

**ESTADO DE SANTA CATARINA
MUNICÍPIO DE CAPÃO ALTO
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA N° 001/2017

PROCESSO DE ADMINISTRATIVO N° 011/2017

Credenciamento para serviços de Análises Clínicas

GISLAINE FREITAS DE JESUS ANTUNES PEREIRA – Secretária Municipal de Saúde, Estado do Santa Catarina, no uso de suas atribuições legais e de conformidade com a Lei Federal n.º 8.666/93 e posteriores alterações,

Faço saber e TORNA PÚBLICO para conhecimento dos interessados que o FUNFO MUNICIPAL DE SAÚDE do Município de Capão Alto estará procedendo ao Chamamento Público, no período entre 27 de Novembro a 13 de Dezembro de 2017, no horário das 8h às 12h, e das 13h30min às 17h00min, no Setor de Licitações do Município de Capão Alto, sito a Rua João Vieira de Oliveira, nº 500, centro, sede da Prefeitura Municipal de Capão Alto, para fins de CREDENCIAMENTO, de pessoas jurídicas para prestação de serviços na área da saúde. No dia 14 de dezembro de 2017 às 9h, a comissão de licitações realizará sessão pública para analisar a documentação das empresas, sendo que posteriormente será elaborado contrato com as empresas consideradas habilitadas no credenciamento.

1. OBJETO

1.1. O presente chamamento objetiva o credenciamento de pessoas jurídicas interessadas em firmar com o Município contrato para a prestação, de forma continuada, de serviços na área de saúde, Exames Laboratoriais, nos itens relacionados no ANEXO I e nos valores determinados pela tabela SUS.

1.2. É vedada a prestação do serviço credenciado em qualquer dependência do Município.

1.3. Os recursos federais repassados ao município para a realização dos exames será dividido em cotas mensais de exames entre as empresas credenciadas.

1.4. Todos os exames realizados pelas empresas credenciadas serão remunerados conforme valores constantes na tabela SUS.

2. DO RECEBIMENTO DOS DOCUMENTOS

Os documentos necessários ao credenciamento e as propostas serão recebidos pela Comissão Permanente de Licitações, durante o período de vigência deste edital, durante o horário de funcionamento do setor administrativo da Prefeitura Municipal de Capão Alto- SC, em envelope próprio, fechado com a seguinte identificação:

ESTADO DE SANTA CATARINA

MUNICÍPIO DE CAPÃO ALTO

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

EMPRESA:.....(DA EMPRESA A SER CREDENCIADA)

CNPJ:.....(DA EMPRESA A SER CREDENCIADA)

CHAMAMENTO PÚBLICO N.º 01/2017

2.1 - As informações fornecidas serão conferidas, e, a pessoa que tiver sua habilitação rejeitada será comunicada oficialmente sobre os fatos que motivaram a rejeição.

2.2 - Para habilitação o licitante deverá apresentar:

- a) Registro comercial no caso de empresa individual;
- b) 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 documento de eleição de seus administradores.
- c) Prova de Inscrição no Cadastro de Contribuintes do Município (ALVARÁ), relativo ao domicílio ou sede do Licitado pertinente ao seu ramo de atividade;
- d) Prova de regularidade com a Fazenda Federal (certidão de regularidade com a Fazenda Federal deverá ser emitida pela Receita Federal);
- e) Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual;
- f) Prova de regularidade com a Fazenda Municipal;
- g) Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), demonstrando a situação regular no cumprimento dos encargos instituídos por Lei;
- h) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, nos termos da redação dada pela lei 12.440, de 7.7.2011, a CLT e a Lei 8666/93;
- i) Declaração sob as penas da lei, firmada pelo representante legal da licitante, de que não foi declarada inidônea para licitar e ou contratar com a Administração Pública.
- j) Alvará Sanitário emitido pela Coordenadoria Regional da Saúde;
- k) Declaração que não emprega menores de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, e menores de dezesseis anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos, nos termos do Art. 7º, XXXIII, da Constituição Federal; (Anexo V).
- l) Declaração que tem pleno conhecimento das condições para execução dos serviços. (Anexo III);
- m) relação dos serviços ambulatoriais que se propõe a realizar, observado o preço fixado no Anexo I deste edital;
- n) Capacidade máxima de atendimento diária para fins deste cadastramento;

