



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

**CHAMAMENTO PÚBLICO - PMAP Nº 003 / 2017.**

**CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA ÁREA DA SAÚDE PARA ATENDIMENTO GERAL, ESPECIALIDADES MÉDICAS E DEMAIS SERVIÇOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES, PARA PREENCHIMENTO DOS REFERIDOS CARGOS, PARA O EXERCÍCIO DE 2017.**

## **1 – PREÂMBULO:**

1.1 – A Prefeitura Municipal de Alto Paraíso – Paraná, através da Comissão Permanente de Licitação, designada por ato do Chefe do Poder Executivo Municipal e de conformidade com a Lei nº 8.666/93, Lei 15.708/2009, suas alterações, Lei nº 8.080/90 e 8.142/90, Portaria nº 358/2006, 2048/2009, 2088/2011 do Ministério da Saúde, Decreto 7.508/2011, Resolução Normativa - RN nº 71/2004-ANSS, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, Resolução nº 1613/2001-CFM e Acórdão 1633/08 e demais legislações aplicáveis torna pública a realização **CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA ÁREA DA SAÚDE PARA ATENDIMENTO GERAL, ESPECIALIDADES MÉDICAS E DEMAIS SERVIÇOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES, PARA PREENCHIMENTO DOS REFERIDOS CARGOS, PARA O EXERCÍCIO DE 2017**, existentes na Secretaria Municipal de Saúde.

## **2 – OBJETO:**

2.1 – O presente Chamamento Público tem por objeto o, **CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA ÁREA DA SAÚDE PARA ATENDIMENTO GERAL, ESPECIALIDADES MÉDICAS E DEMAIS SERVIÇOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES, PARA PREENCHIMENTO DOS REFERIDOS CARGOS, PARA O EXERCÍCIO DE 2017**, nos termos das condições estabelecidos a seguir:

## **3 – CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO:**

3.1 – Poderão participar do Credenciamento Pessoas Jurídicas da área de saúde que gozem de boa reputação profissional, avaliadas como prestadores de serviços de saúde, desde que atendidos aos requisitos do item 6.1 exigidos neste instrumento de



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

chamamento, bem como atendam as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento satisfatório.

3.2 – Não poderão participar no Credenciamento os interessados que estejam cumprindo as sanções previstas nos incisos III e IV do art. 87 da Lei nº. 8.666/93, Lei 15.708/2009.

## **4 – FORMA DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO:**

4.1 – Os interessados poderão inscrever-se para Credenciamento a partir da publicação do presente termo no Órgão Oficial do Município e exposição no átrio do Paço Municipal, no Departamento de Licitação, **AVENIDA PEDRO AMARO DOS SANTOS, Nº. 900, CENTRO, CEP: 87.528-000** em Alto Paraíso – PR.

4.2 – Serão considerados credenciadas as pessoas jurídicas que apresentarem os documentos enumerados no item 6.1 deste termo.

4.3 – Os interessados poderão solicitar a inscrição no Credenciamento à partir da publicação deste, sendo suas inscrições proporcionalmente adequadas ao período remanescente de vigência do Credenciamento.

4.4 – Os interessados para atenderem o chamamento do credenciamento, poderão ter acesso aos modelos, no endereço citado no item 4.1, deste termo.

## **5 – FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS:**

5.1 – Os interessados deverão encaminhar os documentos relacionados no item 6.1 ao Departamento de Licitação, no horário das 08h00min as 16h30min em dias de expediente no Paço Municipal, situado na **AVENIDA PEDRO AMARO DOS SANTOS, Nº. 900, CENTRO, CEP: 87.528-000** Alto Paraíso – PR, em envelope fechado com as seguintes indicações:

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. 003/2017 – PMAP.

CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DA SAÚDE, PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE SAÚDE.

