

EDITAL DE CHAMAMENTO/CREDENCIAMENTO PÚBLICO Nº. 06/2015.

"CREDENCIAMENTO DE PESSOAS FÍSICAS/JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES E CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS PARA MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE".

O **MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DA BOA VISTA**, Estado de Santa Catarina, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob o nº. 80.912.124/0001-82 representado neste ato pelo Prefeito Sr. GILNEI ANTONIO GUTH, faz saber através do presente Edital de CREDENCIAMENTO PÚBLICO que, estará efetuando o CREDENCIAMENTO, os interessados em prestar os serviços constantes no objeto deste Edital. Maiores informações encontram-se a disposição dos interessados no horário das 07h00min às 13h00min, no Centro Administrativo Municipal de São Miguel da Boa Vista, sito A Rua São Luiz, 210, Centro, São Miguel da Boa Vista/SC.

1 – DO OBJETO

Este Edital tem por objeto o **Credenciamento de Pessoas Físicas/Jurídicas para serviços de Exames e Consultas Médicas especializadas para manutenção das Atividades do Fundo Municipal de Saúde do Município de São Miguel da Boa Vista/SC**, conforme e especificações contidas no anexo I deste edital.

2. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

2.1 – Poderão participar deste edital, pessoas físicas e jurídicas que comprovem especialização nas áreas Licitadas;

2.2 – No caso de haver dois ou mais interessado no credenciamento (pessoa física e jurídica), será considerado o percentual de 16,67% (dezesseis vírgula sessenta e sete por cento) a menor para as pessoas jurídicas do valor pago no credenciamento, em virtude dos encargos previdenciários patronais.

2.3 - O credenciamento caracteriza uma relação contratual de aquisição de Serviço;

2.4 - O CREDENCIADO deverá manter, durante a vigência deste Termo às condições de habilitação exigidas para a sua celebração;

2.5 - Todos os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do serviço serão de exclusiva responsabilidade da Credenciada.

2.6 - É vedado:

a) Não poderá fazer parte do quadro social ou de empregados da CREDENCIADA, sob pena de rescisão deste Termo, prestador de serviços ou servidor público contratado sob qualquer título no Município CREDENCIANTE e pessoa(s) ocupante(s) de cargo eletivo ou com registro oficial de candidatura a cargos políticos no Município credenciante;

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

3 - DO CREDENCIAMENTO

3.1 - Os interessados que desejarem efetuar o credenciamento deverão obrigatoriamente apresentar os documentos, em original ou por cópia autenticada tabelionato ou, pelo poder público do município de São Miguel da Boa Vista.

Parágrafo único – No caso de haver mais de 01 (um) credenciado no mesmo ramo, a Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Miguel da Boa Vista/SC deverá, de forma imparcial, apresentar e expor em mural público na Unidade de Saúde a relação de todos os credenciados para que o usuário do sistema municipal de saúde faça a escolha do profissional de sua confiança/preferência.

3.1.1 – DOCUMENTOS PARA HABILITAÇÃO - PESSOA JURIDICA:

- Registro comercial, no caso de empresa individual;
- Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrada, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;
- Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
- Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, (Certidão Negativa de Débitos Relativos aos Tributos Federais e à Dívida Ativa da União - PGFN);
- Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual;
- Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal da sede do proponente, ou outra equivalente, na forma da Lei;
- Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS).
- Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas.
- Diploma registrado nos órgãos competentes e Documento do Responsável pela Empresa que Comprove a Especialização na área desejada.
- Alvara sanitário do estabelecimento credenciado.
- Alvará de localização contendo a área de atuação compatível com o exigido nos itens do anexo I.
- Declaração de que concorda com a prestação dos serviços e possui as instalações, equipamentos e aparatos necessários para execução dos serviços (conforme modelo anexo II deste Edital).

3.1.2 - SE PESSOA FISICA

- Cópia da Carteira de Identidade e Cópia do CPF;
- Prova de regularidade para com a Fazenda Federal;
- Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual;
- Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal da sede do proponente;
- Diploma registrado nos órgãos competentes e Documento do Responsável pela execução do serviço que Comprove a Especialização na área desejada.
- Declaração de que concorra com a prestação dos serviços e possui as instalações, equipamentos e aparatos necessários para execução dos serviços (Conforme modelo anexo II, deste edital);

3.2 - Os documentos exigidos para a habilitação/credenciamento deste edital deverá ser em envelope fechado, contendo, na parte externa, a seguinte identificação:

MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DA BOA VISTA

CREDENCIAMENTO N° 06/2015.

