



Prefeitura Municipal da Estância Turística de Paraguaçu Paulista

Av. Siqueira Campos, 1430 – Centro – Praça Jornalista Mário Pacheco - CEP. 19.700-000 - Fone: (18) 3361-9100
CNPJ 44.547.305/0001-93 - Estância Turística de Paraguaçu Paulista - Estado de São Paulo

11

1

EDITAL CHAMADA PUBLICA Nº 004/2020 PROCESSO Nº 056/2020 EDITAL Nº 020/2020

Chamamento Público para credenciamento de serviços médicos (neurologia), para realização de consultas.

A **PREFEITA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE PARAGUAÇU PAULISTA**, no uso de suas atribuições legais, comunica aos interessados que está procedendo ao CHAMAMENTO PÚBLICO e apresentação de documentos, **no período do dia 06/03/2020 até o dia 30/03/2020, no horário das 09:00 horas às 10:30 horas e das 13:30 horas às 16:00 horas nos dias de expediente**, na Prefeitura Municipal de Paraguaçu Paulista, sito à Rua Polidoro Simões, 533, Departamento de Licitações para fins de **CRENCIAMENTO DE SERVIÇOS MÉDICOS**, com pagamento de consulta a pessoas jurídicas ou físicas da seguinte especialidade, quantidades estimadas mensais e valor por procedimento:

Consulta Médica em Atenção Especializada	Quant. mês	Valor Unitário tabela SUS	Quant. Ano	Valor Mês	Valor Ano
Médico Neurologista	200	R\$ 10,00	2.400	2.000,00	24.000,00

JUSTIFICATIVA: A contratação se faz necessária para suprir as necessidades da população do Município usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), atendidos em Serviços na Rede Básica de Saúde.

I - CONDIÇÕES PARA CREDENCIAMENTO

As pessoas jurídicas ou físicas interessadas em prestar os serviços Médicos no Município de Paraguaçu Paulista, deverão apresentar os seguintes documentos, em original ou por cópia autenticada em tabelionato ou pelo(s) servidor(es) encarregado(s) da recepção da Prefeitura Municipal.

II - DOCUMENTOS PARA PESSOAS JURÍDICAS

1. Contrato social devidamente registrado na Junta Comercial do Estado ou no Cartório de Títulos e Documentos, onde conste, dentro dos seus objetivos, a prestação dos serviços acima indicado;
2. Cartão do CNPJ;
3. Certidão de regularidade de débito com o Município sede do estabelecimento;
4. Certidão regularidade de débito com o INSS;
5. Certidão regularidade de débito com o FGTS;
6. Certidão regularidade de Débitos Trabalhista perante a Justiça do Trabalho.
7. Registro no Conselho Regional de Medicina
8. *Curriculum Vitae*;
9. Declaração de capacidade de atendimento, dos recursos físicos, materiais e humanos a serem disponibilizados para atendimento do serviço a ser credenciado.



Prefeitura Municipal da Estância Turística de Paraguaçu Paulista

*Av. Siqueira Campos, 1430 – Centro – Praça Jornalista Mário Pacheco - CEP. 19.700-000 - Fone: (18) 3361-9100
CNPJ 44.547.305/0001-93 - Estância Turística de Paraguaçu Paulista - Estado de São Paulo*

22

2

10. Declaração que não possui em seu quadro societário servidor público da ativa, ou empregado de empresa pública ou de sociedade de economia mista, conforme **(Anexo I)**.

III - DOCUMENTOS PARA PESSOAS FÍSICAS

1. Declaração de compromisso de Prestação e de disponibilidade de carga horária, compatível com a conveniência dos usuários do SUS, considerando-se o horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde do Município, das 7:00h às 17:00h.

2. Carteira de identidade;

3. CPF;

4. *Curriculum Vitae*;

5. Certidão de regularidade de débito com o Município de domicílio do interessado;

6. Comprovantes de recolhimento do INSS como contribuinte individual dos últimos 12 (doze) meses ou do período de contribuição quando esse for inferior a 12 meses;

7. Registro no Conselho Regional de Medicina;

8. Descrição de capacidade de atendimento, dos recursos físicos, materiais e humanos a serem disponibilizados para atendimento do serviço a ser credenciado.