o) Certificado de registro da empresa no Conselho Regional de Farmácia do Estado de Santa Catarina(CRF/SC) e/ou em outro Conselho de Classe que regulamente profissões que possuam aptidão técnica para o exercício das funções objetivadas por este credenciamento, no âmbito deste Estado.

p) Certificado de Responsabilidade Técnica da empresa junto ao CRF/SC;

q) Comprovação de que o(s) bioquímico é sócio ou funcionário da empresa;

r) Comprovação de que o(s) bioquímico(s) possuem registro no CRF/SC;

2.3 - Os documentos constantes do item acima poderão ser apresentados em original, por cópia autenticada por tabelião ou por funcionário do Município ou publicação em órgão de imprensa oficial. Sendo que os documentos extraídos de sistemas informatizados (internet) estarão sujeitos à comprovação de sua veracidade pela Administração, dispensando-se autenticação referida no início deste item.

3. DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

3.1 – Os serviços deverão ser prestados na sede da empresa credenciada, não possuindo o município responsabilidade pelo transporte dos pacientes e pela retirada dos laudos e/ou resultados dos exames realizados.

3.2. - Para a realização dos exames referidos neste cadastramento, o Município emitirá autorização expressa que será apresentada pelo paciente quando da realização do atendimento, sendo que o agendamento destes é de responsabilidade do paciente.

3.3 - Em caso de haver mais de uma empresa credenciada para a realização do mesmo procedimento, é facultado ao paciente a escolha do prestador do serviço, salvo se esgotado o numero de atendimentos a que se propôs o credenciado.

3.4. Em caso de haver mais de uma empresa credenciada, a Secretária Municipal de Saúde fixará cota mensal de exames igualitária entre os credenciados, devendo a credenciada cumprir tal obrigação, sob pena de não ser realizado o pagamento dos exames realizados a mais.

3.5. A cota mensal de exames de cada credenciado será auferida pela divisão dos recursos federais repassados ao Município, pelo número de credenciados.

3.6. A realização de exames excedentes as cotas mensais dependerá da autorização do Município.

3.7. O Município reserva o direito de fiscalizar, de forma permanente, a prestação dos serviços pelos credenciados, podendo proceder no descredenciamento, em caso de má prestação, apurada em processo administrativo específico, com garantia do contraditório e da ampla defesa;

4. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

4.1 - Conforme Orçamento Vigente na execução do Objeto deste edital.

5. DO PAGAMENTO

5.1 - O pagamento será efetuado de forma mensal, mediante apresentação, até o décimo quinto dia útil ao mês subsequente à prestação dos serviços, de nota fiscal devidamente certificada pela Secretaria Municipal da Saúde, com retenção dos tributos e/ou contribuições, na forma da lei.

5.2 Os valores Acompanharão os valores unitários da tabela SUS, e suas respectivas variações, não sendo possível acrescentar valores adicionais aos praticados a essa tabela.

6. DA FORMALIZAÇÃO

6.1 – O credenciamento será formalizado mediante Termo próprio, contendo as cláusulas e condições previstas neste Edital.

7. DO PERÍODO DE VIGÊNCIA

7.1 O prazo de vigência será de 12(doze) meses, contados da assinatura do Termo de Credenciamento, podendo ser prorrogado por igual período até o limite de 60 meses nos termos do artigo 57 da Lei nº8.666/93 e suas alterações.

8. DO PESSOAL DA CREDENCIADA E DOS MATERIAIS A SEREM UTILIZADOS

8.1 - É de responsabilidade da credenciada, de forma exclusiva, a disponibilização de todos os meios, quer de pessoal como de equipamentos necessários a execução dos serviços que lhe forem determinados, incluindo encargos trabalhistas, previdenciárias, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações, em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o Município.

9. DA REVISÃO DOS VALORES ESTIPULADOS

9.1 – Durante a vigência deste Cadastramento, os valores contratuais apenas poderão ser revistos no caso de alteração por parte do Governo Federal nos valores constantes na Tabela SUS.

10. DOS QUANTITATIVOS FISICO-FINANCEIROS:

10.1 Todos os Exames de Laboratório constantes da tabela do SUS serão contratados de acordo com a necessidade do Fundo Municipal de Saúde através seu GESTOR(a), capacidade operacional do serviço e parâmetros de cobertura do SUS.

11. DA FISCALIZAÇÃO

11.1 - Sem prejuízo de plena responsabilidade da credenciada, todos os serviços serão fiscalizados pelo Município, através da Secretaria Municipal de Saúde.

12 - CONSTITUEM-SE ANEXOS DESTE EDITAL

I – Relação de exames laboratoriais (Anexo I);

II – Critérios gerais a serem observados pela credenciada (Anexo II).

III – Declaração de Conhecimento (Anexo III);

IV - Termo de credenciamento para a prestação de serviços na área da saúde (Anexo IV).

V – Declaração que não emprega menor (Anexo V).

Maiores Informações serão prestadas aos interessados no horário da 8h às 12h, e das 13h30min às 17h00min na Prefeitura Municipal de Capão Alto, sita Rua João Vieira de Oliveira, 500 na cidade de Capão Alto/SC, onde poderão ser obtidas cópia do edital e seus anexos, pelo site <http://www.capaoalto.sc.gov.br/> ou telefone (49) 3237 2002.

Capão Alto, 24 de novembro de 2017.

GISLAINE FREITAS DE JESUS ANTUNES PEREIRA

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 001/2017**PROCESSO DE ADMINISTRATIVO Nº 011/2017****ANEXO I****Relação de Exames de Análises Clínicas**

EXAME	CODIGO	VALOR
ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	0202050017	R\$ 3,70
ANTIBIOGRAMA	0202080013	R\$ 4,98
BACTERIOSCOPIA GRAM	0202080072	R\$ 2,80
CLEARENCE DE CREATININA	0202050025	R\$ 3,51
CONTAGEM DE PLAQUETAS	0202020029	R\$ 2,73
CONTAGEM DE RETICULOCITOS	0202020037	R\$ 2,73
CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	0202080080	R\$ 5,62
CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	0202080137	R\$ 4,19
DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	0202010023	R\$ 2,01
DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	0202030067	R\$ 9,25
DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	0202010074	R\$ 10,00
DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	0202030075	R\$ 5,66
DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	0202020070	R\$ 2,73
DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	0202020100	R\$ 9,00
DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP (0202020134)	0202020134	R\$ 5,77
DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTACAO (VHS)	0202020150	R\$ 2,73
DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	0202120023	R\$ 1,37
DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	0202010767	R\$ 15,24
DOSAGEM DE ACIDO URICO	0202010120	R\$ 1,85
DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	0202070050	R\$ 15,65
DOSAGEM DE ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA	0202010163	R\$ 3,68
DOSAGEM DE ALFA FETOPROTEINA	0202030091	R\$ 15,06
DOSAGEM DE AMILASE	0202010180	R\$ 2,25
DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	0202060110	R\$ 11,53
DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE RECOMBINANTE	0202031187	R\$ 18,55
DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO PSA	0202030105	R\$ 16,42
DOSAGEM DE BETA 2 MICROGLOBULINA	0202030113	R\$ 13,55
DOSAGEM DE BILLIRUBINA TOTAL E FRACOES	0202010201	R\$ 2,01
DOSAGEM DE CALCIO	0202010210	R\$ 1,85
DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	0202010228	R\$ 3,51
DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	0202010279	R\$ 3,51
DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	0202010287	R\$ 3,51
DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	0202010295	R\$ 1,85
DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	0202030121	R\$ 17,16
DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	0202030130	R\$ 17,16
DOSAGEM DE CORTISOL	0202060136	R\$ 9,86
DOSAGEM DE CREATININA	0202010317	R\$ 1,85
DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE CPK	0202010325	R\$ 3,68

DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	0202010368	R\$	3,68
DOSAGEM DE ESTRADIOL	0202060160	R\$	10,15
DOSAGEM DE FERRITINA	0202010384	R\$	15,59
DOSAGEM DE FERRO SERICO	0202010392	R\$	3,51
DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	0202010422	R\$	2,01
DOSAGEM DE FOSFORO	0202010430	R\$	1,85
DOSAGEM DE GAMA- GLUTAMIL TRANSFERASE - GAMA GT	0202010465	R\$	3,51
DOSAGEM DE GLICOSE	0202010473	R\$	1,85
DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA	0202060217	R\$	7,85
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICADA	0202010503	R\$	7,86
DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO HGH	0202060225	R\$	10,21
DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO ESTIMULANTE FSH	0202060223	R\$	7,89
DOSAGEM DE HORMONIO LUTEIZANTE LH	0202060241	R\$	8,97
DOSAGEM DE HORM ONIOS TIREOESTIMULANTE TSH	0202060250	R\$	8,96
DOSAGEM DE IMUNIGLOBULINA A IGA	0202030156	R\$	17,16
DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E IGE	0202030164	R\$	9,25
DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M IGM	0202030180	R\$	17,16
DOSAGEM DE INSULINA	0202060268	R\$	10,17
DOSAGEM DE LIPASE	0202010554	R\$	2,25
DOSAGEM DE LITIO	0202070255	R\$	2,25
DOSAGEM DE MAGNESIO	0202010562	R\$	2,01
DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	0202050092	R\$	8,12
DOSAGEM DE PARATORMONIO	0202060276	R\$	43,13
DOSAGEM DE PEPTIDEO C	0202060284	R\$	15,35
DOSAGEM DE POTASSIO	0202010600	R\$	1,85
DOSAGEM DE PROGESTERONA	0202060292	R\$	10,22
DOSAGEM DE PROLCTINA	0202060306	R\$	10,15
DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	0202030202	R\$	2,83
DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	0202010627	R\$	1,85
DOSAGEM DE PROTEINAS URINA DE 24 HORAS	0202050114	R\$	2,04
DOSAGEM DE SODIO	0202010635	R\$	1,85
DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C IGF1	0202060322	R\$	15,35
DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA	0202060330	R\$	13,11
DOSAGEM DE TESTOSTERONA	0202060349	R\$	10,43
DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	0202060365	R\$	15,35
DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE T4 LIVRE	0202060381	R\$	11,60
DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO OXALACETICA TGO	2020106430	R\$	2,01
DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO PIRUVICA TGP	0202010651	R\$	2,01
DOSAGEM DE TRANSFERRINA	0202010660	R\$	4,12
DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	0202010678	R\$	3,51
DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA T3	0202060390	R\$	8,71
DOSAGEM DE UREIA	0202010694	R\$	1,85
DOSAGEM DE VITAMINA B12	0202010708	R\$	15,24
ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	0202020355	R\$	5,41
ELETROFORESE DE PROTEINAS	0202010724	R\$	4,42

EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	0202040038	R\$	3,04
EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO DIRETO	0202080145	R\$	2,80
HEMOGRAMA COMPLETO	0202020380	R\$	4,11
PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	0202030253	R\$	10,00
PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	0202030261	R\$	10,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	0202030423	R\$	10,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI- DNA	0202030270	R\$	8,67
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREOTOSINA ASLO	0202030474	R\$	2,83
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	0202030555	R\$	17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	0202030598	R\$	17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI- RIBONUCLEOPROTEINA RNP	0202030326	R\$	17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	0202030342	R\$	17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI- SS-A RO	0202030350	R\$	18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B LA	0202030369	R\$	18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	0202030628	R\$	17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS	0202030636	R\$	18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C	0202030679	R\$	18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	0202030741	R\$	11,00
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	0202030768	R\$	16,97
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CEBTRAL DO VIRUS	0202030784	R\$	18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	0202030814	R\$	17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN- BARR	0202030830	R\$	17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	0202030857	R\$	11,61
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITOXOPLASMA	0202030873	R\$	18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATIT A HAV	0101020911	R\$	18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	0202030920	R\$	17,16
PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO CEA	0202030962	R\$	13,35
PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B	0202030970	R\$	18,55
PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B HBEAG	0202030989	R\$	18,55
PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES APÓS VASECTOMIA	0202090264	R\$	4,80
PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE WAALER ROSE	0202031012	R\$	4,10
PESQUISA DE FATOR RH(INCLUI D FRACO)	0202120082	R\$	1,37
PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	0202080218	R\$	4,33
PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	0202050262	R\$	2,04
PESQUISA DE LEOCOCITOS NAS FEZES	0202040097	R\$	1,65
PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	0202040127	R\$	1,65
PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	0202040135	R\$	10,25
PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	0202040143	R\$	1,65
TESTE FTA ABS IGG P DIAGNOTICO DA SIFILIS	0202031128	R\$	10,00
TESTE FTA ABS IGM P DIAGNOTICO DA SIFILIS	0202031136	R\$	10,00
TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA TIA	0202120090	R\$	2,73

EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 001/2017
PROCESSO DE ADMINISTRATIVO Nº 011/2017

ANEXO II

CRITÉRIOS GERAIS A SEREM OBSERVADOS PELA CREDENCIADA:

- 1- O Município reserva-se o direito de fiscalizar, de forma permanente, a prestação de serviços pelos credenciados, podendo proceder ao descredenciamento, em casos de má prestação, verificada em procedimentos administrativos específicos, com garantia do contraditório e da ampla defesa.
- 2- A prestação de serviços é exclusiva dos credenciados, vedada sua transferência a empresas alheias a relação contratual.
- 3- O credenciado não poderá cobrar do paciente, ou de seu responsável, qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados.
- 4- A credenciada deverá enviar mensalmente relatório de cada procedimento realizado com correspondente relação de pacientes atendidos, acompanhada das requisições emitidas pelo médico credenciado pelo SUS e com comprovante de realização do exame por parte do paciente devidamente assinado por este.
- 5- Somente poderá ser realizado exame a pacientes que sejam portadores de requisição emitidos por médico credenciado pelo Sistema Único de Saúde que prestam serviços ao Município de Capão Alto/SC.
- 6- Em caso de haver mais de uma empresa credenciada, a Secretária Municipal de Saúde fixará cota mensal de exames igualitária entre os credenciados, devendo a credenciada cumprirem tal obrigação, sob pena de não ser realizado o pagamento dos exames realizados a mais.
- 7- A cota mensal de exames de cada credenciado será auferida pela divisão dos recursos federais repassados ao Município, pelo número de credenciados.
- 8- A realização de exames excedentes as cotas mensais dependerá da autorização do Município.
- 9- Todos os exames realizados pelas empresas credenciadas serão remunerados conforme valores constantes na tabela SUS.

GISLAINE FREITAS DE JESUS ANTUNES PEREIRA

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA N° 001/2017
PROCESSO DE ADMINISTRATIVO N° 011/2017

ANEXO III DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO

CHAMADA PÚBLICA N° 001/2017

Através do presente, a empresa _____
_____, CNPJ nº _____, com
sede na _____, nº _____, neste ato representada por seu
representante legal/procurador, que ao final subscreve, DECLARA, sob as penas da Lei, que tem
pleno conhecimento das condições para execução dos serviços, não podendo alegar qualquer
desconhecimento como elemento impeditivo do perfeito cumprimento do Termo de
Credenciamento, bem assim, declara que terá a disponibilidade, de todos os meios necessários
à execução dos serviços ora contratados.

CAPÃO ALTO/SC, ____ de _____ de 2017.

(representante legal / procurador)

EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 001/2017

PROCESSO DE ADMINISTRATIVO Nº 011/2017

ANEXO IV TERMO DE CREDENCIAMENTO

PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DA SAÚDE.

O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAPÃO ALTO, pessoa jurídica de direito público, com sede na RUA ARÍLIO MORTARI, S/N, CENTRO, na cidade de Capão Alto/SC, representado por sua Secretária Municipal de Saúde, GISLAINE FREITAS DE JESUS ANTUNES PEREIRA, residente e domiciliado 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. 001/2017, e mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLAUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO: O presente termo tem por objeto a prestação, por parte da CREDENCIADA, para a prestação, de forma continuada, de serviços na área de saúde, Exames Laboratoriais, nos itens relacionados no ANEXO I e nos valores determinados pela tabela SUS.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A CREDENCIADA deverá realizar os atendimentos de acordo com a necessidade do Município, de segunda a sexta-feira, nos horários de atendimento do estabelecimento credenciado.

PARÁGRAFO SEGUNDO – O credenciado deverá certificar se o paciente é residente neste domicílio, uma vez que não serão pagos procedimentos realizados em pacientes que não residam no Município de Capão Alto/SC e observada os critérios estabelecidos no Anexo II do Edital.

PARÁGRAFO TERCEIRO – Em caso de haver mais de uma empresa credenciada, a Secretária Municipal de Saúde fixará cota mensal de exames igualitária entre os credenciados, devendo a credenciada cumprir tal obrigação, sob pena de não ser realizado o pagamento dos exames realizados a mais.

PARÁGRAFO QUARTO – Todos os exames realizados pelas empresas credenciadas serão remunerados conforme valores constantes na tabela SUS.

PARÁGRAFO QUINTO – A prestação de serviços é exclusiva do credenciado, vedada sua transferência a empresas alheias a relação contratual.

PARÁGRAFO SEXTO – O credenciado não poderá cobrar do paciente, ou de seu responsável, qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados.

PARÁGRAFO SÉTIMO – A credenciada deverá enviar mensalmente relatório de cada procedimento realizado com correspondente relação de pacientes atendidos, acompanhada das requisições emitidas pelo médico credenciado pelo SUS e com comprovante de realização do exame por parte do paciente devidamente assinado por este.

PARÁGRAFO OITAVO – Somente poderá ser realizado exame a pacientes que sejam portadores de requisição emitidos por médico credenciado pelo Sistema Único de Saúde que prestam serviços ao Município de Capão Alto/SC.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO PRAZO: O prazo de vigência do credenciamento será de 12 (doze) meses, a contar de sua assinatura, podendo ser prorrogado, por interesse do CREDENCIANTE e anuência da CREDENCIADA, por iguais e sucessivos períodos, até o limite de sessenta meses (art. 57, II da Lei nº 8666/93), contados estes da data de lançamento do edital de credenciamento acima referido.

CLÁUSULA TERCEIRA - DA FORMA E DO PRAZO DE PAGAMENTO: O valor pelos serviços realizados pela CREDENCIADA será pago da seguinte forma:

PARÁGRAFO PRIMEIRO – Os serviços contratados por este Termo serão pagos, de acordo com o número de atendimentos efetuados durante o mês de referência, tendo como parâmetro a Tabela constante do Edital de Chamamento nº 001/2017, sendo condição para a efetivação do pagamento a apresentação, pelo CREDENCIADO, da Nota Fiscal de Serviço, devidamente visada pela Secretaria Municipal da Saúde, a qual deverá ser apresentada até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês seguinte aquele em que os serviços foram prestados, juntamente com o relatório constante no parágrafo sétimo da cláusula primeira deste contrato administrativo.