IDENTIFICAÇÃO DO PROPONENTE:

DATA DE ENTREGA:

4 - DO VALOR

4.1 - Os valores, máximos, por exame, a serem pagos pelo Município a(a) Credenciado(a), será aquele informado no Anexo I deste Edital.

5 - DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

Os Serviços (Consultas Especializadas) serão prestados na sede da Empresa Credenciada, conforme necessidade do município, e mediante Autorização da Secretaria Municipal de Saúde, sendo que para isso a empresa ou pessoa física deverá disponibilizar um canal para contato e agendamento dos exames ou consultas, ambiente estruturado, além de profissionais, equipamentos e materiais adequados para o fim que se destina. A credenciada deverá emitir laudo contendo assinatura do responsável e resultado dos exames ou consultas realizadas.

Os interessados, em participar do presente Credenciamento, deverão estar localizados na área de abrangência do município de SÃO MIGUEL DA BOA VISTA no Estado de Santa Catarina e/ou nos locais onde o serviço é referenciado.

Além da documentação exigida, os credenciados serão vistoriados, em conjunto, pela equipe técnica da Vigilância Sanitária e a Equipe de Controle Avaliação e Auditoria (ECAA) da Secretaria Municipal da Saúde, conforme a disponibilidade desta, a qual analisará e avaliará a documentação e realizará vistoria, preenchendo os respectivos relatórios, no prazo de 30 (trinta) dias contados a partir do encerramento deste edital. Depois de realizada vistoria, a ECAA encaminhará para a Secretaria Municipal de Saúde a documentação completa somente das entidades que cumpriram todos os critérios pré-estabelecidos neste edital e com parecer favorável pela Vistoria. A ECA da SMS deverá emitir um parecer destas unidades quanto à viabilidade de contratualização referente à regularidade assistencial da Entidade, no tocante aos processos de Auditoria. O Município publicará em Diário Oficial do Município ou órgão equivalente, a relação das unidades habilitadas para eventual celebração de contrato.

Fica reservada, ao município a faculdade de cancelar, no todo ou em parte, adiar, revogar, prorrogar ou anular o presente Credenciamento, de acordo com seus interesses sem direito, às entidades, a qualquer reclamação, indenização, reembolso ou compensação.

6 - FORMA DE PAGAMENTO E REAJUSTE:

6.1 - Os pagamentos somente serão realizados conforme disponibilidade dos recursos Federais da União (MAC), mediante:

a) Para que seja realizado o pagamento do(s) Exame(s), a Contratada deverá apresentar, juntamente com a nota fiscal, a solicitação de serviço emitida pela Secretaria Municipal de Saúde, relatório individualizado constando a data, o nome, endereço, CPF, RG, e o tipo de Exame realizado no paciente Atendido.

b) Emissão de Nota Fiscal de Prestação de Serviço.

c) - Os valores serão pagos a CREDENCIADA, em conta corrente em nome da Credenciada, conforme a realização dos serviços;

d) - O preço dos serviços poderá ser reajustado ao final de 12 meses, pelo INPC médio acumulado do dos últimos 12 (doze) meses.

7 - DA VIGÊNCIA:

7.1 - O presente objetivo é a celebração de contrato, para realização dos serviços citados no anexo I, tendo a assinatura do contrato como data inicial de vigência a assinatura do contrato e o dia 31 de Dezembro de 2015 como data limite, podendo, caso haja interesse do município, ser renovado por mais 12 (doze) meses.

7.2 - O credenciamento das empresas interessadas que preencham as condições mínimas estabelecidas no presente edital, poderá ocorrer no horário das 07h00min às 13h00min de Segunda à Sexta-Feira junto ao Centro Administrativo Municipal de São Miguel da Boa Vista, no Setor de Compras até o dia 16 de outubro de 2015.

8 - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Para contratação do objeto desta licitação os recursos previstos correrão por conta das seguintes dotações orçamentárias – Exercício 2015:

1030110102066 – Manutenção da Secretaria de Saúde.

3.3.90.39.50.0000 – Serviços Médico-Hospitalares, Odontológico e Laboratorial.

3.3.90.39.99.0000 – Outros Serviços Pessoas Jurídicas.

9 - DA ASSINATURA DO TERMO DE CREDENCIAMENTO.

A Administração Municipal, após o credenciamento, convocará a(s) empresa(s) credenciada(s) para, no prazo, máximo, de 05 (cinco) dias, assinar o termo de credenciamento (minuta do Termo de Credenciamento).

10 - DISPOSIÇÕES FINAIS:

10.1 - Em nenhuma hipótese será concedido prazo diverso do fixado neste Edital, para o credenciamento.