9. Declaração que não possui em seu quadro societário servidor público da ativa, ou empregado de empresa pública ou de sociedade de economia mista, conforme **(Anexo I)**.

IV - CONDIÇÕES PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

1. O Município reserva-se o direito de fiscalizar, de forma permanente, a prestação dos serviços pelos credenciados, podendo proceder ao descredenciamento, em caso de má prestação, verificada em processo administrativo específico, com garantia do contraditório e da ampla defesa;

2. O credenciamento configurará uma relação contratual de prestação de serviços;

3. O teto-máximo de consultas mês, para pessoa jurídica ou física, corresponderá à divisão da quantidade de procedimentos constante do preâmbulo pelo número de empresas ou profissionais devidamente habilitados no presente procedimento;

V - DO PAGAMENTO

1. O pagamento pelos serviços prestados pelo credenciado será efetuado mensalmente, **até o 5º dia útil subsequente** à prestação dos serviços tendo em conta o número de procedimentos efetivamente realizados por encaminhamento do Município, multiplicado pelo valor constante no preâmbulo.

2. O pagamento somente será efetuado mediante apresentação de documento fiscal idôneo.



Prefeitura Municipal da Estância Turística de Paraguaçu Paulista

*Av. Siqueira Campos, 1430 – Centro – Praça Jornalista Mário Pacheco - CEP. 19.700-000 - Fone: (18) 3361-9100
CNPJ 44.547.305/0001-93 - Estância Turística de Paraguaçu Paulista - Estado de São Paulo*

33

3

VI - DO PESSOAL DO CREDENCIADO e CONDIÇÕES PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

1. É de responsabilidade exclusiva e integral do credenciado a utilização de pessoal para execução dos respectivos procedimentos, incluídos encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações, em nenhuma hipótese, poderão ser transferidos para o Município.
2. Para o atendimento dos médicos será disponibilizado as Unidades Básicas de Saúde, tendo em vista a necessidade de uso dos prontuários e ainda a impossibilidade de transferência dos mesmos para outros endereços, considerando ainda que as unidades de Saúde tem localização bastante conhecida e de fácil acesso a população;
3. O controle dos atendimentos será feito pelo Departamento Municipal de Saúde, a qual determinará os serviços de acordo com os recursos disponíveis.
4. Atendimento de segunda à sexta-feira, de acordo com agendamento realizado pelo Departamento de Saúde.
5. Efetuar visita domiciliar, quando necessário.
6. Quando necessário, acompanhar os seus pacientes que necessitarem de internação na Santa Casa de Misericórdia de Paraguaçu Paulista.
7. O Município reserva-se o direito de fiscalizar, de forma permanente, a prestação dos serviços pelos credenciados, podendo proceder ao descredenciamento, em casos de má prestação, verificada em processo administrativo específico, com garantia do contraditório e da ampla defesa;

VII - FORMALIZAÇÃO

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

VIII - INFORMAÇÕES

Maiores informações poderão ser obtidas junto à Prefeitura Municipal de Paraguaçu Paulista, setor de licitações, no Paço Municipal, a Rua Polidoro Simões, 533. Informações poderão ser obtidas ainda através do fone (xx18 3361-9100) ramal 9109.

Estância Turística de Paraguaçu Paulista, 06 de março de 2020.

Almira Ribas Garms
Prefeita Municipal



Prefeitura Municipal da Estância Turística de Paraguaçu Paulista

*Av. Siqueira Campos, 1430 – Centro – Praça Jornalista Mário Pacheco - CEP. 19.700-000 - Fone: (18) 3361-9100
CNPJ 44.547.305/0001-93 - Estância Turística de Paraguaçu Paulista - Estado de São Paulo*

44

4

ANEXO I

DECLARAÇÃO

A empresa _____, com sede na cidade de _____, Estado de _____, na Rua _____, inscrita no CNPJ sob nº _____, Inscrição Estadual nº _____, neste ato representado por _____, DECLARA, para devido fins, que não possui em seu quadro societário servidor público da ativa, ou empregado de empresa pública ou de sociedade de economia mista.