PARÁGRAFO SEGUNDO – Durante a vigência deste Cadastramento, os valores serão revisto a cada 12 meses contados da data do lançamento deste Edital, mediante a aplicação de variação que venha a ser aplicada nos preços referenciados na Tabela SUS.

CLÁUSULA QUARTA – DAS CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO

I – O presente credenciamento caracteriza-se como uma relação contratual de prestação de serviços;

II – O(A) CREDENCIADO(A) deverá manter, durante a vigência deste Termo, as condições de habilitação exigidas para a sua celebração;

III – É de responsabilidade exclusiva e integral do (a) CREDENCIADO(A) a utilização de pessoal para a execução dos respectivos procedimentos, incluindo encargos trabalhistas, sociais e fiscais resultantes de vínculo empregatício ou comerciais, bem como eventuais indenizações deferidas em decorrência dos serviços prestados.

IV - A contratada deverá realizar os atendimentos de acordo com a necessidade do Município de Capão Alto/SC, e de acordo com o Anexo I.

V - É facultada ao paciente a escolha do prestador do serviço em caso de haver mais de uma empresa credenciada para a realização do mesmo procedimento.

VI - É vedado:

a) O trabalho do(a) CREDENCIADO(A) em próprios municipais;

b) A transferência dos direitos e obrigações decorrentes desse Termo;

c) A cobrança de qualquer valor a título de diferença dos usuários dos serviços objetos deste Termo. CLÁUSULA QUINTA- DA FISCALIZAÇÃO: O CREDENCIANTE realizará, subsidiariamente, fiscalização dos serviços decorrentes desse Termo, mediante ação da Secretaria Municipal de

Saúde, a qual designará servidor para tanto, situação que não excluirá ou restringirá a responsabilidade da CREDENCIADA na prestação dos serviços, objeto deste Termo.

CLÁUSULA SEXTA – DAS PENALIDADES: À CONVENIADA poderá ser aplicado, em caso de inadimplemento contratual, após assegurado o direito de ampla defesa, às penalidades previstas na Lei Federal nº 8.666/93 e expressas no edital de Chamamento acima referido.

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS DOTAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS: As despesas dos serviços realizados por força deste Termo ocorrerão, no presente exercício, à conta da dotações orçamentárias vigentes.

CLÁUSULA OITAVA – DA RESCISÃO: A rescisão deste Termo poderá se dar numa das seguintes oportunidades:

- a) pela ocorrência de seu termo final;
- b) por solicitação da CREDENCIADA, cujo aviso formal deverá ser dado com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias;
- c) por acordo entre as partes;
- d) de forma unilateral pelo CREDENCIANTE, após o devido processo legal, no caso de descumprimento de condição estabelecida no edital ou neste Termo de Credenciamento.

CLÁUSULA NONA – DA VINCULAÇÃO DESTE INSTRUMENTO: Este instrumento esta vinculado ao Edital de Chamada Pública nº 001/2017, sendo que as condições nele previstos, mesmo que não transcritas neste instrumento, obrigam as partes;

CLÁUSULA DÉCIMA – DO FORO: Fica eleito o Foro da Campo Belo do Sul/SC, para dirimir as duvidas oriundas deste Termo, quando não solvidas administrativamente. E, por estarem justos e acordados, assinam o presente Termo, em três vias de igual teor e forma.

Capão Alto/SC,.....2017.

CONTRATANTE
GISLAINE FREITAS DE JESUS ANTUNES PEREIRA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

CONTRATADA
(NOME DA CREDENCIADA)

TESTEMUNHAS:

Nome:

CPF:

Nome:

CPF: