



Credenciamento



ESTADO DA BAHIA
Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE
CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 0001/2019

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 0041/2019

O Município de São Gabriel/BA, através do Fundo Municipal de Saúde - FUMSAUDE, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob o nº 13.816.024/0001-65, com sede no Largo da Pátria, nº 132, Centro, São Gabriel/BA, neste ato representado por seus Gestores o Sr. Hipólito Rodrigues Silva Gomes, Prefeito Municipal e a Srª Gerson da Rocha Machado Neto, Gestor do Fundo Municipal de Saúde, através da Comissão Permanente de Licitação, torna público, para o conhecimento dos interessados, que esta instaurando processo de CREDENCIAMENTO DE PESSOAS FÍSICAS E JURÍDICAS DA ÁREA MÉDICA, em conformidade com o disposto na Lei Federal nº. 8.666, de 21 de junho de 1993, e suas alterações, e estará recebendo a partir do dia **21/01/2019**, em sua sede, no horário de expediente, as inscrições de instituições de saúde e profissionais da área de saúde para posterior prestação de serviços, conforme previstos no Edital (**Anexo VIII**), visando o atendimento da população de São Gabriel/BA, conforme descrição e especificações seguintes:

1 – DO OBJETO:

1.1. O presente credenciamento tem por objetivo a Fixação de normas e regras prévias para cadastramento e posterior credenciamento/contratação de pessoas físicas e/ou jurídicas para prestação de serviços de: Médico(a) Avaliador/Autorizador de Internação Hospitalar (AIH), Médico(a) Ultrassonografista, Médico(a) Regulador do TFD, Médico(a) de UBSF, Médico(a) plantonista e Médico(a) Psiquiatra, visando o atendimento da população pelo período de 12 (doze) meses, no Hospital Municipal, nas Unidades de Saúde da Família e Centro de Especialidades de Saúde, deste município de São Gabriel/BA.

2 – DA CONDIÇÃO DE PARTICIPAÇÃO:

2.1. Poderão participar deste CREDENCIAMENTO as instituições de saúde e os profissionais da área de saúde que estiverem registrados nas entidades incumbidas da fiscalização do exercício profissional, que detenham habilitação para o exercício de alguma atividade na área da saúde, em conformidade com os anexos deste edital.

2.2. A participação neste CREDENCIAMENTO importa ao proponente na irrestrita aceitação das condições estabelecidas no presente Edital, e na tabela de valores de serviços da área de saúde aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde.

3 – DO CREDENCIAMENTO:

3.1. É facultado a todo profissional que preencher os requisitos mínimos fixados pela administração, requerer seu credenciamento, o que significará sua admissão a um cadastro de profissionais da área de saúde que ficará a disposição dos beneficiários.

3.2. O processo será realizado até o preenchimento suportável das vagas e/ou serviço público de saúde municipal, em conformidade com os quantitativos previstos no **Anexo VIII**, bem como a preferência da contratação conforme ordem sequencial de chegada para habilitarem-se ao procedimento legal para formalização do Credenciamento mediante a ata de recebimento dos documentos das partes interessadas, conforme **item 7** deste edital.

3.3. A inscrição no credenciamento **não garante a contratação do interessado** pelo Município de São Gabriel/BA, podendo, no entanto, vir a ser credenciado de acordo com a necessidade da Administração Municipal, bem como na oferta de serviços descritos no **Anexo VIII**, sendo formalmente avisado e convocado pela Secretaria Municipal de Saúde.

3.4. As instituições de saúde e os profissionais da área de saúde que tiverem suas inscrições deferidas, farão parte do cadastro de profissionais da saúde do Município e poderão ser contratados pela Administração Municipal.

3.5. A Administração Municipal poderá ainda constituir aumento de vagas para novos profissionais, excedendo o quantitativo de vagas e/ou serviços previstos neste edital, para provimento de futuros programas e/ou projetos ou ampliação dos já existentes.

4 - Do envelope

4.1. Os documentos necessários ao credenciamento, dentro do período definido neste edital, e a proposta a ele inerente serão disponibilizados em um envelope devidamente endereçado à Prefeitura Municipal da seguinte forma:

DOCUMENTOS PARA CREDENCIAMENTO 0001/20_____
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GABRIEL/BA – FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FUMSAUDE
LARGO DA PÁTRIA, 132, CENTRO,
CEP: 44.915-000

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000
Fone/Fax: (74) 3620-2122





ESTADO DA BAHIA
Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE
CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65

A/C: Comissão Permanente de Licitação

4.2. Deverá conter ainda a identificação completa do interessado (a), por meio de envelope timbrado ou através de impressão ou carimbo padronizado, conforme abaixo:

PESSOA JURÍDICA:

RAZÃO SOCIAL _____

End.: _____

CEP: _____ CNPJ _____

Nome do responsável legal _____

Fone: _____ Celular _____ E-mail _____

PESSOA FÍSICA:

NOME _____

End.: _____

CEP: _____ CPF _____

Fone: _____ Celular _____ E-mail _____

5 – DA PROPOSTA E DA SUA FORMA DE APRESENTAÇÃO

5.1 – A proposta de adesão deverá ser elaborada, preferencialmente em papel timbrado da proponente, ou com sua completa identificação, através de impressão ou por carimbo padronizado.

5.2 – Deve em tudo seguir o modelo que compõe este edital conforme o caso:

- a) Se Pessoa Física - médico (ANEXO II);
- b) Se Pessoa Jurídica – clínica médica (ANEXO III);

5.3 – Deve ser apresentada em língua nacional, isenta de rasuras, emendas ou entrelinhas, e ao final, deve ser datada e assinada pelo representante legal da proponente.

6 - DA DOCUMENTAÇÃO PARA HABILITAÇÃO:

6.1. Para habilitar-se ao credenciamento, os prestadores de serviços interessados deverão apresentar os seguintes documentos para cadastramento:

6.2. PRESTADOR DE SERVIÇOS - PESSOA JURÍDICA:

- a) Carteira de identidade e CPF do responsável técnico/administrativo/sócios;
- b) Documento de Identidade Profissional onde consta o número de inscrição junto à entidade profissional da área de atuação do responsável técnico/administrativo;
- c) Ato constitutivo da instituição proponente e suas alterações, devidamente registrada em Cartório;
- d) Cartão CNPJ;
- e) Certidão Negativa de Débito fornecida pela Receita Federal;
- f) Certidão Negativa de Débito fornecida pela Receita Estadual;
- g) Certidão Negativa de Débito fornecida pela Receita Municipal;
- h) Certificado de Regularidade do Recolhimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço;
- i) Certidão Negativa relativo a Débitos Trabalhistas (CNDT);
- j) Alvará de Funcionamento;
- k) Certificado de conclusão de curso: Diploma – devidamente registrado no órgão ou entidade competente;
- l) Certificado de registro de especialidade no respectivo conselho (se for o caso);
- m) Certidão que comprove adimplência/quitação de anuidade junto ao Conselho Regional da Categoria (se for o caso);
- n) Certidão negativa junto a Comissão de Ética do Conselho Regional a qual está submetido (se for o caso);
- o) Declaração de Entidade Filantrópica, (se for o caso);
- p) Carta de credenciamento, conforme modelo ANEXO IV; (se for o caso)
- q) Proposta conforme Anexo III deste edital;
- r) Declaração de ter conhecimento da tabela de serviços da área de saúde aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde de São Gabriel/BA, conforme modelo ANEXO I;
- s) Declaração de Atendimento ao Art 9º, Inciso III, da Lei 8.666/93 – conforme anexo V;
- t) Declaração de Atendimento ao Inciso XXXIII do Art. 7º da Constituição – conforme anexo VII;

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000
Fone/Fax: (74) 3620-2122





ESTADO DA BAHIA
Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE
CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65

6.3. PRESTADOR DE SERVIÇOS - PESSOA FÍSICA:

- a) RG (identidade civil);
- b) CPF – Cadastro de Pessoas Físicas no Ministério da Fazenda;
- c) Documento de Identidade Profissional onde consta o número de inscrição junto à entidade profissional da área de atuação;
- d) Comprovante de endereço atualizado;
- e) Curriculum vitae devendo constar endereços e telefones atuais;
- f) Certificado de conclusão de curso: Diploma – devidamente registrado no órgão ou entidade competente;
- g) Certificado de registro de especialidade no respectivo conselho (se for o caso);
- h) Certidão que comprove adimplência/quitação de anuidade junto ao Conselho Regional da Categoria;
- i) Certidão negativa junto a Comissão de Ética do Conselho Regional a qual está submetido;
- j) Carta de credenciamento, conforme modelo anexo IV, (se for o caso);
- k) Declaração de ter conhecimento da tabela de serviços da área de saúde aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde de São Gabriel/BA, conforme modelo Anexo I;
- l) Proposta conforme Anexo II deste edital;
- m) Declaração de Atendimento ao Artigo 9º, Inciso III, da Lei 8.666/93 – conforme anexo VI;
- n) Certidão Negativa de Débito fornecida pela Receita Federal;
- o) Certidão Negativa de Débito fornecida pela Receita Estadual;
- p) Certidão Negativa de Débito fornecida pela Receita Municipal;
- q) Certidão Negativa relativo a débitos Trabalhistas (CNDT).

6.4. Será considerado inabilitado a instituição ou profissional que deixar de apresentar documentação completa;

6.5. Os documentos relativos ao credenciamento deverão ser apresentados em original por publicação em órgão da Imprensa Oficial ou por qualquer processo de cópia devendo, neste último caso, serem autenticadas por tabelião ou apresentadas com os respectivos originais, para autenticação no ato da inscrição, pelas pessoas para este fim designadas.

7 – DA SELEÇÃO

7.1 – No decorrer do corrente ano, visando o atendimento das necessidades da coletividade e devido à impossibilidade de competição de preços e/ou títulos, a Administração Municipal, **selecionará e convocará dentre os cadastrados os que primeiro se habilitarem/cadastrarem**, notadamente àqueles em que exercerem as atividades da qual a mesma necessite. Além dos documentos exigidos na habilitação (Item 6.2) os cadastrados para serviços discriminados no anexo XI devem apresentar Certidão que comprove adimplência/quitação de anuidade do responsável técnico junto ao Conselho Regional da Categoria;

7.2 – Após a convocação e entrega da documentação solicitada atualizada, a Administração Pública/Fundo Municipal de Saúde formalizará o credenciamento dos profissionais, facultando-lhe o aumento na quantidade de vagas, bem como, a diminuição ou extinção delas.

8 - DO PREÇO/PAGAMENTO:

8.1. A administração municipal, oportunamente pagará aos credenciados (pessoa física ou jurídica) da área de saúde as faturas emitidas e atestadas pela Secretaria Municipal da Saúde, conforme valores constantes na tabela aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde de São Gabriel/BA, pelos serviços efetivamente prestados e comprovados através do quadro de frequência, das planilhas de produções de USG's, escalas de plantões, autorizações de internações hospitalares e autorizações para exames complementares auditados, etc.

9 – DA CARGA HORÁRIA

9.1 – Os CREDENCIADOS (AS) serão obrigados a prestar serviços dentro de suas aptidões técnico-profissionais, nos locais determinados e conforme carga horária especificadas nos respectivos contratos;

9.2 – Os CREDENCIADOS (AS) deverão obedecer à carga horária de acordo com as diretrizes de cada unidade de saúde, sendo:

- a) Hospital Municipal de São Gabriel: deverão prestar serviços em plantões de 12hs (doze horas) e/ou 24hs (vinte e quatro horas), nos dias de semana, feriados, sábados e domingos, de forma ininterrupta, conforme escala apresentada pela diretoria do Hospital;
- b) Médico(a) avaliador/autorizador de internação hospitalar: deverá prestar serviços em carga horária de 15hs (quinze horas) mensais;
- c) Médico(a) Ultrassonografista: deverá prestar serviços de USG's, nas instalações do Hospital Municipal, no quantitativo máximo de 200 unidades por mês;
- d) Médico(a) Psiquiatra: deverá prestar serviços de consultas, nas instalações do Centro de Especialidade em Saúde, no quantitativo máximo de 50 consultas por mês;

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000
Fone/Fax: (74) 3620-2122





ESTADO DA BAHIA
Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE
CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65

- e) Médico(a) Clínico(a) Geral: deverá prestar serviços de atendimento na UBSF Florentina F. de Jesus, no Distrito de Lagoinha, semanalmente de segunda à sexta-feira, no horário pré-estabelecido;
f) Médico(a) Clínico(a) Geral: deverá prestar serviços de atendimento na UBSF Izabel Zulmira, no Distrito de Bezouro, semanalmente de segunda à sexta-feira, no horário pré-estabelecido;

PARÁGRAFO ÚNICO – O profissional poderá se credenciar para mais de uma vaga ou serviço desde que atendidas as condições deste edital e, principalmente, haja compatibilidade de carga horária e/ou capacidade de execução do objeto.

10 – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS:

10.1. As instituições de saúde particulares e os profissionais que, sem justa causa, após credenciados, não cumprirem com as obrigações correspondentes ao atendimento aos beneficiários, ficarão sujeitos às penalidades previstas nos artigos 86 e 87 e seus parágrafos, da Lei n.º 8.666/93:

10.1.1. Advertência;

10.1.2. Multa de 2% (dois por cento) do valor da obrigação, nos casos de se negarem a cumprir com as obrigações assumidas expressa ou tacitamente, valor este atualizado até a data da sua liquidação através do mesmo índice de correção monetária utilizado para os serviços públicos municipais;

10.1.3. Cancelamento do credenciamento junto ao Cadastro da Administração Municipal, ficando impedido durante 05 (cinco) anos de participar de novos credenciamentos ou a sua contratação pelo poder público Municipal.