Paraguaçu Paulista, de....de 2020.

Empresa
Nome, RG. – representante legal
(carimbo da empresa)



MINUTA CONTRATO

TERMO DE CREDENCIAMENTO N.º/2020

Termo de credenciamento de serviços médicos (neurologia), para realização de consultas.

A **PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE PARAGUAÇU PAULISTA**, Estado São Paulo, pessoa jurídica de direito público, com sede a Av. Siqueira Campos nº 1.430, inscrita no CNPJ sob o nº44.547.305/0001-93, representada neste ato pela Prefeita Municipal **Sra. Almira Ribas Garms**, residente à Av. Paraguaçu, n.º 784, Centro, portadora da Cédula de Identidade RG. n.º 5.878.173-0 e do CPF n.º 110.722.998-79, doravante denominado **CREDCIANTE**, e, inscrito no CNPJ/MF n.º....., doravante denominado **CREDCIADA**, têm justo e acordado este Termo de Credenciamento conforme Processo de n.º e de conformidade com o art. 25 da Lei n.º 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações e mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO E VALOR

O presente termo tem por objeto a prestação dos serviços médicos com valor previamente definido, como segue:

Consulta Médica em Atenção Especializada	Quant. mês	Valor Unitário tabela SUS	Quant. Ano	Valor Mês	Valor Ano
Médico Neurologista	200	R\$ 10,00	2.400	2.000,00	24.000,00

CLÁUSULA SEGUNDA – DO PRAZO

O prazo de vigência do credenciamento será de **12 (doze) meses**, podendo ser prorrogado, por interesse do **CREDCIANTE** e anuência da **CREDCIADA** até o limite de sessenta meses (art. 57, II, da Lei n.º 8.666-93).

CLÁUSULA TERCEIRA – DA FORMA E DO PRAZO DO PAGAMENTO

Os serviços contratados por este Termo serão pagos, de acordo com o número de atendimentos, tendo com referência os valores descritos na Cláusula Primeira e, para o pagamento, a **CREDCIADA** deverá apresentar a nota fiscal de serviço, acompanhada das “ordens de serviço” e visada pela fiscalização do **CREDCIANTE**, no primeiro dia útil do mês subsequente ao da prestação dos serviços, para se efetivar aquele no prazo de **cinco dias úteis seguintes**.

CLÁUSULA QUARTA – DAS CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO

I – O credenciamento caracteriza uma relação contratual de prestação de serviços médicos;

II – A **CREDCIADA** deverá manter durante a vigência deste Termo as condições de habilitação exigidas para a sua celebração;

III – é de responsabilidade exclusiva e integral da **CREDCIADA** a utilização de pessoal para a execução dos respectivos procedimentos, incluídos encargos trabalhistas, previdenciários, sociais e fiscais resultantes de vínculo empregatício ou comerciais;

IV – É vedado da **CREDCIADA** transferência dos direitos e obrigações decorrentes desse Termo;

V - Para o atendimento dos médicos será disponibilizado as Unidades Básicas de Saúde, tendo em vista a necessidade de uso dos prontuários e ainda a impossibilidade de transferência dos mesmos para outros endereços, considerando ainda que as unidades de Saúde tem localização bastante conhecida e de fácil acesso a população;

VI - O controle dos atendimentos será feito pelo Departamento Municipal de Saúde, a qual determinará os serviços de acordo com os recursos disponíveis.



Prefeitura Municipal da Estância Turística de Paraguaçu Paulista

Av. Siqueira Campos, 1430 – Centro – Praça Jornalista Mário Pacheco - CEP. 19.700-000 - Fone: (18) 3361-9100
CNPJ 44.547.305/0001-93 - Estância Turística de Paraguaçu Paulista - Estado de São Paulo

66

6

VII - Atendimento de segunda à sexta-feira, de acordo com agendamento realizado pelo Departamento de Saúde.

VIII - Efetuar visita domiciliar, quando necessário.

IX - Quando necessário, acompanhar os seus pacientes que necessitarem de internação na Santa Casa de Misericórdia de Paraguaçu Paulista.

