saúde de CAPIVARI DE BAIXO eventual alteração de sua razão social, de seu controle acionário ou de mudança de sua diretora ou de seu estatuto, enviando cópia autenticada da certidão da Junta comercial ou do cartório de registro civil das pessoas jurídicas;
- 5.8** Executar, conforme a melhor técnica, os serviços, obedecendo rigorosamente às normas técnicas respectivas;
- 5.9** Cumprir, dentro dos prazos estabelecidos as obrigações assumidas por força deste edital;

**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 irreeajustáveis.

**VIII – DO PAGAMENTO**

**Cláusula Oitava** – Até o 5º (quinto) dia de cada mês, a **CONTRATADA** deverá apresentar ao Fundo Municipal da Saúde a produção do mês imediatamente anterior, acompanhada das respectivas comprovações. 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



## Município de Capivari de Baixo

Estado de Santa Catarina

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 4.1 do Edital de credenciamento 04/2015.

### **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 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**



**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

**Cláusula Décima Primeira** - O presente instrumento não gera qualquer tipo de vínculo trabalhista entre a 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** anotará, em registro próprio, todas as ocorrências relacionadas com a execução do Contrato, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados.

## **XIII – DA INEXECUÇÃO, RESCISÃO OU DESCREDENCIAMENTO.**

**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 04/2015;

**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





**Município de Capivari de Baixo**  
Estado de Santa Catarina

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**  
*Cristina Souza da Silveria*  
*Secretária de Saúde de Capivari de Baixo*

\_\_\_\_\_  
**SÓCIO/REPRESENTANTE LEGAL**  
*Empresa Credenciada*

TESTEMUNHAS:

\_\_\_\_\_  
NOME:  
CPF nº :

\_\_\_\_\_  
NOME:  
CPF nº :