---

NOME DA EMPRESA INTERESSADA:

ENDEREÇO:

TELEFONE PARA CONTATO:

## **6 – DOCUMENTAÇÃO REFERENTE À HABILITAÇÃO:**



# **Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR**

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

**6.1** – Para o credenciamento de pessoas jurídicas, os mesmos deverá apresentar os seguintes documentos:

- a) - Requerimento para credenciamento, conforme modelo contido no anexo I;
- b) - Declaração de idoneidade, conforme modelo contido no anexo II;
- c) – Tabela de Preços, conforme modelo contido no anexo V;
- d) - Cópias da CI/RG e CPF/MF do(s) sócio(s) gerente(s);
- e) - Cópia do CNPJ da empresa;
- f) - Cópias do Contrato Social e suas alteração(ões);
- g) - Certidão Negativa de Débitos da Fazenda Federal, Estadual e Municipal da sede da empresa;
- h) – Certidão de Fundo de Garantia por tempo de Serviço (FGTS);
- i) – Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT).

**6.2** - Os documentos necessários à habilitação poderão ser apresentados em original, por qualquer processo de cópia autenticada por cartório competente ou por servidor da Administração ou publicação em órgão da imprensa oficial.

## **7 – PROCEDIMENTO DO CADASTRO:**

7.1 – O cadastramento será amplamente divulgado através de publicação no Átrio do Paço Municipal, bem como por meio de expedição de convites aos profissionais da área médica, que gozem de boa reputação profissional.

7.2 – Os inscritos serão cadastrados segundo a avaliação técnica pelos elementos constantes da documentação relacionadas no item 6.1 do presente instrumento.

7.3 – Para renovação do Credenciamento, o responsável pela Unidade contratante deverá proceder, no mínimo anualmente, através da imprensa oficial e de jornal diário ao chamamento público para a atualização dos registros existentes e para o ingresso de novos interessados.

---

## **8 – CRITÉRIO DE CADASTRAMENTO:**

8.1 – Os interessados serão inicialmente cadastrados pela ordem de apresentação dos envelopes contendo os documentos de habilitação, junto ao setor indicado no item 5.1 deste edital e posteriormente recadastrados conforme a ordem de execução dos serviços.



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

8.2 – Ao requerer a inscrição no cadastro, ou atualização deste, a qualquer tempo, o interessado fornecerá os elementos necessários à satisfação das exigências contidas no item 6.1 deste instrumento, bem de sua capacitação profissional.

8.3 – Aos inscritos será fornecido certificado, renovável sempre que atualizarem o registro.

8.4 – A atuação do cadastramento no cumprimento de obrigações assumidas será anotada no respectivo registro cadastral.

8.5 – A qualquer tempo o Termo de Credenciamento/Ordem de Serviço poderá ser alterado, visando adequar o serviço às condições de execução previstas pelo Fundo Municipal de Saúde.

8.6 – O Termo de Credenciamento poderá ser suspenso ou cancelado, se ficar demonstrado que o inscrito deixou de satisfazer as exigências estabelecidas para o cadastramento, bem como senão atender as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento satisfatório, oportunidade em que haverá imediata abertura para inscrição de novos credenciados.

## **9 – DO VALOR E PRAZO DE EXECUÇÃO:**

9.1 – As remunerações pela prestação dos serviços serão regidas pela Planilha de Custos - Tabela de Procedimentos Médicos com valores referenciais para 2017.

9.2 – O valor disponível para realização dos serviços a serem contratados ao CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA ÁREA DA SAÚDE PARA ATENDIMENTO GERAL, ESPECIALIDADES MÉDICAS E DEMAIS SERVIÇOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES, PARA PREENCHIMENTO DOS REFERIDOS CARGOS, PARA O EXERCÍCIO DE 2017, será de **até R\$ 1.000.000,00 (Hum milhão de reais)** para o exercício de 2017.

9.3 – O prazo de execução será do dia **01 de MAIO DE 2017 ao dia 31 de JANEIRO DE 2018**, sendo que eventuais credenciamentos efetivados a partir da data limite serão efetivados e pagos em proporcionalidade.

9.4 – É vedada a cobrança de sobretaxas pelos credenciados, sendo motivo de descredenciamento, permitindo novos credenciamentos a qualquer momento.

9.5 – O pagamento pelos serviços, ora Credenciados, será individualizado pela natureza da prestação, complexidade e especialidade das áreas médicas.



# **Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR**

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

9.6 – Cada área médica credenciada terá sua agenda e carga horária definida pelo respectivo Contrato de Prestação de Serviço;

9.7 – A quitação será realizada entre os dias 1º e 10º do mês subsequente à prestação de serviços, mediante apresentação do respectivo comprovante fiscal/pessoa jurídica, após avaliação técnica da execução dos serviços pela Secretaria Municipal de Saúde.

9.8 – O pagamento será realizado através de banco oficial, emitido após avaliação dos procedimentos de saúde, prevista pelo itens 9.7.

## **10 – DO PRAZO E VIGÊNCIA:**

10.1 – O prazo de execução e vigência do presente Credenciamento, nos termos do Chamamento Público nº. 003/2017 - PMAP e Lei Federal nº. 8080/90, Portaria 2048/2009, Decreto 7.508/2011 será do dia **01 de MAIO DE 2017 ao dia 31 de JANEIRO DE 2018**.

10.2 - Os eventuais credenciamentos efetivados a partir da data inaugural serão efetivados e pagos em proporcionalidade ou período remanescente.

10.3 – A vigência do presente Instrumento fica vinculada existência de recursos orçamentários nos termos fixados pelo inciso II, do art. 57 da Lei de Licitações.

## **11 – CRITÉRIO DE REAJUSTE:**

11.1 – Os valores dos procedimentos indicados não sofrerão reajustes pelo período de vigência da Tabela de Procedimentos Médicos para 2017 – Referência (anexo V). Eventual correção após este período será revista com base nos índices oficiais, determinada pelo Ministério da Saúde.

## **12 – SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E INADIMPLENTO DOS SERVIÇOS:**

12.1 – Pela inexecução total ou parcial na prestação dos serviços, a Prefeitura Municipal de Alto Paraíso poderá, garantida a prévia defesa, aplicar aos cadastrados as sanções previstas no art. 87 da Lei nº. 8666/93.

12. 2 – Para apuração de eventuais casos de inadimplemento dos serviços, o Departamento Municipal de Saúde manterá disponível ao usuário do SUS serviço de denúncia nas unidades de saúde do Município.

## **13 – CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:**



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

13.1 – O Pagamento pela prestação dos serviços será realizado em até 15 (Quinze) dias, após avaliação técnica da execução dos serviços pelo SMS.

13.2 – O respectivo Contrato de Trabalho disporá sobre as condições e horário do atendimento dos serviços médicos a serem prestados, respeitadas as condições de execução dos serviços de referência e contra-referência das Unidades de Saúde conveniadas.

13.3 – O pagamento será realizado através de banco oficial, facultando-se ao profissional a indicação de outro banco, desde que assuma os encargos com a respectiva ordem de pagamento ou através de cheque recebido no Departamento Municipal de Fazenda.

13.4 – Os pagamentos pela execução dos serviços correrão por conta dos recursos da dotação orçamentária:

Desp.	Elemento	Descrição	Funcional	Unidade	Princ.
330	339034000000	OUTRAS DESPESAS DE PESSOAL DECORRENTES DE CONTRATOS	06.01.00.10.301.0014.2.040	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	330
5727	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	06.01.00.10.302.0014.2.040	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	352
331	339034000000	OUTRAS DESPESAS DE PESSOAL DECORRENTES DE CONTRATOS	06.01.00.10.301.0014.2.040	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	331
5728	339039503000	SERVICOS E PROC. EM SAUDE DE MEDIA E	06.01.00.10.302.0014.2.040	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	353

## **14 – RECURSOS ADMINISTRATIVOS:**

14.1 – Aos credenciados é assegurado o direito de interposição de Recurso, nos termos do art. 109 da Lei nº. 8666/93, o qual será recebido e processado nos termos ali estabelecidos.



# **Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR**

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

14.2 – A eventual impugnação ao presente Chamamento deve ser apresentada pelo interessado, considerando a natureza suplementar dos serviços de saúde, em razão de sua vinculação aos critérios previstos pela Resolução Normativa - RN nº. 71/2004-ANSS.

## **15 – DISPOSIÇÕES GERAIS:**

15.1 – Esclarecimentos relativos ao presente Termo e às condições para atendimento das obrigações necessárias ao cumprimento de seu objeto, somente serão prestados quando solicitados por escrito, ao Departamento de Licitações da Prefeitura Municipal, no horário das 08h00min as 16h30min em dias de expediente.

15.2 – Fica eleito o foro da cidade de Xambrê - Paraná, como competente para dirimir todas as questões decorrentes do credenciamento.

## **16 – ANEXOS:**

16.1 – Os anexos abaixo relacionados, integrantes do presente Termo, poderão ser obtidos junto à Diretoria de Licitações da PMAP, em endereço indicado no item 15.1:

- a) anexo I - modelo de requerimento para credenciamento;
- b) anexo II - declaração de idoneidade;
- c) anexo V – Planilha de Custos – Tabela de Procedimentos Médicos com valores referenciais para 2017.

Alto Paraíso PR, 26 de Abril de 2017.

**DERCIO JARDIM JUNIOR**  
**PREFEITO MUNICIPAL**





# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

## **ANEXO I**

(em papel timbrado/personalizado do prestador)

### ***A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALTO PARAÍSO - PR.***

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no **CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA ÁREA DA SAÚDE PARA ATENDIMENTO GERAL, ESPECIALIDADES MÉDICAS E DEMAIS SERVIÇOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES, PARA PREENCHIMENTO DOS REFERIDOS CARGOS, PARA O EXERCÍCIO DE 2017**, divulgado pelo Município de Alto Paraíso - Pr, através do Fundo Municipal de Saúde, objetivando a contratação de prestação de serviços médicos, nos termos do Chamamento Público nº 003/2017.

**Nome da Empresa:** \_\_\_\_\_

**Endereço Comercial:** \_\_\_\_\_

**CEP:** \_\_\_\_\_ **Cidade:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_

**CNPJ:** \_\_\_\_\_ **E-mail:** \_\_\_\_\_

**Especialidade:** \_\_\_\_\_

**Médico Responsável:** \_\_\_\_\_

**CRM nº:** \_\_\_\_\_ **R.G.nº:** \_\_\_\_\_ **CPF/MF nº.** \_\_\_\_\_

Alto Paraíso – Pr, em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura e Carimbo da Empresa.**





# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

## **ANEXO II**

(em papel timbrado/personalizado do prestador)

### ***A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALTO PARAÍSO - PR.***

A empresa \_\_\_\_\_, (qualificação da empresa) abaixo firmado, **DECLARA** para os devidos fins de direito, na qualidade de solicitante de cadastramento em **CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA ÁREA DA SAÚDE PARA ATENDIMENTO GERAL, ESPECIALIDADES MÉDICAS E DEMAIS SERVIÇOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES, PARA PREENCHIMENTO DOS REFERIDOS CARGOS, PARA O EXERCÍCIO DE 2017** que não foi declarada inidônea para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Alto Paraíso - Pr, em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

---

**Assinatura e Carimbo da Empresa.**



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

## **ANEXO III**

### **CHAMAMENTO PÚBLICO - PMAP Nº. 003/2017**

**CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA ÁREA DA SAÚDE PARA ATENDIMENTO GERAL, ESPECIALIDADES MÉDICAS E DEMAIS SERVIÇOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES, PARA PREENCHIMENTO DOS REFERIDOS CARGOS, PARA O EXERCÍCIO DE 2017.**

***ORDEM DE EXECUÇÃO DE SERVIÇO nº..... / 2017.***

***INEXIGIBILIDADE Nº 0..... / 2017.***

***CONTRATO Nº ..... / 2017***

Pela presente Ordem de Execução de Serviços sob nº. .... / 2017, o **MUNICÍPIO DE ALTO PARAÍSO**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ-MF sob o número **95.640.736/0001-30**, com sede na SEDE NA AVENIDA PEDRO AMARO DOS SANTOS, Nº. 900 neste ato representado pelo Senhor Prefeito Municipal, **DERCIO JARDIM JUNIOR**, Prefeito Municipal, Portador da Cédula de Identidade nº 1.649.033-4 SSP/PR, devidamente inscrito no CPF sobre o número 474.519.719-53, residente e domiciliado na RUA PROFESSORA RITA HELENA GARCIA MELO, Nº.735, no Município de Alto Paraíso, Estado do Paraná – Pr, através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, pessoa jurídica, inscrita no CNPJ sobre o número **09.251.282/0001-74**, com sede na AVENIDA AUGUSTO JOSÉ DE SOUZA, Nº 1986, CEP: 87528-000,, neste ato representado pelo Sr. **RODRIGO WESLEY SOBREIRA REVESSO**, brasileiro, Chefe do Fundo Municipal de Saúde, portador da Cédula de Identidade nº 10.187.309-9, devidamente inscrito no **CPF, sobre o número**, 061.355.079-07, residente e domiciliado na rua JOSUÉ BALTAZAR RODRIGUES, Nº 1167, na cidade de Alto Paraíso – Paraná, AUTORIZA a Empresa: ....., Prestadora de serviços de ....., pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº. ...., com sede na Avenida ....., na cidade de ....., Estado do ....., neste ato representado pela (o) Sra (o) ....., brasileira (o), Médica (o) portadora (a) da CI/RG nº:



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

..... SSP/....., devidamente inscrita (o) no CPF/MF nº. ...., CRM-PR ....., autorizada (o) a iniciar a prestação dos Serviços sendo **Atendimento Médico em .....**, objeto do Chamamento Público nº. 002/2017, de **CRENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA ÁREA DA SAÚDE PARA ATENDIMENTO GERAL, ESPECIALIDADES MÉDICAS E DEMAIS SERVIÇOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES, PARA PREENCHIMENTO DOS REFERIDOS CARGOS, PARA O EXERCÍCIO DE 2017, PELO PERÍODO DE ..... / 2017, PARA PREENCHIMENTO DOS REFERIDOS CARGOS, com divulgação no átrio do Paço Municipal, da Prefeitura Municipal de Alto Paraíso, Estado do Paraná, nos termos da Lei nº. 8.666/93 e alterações subsequentes; Lei 15.608/2007, Lei nº. 8080/90 e 8142/90, Portarias nº. 2048/2009, 2088/2011, 358/2006 e 750/2006, Decreto 7.508/2011 e legislação pertinente, nas condições do referido Chamamento Público, nos seguintes termos:**

1 - A presente Ordem de Serviço visa atender ao Chamamento Público nº. 003 / 2017 que tem por objeto o Credenciamento de Profissional da área de médica e pessoa jurídica para prestação de serviços de saúde, abrangendo a seguinte especialidade médica sendo:

Nº.	SERVIÇO	R\$ UNIT.	R\$ TOTAL.
01	Atendimento Médico em ....., prestados junto ao Fundo Municipal de Saúde, no mês de ..... / 2017.	0,00	0,00

2) - O Credenciado como profissional da área médica detentor de boa reputação profissional, deverá manter durante a vigência deste Termo os requisitos exigidos pelo item 6.1 exigidos pelo instrumento de chamamento Público nº. 003/2017, bem como atender as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento satisfatório.

3) - O valor dos Serviços objetos dessa Ordem de Execução de Serviço para o período de ..... / 2017, **será de R\$ 0,00** (Zero reais), de acordo com as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde, sendo que os procedimentos devem atender no mínimo a Tabela de Procedimentos Médicos – com valores referenciais para 2017.



# **Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR**

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

- 4) - Entre os dias 1º (primeiro) e 10º (Décimo) dia de cada mês subsequente o prestador de serviço apresentará sob forma de relatórios, os serviços executados, separados por procedimentos acompanhados pelas respectivas guias referentes a este mês.
- 5) - Os impressos das guias de encaminhamento, serão fornecidos aos profissionais cadastrados, pelo Departamento Municipal de Saúde.
- 6) - O pagamento pela prestação de serviços será realizado em até 30 (trinta) dias após sua conclusão, mediante atendimento aos itens 2 e 4.
- 7) - O profissional cadastrado poderá requerer seu descredenciamento a qualquer tempo, independentemente da causa, desde que comunicado a intenção no descredenciamento com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.
- 8) - Caberá ao Secretário Municipal de Saúde a coordenação e fiscalização da prestação dos serviços através de planilha própria, conforme cada área.
- 9) - A escala de trabalho para o Credenciado será definida pelo Departamento Municipal de Saúde, em horários e períodos pré-determinados, devendo a referida escala incluir os feriados e finais de semana.
- 10) - A presente Ordem de Execução de Serviço terá prazo de execução no período de ..... / 2017 e vigência por igual período.
- 11) - A presente Ordem de Execução de Serviço não caracteriza nenhum vínculo empregatício.
- 12) - A qualquer tempo o Termo de Credenciamento/Ordem de Serviço poderá ser alterado, visando adequar o serviço às condições de execução previstas pelo Departamento Municipal de Saúde.
- 13) – O Termo de Credenciamento poderá ser suspenso ou cancelado, se ficar demonstrado que o Credenciado deixou de satisfazer as exigências estabelecidas para o



# **Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR**

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

cadastro, bem como não atender as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento satisfatório, oportunidade em que haverá imediata abertura para inscrição de novos credenciados.

14) - É vedada a cobrança de sobretaxas pelo Credenciado, sendo motivo de descredenciamento, permitindo novos credenciamentos a qualquer momento.

15) - O valor da presente Ordem de Serviço não sofrerá reajuste pelo período de vigência. Eventual correção após este período será revista com base nos índices oficiais, determinadas pelo Ministério da Saúde.

16) - Integram e completam a presente Ordem de Execução de Serviços, para todos os fins de direito, obrigando as partes em todos os seus termos, as normas contidas na **Lei 15.608/2007, Lei nº. 8080/90 e 8142/90, Portarias nº. 2048/2009, 2088/2011, 358/2006 e 750/2006 e Acórdão 1633/2008, Decreto 7.508/2011 e legislação pertinente, juntamente com seus anexos.**

Alto Paraíso – Paraná em ..... de ,..... de 2017.

**RODRIGO WESLEY SOBREIRA REVESSO**  
**GESTOR DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE.**



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

## **ANEXO IV.**

**CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA DA ÁREA DA SAÚDE Nº 003 / 2017, PARA ATENDIMENTO GERAL, ESPECIALIDADES MÉDICAS E DEMAIS SERVIÇOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES, PARA PREENCHIMENTO DOS REFERIDOS CARGOS, PARA O EXERCÍCIO DE 2017, TERMO DE INEXIGIBILIDADE ..... / 2017, PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE ALTO PARAÍSO.**

**TERMO DE CONTRATO Nº \_\_\_\_\_ /2017 DA PMAP, QUE ENTRE SI FAZEM O MUNICÍPIO DE ALTO PARAÍSO, ATRAVÉS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE E A EMPRESA \_\_\_\_\_, OBJETIVANDO A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE ALTO PARAÍSO - PARANÁ.**

**MUNICÍPIO DE ALTO PARAÍSO**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ-MF sob o número **95.640.736/0001-30**, com sede na AVENIDA PEDRO AMARO DOS SANTOS, Nº. 900 neste ato representado pelo Senhor Prefeito Municipal, **DERCIO JARDIM JUNIOR**, Prefeito Municipal, Portador da Cédula de Identidade nº 1.649.033-4 SSP/PR, devidamente inscrito no CPF sobre o número 474.519.719-53, residente e domiciliado na RUA PROFESSORA RITA HELENA GARCIA MELO, Nº.735, no Município de Alto Paraíso, Estado do Paraná – Pr, através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, pessoa jurídica, inscrita no CNPJ sobre o número **09.251.282/0001-74**, com sede na AVENIDA AUGUSTO JOSÉ DE SOUZA, Nº 1986, CEP: 87528-000,, neste ato representado pelo Sr. **RODRIGO WESLEY SOBREIRA REVESSO**, brasileiro, Chefe do Fundo Municipal de Saúde, portador da Cédula de Identidade nº 10.187.309-9, devidamente inscrito no **CPF, sobre o número**, 061.355.079-07, residente e domiciliado na rua JOSUÉ BALTAZAR RODRIGUES, Nº 1167, na cidade de Alto Paraíso – Paraná,