X - O Município reserva-se o direito de fiscalizar, de forma permanente, a prestação dos serviços pelos credenciados, podendo proceder ao descredenciamento, em casos de má prestação, verificada em processo administrativo específico, com garantia do contraditório e da ampla defesa;

CLÁUSULA QUINTA – da fiscalização

O **CREDECIANTE** realizará, subsidiariamente, fiscalização dos serviços decorrentes desse Termo ficará a cargo do Departamento Municipal da Saúde, que designará servidor para tanto, não excluindo ou restringindo a responsabilidade da **CREDECIADA** na prestação dos serviços, objeto desse Termo.

CLÁUSULA SEXTA – do reajuste

O presente ajuste será reajustado anualmente, conforme IPCA.

CLÁUSULA SÉTIMA – da rescisão

A rescisão deste Termo poderá se dar numa das seguintes hipóteses:

a) pela ocorrência de seu termo final;

b) por solicitação da **CREDECIADA**;

c) por acordo entre as partes;

d) unilateral, pela **CREDECIANTE**, após o devido processo legal, no caso de descumprimento de condição estabelecida no edital ou Termo de Credenciamento.

CLÁUSULA OITAVA – dos recursos orçamentários

As despesas decorrentes da execução do objeto do presente CONTRATO, no valor de **R\$** (.....), correrão à conta do orçamento da CONTRATANTE, com recursos próprio, consignados através dos seguintes elementos:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DA DESPESA
384	Outros Serviços Pessoa Jurídica

CLÁUSULA NONA – do foro

Fica eleito o foro da Comarca sede do Município **CREDECIANTE** para dirimir as dúvidas 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.

Estância Turística de Paraguaçu Paulista, ... de ... de 2020.

Prefeitura Municipal de Paraguaçu Paulista - **CREDECIANTE**

Almira Ribas Garms

Prefeita Municipal

..... – **CREDECIADA**

.....

.....

TESTEMUNHAS:

A)

R.G.

B)

R.G.



Prefeitura Municipal da Estância Turística de Paraguaçu Paulista

Av. Siqueira Campos, 1430 – Centro – Praça Jornalista Mário Pacheco - CEP. 19.700-000 - Fone: (18) 3361-9100
CNPJ 44.547.305/0001-93 - Estância Turística de Paraguaçu Paulista - Estado de São Paulo

77

7

ANEXO LC-01 - TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

(Contratos)

CONTRATANTE: _____
CONTRATADO: _____
CONTRATO Nº (DE ORIGEM): _____
OBJETO: _____
ADVOGADO (S)/ Nº OAB: (*) _____

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:

- a) o ajuste acima referido estará sujeito a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
- b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;
- c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
- d) Qualquer alteração de endereço – residencial ou eletrônico – ou telefones de contato deverá ser comunicada pelo interessado, peticionando no processo.

2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:

- a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
- b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

LOCAL e DATA: _____

GESTOR DO ÓRGÃO/ENTIDADE:

Nome: _____
Cargo: _____
CPF: _____ RG: _____
Data de Nascimento: ____/____/____
Endereço residencial completo: _____
E-mail institucional: _____
E-mail pessoal: _____
Telefone(s): _____

Assinatura: _____

Responsáveis que assinaram o ajuste:



Prefeitura Municipal da Estância Turística de Paraguaçu Paulista

Av. Siqueira Campos, 1430 – Centro – Praça Jornalista Mário Pacheco - CEP. 19.700-000 - Fone: (18) 3361-9100

CNPJ 44.547.305/0001-93 - Estância Turística de Paraguaçu Paulista - Estado de São Paulo

88

8

Pelo CONTRATANTE:

Nome: _____

Cargo: _____

CPF: _____ RG: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço residencial completo: _____

E-mail institucional _____

E-mail pessoal: _____

Telefone(s): _____

Assinatura: _____

Pela CONTRATADA:

Nome: _____

Cargo: _____

CPF: _____ RG: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço residencial completo: _____

E-mail institucional _____

E-mail pessoal: _____

Telefone(s): _____

Assinatura: _____

Advogado:

(*) Facultativo. Indicar quando já constituído, informando, inclusive, o endereço eletrônico.