

EDITAL DE CHAMAMENTO/CREDENCIAMENTO PÚBLICO Nº. 01/2015.

"CREDENCIAMENTO DE PESSOAS FÍSICAS/JURÍDICAS PARA SERVIÇOS DE CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS PARA MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE/SECRETARIA 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 Municipal Senhor **GILNEI ANTONIO GUTH**, faz saber através do presente Edital de CHAMAMENTO/CREDENCIAMENTO PÚBLICO que, estará efetuando o CREDENCIAMENTO, dos interessados em prestar os serviços constantes no objeto deste Edital. Maiores informações encontram-se a disposição no horário das 07h00min às 13h00min, no Centro Administrativo Municipal de São Miguel da Boa Vista, sito a Rua São Luiz, nº210, Centro, São Miguel da Boa Vista – SC.

1 - OBJETO

Este Edital tem por objetivo Credenciamento de Pessoas Física ou Jurídicas do ramo pertinente para Serviços de Consultas Médicas Especializadas para Manutenção das Atividades do Fundo Municipal de Saúde.

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 físicas do valor pago no credenciamento, em virtude dos encargos previdenciários patronais.

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.

3.1.1 – DOCUMENTOS PARA HABILITAÇÃO - PESSOA JURÍDICA:

- 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 ou Documento do Responsável pela Empresa que Comprove a Especialização na área desejada.
- 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;
- 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 no órgão competente) que comprove a habilitação do profissional na área desejada.
- 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).

3.2 - 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

CRENCIAMENTO N° 01/2015

IDENTIFICAÇÃO DO PROPONENTE:

DATA DE ENTREGA:

4 - DO VALOR

4.1 - O valor a ser pago pelo Município por consulta será de no Máximo **R\$ 150,00** (cento e cinquenta reais) de acordo com o Anexo I deste edital.

5 - DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

5.1 – 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 para todo em qualquer tempo, ambiente estruturado além de equipamentos e materiais adequados para o fim que se destina.

6 - FORMA DE PAGAMENTO E REAJUSTE:

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

a) Solicitação de serviço emitida pela Secretaria Municipal de Saúde além de relatório constando o nome, endereço CPF, RG e tipo de atendimento para os pacientes Atendidos;

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 a serem contratados serão fixos e irrevogáveis até 31 de dezembro de 2015, portanto durante a vigência do contrato não sofrerão nenhum tipo de reajuste ou reequilíbrio. Após o prazo estabelecido, caso haja prorrogação do contrato, os preços dos serviços ora contratados poderão ser reajustados pelo INPC médio acumulado do dos últimos 12 (doze) meses, caso haja interesse do município.

7 -VIGENCIA:

7.1 - O presente objetivo é a celebração de contrato, para realização dos serviços citados, tendo sua vigência a partir da assinatura do contrato de credenciamento, e tendo como prazo final o dia 31 de Dezembro de 2015, podendo ser renovado por mais 12 meses reajustado pelo INPC médio acumulado do dos últimos 12 (doze) meses, caso haja interesse do município.

7.2 - O credenciamento das pessoas físicas, ou empresas interessadas que preencham as condições mínimas estabelecidas no presente edital, será do dia 01 de fevereiro de 2015 até dia 15 de fevereiro poderá ocorrer no horário das 07h00min às 13h00min de Segunda á Sexta- Feira junto ao Centro Administrativo Municipal de São Miguel da Boa Vista, no Setor de Compras.

8 - 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.

Após o credenciamento, a Administração Municipal no prazo de até 05 (cinco) dias, convocará a(s) empresa(s) credenciada(s) para 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;

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, 30 de janeiro de 2015.

GILNEI ANTONIO GUTH Prefeito Municipal	EDSON CESAR RIGOTTI Presidente da CML	GILBERTO JOSE MIORANDO Assessor Jurídico
---	--	---

Secretaria Municipal de Saúde
Responsável pelo Setor

EDITAL DE CHAMAMENTO/CREDENCIAMENTO PÚBLICO Nº. 01/2015.

ANEXO I**TABELA DE VALORES e DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS:**

ITEM	UND.	DESCRIÇÃO DO OBJETO	VALOR UNITARIO MAXIMO
01	SERVIÇO	SERVIÇOS DE CONSULTA ESPECIALIZADA EM PSQUIATRIA	R\$ 150,00
02	SERVIÇO	SERVIÇOS DE CONSULTA ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA	R\$ 150,00
03	SERVIÇO	SERVIÇOS DE CONSULTA ESPECIALIZADA EM ENDOCRINOLOGIA	R\$ 150,00
04	SERVIÇO	SERVIÇOS DE CONSULTA ESPECIALIZADA COM CIRURGIÃO VASCULAR	R\$ 150,00
05	SERVIÇO	SERVIÇOS DE CONSULTA ESPECIALIZADA EM REUMATOLOGIA	R\$ 150,00
06	SERVIÇO	SERVIÇOS DE CONSULTA ESPECIALIZADA EM INFECTOLOGIA	R\$ 150,00
07	SERVIÇO	SERVIÇOS DE CONSULTA ESPECIALIZADA EM DEMARTOLOGIA	R\$ 150,00
08	SERVIÇO	SERVIÇOS DE CONSULTA ESPECIALIZADA EM UROLOGIA	R\$ 150,00
09	SERVIÇO	SERVIÇOS DE CONSULTA ESPECIALIZADA EM ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	R\$ 150,00
10	SERVIÇO	SERVIÇOS DE CONSULTA ESPECIALIZADA EM GASTROENTEROLOGIA	R\$ 150,00
11	SERVIÇO	SERVIÇOS DE CONSULTA ESPECIALIZADA PARA CIRURGIAS GERAIS	R\$ 150,00
12	SERVIÇO	SERVIÇOS DE CONSULTA ESPECIALIZADA EM NEUROLOGIA	R\$ 150,00
13	SERVIÇO	SERVIÇOS DE CONSULTA ESPECIALIZADA EM PROCTOLOGIA	R\$ 150,00
14	SERVIÇO	SERVIÇOS DE CONSULTA ESPECIALIZADA EM CARDIOLOGIA	R\$ 150,00
15	SERVIÇO	SERVIÇOS DE CONSULTA ESPECIALIZADA EM PEDIATRIA	R\$ 150,00
16	SERVIÇO	SERVIÇOS DE CONSULTA ESPECIALIZADA EM OTORRINOLARINGOLOGIA	R\$ 150,00

17	SERVIÇO	SERVIÇOS DE CONSULTA PARA AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTESICA	R\$ 150,00
18	SERVIÇO	SERVIÇOS DE CONSULTA ESPECIALIZADA EM PNEUMOLOGIA	R\$ 150,00
19	SERVIÇO	SERVIÇOS DE CONSULTA ESPECIALIZADA COM CIRURGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO	R\$ 150,00

ANEXO II

MODELO DE 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 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 com um valor de R\$, e que atenderemos a demanda exigida pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Miguel da Boa Vista, de acordo com as solicitações do município.

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

Nome do Responsável

CNPJ/CPF