10.2 - A credenciada que se recusar a executar os serviços sofrerá as penalidades previstas no Art. 87, II, da Lei nº. 8.666/93 e alterações, ficando sujeita, ainda, ao descredenciamento.

10.3 - Fazem parte integrante deste Edital:

Anexo I - Tabela com os valores

Anexo II - Declaração de que concorda na prestação dos serviços e possui as instalações, equipamentos e aparatos necessários para execução dos serviços.

10.4 - O processo de credenciamento, os termos de credenciamento e o Edital de Chamamento Público, contendo todas as informações encontra-se a disposição dos interessados de segunda a sexta-feira, das 07h00min às 13h00min, através do telefone (49) 36670050, ou pessoalmente (Rua São Luiz, nº. 210, centro) junto ao Centro Administrativo Municipal.

11- DO FORO

11.1 - Para as questões decorrentes da execução deste termo de contrato, fica eleito o Foro da Comarca de Maravilha, Estado de Santa Catarina, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado ou especial que possa ser.

11.2 - E, por estarem justos e contratados, firmam o presente, em duas ou mais vias de igual forma e teor, sem emendas ou rasuras, para que produza seus jurídicos e legais efeitos.

São Miguel da Boa Vista/SC, 18 de agosto de 2015.

GILNEI ANTONIO GUTH Prefeito Municipal

EDITAL DE CHAMAMENTO/CREDENCIAMENTO PÚBLICO Nº. 06/2015.

ANEXO I – TABELA DE VALORES DOS EXAMES

ITEM	DESCRIÇÃO DOS EXAMES OU CONSULTA	VALOR UNITÁRIO MÁXIMO R\$	
01	Espirometria	410,00	
02	Densitometria Corpo Inteiro	200,00	
03	Densitometria Coluna Lombar	70,00	
04	Densitometria Punho (cada punho)	70,00	
05	Densitometria Fêmur (cada fêmur)	70,00	
06	Ressonância Magnética Coluna Cervical	380,00	
07	Ressonância Magnética Coluna Lombo-Sacro	380,00	
08	Ressonância Magnética Joelho	380,00	
09	Mamografia	60,00	
10	Mamografia com Magnificação	150,00	
11	Teste do Olhinho	50,00	
12	Teste da Orelhinha	50,00	
13	Biópsia Tireoide e Mama	410,00	
14	Biópsia Prostática	410,00	
15	Videolaringoscopia	200,00	
16	Eletroencefalograma	150,00	
17	Eletroneuromiografia	400,00	
18	Cintilografia de Corpo Inteiro	800,00	
19	Cintilografia Renal	465,00	
20	Cintilografia Óssea	480,00	
21	Cintilografia Pulmonar	450,00	
22	Gasometria Arterial	100,00	
23	Endoscopia	185,00	
24	Ultrassonografia Abdômen Superior (fígado, vias biliares, pâncreas, baço)	110,00	
25	Ultrassonografia Abdômen Total (abdômen superior, retroperitônio e bexigas)	110,00	
26	Ultrassonografia Aparelho Urinário (rins-bexiga)	90,00	
27	Ultrassonografia Articulações (ombro, perna, mãos, tornozelo)	80,00	
28	Ultrassonografia Craniana	80,00	
29	Ultrassonografia Hipocôndrio direito (fígado, vesícula, vias biliares e pâncreas)	90,00	
30	Ultrassonografia Obstétrica	80,00	
31	Ultrassonografia Obstétrica com Doppler	80,00	
32	Ultrassonografia Obstétrica com Doppler – Gemelar	260,00	
33	Ultrassonografia Obstétrica com perfil biofísico fetal	170,00	
34	Ultrassonografia Obstétrica com TN	100,00	
35	Ultrassonografia Obstétrica Gemelar	100,00	
36	Ultrassonografia Obstétrica Morfológica	180,00	