11 – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS:

11.1. As despesas resultantes destes procedimentos correrão a conta da dotação própria do orçamento da Secretaria Municipal de Saúde/FUMSAUDE, para o ano de 2019:

Órgão / Unidade: 02.09.02 Projeto / Atividade: 2.042 / 2.044 Elemento de Despesa: 3.3.9.0.36.00 / 3.3.9.0.39.00 Fonte: 02 / 14

12 – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS:

12.1. São partes integrantes do presente Edital:

Anexo I – Modelo de Declaração de Aceitação e Responsabilidade

Anexo II – Modelo de Proposta p/ Pessoa Física

Anexo III – Modelo de Proposta p/ Pessoa Jurídica

Anexo IV – Modelo de Credenciamento

Anexo V - Modelo de Declaração de atendimento ao artigo 9º, inciso III, da lei 8.666/93 - P. Jurídica

Anexo VI - Modelo de Declaração de atendimento ao artigo 9º, inciso III, da lei 8.666/93 - P. Física

Anexo VII – Modelo de Declaração de atendimento ao inciso XXXIII do art. 7º da constituição

Anexo VIII – Planilha de Descrição dos Serviços e Valores Estimados

Anexo IX – Modelo de Minuta de Contrato de Credenciamento – P. Física

Anexo X - Modelo de Minuta de Contrato de Credenciamento – P. Jurídica

12.2 O Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel/BA, através de sua Comissão Permanente de licitação na forma do disposto no § 3º do artigo 43, da Lei 8.666/1993 e alterações, reservam-se no direito de promover qualquer diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo relativo a esta licitação.

12.3 O Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel/BA, reserva-se o direito de revogar ou anular a presente licitação, no todo ou em parte, por interesse administrativo, vício, ilegalidade pelos licitantes, ressalvado o disposto no Parágrafo único do artigo 59 da Lei 8.666/1993, de ofício ou mediante provocação, bem como adiá-la ou prorrogar o prazo para o recebimento e abertura das propostas, descabendo em tais circunstâncias, quaisquer reclamações ou direito à indenização.

12.4. Os casos omissos no presente edital serão resolvidos pela Comissão Permanente de Licitação com base na Lei Federal n.º 8.666/93 de 21 de junho de 1993 e demais alterações.

12.5. Fica eleito o Foro da Comarca de Irecê, Estado da Bahia, para dirimir qualquer conflito ou litígio desta relação contratual celebrado entre as partes, com renúncia expressa a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

São Gabriel, Bahia, 21 de Janeiro de 2019.

Hipólito Rodrigues Silva Gomes
Prefeito Municipal

Gerson da Rocha Machado Neto
Gestor do FUMSAUDE

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000
Fone/Fax: (74) 3620-2122





ESTADO DA BAHIA
Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE
CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65

ANEXO I

DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO E RESPONSABILIDADE

À

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GABRIEL / FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FUMSAUDE

Ref.: Edital de Credenciamento nº 0001/20__

_____(nome do licitante), de acordo com o edital de Credenciamento nº 0001/20 ____, DECLARA que:

- a) Aceita as condições estabelecidas neste Edital;
- b) Tem pleno conhecimento da Tabela de valores apresentados e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde de São Gabriel/BA;
- c) Fornecerá qualquer documentação complementar que lhe for solicitada;
- d) Assume inteira responsabilidade pela prestação dos serviços e se sujeita a todas as condições do presente Edital;
- e) Responderá pela veracidade das informações constantes da documentação e proposta que apresentar;

_____, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do responsável/Carimbo

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000
Fone/Fax: (74) 3620-2122





ESTADO DA BAHIA
Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE
CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65

ANEXO II
(PESSOA FISICA - MÉDICO)

EDITAL CREDENCIAMENTO PÚBLICO Nº 0001/2019
PROPOSTA PARA CREDENCIAMENTO

Ao
Município de SÃO GABRIEL/BA
Comissão Permanente de Licitação

O interessado _____, nascido aos: ___/___/___, portador do RG nº _____ e do CPF nº _____, inscrito no CRM nº _____, residente e domiciliado à _____, nº _____, UF: _____, requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DA ÁREA MÉDICA, divulgado pelo Município de _____, objetivando a prestação de serviços médicos nos termos do Edital de Convocação divulgado à partir de 21 de Janeiro de 2019, conforme quantitativo e serviços abaixo propostos:

Table with 5 columns: ITENS, UNIDADE DE MEDIDA, SERVIÇOS MÉDICOS, VALOR UNITÁRIO, ESTIMATIVA ANUAL, VALOR MÁXIMO ANUAL. Includes a row for VALOR TOTAL.

*****ATENÇÃO: Escolher os serviços conforme tabela do Anexo VIII e preencher a tabela acima*****

DADOS PESSOAIS COMPLEMENTARES:

FILIAÇÃO:

Pai: _____

Mãe: _____

TELEFONES:

Comercial: () _____ Cel : () _____

E-mail _____

DADOS BANCÁRIOS:

Banco: _____ Agência: _____ Conta Corrente: _____

_____, ___ de _____ de 2019.

(assinatura do Médico)

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000
Fone/Fax: (74) 3620-2122





ESTADO DA BAHIA
Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE
CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65

ANEXO III
(PESSOA JURÍDICA - MÉDICO)

EDITAL CREDENCIAMENTO PÚBLICO Nº 0001/2019
PROPOSTA PARA CREDENCIAMENTO

Ao
Município de SÃO GABRIEL/BA
Comissão Permanente de Licitação

O interessado _____, inscrito no CNPJ nº _____, sediada à _____,
nº _____, UF: _____, requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DA ÁREA MÉDICA, divulgado pelo
Município de _____, objetivando a prestação de serviços médicos nos termos do Edital de Convocação divulgado à
partir de 21 de Janeiro de 2019, conforme quantitativo e serviços abaixo propostos:

Table with 6 columns: ITENS, UNIDADE DE MEDIDA, SERVIÇOS MÉDICOS, VALOR UNITÁRIO, ESTIMATIVA ANUAL, VALOR MÁXIMO ANUAL. Includes rows for items 01, 02, [...], and a VALOR TOTAL row.

*****ATENÇÃO: Escolher os serviços conforme tabela do Anexo VIII e preencher a tabela acima*****

DADOS COMPLEMENTARES:

TELEFONES:

Comercial: () _____ Cel : () _____

Email: _____

DADOS BANCÁRIOS:

Banco: _____ Agência: _____ Conta Corrente: _____

Responsável Técnico (médico): _____

CRM nº: _____

R.G.nº: _____ CPF nº: _____

() Clínica geral () Especialidade: _____

Observação: caso o serviço seja prestado por mais de um responsável técnico listar todos.

_____, ____ de _____ de 2019.

(assinatura do representante legal da empresa solicitante)

(assinatura do Responsável Técnico (médico))

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000
Fone/Fax: (74) 3620-2122





ESTADO DA BAHIA
Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE
CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65

ANEXO IV

MODELO DE CREDENCIAMENTO

Através do presente, credenciamos o(a) Sr(a), inscrita no CPF sob nº....., RG sob nº....., residente e domiciliado na Rua/Avenida....., nº, Bairro....., na cidade de, a participar do CREDENCIAMENTO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MEDICOS no município de São Gabriel/BA, conforme Edital nº 0001/2019, que tem por objeto a Fixação de normas e regras prévias para cadastramento e posterior credenciamento/contratação de pessoas físicas e/ou jurídicas para prestação de serviços de: Médico(a) Avaliador/Autorizador de Internação Hospitalar (AIH), Médico(a) Ultrassonografista, Médico(a) Regulador do TFD, Médico(a) de UBSF, Médico(a) plantonista e Médico(a) Psiquiatra, visando o atendimento da população pelo período de 12 (doze) meses, no Hospital Municipal, nas Unidades de Saúde da Família e Centro de Especialidades de Saúde, deste município de São Gabriel/BA, outorgando-lhe plenos poderes para assinar, rubricar, vistar documentos, bem como pronunciar-se junto aos Membros da Comissão Permanente de Licitação, enfim, praticar todos os atos que sejam inerentes ao Credenciamento Público nº 0001/2019, em nome (do profissional) (da empresa) credenciado(a).

_____, de _____ de 20_____.

Assinatura do(s) dirigente(s) da empresa¹
ou
Profissional Pessoa Física

Obs.:

1. Caso o contrato social ou o estatuto determinem que mais de uma pessoa deva responder pela administração da empresa, a falta de qualquer uma delas invalida o documento para os fins deste procedimento de credenciamento público.

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000
Fone/Fax: (74) 3620-2122





ESTADO DA BAHIA
Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE
CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65

ANEXO V – PESSOA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO AO ART 9º, INCISO III, DA LEI 8.666/93

EDITAL CREDENCIAMENTO PÚBLICO Nº 0001/2019

Ao
Município de São Gabriel/BA
Comissão Permanente de Licitação

Declaramos para os devidos fins de direito, que a empresa _____, portadora do CNPJ nº _____, sediada à Rua/Avenida _____, nº _____, Bairro _____, cidade de _____, na qualidade de solicitante a ser Credenciada da licitação instaurada pelo Município de São Gabriel sob o nº 0001/2019, que objetiva a Fixação de normas e regras prévias para cadastramento e posterior credenciamento/contratação de pessoas físicas e/ou jurídicas para prestação de serviços de: Médico(a) Avaliador/Autorizador de Internação Hospitalar (AIH), Médico(a) Ultrassonografista, Médico(a) Regulador do TFD, Médico(a) de UBSF, Médico(a) plantonista e Médico(a) Psiquiatra, visando o atendimento da população pelo período de 12 (doze) meses, no Hospital Municipal, nas Unidades de Saúde da Família e Centro de Especialidades de Saúde, deste município de São Gabriel/BA, com data de apresentação de documentos de habilitação e proposta a partir de 21 de Janeiro de 2019, na sala da Comissão Permanente de Licitações - CPL, que não possuímos servidor público municipal em nosso quadro técnico, conforme determina o art. 9º, inciso III, da Lei 8.666/93.

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente.

_____, ____ de _____ de _____.
Local e data

Assinatura e Carimbo CNPJ

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000
Fone/Fax: (74) 3620-2122





ESTADO DA BAHIA
Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE
CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65

ANEXO VI – PESSOA FÍSICA

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO AO ART 9º, INCISO III, DA LEI 8.666/93

EDITAL CREDENCIAMENTO PÚBLICO Nº 0001/2019

Ao
Município de São Gabriel/BA
Comissão Permanente de Licitação

Eu, _____, portador do CPF nº _____, Identidade nº _____, residente e domiciliado(a) à Rua/Avenida _____, nº _____, Bairro _____, cidade de _____, Declaro para os devidos fins de direito, que _____ Pessoa Física, qualificando-se para a licitação instaurada pelo Município de São Gabriel/BA na Modalidade Credenciamento nº 0001/2019, que objetiva a Fixação de normas e regras prévias para cadastramento e posterior credenciamento/contratação de pessoas físicas e/ou jurídicas para prestação de serviços de: Médico(a) Avaliador/Autorizador de Internação Hospitalar (AIH), Médico(a) Ultrassonografista, Médico(a) Regulador do TFD, Médico(a) de UBSF, Médico(a) plantonista e Médico(a) Psiquiatra, visando o atendimento da população pelo período de 12 (doze) meses, no Hospital Municipal, nas Unidades de Saúde da Família e Centro de Especialidades de Saúde, deste município de São Gabriel/BA, com data de apresentação de documentos de habilitação e proposta a partir de 21 de Janeiro de 2019, na sala da Comissão Permanente de Licitações - CPL, que não sou servidor(a) público(a) municipal, conforme determina o art. 9º, inciso III, da Lei 8.666/93.

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente.

_____, ____ de _____ de ____.
Local e data

Assinatura e CPF

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000
Fone/Fax: (74) 3620-2122





ESTADO DA BAHIA
Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE
CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65

ANEXO VII

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO AO INCISO XXXIII DO ART. 7º DA CONSTITUIÇÃO

EDITAL CREDENCIAMENTO PÚBLICO Nº 0001/2019

Ao
Município de São Gabriel/BA
Comissão Permanente de Licitação

Declaramos, para os fins do disposto no inciso V do art. 27 da Lei Federal nº 8.666/93, acrescido pela Lei n.º 9.854/99, que não empregamos menor de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não empregamos menor de 16 (dezesesseis) anos.

Ressalva: emprega menor, a partir de 14 (quatorze) anos, na condição de aprendiz ().

Observação: em caso afirmativo, assinalar a ressalva acima.

_____, _____ de _____ de _____.
Local e data

Assinatura/Carimbo CNPJ – Pessoa Jurídica

ou

Assinatura/Carimbo CPF/CRM – Pessoa Física

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000
Fone/Fax: (74) 3620-2122





ESTADO DA BAHIA
Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE
CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65

ANEXO VIII

PLANILHA DE QUANTITATIVOS

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 0001/2019

ITENS	UNIDADE DE MEDIDA	SERVIÇOS MÉDICOS	VALOR UNITÁRIO	ESTIMATIVA ANUAL	VALOR MÁXIMO ANUAL
01	PLANTÃO	PLANTÃO MÉDICO DE 12 HORAS - DIAS DE SEMANA – HOSPITAL MUNICIPAL	R\$ 900,00	150	R\$135.000,00
02	PLANTÃO	PLANTÃO MÉDICO DE 24 HORAS - DIAS DE SEMANA – HOSPITAL MUNICIPAL	R\$1.800,00	250	R\$450.000,00
03	PLANTÃO	PLANTÃO MÉDICO DE 12 HORAS - FINAL DE SEMANA – HOSPITAL MUNICIPAL	R\$1.000,00	80	R\$80.000,00
04	PLANTÃO	PLANTÃO MÉDICO DE 24 HORAS - FINAL DE SEMANA E FERIADOS – HOSPITAL MUNICIPAL	R\$ 2.000,00	140	R\$280.000,00
05	MÊS	MÉDICO AVALIADOR/AUTORIZADOR DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) – CARGA HORARIA DE 15 HORAS MENSAIS.	R\$ 2.000,00	12	R\$24.000,00
06	UND	MÉDICO ULTRASSONOGRAFISTA – COM REALIZAÇÃO MÁXIMA DE 200 USG's POR MÊS.	R\$ 30,00	2.400	R\$72.000,00
07	MÊS	MÉDICO(A) NA UBSF FLORENTINA F. DE JESUS – DISTRITO DE LAGOINHA	R\$12.000,00	12	R\$144.000,00
08	MÊS	MÉDICO(A) NA UBSF IZABEL ZULMIRA – DISTRITO DE BESOURO	R\$12.000,00	12	R\$144.000,00
09	MÊS	MÉDICO(A) REGULADOR DE TFD	R\$ 600,00	12	R\$7.200,00
10	MÊS	MÉDICO(A) CLÍNICO(A) PSIQUIATRA – (QUANTITATIVO: 50 CONSULTAS MENSAIS)	R\$ 3.000,00	12	R36.000,00

São Gabriel, Bahia, 21 de Janeiro de 2019.

Gerson da Rocha Machado Neto
 Gestor do Fundo Municipal de Saúde - FUMSAÚDE

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000
 Fone/Fax: (74) 3620-2122





ESTADO DA BAHIA
Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE
CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65

ANEXO IX
(Pessoa Física – Médico)

MINUTA DE TERMO DE CREDENCIAMENTO _____
CONTRATO Nº/2019.

O MUNICÍPIO DE _____, através do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ/MF sob o nº _____, com sede à _____, neste ato representado pelo Sr _____, brasileiro, portador do CPF/MF nº _____, Gestor do Fundo Municipal de Saúde e pelo Sr _____, brasileiro, maior, portador do CPF/MF nº _____, Prefeito Municipal, doravante denominada simplesmente de CREDENCIANTE, de outro lado o Sr(a) _____, residente e domiciliado na rua _____, cidade de _____, inscrito no C.P.F nº _____, R.G nº _____, CRM/COREM nº _____, a seguir denominada de CREDENCIADA, pactuam o presente Contrato, derivado do Edital de Credenciamento nº ____/2019, Processo Administrativo nº ____/2019, através da Inexigibilidade nº ____/2019, a qual rege-se pela Lei Federal nº 8666/93 e alterações introduzidas por legislação posterior, e documentos que fazem parte integrante do presente processo, têm entre si como justo e Contratado as seguintes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO:

O objeto deste é a contratação de prestadores de serviços de Médicos, bem como, de instituições de saúde, de acordo com a tabela anexa ao presente, sob o regime de credenciamento, em estrita observância ao contido e especificado no anexo I deste contrato na documentação levada a efeito pelo edital publicado no dia ____ de _____ de 2019, devidamente homologada pelo CREDENCIANTE, regendo-se pela Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e legislação pertinente, assim como pelas condições do edital referido, pelos termos da proposta e pelas cláusulas a seguir expressas, definidoras dos direitos, obrigações e responsabilidades das partes.

Parágrafo único: O regime de execução deste termo é de forma Indireta por preço unitário.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA VIGÊNCIA:

O prazo de vigência deste credenciamento é de 12 (doze) meses, a contar da data de assinatura do presente contrato, em ____/____/____ e término em ____/____/____, podendo ser prorrogado por interesse do CREDENCIANTE e anuência do (a) CREDENCIADO (A), por iguais e sucessivos períodos, até o limite de sessenta meses.

Parágrafo único: Durante a vigência deste credenciamento não haverá correção ou reajuste, caso haja prorrogação do termo de credenciamento, será usado como indexador o índice do IPCA anual.

CLÁUSULA TERCEIRA - DO VALOR E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:

Pela perfeita execução dos serviços objeto deste contrato e obedecidas às demais condições estipuladas neste instrumento, a CONTRATANTE pagará à CONTRATADA o valor estimado de R\$ _____ (_____), provenientes dos serviços constantes no anexo único deste instrumento.

Parágrafo Primeiro: Do valor global acima descrito deverá ser destinando um percentual mínimo de 50% (cinquenta por centos) para pagamento com custos diretos e de 50% para o pagamento de custos indiretos e demais encargos;

Parágrafo Segundo: O pagamento do presente contrato será efetuado mensalmente, até o 10º (décimo) dia útil do mês subsequente ao da prestação de serviços, mediante apresentação da nota fiscal dos serviços efetivamente prestados, juntamente com o relatório dos atendimentos realizados, contendo especificações detalhadas por procedimento (data, nome do usuário código do procedimento, etc.), mediante Ordem Bancária creditada na conta corrente indicada na proposta de serviços.

Parágrafo Terceiro: Os valores a serem pagos, sofrerão correção ou reajuste durante a vigência do presente TERMO DE CREDENCIAMENTO, de acordo com os valores de serviços da área de saúde aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde.

Parágrafo Quarto: É vedada a antecipação de pagamento.

Parágrafo Quinto: O pagamento fica condicionado à comprovação de que a CONTRATADA encontra-se adimplente com a regularidade fiscal, devendo ser comprovada mediante:

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000
Fone/Fax: (74) 3620-2122





ESTADO DA BAHIA
Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE
CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65

- a) Certidão Conjunta de Débitos relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, expedida pela Secretaria da Receita Federal;
- b) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, dentro do seu prazo de validade (Lei Federal nº 12.440/2011 e 8.666/1993);
- c) Certidão Negativa de débitos, emitida pela Secretaria de Tributação do Estado, no qual se localiza a sede da licitante, ou outro documento que o substitua legalmente;
- d) Certidão Negativa de Débito para com a Fazenda Municipal, da sede da licitante ou domicílio, dentro do seu prazo de validade;

CLÁUSULA QUARTA - DOS RECURSOS FINANCEIROS:

As despesas referentes aos serviços contratados como decorrência deste certame, terão amparo legal e financeiro no orçamento de 2018 da Secretaria Municipal de Saúde, nas seguintes dotações orçamentárias:

Órgão / Unidade: 02.09.02

Projeto / Atividade: 2.042 / 2.044

Elemento de Despesa: 3.3.9.0.36.00

Fonte: 02 / 14

CLÁUSULA QUINTA - DAS CONDIÇÕES PARA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS:

I - Este Termo de Credenciamento tem as características de uma relação contratual para a prestação de serviços;

II – O(A) profissional CREDENCIADO(A) se obriga a manter na constância deste Termo todas as condições de habilitação exigidas para a celebração do mesmo;

III - A responsabilidade exclusiva e integral é do(a) CREDENCIADO(A), para a execução dos respectivos procedimentos, incluídos em sua proposta os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais e fiscais resultantes de vínculo empregatício ou comercial que mantiver com terceiros estranhos a este instrumento;

IV – A prestação do(s) serviço(s) credenciado(s) será realizada nas dependências de propriedade do CREDENCIANTE ou utilizada pelo Município, salvo nos casos das coletas de exames, bem como, os serviços médicos especializados;

V - É proibido:

a) - Transferir os direitos e obrigações constantes neste Termo;

VI - A regulação dos encaminhamentos para Hospitais ou clínicas ficará a critério da Secretaria Municipal de Saúde (SMS);

CLÁUSULA SEXTA - DA FISCALIZAÇÃO:

O CREDENCIANTE, através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), realizará fiscalização permanentemente à prestação dos serviços prestados pelo(a) credenciado(a), sendo-lhes facultado o descredenciamento, mediante a verificação de condutas, circunstâncias ou procedimentos contrários aos padrões estabelecidos, através de processo administrativo específico, com garantia da representação do contraditório e da produção da ampla defesa pela CREDENCIADA, o que não restringe a responsabilidade da mesma, no que diz respeito a sua atuação quanto a este Termo.

CLÁUSULA SÉTIMA - OUTRAS OBRIGAÇÕES DA CREDENCIADA:

A CREDENCIADA ainda se obriga a:

a) Manter sempre atualizado o seu credenciamento junto ao Setor competente;

b) Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviços;

c) Notificar o CREDENCIANTE de eventual alteração de seus dados pessoais, bem como de endereço ou bancário para efetivação de pagamento, que importem em alteração de dados cadastrais no termo de contrato, caso venha a ocorrer durante o período de vigência deste contrato, no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data da alteração.

d) prestar os serviços na forma ajustada;

e) assumir inteira responsabilidade pelas obrigações sociais e impostos assumidas;

f) manter durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no credenciamento;

g) apresentar durante a execução do contrato, se solicitado, documentos que comprovem estar cumprindo a legislação em vigor quanto às obrigações assumidas na presente licitação, em especial, encargos sociais, trabalhistas, previdenciários, tributários, fiscais e comerciais, entre outros;

h) permitir e facilitar a Fiscalização, a inspeção dos serviços a qualquer hora, devendo prestar todos os informes e esclarecimentos solicitados pelo CONTRATANTE, por escrito;

i) responsabilizar-se, tecnicamente, tanto na realização dos exames quanto na divulgação dos seus resultados;

j) abster-se de cobrar qualquer valor dos usuários, sob qualquer título ou pretexto;

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000
Fone/Fax: (74) 3620-2122





ESTADO DA BAHIA
Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE
CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65

k) Aceitação da escala de trabalho em regime de plantões proposta pela direção, previamente afixada em local definido com antecedência de 03 (três) dias, sendo que, em eventual impossibilidade de elaboração da escala ou afixação da mesma, por força maior, será dado seguimento à escala do mês anterior com ocupação dos mesmos dias da semana e horários;

l) O explícito comparecimento nos plantões ou serviços especializados que forem assumidos, evitando o colapso no atendimento da população, pois a substituição do mesmo por outro profissional que atenda às exigências anteriores será aceita após consentimento do Diretor Médico do Hospital Municipal;

m) Obrigatoriedade de comparecimento dos profissionais às reuniões agendadas pela diretoria com antecedência mínima de 15 dias e estabelecimento de multa para faltantes.

n) Aceitação da possibilidade de haver mudança do público alvo a ser atendido, ou seja, clínica médica, psiquiatria ou ultrassonografia, sem aviso prévio, a depender das necessidades do melhor andamento do serviço e do melhor acolhimento do usuário.

o) Em caso excepcional de falta de um dos médicos, o único médico plantonista deverá atender ambos os públicos (clínica médica e urgências) dando prioridade aos casos de maior risco de agravo à saúde, conforme acolhimento prévio, dentro dos limites de suas possibilidades, até que seja providenciado o segundo profissional, com comunicação à Direção do Hospital do fato ocorrido;

p) Declaração de ciência da existência de protocolos de atendimento médico na unidade e da obrigatoriedade de seguimentos dos mesmos, exceção feita aos casos em que existirem publicações mais recentes e reconhecidas pelas sociedades de especialistas de cada área de conhecimento.

CLÁUSULA OITAVA - DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONTRATADA:

A CREDENCIADA é responsável pela indenização de dano causado ao paciente, a terceiros ou a eles vinculados, decorrentes de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência praticadas, ficando assegurado a CREDENCIADA o direito de regresso.

CLÁUSULA NONA - DAS PENALIDADES:

I - À CREDENCIADA será aplicada multa pelo CREDENCIANTE, na importância de até 10% (dez por cento) do valor global do contrato, pela execução irregular do contrato, e em caso de descumprimento das cláusulas contratuais e legislação atinente, salvo nos casos de cumprimento de prazo na entrega dos exames cuja multa será aplicada no percentual de 0,25% por dia/hora de atraso.

II - Em não se cumprindo a cláusula sétima alínea "q", será aplicada multa correspondente ao dobro do valor pago pelo plantão.

Parágrafo Primeiro: Na eventual aplicação de multa, o seu quantum será automaticamente descontado do valor a ser pago à CONTRATADA.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA CESSÃO DO CONTRATO E SUBCONTRATAÇÃO:

A CREDENCIADA não poderá ceder o presente contrato, tampouco subcontratá-lo, no todo ou em parte, a nenhuma pessoa física ou jurídica.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA INEXECUÇÃO DO CONTRATO:

A CONTRATADA reconhece os direitos da Administração, em caso de rescisão administrativa, previstos no art. 77 da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA RESCISÃO:

Ocorrendo motivo que justifique e/ou aconselhe, atendido em especial o interesse do CREDENCIANTE, o presente contrato poderá ser rescindido unilateralmente pelo CREDENCIANTE a qualquer momento, mediante notificação para imediata suspensão dos serviços.

A CREDENCIADA poderá a qualquer tempo denunciar o ajuste, bastando, para tanto, notificar previamente a Administração, com antecedência de 30 (trinta) dias.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO FORO:

Fica eleita a Comarca de Irecê/BA como competente para dirimir quaisquer questões oriundas do presente Termo de Contrato, recusando qualquer outra por mais privilegiada que seja.

E por estarem justas e contratadas, assinam o presente, por si seus sucessores em 03 (três) vias iguais e rubricadas para todos os fins de direito na presença de duas testemunhas.

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000
Fone/Fax: (74) 3620-2122





ESTADO DA BAHIA
Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE
CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65

_____/____ de _____ de 2019.

CREDENCIANTE

CREDENCIADO(A) PESSOA FÍSICA

Testemunhas

CPF:

CPF:

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000
Fone/Fax: (74) 3620-2122





ESTADO DA BAHIA
Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE
CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65

ANEXO X
(Pessoa Jurídica – Médico/Clínicas)

MINUTA DE TERMO DE CREDENCIAMENTO _____
CONTRATO Nº/2019.

O MUNICÍPIO DE _____ Estado da _____, através do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ/MF sob o nº _____, com sede à _____, _____, _____, neste ato representado pelo Srº _____, brasileiro, portador do CPF/MF nº _____, Gestor do Fundo Municipal de Saúde e pelo _____, brasileiro, maior, portador do CPF/MF nº _____, Prefeito Municipal, doravante denominada simplesmente de CREDENCIANTE, de outro lado a empresa _____, pessoa jurídica, com sede na _____, _____, inscrita no C.N.P.J nº _____, neste ato representada pelo Sr(a) _____, a seguir denominada de CREDENCIADO, pactuam o presente Contrato, derivado do Edital de Credenciamento nº ____/2019, Processo Administrativo nº ____/2019, através da Inexigibilidade nº ____/2019, a qual rege-se pela Lei Federal nº 8666/93 e alterações introduzidas por legislação posterior, e documentos que fazem parte integrante do presente processo, têm entre si como justo e Contratado as seguintes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO:

O objeto deste é a contratação de prestadores de serviços de Médicos, bem como, de instituições de saúde, de acordo com a tabela anexa ao presente, sob o regime de credenciamento, em estrita observância ao contido e especificado no anexo I deste contrato na documentação levada a efeito pelo edital publicado no dia ____ de _____ de 2019, devidamente homologada pelo CREDENCIANTE, regendo-se pela Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e legislação pertinente, assim como pelas condições do edital referido, pelos termos da proposta e pelas cláusulas a seguir expressas, definidoras dos direitos, obrigações e responsabilidades das partes.

Parágrafo único: O regime de execução deste termo é de forma Indireta por preço unitário.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA VIGÊNCIA:

O prazo de vigência deste credenciamento é de 12 (doze) meses, a contar da data de assinatura do presente contrato, iniciando-se em ____/____/____ e término em ____/____/____, podendo ser prorrogado, por interesse do CREDENCIANTE e anuência do (a) CREDENCIADO (A), por iguais e sucessivos períodos, até o limite de sessenta meses.

Parágrafo único: Durante a vigência deste credenciamento não haverá correção ou reajuste, caso haja prorrogação do termo de credenciamento, será usado como indexador o índice do IPCA anual.

CLÁUSULA TERCEIRA - DO VALOR E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:

Pela perfeita execução dos serviços objeto deste contrato e obedecidas às demais condições estipuladas neste instrumento, a CONTRATANTE pagará à CONTRATADA o valor estimado de _____ (_____), provenientes dos serviços constantes no anexo único deste instrumento.

Parágrafo Primeiro: Do valor global acima descrito deverá ser destinando um percentual mínimo de 50% (cinquenta por centos) para pagamento com custos diretos e de 50% para o pagamento de custos indiretos e demais encargos.

Parágrafo Segundo: O pagamento do presente contrato será efetuado mensalmente, até o 10º (décimo) dia útil do mês subsequente ao da prestação de serviços, mediante apresentação da nota fiscal dos serviços efetivamente prestados, juntamente com o relatório dos atendimentos realizados, contendo especificações detalhadas por procedimento (data, nome do usuário código do procedimento, etc.), mediante Ordem Bancária creditada na conta corrente indicada na proposta de serviço.

Parágrafo Terceiro: Os valores a serem pagos, sofrerão correção ou reajuste durante a vigência do presente TERMO DE CREDENCIAMENTO, de acordo com os valores de serviços da área de saúde aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde.

Parágrafo Quarto: É vedada a antecipação de pagamento.

Parágrafo Quinto: O pagamento fica condicionado à comprovação de que a CONTRATADA encontra-se adimplente com a regularidade fiscal, devendo ser comprovada mediante:

- a) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000
Fone/Fax: (74) 3620-2122





ESTADO DA BAHIA
Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE
CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65

- b) Certidão Conjunta de Débitos relativos a Tributos Federais e a Dívida Ativa da União, expedida pela Secretaria da Receita Federal;
- c) Certificado de Regularidade do FGTS, fornecido pela Caixa Econômica Federal, dentro do seu prazo de validade (Lei Federal nº 8.036/1990 e 8.666/1993);
- d) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, dentro do seu prazo de validade (Lei Federal nº 12.440/2011 e 8.666/1993);
- e) Certidão Negativa de débitos, emitida pela Secretaria de Tributação do Estado, no qual se localiza a sede da licitante, ou outro documento que o substitua legalmente.
- f) Certidão Negativa de Débito para com a Fazenda Municipal, da sede da licitante ou domicílio, dentro do seu prazo de validade;

CLÁUSULA QUARTA - DOS RECURSOS FINANCEIROS:

As despesas referentes aos serviços contratados como decorrência deste certame terão amparo legal e financeiro no orçamento de 2018 da Secretaria Municipal de Saúde, nas seguintes dotações orçamentárias:

Órgão / Unidade: 02.09.02

Projeto / Atividade: 2.042 / 2.044

Elemento de Despesa: 3.3.9.0.39.00

Fonte: 02 / 14

CLÁUSULA QUINTA - DAS CONDIÇÕES PARA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS:

I - Este Termo de Credenciamento tem as características de uma relação contratual para a prestação de serviços;

II - A empresa CREDENCIADA se obriga a manter na constância deste Termo todas as condições de habilitação exigidas para a celebração do mesmo;

III - A responsabilidade exclusiva e integral é da CREDENCIADA, pela utilização de pessoal, para a execução dos respectivos procedimentos, incluídos nesta os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais e fiscais resultantes de vínculo empregatício ou comercial que mantiver com terceiros estranhos a este instrumento;

IV - A prestação dos serviços credenciados serão efetuados nas dependências de propriedade do CREDENCIANTE ou utilizada pelo Município, salvo nos casos das coletas efetuadas nas unidades hospitalares, bem como, os serviços médicos e procedimentos especializados;

V - É proibido:

a) - Transferir os direitos e obrigações constantes neste Termo;

VI - A regulação dos encaminhamentos para cada Hospital ou clínica ficará a critério da Secretaria Municipal de Saúde (SMS);

CLÁUSULA SEXTA - DA FISCALIZAÇÃO:

O CREDENCIANTE, através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), realizará fiscalização permanentemente à prestação dos serviços prestados pelo (s) credenciado(s), sendo-lhes facultado o desc credenciamento, mediante a verificação de erros ou condutas impróprias, através de processo administrativo específico, com garantia da representação do contraditório e da produção da ampla defesa pela CREDENCIADA, o que não restringe a responsabilidade da mesma, no que diz respeito a sua atuação quanto a este Termo.

CLÁUSULA SÉTIMA - OUTRAS OBRIGAÇÕES DA CREDENCIADA:

A CREDENCIADA ainda se obriga a:

a) Manter sempre atualizado o seu credenciamento junto ao Setor competente;

b) Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviços;

c) Notificar o CREDENCIANTE de eventual alteração de sua razão social ou de seu controle acionário e de mudança em sua diretoria, contrato ou estatuto, enviando ao CREDENCIANTE, no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data do registro da alteração, cópia autenticada da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas.

d) Prestar os serviços na forma ajustada;

e) Assumir inteira responsabilidade pelas obrigações sociais e trabalhistas de seus empregados;

f) Manter durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no credenciamento;

g) apresentar durante a execução do contrato, se solicitado, documentos que comprovem estar cumprindo a legislação em vigor quanto às obrigações assumidas na presente licitação, em especial, encargos sociais, trabalhistas, previdenciários, tributários, fiscais e comerciais, entre outros;

h) permitir e facilitar a Fiscalização, a inspeção dos serviços a qualquer hora, devendo prestar todos os informes e esclarecimentos solicitados pelo CONTRATANTE, por escrito;

i) disponibilizar profissionais habilitados para a realização dos procedimentos;

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000

Fone/Fax: (74) 3620-2122





ESTADO DA BAHIA
Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE
CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65

- j) responsabilizar-se, tecnicamente, tanto na realização dos exames quanto na divulgação dos seus resultados;
- k) abster-se de cobrar qualquer valor dos usuários, sob qualquer título ou pretexto;
- l) Fornecer profissional médico com inscrição no Conselho Regional de Medicina e com última anuidade paga;
- m) Declaração de ciência do Regimento Interno do Corpo Clínico por parte dos profissionais médicos que prestarão serviço na unidade;
- n) Aceitação da escala de trabalho em regime de plantões proposta pela direção, previamente afixada em local definido com antecedência de 07 dias, sendo que, em eventual impossibilidade de elaboração da escala ou afixação da mesma, por força maior, será dado seguimento à escala do mês anterior com ocupação dos mesmos dias da semana e horários;
- o) Na impossibilidade de comparecimento do profissional médico previamente escalado, é de responsabilidade exclusiva da empresa a substituição do mesmo por outro profissional que atenda às exigências anteriores após consentimento do coordenador médico;
- p) Obrigatoriedade de comparecimento dos profissionais às reuniões agendadas pela diretoria com antecedência mínima de 15 dias e estabelecimento de multa para faltantes;
- q) Aceitação da possibilidade de haver mudança do público alvo a ser atendido, ou seja, clínica médica, psiquiatria ou ultrassonografia, sem aviso prévio, a depender das necessidades do melhor andamento do serviço e do melhor acolhimento do usuário.
- r) Em caso excepcional de falta de um dos médicos, o único médico plantonista deverá atender ambos os públicos (clínica médica e urgências) dando prioridade aos casos de maior risco de agravamento à saúde, conforme acolhimento prévio, dentro dos limites de suas possibilidades, até que seja providenciado o segundo profissional, dando ciência dos fatos à Direção do Hospital Municipal para que sejam tomadas as devidas providências;
- s) Declaração de ciência da existência de protocolos de atendimento médico na unidade e da obrigatoriedade de seguimentos dos mesmos, exceção feita aos casos em que existirem publicações mais recentes e reconhecidas pelas sociedades de especialistas de cada área de conhecimento.

CLÁUSULA OITAVA - DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONTRATADA:

A CREDENCIADA é responsável pela indenização de dano causado ao paciente, a terceiros ou a eles vinculados, decorrentes de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência praticadas por seus empregados, profissionais ou prepostos, ficando assegurado a CREDENCIADA o direito de regresso.

CLÁUSULA NONA - DAS PENALIDADES:

I - À CREDENCIADA será aplicada multa pelo CREDENCIANTE, na importância de até 10% (dez por cento) do valor global do contrato, pela execução irregular do contrato, e em caso de descumprimento das cláusulas contratuais e legislação atinente, salvo nos casos de cumprimento de prazo na entrega dos exames cuja multa será aplicada no percentual de 0,25% por dia/hora de atraso.

II - Em não se cumprindo a cláusula sétima alínea "q", será aplicada multa correspondente ao dobro do valor pago pelo plantão.

Parágrafo Primeiro: Na eventual aplicação de multa, o seu quantum será automaticamente descontado do valor a ser pago à CONTRATADA.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA CESSÃO DO CONTRATO E SUBCONTRATAÇÃO:

A CREDENCIADA não poderá ceder o presente contrato, tampouco subcontratá-lo, no todo ou em parte, a nenhuma pessoa física ou jurídica.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA INEXECUÇÃO DO CONTRATO:

A CONTRATADA reconhece os direitos da Administração, em caso de rescisão administrativa, previstos no art. 77 da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA RESCISÃO:

Ocorrendo motivo que justifique e/ou aconselhe, atendido em especial o interesse do CREDENCIANTE, o presente contrato poderá ser rescindido unilateralmente pelo CREDENCIANTE a qualquer momento, mediante notificação para imediata suspensão dos serviços.

A CREDENCIADA poderá a qualquer tempo denunciar o ajuste, bastando, para tanto, notificar previamente a Administração, com antecedência de 30 (trinta) dias.

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000
Fone/Fax: (74) 3620-2122





ESTADO DA BAHIA
Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel - FUMSAUDE
CNPJ (MF) 13.816.024/0001-65

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO FORO:

Fica eleita a Comarca de Irecê/BA, como competente para dirimir quaisquer questões oriundas do presente Termo de Contrato, recusando qualquer outra por mais privilegiada que seja.

E por estarem justas e contratadas, assinam o presente, por si seus sucessores em 03 (três) vias iguais e rubricadas para todos os fins de direito na presença de duas testemunhas.

_____/____/_____ de _____ de 2019.

CREDENCIANTE

EMPRESA CREDENCIADA

Testemunhas

CPF:

CPF:

Largo da Pátria, 132, Centro, São Gabriel – BA - CEP: 44915-000
Fone/Fax: (74) 3620-2122