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

doravante denominado simplesmente **CREDENCIANTE** e \_\_\_\_\_, empresa Jurídica de direitos privados, inscrita no CNPJ nº: \_\_\_\_\_, com sede na Rua \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, doravante denominada simplesmente **CREDENCIADO**, perante as testemunhas abaixo firmadas, pactuam o presente termo, cuja celebração foi autorizada de acordo com o Edital de Credenciamento Universal nº 003/2017, Termo de Inexigibilidade nº ..... / 2017, **Processo nº ..... / 2017** e que se regerá pelas Leis Federais nºs 8142/90, 8.666/93 e alterações posteriores, Lei 15.708/2009, Portarias nºs. 358/2006 e 2048/2009, 2088/2011 do Ministério da Saúde, Decreto 7.508/2011 e Resolução Normativa - RN nº. 71/2004-ANSS, da Agência Nacional de Saúde Suplementar e demais entidades vinculadas ao Sistema Único de Saúde – SUS e Acordão 1633/2008, bem como nas recomendações técnicas e jurisprudenciais do E. Tribunal de Contas da União e dos Colendos Tribunais de Contas Estaduais, atendidas as cláusulas e condições a seguir enunciadas:

## **CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

1.1 O CREDENCIADO prestará os seguintes serviços para a Saúde Pública do Município de Alto Paraíso:

✓ **(Descrição das atividades a serem executadas – Anexo V)**

## **CLÁUSULA SEGUNDA – DA FORMA DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

2.1. Os serviços serão prestados para a Secretaria Municipal de Saúde do município de Alto Paraíso, Estado do Paraná, conforme cronograma.

2.2. O CREDENCIANTE fiscalizará a CREDENCIADA através do órgão competente, acompanhando inclusive o grau de satisfação dos usuários, em consonância e obediência ao prescrito nas Leis Federais 8.080/90 e 8.142/90 Portaria 2048/2009, 2088/2011 e no Decreto Federal nº 1.651/1995, Decreto 7.508/2011.

## **CLÁUSULA TERCEIRA - DA VIGÊNCIA CONTRATUAL**





# **Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR**

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

3.1. O prazo de vigência deste contrato será até **31 de JANEIRO DE 2018**, com início à partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado, nos termos do artigo 57, inc. II da Lei nº 8.666/93, e suas alterações posteriores, Lei 15.708/2009.

## **CLÁUSULA QUARTA - DO VALOR CONTRATUAL**

4.1. Pela execução dos serviços previstos na cláusula primeira, o CREDENCIANTE pagará à CREDENCIADA o valor de até **R\$ \_\_\_\_\_**(\_\_\_\_\_reais) **ANO**, conforme relatório de produção a ser aferido pela Secretaria Municipal de Saúde.

4.2. As despesas decorrentes da execução do objeto do presente credenciamento correrão na seguinte dotação orçamentária:

**08.021.10.302.0085.2091 3.3.90.39.00.00 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica**

## **CLÁUSULA QUINTA - DOS REAJUSTES**

5.1. O preço proposto é fixo e irredutível até o prazo de 31/01/2018. No entanto, na hipótese de se efetivar a prorrogação prevista no subitem 3.1 deste Instrumento.

## **CLÁUSULA SEXTA - DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

6.1. A remuneração dos serviços previstos no objeto deste contrato se dará unicamente com base nos Anexos V e Anexos III.

6.2. Será efetuado o pagamento do valor referente aos serviços prestados até o dia 10 do mês subsequente.

## **CLÁUSULA SÉTIMA - DA RESCISÃO CONTRATUAL**

7.1. A inexecução total ou parcial deste Contrato ensejará a sua rescisão administrativa, nas hipóteses previstas nos arts. 77 e 78 da Lei nº 8.666/93 e posteriores alterações, com as consequências previstas no art. 80 da referida Lei, sem que caiba à CREDENCIADA direito a qualquer indenização.

7.2. A rescisão contratual poderá ser:



# **Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR**

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

7.2.1. Determinada por ato unilateral da Administração, nos casos enunciados nos incisos I a XII e XVII do art. 78 da Lei 8.666/93.

7.2.2. Amigável, mediante autorização da autoridade competente, reduzida a termo no processo credenciatório, desde que demonstrada conveniência para a Administração.

## **CLÁUSULA OITAVA - DAS PENALIDADES**

8.1 Sem prejuízo das sanções previstas nos arts. 86 e 87 da Lei 8.666/93, a empresa contratada ficará sujeita às seguintes penalidades, assegurada a prévia defesa;

8.2. Pelo atraso injustificado na execução do Contrato:

8.2.1. Multa de 0,33% (trinta e três centésimos por cento), sobre o valor da obrigação não cumprida, por dia de atraso, limitada ao total de 20% (vinte por cento);

8.3. Pela inexecução total ou parcial do Contrato:

8.3.1. Multa de 20% (vinte por cento), calculada sobre o valor do Contrato ou da parte não cumprida;

8.4. As multas aqui previstas não têm caráter compensatório, porém moratório e, consequentemente, o pagamento delas não exime o profissional contratado da reparação dos eventuais danos, perdas ou prejuízos que seu ato punível venha acarretar ao Município de Alto Paraíso, Estado do Paraná.

## **CLÁUSULA NONA - DA CESSÃO OU TRANSFERÊNCIA**

9.1. O presente termo não poderá ser objeto de cessão ou transferência, no todo ou em parte.

## **CLÁUSULA DÉCIMA - DA PUBLICAÇÃO DO CONTRATO**

10.1. O CREDENCIANTE providenciará a publicação respectiva, em resumo, do presente termo, na forma prevista em Lei.

## **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS DISPOSIÇÕES COMPLEMENTARES**



# **Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR**

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

11.1. Os casos omissos ao presente termo serão resolvidos em estrita obediência às diretrizes da Lei nº 8.666/93, e posteriores alterações.

## **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO FORO**

12.1. Fica eleito o Foro da Comarca de Xambrê, Estado do Paraná, para qualquer procedimento relacionado com o cumprimento do presente Contrato.

E, para firmeza e validade do que aqui ficou estipulado, foi lavrado o presente termo em 03 (três) vias de igual teor, que, depois de lido e achado conforme, é assinado pelas partes contratantes e por duas testemunhas que a tudo assistiram.

Alto Paraíso, Estado do Paraná, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

**DERCIO JARDIM JUNIOR**  
**PREFEITO MUNICIPAL**

**RODRIGO WESLEY SOBREIRA REVESSO**  
**GESTOR DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE.**

**EMPRESA CREDENCIADA.**

---

**TESTEMUNHA 01.**

---

**TESTEMUNHA 02.**



# Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

**CNPJ 95.640.736/0001-30**

**Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320**

## **ANEXO V.**

### **PLANILHA DE VALORES.**

**PROCESSO DE CREDENCIAMENTO 003 / 2017.**

**EMPRESA:** \_\_\_\_\_

**CNPJ:** \_\_\_\_\_

<b>N.</b>	<b>SERVIÇO</b>	<b>R\$</b>
<b>01</b>		
<b>02</b>		
<b>03</b>		
<b>04</b>		
<b>05</b>		
<b>06</b>		
<b>07</b>		
<b>08</b>		
<b>09</b>		
<b>10</b>		

Declaro estar de acordo com os valores acima para o exercício de 2017, conforme edital n.003 / 2017.

Alto Paraíso – Pr, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

\_\_\_\_\_  
**Empresa Credenciada.**