**PROCESSO LICITATÓRIO Nº 02/2016**

**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2016**

O **MUNICÍPIO DE CUNHATAÍ**, Estado de Santa Catarina, através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, com sede na Rua João Sehnem nº187, Centro, inscrito no CNPJ sob nº 11.403.739/0001-60, neste ato representado pelo Prefeito Municipal Sr. Marcos Antônio Theisen, inscrita no CPF sob nº. 477.305.289-91, residente e domiciliada neste Município, Estado de Santa Catarina, doravante denominado de **CONTRATANTE**, faz saber através do presente Edital de CREDENCIAMENTO PÚBLICO que, estará efetuando o CREDENCIAMENTO, dos interessados em prestar os serviços constantes no objeto deste Edital. Maiores informações encontram-se a disposição dos interessados no horário das 07h30min às 11h30min e das 13h00min às 17h00min, no Centro Administrativo Municipal de Cunhataí, sito a Av. 29 de Setembro, 450, Centro, Cunhataí – SC.

**1 - OBJETO**

Este Edital tem por objetivo credenciar Pessoas Físicas e/ou Jurídicas para **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATÓRIAIS CONFORME NECESSIDADE DO DEPTO DE SAÚDE Á POPULAÇÃO DE CUNHATAÍ.**

**2. DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO .**

2.1 - O processo de credenciamento é regido pela Lei Federal nº 8.666, de 1993, com suas posteriores modificações, pela Lei nº 9.380, de 18 de dezembro de 1986, de forma subsidiária, pelo Decreto nº 42.897, de 17 de setembro de 2002, pelo Decreto nº 44.405 de 07 de novembro de 2006 e demais legislações pertinentes, aplicando-se, no que couberem, os princípios gerais de direito público, suplementados pelo direito privado.

2.2 – Poderão participar deste edital todas as pessoas físicas ou jurídicas que comprovem sua especialização nas áreas Licitadas;

**3 - DO CREDENCIAMENTO**

3.1 - Os interessados que desejarem efetuar o credenciamento deverão obrigatoriamente apresentar os documentos, em original ou por cópia autenticada.

**3.1.1 - 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).
* Cópia da Carteira de Identidade e Cópia do CPF;
* CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO (Certidão de quitação de tributos e contribuições federais administrados pela Secretaria da Receita Federal);
* 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;
* Declaração ART. 27- Inciso V da Lei 8.666/93.
* Declaração de que concorda com a prestação dos serviços (conforme modelo anexo II deste Edital);
* Certificado de conclusão do curso de nível superior do profissional que responderá pela execução dos serviços;
* Comprovação de inscrição no respectivo órgão de classe;

 MUNICÍPIO DE CUNHATAÍ-FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

 PROCESSO LICITATÓRIO Nº02/2016

 CREDENCIAMENTO N° 01/2016

 IDENTIFICAÇÃO DO PROPONENTE:

 CNPJ:

 DATA DE ENTREGA:

**4 - DO JULGAMENTO**

4.1 - Os documentos relativos à habilitação serão analisados primeiramente pela Comissão de Licitações.

4.2 - **Os prestadores interessados em participar do credenciamento que trata este Edital, deverão encaminhar todos os documentos enumerados no item 3.1 até 15/03/2016.**

**5 - DO VALOR E DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

**5.1 - O valor a ser pago pelo Município ficará fixo por exame conforme tabela de itens (anexo I).**

5.2 – Os exames serão realizados na empresa fornecedora conforme necessidade do município, e mediante Autorização da Secretaria Municipal de Saúde.

**6 - FORMA DE PAGAMENTO E REAJUSTE:**

6.1 - Os pagamentos somente serão realizados, em até 20 (vinte) dias após a emissão da Nota Fiscal Eletrônica – NF-e, mediante:

a) Solicitação de exames emitida pela Secretaria Municipal de Saúde, constando o nome dos pacientes Atendidos;

b) Emissão de Nota Fiscal de Prestação de Serviços;

c) Os valores serão pagos ao(à) CREDENCIADO(A), mediante depósito em conta corrente de titularidade do(a) Credenciado(a), após a realização dos procedimentos;

d) Não se admitirá qualquer acréscimo, estando incluídos no mesmo todas as despesas e custos, diretos e indiretos, como também os lucros do(a) CREDENCIADO(A).

e) Os valores unitários poderão ser reajustados a cada 12 (doze) meses, pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor - INPC, ou por outro que venha a substituí-lo.

f) A recomposição dos preços unitários em razão de desequilíbrio econômico-financeiro do Contrato somente poderá ser dada se a sua ocorrência era imprevisível no momento da contratação, e se houver a efetiva comprovação do aumento pelo(a) CREDENCIADO(A) (requerimento, planilha de custos e documentação de suporte).

**7 - DA VIGÊNCIA E DA RESCISÃO DOS CONTRATOS DE CREDENCIAMENTOS**

7.1 - O prazo do Contrato vigorará da data de sua assinatura até **31 de dezembro de 2016**, podendo ser prorrogado por iguais períodos até atingir 60 (sessenta) meses, nos termos do art. 57, II, da Lei nº 8.666/93.

7.2 A rescisão poderá ocorrer a qualquer momento, em defesa do interesse público ou pelo descumprimento de quaisquer das cláusulas contratadas.

 **8 - DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

Para contratação do objeto desta licitação os recursos previstos ocorrerão pelo orçamento atual vigente.

**9 - DA ASSINATURA DO TERMO DE CREDENCIAMENTO.**

Após o credenciamento, a Administração Municipal no prazo de até 5 (cinco) dias, convocará os(as) credenciados(as) 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 - O(A) credenciado(a) que se recusar a executar os serviços ora credenciados, 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 exames a serem executados;

 Anexo II - Declaração de que concorda na prestação dos serviços;

 Anexo III - Minuta do Termo de Credenciamento.

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 07h30min às 11h30min e das 13h00min às 17h00min, através dos telefones (49) 3338.0010, ou pessoalmente (Av. 29 de Setembro, 450, Centro, Cunhataí - SC) junto ao Centro Administrativo Municipal.

CUNHATAÍ - SC, 22 de Fevereiro de 2016.

MARCOS ANTÔNIO THEISEN

PREFEITO MUNICIPAL

**ANEXO I**

**(LISTA COM OS EXAMES)**

|  |
| --- |
| DESCRIÇÃO DOS EXAMES |
| COLECISTECOMIAS |
| HISTERECTOMIAS, |
| HERNIORRAFIAS INGUINAIS |
| HERNIORRAFIAS INCISIONAIS |
| HERNIORRAFIAS UMBILICAIS, EPIGASTRICAS |
| HERNIORRAFIAS CRURAIS |
| PERINEOPLASTIAS ANTERIORES |
| PERINEOPLASTIAS POSTERIORES |
| TIREOIDECTOMIAS |
| OOFORECTOMIAS,  |
| HEMORROIDECTOMIAS |
| TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES |
| RESSEÇÕES DE TUMORES DE PELE COM RECONSTRUÇÃO RETALHOS MIOCUTANEOS OU ENXERTOS  |
| RESSECÇÕES CANCER DE PELE ( FACE PRINCIPLAMENTE QUE SAO ENCAMINHADOS PARA OUTROS SERVIÇOS E PODEM SER REALIZADOS EM PALMITOS) |
| VASECTOMIA |
| **DEPARTAMENTO CABEÇA E PESCOÇO:** |
| TIREOIDECTOMIA PARCIAL |
| TIREOIDECTOMIA TOTAL |
| PARATIREOIDECTOMIA |
| PAROTIDECTOMIA PARCIAL COM PRESERVAÇÃO NERVO FACIAL |
| PAROTIDECTOMIA TOTAL COM PRESERVAÇÃO NERVO FACIAL |
| LINFADENECTOMIAS CERVICAIS |
| ESVAZIAMENTOS LINFONODAIS CERVICAIS |
| RESSECÇÃO DE TUMOR GLANDULA SUBMANDIBULAR |
| RESSECÇÃO DE NÓDULOS CERVICAIS |
| EXANTERAÇÃO DE ÓRBITA |
| RESSECÇÃO DE CISTO BRANQUIAL |
| RESSECÇÃO TUMORES PAVILHAO AURICULAR |
| RESSECÇÃO DE TUMORES FACIAIS COM RECONSTRUÇÃO COM ENXERTOS |
| RESSECÇÃO DE TUMORES FACIAIS COM RECONSTRUÇÃO COM RETALHOS PELE E MIOCUTÂNEOS ( INUMEROS TIPOS DE RETALHOS FACIAIS) |
| GLOSSECTOMIAS PARCIAL |
| LARINGECTOMIAS RESSECÇÃO ALARGADA DE PARTE MOLES ( OROFARINGE, NASOFARINGE, HIPOFARINGE),MANDIBULECTOMIA, GLOSSECTOMIA TOTAL, PROVAVELMENTE NECESSITAM DE SUPORTE AVANÇADO PARA ESSES PROCEDIMENTOS,SENDO NO MOMENTO ENCAMINHADO PARA OUTRO SERVIÇO ATÉ AMPLIAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO HOSPITALAR) |
| **DEPARTAMENTO DE MAMA** |
| BIOPSIA INCISIONAL DE MAMA |
| DRENAGEM ABSCESSO DE MAMA |
| EXERESE DE LESAO DE MAMA  |
| NODULECTOMIA MAMÁRIA |
| LINFADENECTOMIA AXILAR  |
| MASTECTOMIA RADICAL OU RADICAL MODIFICADA  |
| MASTECTOMIA SIMPLES |
| QUADRANTECTOMIA MAMÁRIA COM OU SEM LINFADENECTOMIA AXILAR |
| **CIRURGIAS LINFÁTICAS** |
| LINFADENECTOMIA INGUINAL  |
| LINFADENECTOMIA ILÍACA |
| LINFADENECTOMIA CERVICAL |
| LINFADENECTOMIA PÉLVICA |
| LINFADENECTOMIA RETROPERITONIAL |
| **DEPARTAMENTO APARELHO DIGESTIVO** |
| ESOFAGECTOMIA DISTAL COM TORACOTOMIA (SEM CONDIÇÕES PARA REALIZAR ATUALMENTE SEM UTI) |
| ESOFAGOGASTRECTOMIA COM OU SEM TORACOTOMIA (SEM CONDICÕES ATUALMENTE SEM UTI) |
| GASTRECTOMIA PARCIAL  |
| GASTRECTOMIA PARCIAL COM LINFADENECTOMIA |
| GASTRECTOMIA TOTAL |
| GASTRECTOMIA TOTAL COM LINFADENECTOMIA |
| GASTROSTOMIA |
| DEGASTRESTOMIA |
| ANASTOMOSE GASTRODUODENAIS |
| PILOROPLASTIA |
| GASTRECTOMIA PARCIAL COM VAGOTOMIA |
| GASTRECTOMIA PARCIAL SEM VAGOTOMIA |
| ANASTOMOSE BILEO-DIGESTIVA |
| JEJUNOSTOMIA ALIMENTAR |
| JEJUNOSTOMIA EVACUADORA |
| COLECTOMIA PARCIAL COM LINFADENECTOMIA |
| COLECTOMIA PARCIAL SEM LINFADENECTOMIA |
| ILEOCOLECTOMIA DIREITA EXTENDIDA |
| ILEOCOLECTOMIA  |
| HEMICOLECTOMIA DIREITA |
| HEMICOLECTOMIA ESQUERDA EXTENDIDA |
| RETOSSIGMOIDECTOMIA |
| RETOSSIGMOIDECTOMIA COM LINFADENECTOMIA PELVICA |
| AMPUTAÇÃO ABDOMINO-PERINAL |
| COLOSTOMIA EM ALÇA |
| COLOSTOMIA EM DUPLA BOCA |
| COLOSTOMIA TERMINAL |
| HEMORROIDECTOMIA |
| RESSECÇÃO LESOES PERIANAIS |
| APENDICECTOMIA |
| ANORRECTOMIOMECTOMIA |
| RESSECÇÃO DE CISTO MESENTÉRIO |
| ENTEROANASTOMOSES |
| RESSECÇÃO DIVERTICULO DE MERKEL |
| COLECTOMIA TOTAL COM ILEO-RETO ANASTOMOSE |
| COLECTOMIA PARCIAL COM COLOSTOMIA |
| COLECTOMIA PARCIAL SEM COLOSTOMIA |
| COLECTOMIA TOTAL COM ILEOSTOMIA |
| COLECTOMIA TOTAL SEM ILEOSTOMIA PROTETORA |
| DISTORÇÃO DE VOLVO INTESTINAL |
| EXANTERAÇÃO PÉLVICA ANTERIOR |
| EXANTERAÇÃO PÉLVIA POSTERIOR |
| PROCTOCOLECTOMIA TOTAL |
| HEMORROIDECTOMIA |
| TRATSMENTO FISSURA ANAL |
| TRATAMENTO PROLAPSO RETAL  |
| PERINEOPLASTIA POSTERIOR |
| **FIGADO E VIAS BILIARES** |
| ABSCESSO HEPATICO- DRENAGEM CIRURGICA |
| HEPATECTOMIA |
| ANASTOMOSES BILEODIGESTIVAS INTRAHEPATICAS |
| BIOSIAS HEPATICAS |
| COLECISTECTOMIA |
| COLECISTOJEJUNOSTOMIA |
| HEPATORRAFIA COMPLEXA |
| LOBECTOMIA HEPATICA DIREITA (AVALIAR SUPORTE HOSPITALAR) |
| LOBECTOMIA HEPATICA ESQUERDA (AVALIAR SUPORTE HOSPITALAR) |
| RESSECÇÃO CISTOS HEPATICOS |
| NODULECTOMIA HEPATICA NAO ANATÔMICA |
| SEGMANETECTOMIA HEPATICA |
| TRISSEGMENTECTOMIA HEPATICA (AVALIAR SUPORTE HOSPITALAR) |
| **PANCREAS** |
| BIOPSIA PANCREATICA |
| ENUCLEAÇÃO TUMORES PANCREÁTIOS |
| PANCREATECTOMIA CORPO CAUDAL COM PRESERVAÇÃO DO BAÇO ( AVALIAR SUPORTE HOSPITALAR) |
| PANCREATECTOMIA PARCIAL |
| PANCREATORRAFIA |
| PANCREATOENTEROSTOMIA |
| **BAÇO** |
| ESPLENECTOMIA PARCIAL |
| ESPLENECTOMIA  |
| ESPLENORAFIA |
| **CAVIDADE ABDOMINAL, PAREDE ABDOMINAL, PERINEO.** |
| DRENAGEM ABSCESSO PERINEAL |
| BIOPSIA PAREDE ABDOMINAL |
| RESSECÇÃO CISTO SACRO-COCCIGEO |
| TRATAMENTO DIASTASE DE RETO ABDOMINAIS |
| HERNIORRAFIA INGUINAL |
| HERNIORRAFIA INGUINO- ESCROTAL |
| HERNIORRAFIA UMBILICAL |
| HERNIA INCISIONAL |
| HERNIORRAFIA RECIDIVANTE |
| PARACENTESES  |
| RECONSTRUÇÃO PAREDE ABDOMINAL COM RETALHOS MUSCULARES  |
| RESSCÇÃO DE TUMORES DE PARTES MOLES OU CISTOS |
| NEFRECTOMIA TOTAL  |
| NEFRECTOMIA PARCIAL |
| PERINEOPLASTIA ANTERIOR  |
| HISTERECTOMIA TOTAL COM OU SEM ANEXECTOMIA  |
| HISTERECTOMIA PARCIAL COM OU SEM ANEXECTOMIA |
| OOFORECTOMIA |
| CONIZAÇÃO  |
| CURETAGEM UTERINA SEMIOTICA |
| ESTADIAMENTO CIRURGICO TUMOR DE OVARIO |
| MIOMECTOMIA |

**ANEXO II**

**MODELO**

**DECLARAÇÃO QUE CONCORDA NA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Ao

Município de Cunhataí

Fundo Municipal de Saúde

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 para manutenção das Atividades da Secretaria de Saúde pelo Item nº ............ com um valor de R$ ..............................., e que atenderemos a demanda exigida pela Administração Municipal de Palmitos, de acordo com as solicitações do município.

.........................................de........................................de 2016.

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

CPF:

**ANEXO III**

**MINUTA DE CONTRATO DE CREDENCIAMENT0 N° …....**

 O **MUNICÍPIO DE CUNHATAI**, Estado de Santa Catarina, através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, com sede na Av. 29 de Setembro, 450, Centro, inscrito no CNPJ sob nº 11.403.739/0001-60, neste ato representado pela Prefeito Municipal, Sr. Marcos Antônio Theisen, inscrita no CPF sob nº 477.305.289-91, residente e domiciliada neste Município, Estado de Santa Catarina, doravante denominado de CREDENCIANTE, e ................................................, estabelecido(a) na ....................., .................., ........................... - na cidade de ....................... - ....., inscrita no CPF ou CNPJ sob n° ........................................, neste ato representado por seu Sócio Administrador, Sr. .................................., brasileiro, do comércio, inscrito no CPF n° ................................., portador da Cédula de Identidade nº ..............................., doravante denominado(a) CREDENCIADO(A), resolvem de comum e com amparo legal na Lei 8.666/93, consolidada, Lei Orgânica Municipal, e Processo Licitatório nº 02/2016, na Modalidade de Credenciamento nº 01/2016, celebrar o presente contrato nas cláusulas e condições a seguir:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

O presente Contrato tem por objetivo credenciar Pessoas Jurídicas para **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATÓRIAIS CONFORME NECESSIDADE DO DEPTO DE SAÚDE Á POPULAÇÃO DE CUNHATAÍ.**

**CLÁUSULA SEGUNDA - DO VALOR**

2.1 - O valor a ser pago pelo Município será o valor fixado na lista de item.

**CLÁUSULA TERCEIRA - DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS E PRAZO**

3.1 - O(A) CREDENCIADO(A) deverá prestar os Serviços na sede da empresa, sendo que os serviços deverão se executados conforme necessidade do município, mediante apresentação de autorização emitida pelo depto de Saúde.

3.2 - O prazo do Contrato vigorará da data de sua assinatura até **31 de dezembro de 2014**, podendo ser prorrogado por iguais períodos até atingir 60 (sessenta) meses, nos termos do art. 57, II, da Lei nº 8.666/93.

**CLÁUSULA QUARTA - DA FORMA E DO PRAZO DO PAGAMENTO**

 4.1 - Os Serviços contratados por este Termo de Credenciamento serão pagos em até 20(vinte) dias após a emissão da nota dos serviços prestados conforme Ordem Cronológica de Empenho por DR de acordo com a quantidade de exames realizadas, e após o recebimento da Nota Fiscal Eletrônica – NF-e, acompanhada de relatório de procedimentos, mediante depósito na conta bancária do(a) CREDENCIADO(A).

**CLÁUSULA QUINTA - DAS CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO**

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

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

III - Todos os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do serviço serão de exclusiva responsabilidade do(a) Credenciado(a).

IV - É vedado:

a) fazer parte do quadro social ou de empregados do(a) CREDENCIADO(A), sob pena de rescisão deste Termo, servidor público, contratado sob qualquer título; ocupante de cargo eletivo ou com registro oficial de candidatura a cargo no Município CREDENCIANTE;

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

**CLÁUSULA SEXTA - DA FISCALIZAÇÃO**

6.1 - O CREDENCIANTE realizará, subsidiariamente, fiscalização dos serviços decorrentes desse Termo.

**CLÁUSULA SÉTIMA - DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

7.1 - Para contratação do objeto desta licitação os recursos previstos ocorrerão por conta Orçamento Anual Vigente.

**CLÁUSULA OITAVA - DA RESCISÃO**

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

 a) pela ocorrência de seu termo final;

 b) por solicitação do(a) CREDENCIADO(A);

 c) por acordo entre as partes;

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

**CLÁUSULA NONA - DO FORO**

 Fica eleito o foro da Comarca de São Carlos - SC, para dirimir as dúvidas oriundas deste Termo, quando não solvidas administrativamente.

 E, por estarem justos e acordados, assinam o presente Termo, em 3 (três) vias de igual teor e forma.

 Cunhataí (SC), ......... de ............ de 2016.

|  |  |
| --- | --- |
| MARCOS ANTONIO THEISENPREFEITO MUNICIPAL | CREDENCIADO(A) |