37	Ultrassonografia Obstétrica Morfológica Gemelar	300,00	
38	Ultrassonografia Obstétrica Morfológica com Doppler	270,00	
39	Ultrassonografia Obstétrica Morfológica com Doppler – Gemelar	420,00	
40	Ultrassonografia de Órgãos e Estruturas Superficiais (mamas, tireóide, cervical, saivares, músculos)	90,00	
41	Ultrassonografia Parede Abdominal	80,00	
42	Ultrassonografia Pélvica Ginecológica	80,00	
43	Ultrassonografia Pélvica Transvaginal	120,00	
44	Ultrassonografia Pélvica Ginecológica para controle de ovulação	110,00	
45	Ultrassonografia Pélvica Transvaginal para controle de ovulação	130,00	
46	Ultrassonografia Próstata Via Abdominal	80,00	
47	Ultrassonografia Próstata Via Transretal	100,00	
48	Ultrassonografia Região Inguinal	80,00	
49	Ultrassonografia Tórax (Extra- Cardíaco)	80,00	
50	Ultrassom Doppler Arterial e Venoso e Mi/Ms (unilateral)	400,00	
51	Ultrassom Doppler Arterial Mi ou Ms (unilateral)	250,00	
52	Ultrassom Doppler de Carótidas	180,00	
53	Colonoscopia	380,00	
54	Procedimentos Cirúrgicos de Pequeno Porte	300,00	
55	Procedimentos Cirúrgicos de Médio Porte	550,00	
56	Procedimentos Cirúrgicos de Grande Porte	750,00	
57	Urografia	300,00	
58	Colposcopia	200,00	
		SEM CONTRASTE	COM CONTRASTE
59	Tomografia Abdômen Superior.	220,00	360,00
60	Tomografia Abdômen Total.	280,00	380,00
61	Angiotomografia.	400,00	480,00
62	Tomografia Articulações.	220,00	300,00
63	Tomografia Bacia.	220,00	300,00
64	Tomografia Coluna Cervical/Dorsal/Lombar.	180,00	350,00
65	Tomografia de Crânio.	170,00	260,00
66	Tomografia Face ou Seios da Face.	170,00	260,00
67	Tomografia Mastóides/Ouvidos.	200,00	410,00
68	Mielografia.		780,00
69	Tomografia Orbitas.	200,00	410,00
70	Tomografia Pelves.	200,00	410,00
71	Tomografia Pescoço.	220,00	410,00
72	Tomografia do Tórax.	200,00	410,00

73	Urotomografia.	423,00	532,00
74	Exame citopatológico cervico vaginal/microflora – rastreamento.	6,97	
75	Exame citopatológico cervico vaginal/microflora.	6,97	
76	Exame citopatológico de mama.	15,97	
77	Exame citopatológico hormonal seriado (mínimo 03 coletas).	10,65	
78	Exames de Anatomia Patológica do colo do útero (peça cirúrgica).	43,21	
79	Exames de Anatomia Patológica para congelamento/parafina, por peça cirúrgica, (exceto colo uterino e mamas).	24,00	
80	Exames de Anatomia Patológica de mama – biópsia.	24,00	
81	Exames de Anatomia Patológica de mama – peça cirúrgica.	43,21	
82	Serviços de consulta especializada em psiquiatria.	150,00	
83	Serviços de consulta especializada em oftalmologia.	150,00	
84	Serviços de consulta especializada em endocrinologia	150,00	
85	Serviços de consulta especializada com cirurgião vascular.	150,00	
86	Serviços de consulta especializada em reumatologia.	150,00	
87	Serviços de consulta especializada em infectologia.	150,00	
88	Serviços de consulta especializada em dermatologia.	150,00	
89	Serviços de consulta especializada em urologia.	150,00	
90	Serviços de consulta especializada em ortopedia/traumatologia.	150,00	
91	Serviços de consulta especializada em gastroenterologia.	150,00	
92	Serviços de consulta especializada para cirurgias gerais.	150,00	
93	Serviços de consulta especializada em neurologia.	150,00	
94	Serviços de consulta especializada em proctologia.	150,00	
95	Serviços de consulta especializada em cardiologia.	150,00	
96	Serviços de consulta especializada em pediatria.	150,00	
97	Serviços de consulta especializada em otorrinolaringologia.	150,00	
98	Serviços de consulta para avaliação pré-anestésica.	150,00	
99	Serviços de consulta especializada em pneumologia.	150,00	
100	Serviços de consulta especializada com cirurgião de cabeça e pescoço.	150,00	

ANEXO II

MODELO

**DECLARAÇÃO QUE CONCORDA NA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS E POSSUI AS INSTALAÇÕES,
EQUIPAMENTOS E APARATOS NECESSÁRIOS PARA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS.**

Ao

Município de São Miguel da Boa Vista

Comissão de Licitação

Eu,, Proprietário ou Sócio Administrador da empresa (.....), inscrita no CPF ou CNPJ sob o nº, declaro que concordo em prestar os serviços de exames/consultas médicas especializadas e possuo as instalações, equipamentos e aparatos necessários para execução dos serviços para manutenção das Atividades da Secretaria de Saúde pelo Item nº, do anexo I, com um valor de R\$, e que atenderemos a demanda exigida pela Administração Municipal de São Miguel da Boa Vista/SC, de acordo com as solicitações do município.

.....de.....de 2015.

Nome/Razão Social.

CNPJ/CPF: