



# AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE APUCARANA

R: Miguel Simeão, nº 69, Centro - CEP 86800-260

Fone: (043) 422-5888 Fax: (043) 422-7482

E-mail: smsapucarana@uol.com.br

*Apucarana, cidade educação*

## PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº.100/10

### INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO

### CHAMAMENTO PÚBLICO Nº.012/10

Data Máxima para Credenciamento: **09/08/2010**

Requisitante: ***Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana***

Credenciamento de empresas da Área Médica para a prestação de serviços na realização de exames constantes da TABELA UNIFICADA SUS – GRUPO 2, SUBGRUPO 02, isto é realização de exames: BIOQUÍMICOS, HEMATOLÓGICO E HEMOSTASIA, SOROLÓGICOS E IMUNOLÓGICOS, COPROLÓGICOS, UROANÁLISE, HORMONAIIS, TOXICOLÓGICOS OU DE MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA, MICROBIOLÓGICO, OUTROS LÍQUIDOS BIOLÓGICOS, GENÉTICA, TRIAGEM NEONATAL, IMONOHEMATOLOGIA.

Esclarecimentos: 30/07/2010 á 06/08/2010 - 08:00 às 17:00 hrs.

Coordenadoria de Licitação: tel(xxx43) 3422-58-88 ramal 240

Fax: (xxx43)3422-7482



# AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE APUCARANA

R: Miguel Simeão, nº 69, Centro - CEP 86800-260

Fone: (043) 422-5888 Fax: (043) 422-7482

E-mail: smsapucarana@uol.com.br

*Apucarana, cidade educação*

A **AUTARQUIA DE SAÚDE DE APUCARANA** através da Comissão Permanente de Licitação, em conformidade, com a Lei 8.666/93, suas alterações, com as normas pertinentes da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT, a Lei nº 8.080/90, portaria nº 1286/93 do Ministério da Saúde e demais legislações aplicáveis, torna pública a realização de **CRENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA MÉDICA PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES – REFERÊNCIA SIA/SUS**, nos termos das condições estabelecidas no presente Instrumento de Chamamento.

**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 100/10**

**INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO - CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. 012/10**

**Tipo de Licitação: CRENCIAMENTO**

**Requisitante: AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE – ORIGEM OF 857/10**

**AFIXADO EM EDITAL NO DIA: 30/07/2010**

**DATA MÁXIMA PARA O CRENCIAMENTO: INÍCIO 30/07/2010 ATÉ O DIA 09/08/2010 – EM HORÁRIO NORMAL DE EXPEDIENTE**

**LOCAL DO CRENCIAMENTO: Departamento de Compras e Licitação – 2º andar.**

## **2 – OBJETO (art. 40, I)**

2.1 – O presente Chamamento Público tem por objetivo o Credenciamento de empresas da Área Médica para a prestação de serviços na realização de exames constantes da TABELA UNIFICADA SUS – GRUPO 2, SUBGRUPO 02, isto é realização de exames: BIOQUÍMICOS, HEMATOLÓGICO E HEMOSTASIA, SOROLÓGICOS E IMUNOLÓGICOS, COPROLÓGICOS, UROANÁLISE, HORMONAIS, TOXICOLÓGICOS OU DE MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA, MICROBIOLÓGICO, OUTROS LÍQUIDOS BIOLÓGICOS, GENÉTICA, TRIAGEM NEONATAL, IMONOHEMATOLOGIA, para um período até 31/12/2012.

2.1 – Local de realização dos exames deverão ocorrer no Município de Apucarana, sendo os horários e datas o comercial, de acordo com o atendimento regular prestado pelas empresas Credenciadas.

## **3 – CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CRENCIAMENTO (art. 40, VI)**

3.1 – Poderão participar no Credenciamento todas as empresas que atenderem aos procedimentos contidos no item 2.1, desde que atendidos os requisitos exigidos neste instrumento de chamamento, em especial o item 6.

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



# AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE APUCARANA

R: Miguel Simeão, nº 69, Centro - CEP 86800-260

Fone: (043) 422-5888 Fax: (043) 422-7482

E-mail: smsapucarana@uol.com.br

*Apucarana, cidade educação*

3.3 – Não poderão participar no Credenciamento os interessados que estejam cumprindo a sanção prevista no inciso IV do art. 87 da Lei n 8.666/93. (aplicável a todas as licitações sob qualquer modalidade, bem como aos procedimentos de dispensa e inexigência de licitação por força do disposto no art. 97).

3.4 – Poderão participar apenas pessoas Jurídicas.

## **4 – FORMA DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO (art. 40, VI)**

4.1 – As empresas interessadas poderão inscrever-se para Credenciamento a partir da publicação do presente instrumento no Diário Oficial do Município, no departamento de Compras e Licitação desta Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana, situada na Rua Miguel Simeão, 69, 2º andar, centro, Apucarana - PR.

4.2 – Serão consideradas credenciadas as empresas que apresentarem os documentos enumerados no item 6.1 desde instrumento.

4.3 – Os interessados poderão solicitar a inscrição no Credenciamento no período de **30/07/2010 á 09/08/2010**, sendo suas inscrições adequadas proporcionalmente ao período remanescente de vigência do Credenciamento. As inscrições, no entanto, serão analisadas mensalmente, de acordo com as necessidades da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana, sujeitando-se a efetiva demanda do serviço.

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

## **5 – FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS (art. 40, VI)**

5.1 – Os interessados deverão encaminhar os documentos relacionadas no item 6.1 no Departamento de Compras e Licitação, no horário das 8h00min às 12h00min e das 13h00min até as 17h00min, em dias de expediente na Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana, na Rua Miguel Simeão, 69, 2º andar, centro, Apucarana - PR, no período de **30/07/2010 Á 09/08/2010**, ficando as inscrições limitadas ao período remanescente de vigência do Credenciamento, em envelope fechado com as seguintes indicações:

CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS NA ÁREA MÉDICA Nº 012/2010 PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA REALIZAÇÃO DE EXAMES CONSTANTES DA TABELA UNIFICADA SUS – GRUPO 02, SUBGRUPO 02, (EXAMES: BIOQUÍMICOS, HEMATOLÓGICO E HEMOSTASIA, SOROLÓGICOS E IMUNOLÓGICOS, COPROLÓGICOS, UROANÁLISE, HORMONAIIS, TOXICOLÓGICOS OU DE MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA, MICROBIOLÓGICO, OUTROS LÍQUIDOS BIOLÓGICOS, GENÉTICA, TRIAGEM NEONATAL, IMONOHEMATOLOGIA), para um período até 31/12/2012.



# AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE APUCARANA

R: Miguel Simeão, nº 69, Centro - CEP 86800-260

Fone: (043) 422-5888 Fax: (043) 422-7482

E-mail: smsapucarana@uol.com.br

*Apucarana, cidade educação*

INTERESSADO: \_\_\_\_\_

RAZÃO SOCIAL: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

TELEFONE PARA CONTATO: \_\_\_\_\_

## 6 – DOCUMENTAÇÃO REFERENTE À HABILITAÇÃO (art. 40, VI e art. 27)

6.1 – Para o credenciamento das empresas deverão apresentar os seguintes documentos:

- Requerimento para credenciamento, conforme modelo contido no Anexo I;
- Prova de inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica;
- Contrato Social consolidado, ou contrato social e suas respectivas alterações, chancelados pela Junta Comercial ou Cartório de Títulos e Documentos, conforme o caso;
- Declaração do proponente que não pesa contra si declaração de inidoneidade, expedida por órgão da Administração Pública de qualquer esfera de Governo, de acordo com modelo constante do Anexo III;
- Declaração de que cumpre o disposto no art. 7º, XXXIII da Constituição Federal e na Lei nº 9.854/99;
- **Prova de regularidade relativa à Seguridade Social (Certidão Negativa de Débito - INSS);**
- Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS (Certificado de Regularidade do FGTS - CRF). Demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei.
- Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, mediante apresentação de certidão de regularidade fiscal;
- Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual, mediante apresentação de certidão de regularidade fiscal;
- Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal, mediante apresentação de certidão de regularidade fiscal;
- Cópia do Certificado de Responsabilidade Técnica emitido pelo CRF;
- Cópia da Licença Sanitária do ano em exercício.

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 mediante conferência da cópia com o original ou publicação em órgão da imprensa oficial. (art. 32)

## 7 – PROCEDIMENTO DO CADASTRO (art. 34)

7.1 – O credenciamento será amplamente divulgado e estará aberto aos interessados, sendo que ao requerer a inscrição no cadastro, ou atualização deste, a qualquer tempo, o interessado



# AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE APUCARANA

R: Miguel Simeão, nº 69, Centro - CEP 86800-260

Fone: (043) 422-5888 Fax: (043) 422-7482

E-mail: smsapucarana@uol.com.br

*Apucarana, cidade educação*

fornecerá os elementos necessários à satisfação das exigências contidas no item 6 deste instrumento.

7.2 – Não será aceito cadastro com a documentação incompleta.

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

7.4 – A atuação do credenciado no cumprimento de obrigações assumidas será anotada no respectivo registro cadastral.

7.5 – A qualquer tempo poderá ser alterado, suspenso ou cancelado o credenciamento do inscrito que deixar de satisfazer as exigências estabelecidas para o credenciamento.

7.6 – O cadastro será renovado anualmente, obrigando-se a unidade por ele responsável a proceder, no mínimo anualmente, através da imprensa oficial o chamamento público para atualização dos registros existentes e para o ingresso de novos interessados.

## **8 – CRITÉRIO DE CADASTRAMENTO (art. 40, VII)**

8.1 – As empresas serão inicialmente credenciados pela ordem de apresentação dos envelopes contendo os documentos de habilitação, junto ao setor indicado no item 5.1 do presente instrumento e posteriormente credenciado conforme a ordem de execução dos serviços.

## **9 – DO VALOR (art. 40, X)**

9.1 – A remuneração pela prestação dos serviços será idêntica para todas as empresas credenciadas e corresponderá ao valor de 100% da tabela SIA/SUS vigente, conforme o exame a ser realizado.

9.2 – O pagamento pelos serviços ora credenciados, será individualizado pela natureza da prestação, complexidade e especialidade do exame, conforme o SUBGRUPO.

9.3 – O valor total será de no máximo **R\$ 36.704,08 (trinta e seis mil, setecentos e quatro reais e oito centavos)** ao mês.

## **10 – CRITÉRIO DE REAJUSTE (art. 40, XI)**

10.1 – O valor indicado no nº 9.1 só sofrerá reajuste quando houver alteração na Tabela SIA/SUS vigente.

## **11 – CONDIÇÕES DE PAGAMENTO (art. 40, XIV)**



# AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE APUCARANA

R: Miguel Simeão, nº 69, Centro - CEP 86800-260

Fone: (043) 422-5888 Fax: (043) 422-7482

E-mail: smsapucarana@uol.com.br

*Apucarana, cidade educação*

11.1 – O pagamento dos serviços contratados será efetuado mensalmente, com vencimento para todo dia 30 do mês posterior ao da prestação dos serviços, após conferência do setor de Controle e Avaliação desta Autarquia Municipal de Saúde.

11.2 – O pagamento será realizado através de banco oficial, emitido após avaliação dos exames realizados, via transmissão on line, ou depósito, com crédito direto em conta corrente própria em nome do credenciado, ou outra forma, a critério do credor, desde que este assuma os ônus que porventura existirem.

11.3 – Os pagamentos decorrentes da execução dos serviços correrão por conta dos recursos da dotação orçamentária: Os pagamentos decorrentes da execução dos serviços correrão por conta dos recursos da dotação orçamentária nº. **10.302.0054.2072.000.339039 – 02496 – VF; 10.302.0054.2073.000.339039 – 02496 – VF; 10.122.0048.2064.000.339039 – 01303 – VM.** A dotação orçamentária dos outros anos será aprovacionada quando da elaboração do orçamento do Município para o ano correspondente.

11.4 – O credenciado, por se tratar de pessoa jurídica, terá o seu pagamento condicionado à apresentação da certidão de regularidade dos encargos previdenciário, conforme disposto no art. 71, §2º da Lei nº 8.666/93 e suas alterações.

## **12 – DO CONTRATO**

12.1 – A Administração Pública convocará o credenciado para assinar o instrumento contratual que obedecerá ao disposto neste Edital, bem como nas condições elencadas no capítulo III da Lei nº 8.666/93 e alterações posteriores.

12.2 – Para celebrar o contrato o licitante vencedor deverá manter as mesmas condições de habilitação.

12.3 – Os termos do instrumento de contratação, vincular-se-ão estritamente às disposições deste instrumento.

12.4 – A vigência do contrato será de até 31/12/2012, contados a partir da data de firmamento do instrumento de contrato. A dotação orçamentária dos outros anos será aprovacionada quando da elaboração do orçamento do município para o ano correspondente.

12.5 – O contrato poderá ser prorrogado, quantas vezes se fizerem necessárias até o limite máximo da somatória do contrato (até 60 meses).



# AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE APUCARANA

R: Miguel Simeão, nº 69, Centro - CEP 86800-260

Fone: (043) 422-5888 Fax: (043) 422-7482

E-mail: smsapucarana@uol.com.br

*Apucarana, cidade educação*

## **13 – SANÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA O CASO DE INADIMPLEMENTO DOS SERVIÇOS**

13.1 – Pela inexecução total ou parcial na prestação dos serviços, a Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana garantida a prévia defesa, aplicar aos cadastrados as sanções previstas no art. da Lei n 8666/93.

## **14 – RECURSOS**

14.1 – Aos credenciados é assegurado o direito de interposição de Recurso, nos termos do art. 109 da Lei n 8.666/93, o qual será recebido e processado nos termos ali estabelecidos.

## **15 – DISPOSIÇÕES GERAIS**

15.1 – Esclarecimentos relativos ao presente chamamento público e as condições para atendimento das obrigações necessárias ao cumprimento de seu objeto, somente serão prestados quando solicitados por escrito, encaminhado ao Departamento de Compras e Licitação, situado na Rua Miguel Simeão, 69, 2º andar, edifício da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana, CEP 86800-260, Fone 3422-5888 R.240.

15.2 – Fica eleito o foro da Cidade de Apucarana, Estado do Paraná, como o competente para dirimir todas as questões decorrentes do credenciamento.

## **16 – ANEXOS**

15.1 – Integram o presente instrumento, os seguintes anexos:

- a) Anexo I - Modelo de Requerimento para inscrição no credenciamento;
- b) Anexo II - Modelo de Declaração de recebimento dos documentos;
- c) Anexo III - Modelo de Declaração de Idoneidade;
- d) Anexo IV - Modelo de Execução de Serviços.

Apucarana, 29 de julho de 2010.

---

André Luiz Soares da Fonseca  
Presidente da Comissão de Licitação



# AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE APUCARANA

R: Miguel Simeão, nº 69, Centro - CEP 86800-260

Fone: (043) 422-5888 Fax: (043) 422-7482

E-mail: smsapucarana@uol.com.br

*Apucarana, cidade educação*

**ANEXO I**

## **REQUERIMENTO PARA INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA NA ÁREA MÉDICA – PARA A REALIZAÇÃO DE EXAMES**

À Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA NA ÁREA MÉDICA para a realização de exames divulgada pela Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana, objetivando a realização de exames do grupo 02, subgrupo 02, nos termos do chamamento público divulgado em 30/07/10.

Empresa: \_\_\_\_\_

Endereço comercial: \_\_\_\_\_

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

CNPJ nº: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

(assinatura e carimbo do solicitante)





# AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE APUCARANA

R: Miguel Simeão, nº 69, Centro - CEP 86800-260

Fone: (043) 422-5888 Fax: (043) 422-7482

E-mail: smsapucarana@uol.com.br

*Apucarana, cidade educação*

**ANEXO II**

À Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana

## **DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO E/OU ACESSO À DOCUMENTAÇÃO**

**Declaramos para os devidos fins de direito, na qualidade de solicitante de credenciamento de pessoa jurídica para a realização de exames grupo 02, subgrupo 02, sob a modalidade Inexigibilidade de Licitação Chamamento Público 012/2010 instaurado pela Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana, que recebemos os documentos e tomamos conhecimento de todas as informações e condições locais para o cumprimento das obrigações deste Credenciamento.**

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente.

\_\_\_\_\_, em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

(carimbo e assinatura do representante legal da empresa proponente)



# AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE APUCARANA

R: Miguel Simeão, nº 69, Centro - CEP 86800-260

Fone: (043) 422-5888 Fax: (043) 422-7482

E-mail: smsapucarana@uol.com.br

*Apucarana, cidade educação*

**ANEXO III**

## **DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE**

À Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana

O interessado abaixo qualificado Declara para os fins de direito, na qualidade de solicitante de credenciamento na área médica, que não foi declarado inidôneo para licitar ou contratar com Poder Público, em qualquer de suas esferas.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

\_\_\_\_\_, em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

(assinatura e carimbo do solicitante)



# AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE APUCARANA

R: Miguel Simeão, nº 69, Centro - CEP 86800-260

Fone: (043) 422-5888 Fax: (043) 422-7482

E-mail: smsapucarana@uol.com.br

*Apucarana, cidade educação*

**ANEXO IV**

## ORDEM DE EXECUÇÃO DE SERVIÇO

ORDEM DE EXECUÇÃO DE SERVIÇO Nº \_\_\_\_/\_\_\_\_

Pela Ordem de Execução de Serviços a Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana, situada na Rua Miguel Simeão, 69, inscrita no CNPJ sob nº 78.956.513/0001-68, no Município de Apucarana, Estado do Paraná, CEP 86800-260, neste ato representada pela sua Diretora de Administração Sra. Odília Gonçalves Pereira de Andrade, AUTORIZA a Empresa

\_\_\_\_\_, situada \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, Cidade de \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_, representada pelo profissional \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, portador do CPF sob nº \_\_\_\_\_, inscrito em seu conselho profissional \_\_\_\_\_ sob nº \_\_\_\_\_, a iniciar a prestação de realização de exames do grupo 02, subgrupo 02, da Tabela SIA/SUS, objeto do Chamamento de Credenciamento divulgado no diário oficial, de / / , nos termos da Lei nº 8.666/93 e alterações subseqüentes, Lei nº 8080/90, Portaria nº 1286/93 e legislações pertinente, nas condições do instrumento de chamamento público nº 012/2010, nos seguintes termos:

- 1) O preço por exames realizados será o valor correspondente a 100% da tabela SIA/SUS, conforme especialidade.
- 2) O pagamento dos serviços contratados será efetuado mensalmente, com vencimento para todo dia 30 do mês posterior ao da prestação dos serviços, após conferência do relatório de atendimentos realizada pelo setor de Controle e Avaliação, mediante apresentação da respectiva nota fiscal.
- 3) A empresa credenciada poderá requerer seu descredenciamento a qualquer tempo, independentemente da causa, desde que comunicado a intenção no descredenciamento por escrito com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.
- 4) Caberá ao setor Central de Agendamentos a coordenação da prestação dos serviços através de planilha própria, conforme agendado pelos municípios consorciados, no local, dias e horários estabelecidos pela empresa credenciada.



# AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE APUCARANA

R: Miguel Simeão, nº 69, Centro - CEP 86800-260

Fone: (043) 422-5888 Fax: (043) 422-7482

E-mail: smsapucarana@uol.com.br

*Apucarana, cidade educação*

**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 nº 8.666/93 e alterações subseqüentes, Lei nº 8080/90, Portaria nº 1286/93 e legislação pertinente, as condições expressas no Chamamento Público nº 012/2010, de 09/08/2010, juntamente com seus anexos.**

\_\_\_\_\_, em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Odília Gonçalves Pereira de Andrade

Diretora Administrativa

**RECEBIDO EM** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Nome completo do Prestador do Serviço:**

**C.P.F. Nº:**

**Assinatura do Prestador do Serviço:**



# AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE APUCARANA

R: Miguel Simeão, nº 69, Centro - CEP 86800-260

Fone: (043) 422-5888 Fax: (043) 422-7482

E-mail: smsapucarana@uol.com.br

*Apucarana, cidade educação*

## **AVISO DE CHAMAMENTO PÚBLICO**

**INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO - CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. 012/2010 - PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS NA ÁREA MÉDICA PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA REALIZAÇÃO DE EXAMES CONSTANTES DA TABELA UNIFICADA SUS – GRUPO 2, SUBGRUPO 02, ISTO É REALIZAÇÃO DE EXAMES: BIOQUÍMICOS, HEMATOLÓGICO E HEMOSTASIA, SOROLÓGICOS E IMUNOLÓGICOS, COPROLÓGICOS, UROANÁLISE, HORMONAIIS, TOXICOLÓGICOS OU DE MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA, MICROBIOLÓGICO, OUTROS LÍQUIDOS BIOLÓGICOS, GENÉTICA, TRIAGEM NEONATAL, IMONOHEMATOLOGIA, ATÉ 31/12/2012.**

Comunicamos aos interessados que a Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana estará realizando o Chamamento Público nº 012/2010 para credenciamento na área médica, para a prestação de serviços na realização de exames constantes da tabela unificada SUS – grupo 2, subgrupo 02, isto é realização de exames: bioquímicos, hematológico e hemostasia, sorológicos e imunológicos, coprológicos, uroanálise, hormonais, toxicológicos ou de monitorização terapêutica, microbiológico, outros líquidos biológicos, genética, triagem neonatal, imonohematologia.

**Os exames deverão ser realizados no município de Apucarana, na sede da empresa credenciada.**

**O respectivo Edital poderá ser obtido gratuitamente no na Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana. Informações pelo telefone (43) 3422 5888.**

Apucarana, de de 2010.

**André Luiz Soares da Fonseca  
Presidente da Comissão**



# AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE APUCARANA

R: Miguel Simeão, nº 69, Centro - CEP 86800-260

Fone: (043) 422-5888 Fax: (043) 422-7482

E-mail: smsapucarana@uol.com.br

*Apucarana, cidade educação*

**INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO - CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. 012/2010 - PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS NA ÁREA MÉDICA PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA REALIZAÇÃO DE EXAMES CONSTANTES DA TABELA UNIFICADA SUS – GRUPO 2, SUBGRUPO 02, ISTO É REALIZAÇÃO DE EXAMES: BIOQUÍMICOS, HEMATOLÓGICO E HEMOSTASIA, SOROLÓGICOS E IMUNOLÓGICOS, COPROLÓGICOS, UROANÁLISE, HORMONAIIS, TOXICOLÓGICOS OU DE MONITORIZAÇÃO TERAPÉUTICA, MICROBIOLÓGICO, OUTROS LÍQUIDOS BIOLÓGICOS, GENÉTICA, TRIAGEM NEONATAL, IMONOHEMATOLOGIA.**

À Empresa

---

## **DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DO ENVELOPE**

Declaramos para os devidos fins de direito, na qualidade de Comissão de Licitação Permanente da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana, procedimento INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO - Chamamento Público Nº 012/2010 - Para Credenciamento de pessoas jurídicas da Área Médica par a realização de exames constantes da tabela SIA/SUS, grupo 02, subgrupo 02, que recebemos o envelope contendo respectivamente a documentação, para o cumprimento das obrigações objeto do edital de credenciamento.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente.

\_\_\_\_\_, em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

(carimbo e assinatura do representante da Comissão de Licitação)



# AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE APUCARANA

R: Miguel Simeão, nº 69, Centro - CEP 86800-260

Fone: (043) 422-5888 Fax: (043) 422-7482

E-mail: smsapucarana@uol.com.br

*Apucarana, cidade educação*

## **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS /10**

**MINUTA DE CONTRATO QUE ENTRE SI  
FAZEM A AUTARQUIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE APUCARANA E A EMPRESA  
..... PARA A .....**

**INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO -  
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. 012/10**

Pelo presente instrumento particular de contrato, vinculado ao Chamamento Público nº 012/10 de um lado, a AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE APUCARANA, pessoa jurídica de direito público interno, sediada na Rua Miguel Simião, 69, Centro, Apucarana, Paraná, inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_, a seguir denominado simplesmente AUTARQUIA, neste ato representado pelo Excelentíssimo Senhor Prefeito Municipal, Sr. \_\_\_\_\_, brasileiro, casado, residente e domiciliado nesta cidade, e de outro lado a empresa \_\_\_\_\_, situada na \_\_\_\_\_ nº, na cidade de \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ \_\_\_\_\_, neste ato representada por \_\_\_\_\_, brasileiro, casado, residente e domiciliado na ..... nº ..., inscrito no CPF/MF sob o nº \_\_\_\_\_, doravante denominada CONTRATADA, sujeitam-se às normas estabelecidas pelas Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações, tendo em vista o parecer da Comissão Permanente de Licitação, referente ao Chamamento Público, convencionam e mutuamente estipulam o seguinte:

### **CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO**

1.0 CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS NA ÁREA MÉDICA PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA REALIZAÇÃO DE EXAMES CONSTANTES DA TABELA UNIFICADA SUS – GRUPO 2, SUBGRUPO 02, ISTO É REALIZAÇÃO DE EXAMES: BIOQUÍMICOS, HEMATOLÓGICO E HEMOSTASIA, SOROLÓGICOS E IMUNOLÓGICOS, COPROLÓGICOS, UROANÁLISE, HORMONAIIS, TOXICOLÓGICOS OU DE MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA, MICROBIOLÓGICO, OUTROS LÍQUIDOS BIOLÓGICOS, GENÉTICA, TRIAGEM NEONATAL, IMONOHEMATOLOGIA, ATÉ 31/12/2012.

### **CLÁUSULA SEGUNDA: DO REGIME DE EXECUÇÃO E DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL**

2.1 A presente relação-jurídica contratual em regime de credenciamento é disciplinada pela Lei Federal nº 8.666/93, Lei nº 8080/90 e outras que regulam a modalidade em



# AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE APUCARANA

R: Miguel Simeão, nº 69, Centro - CEP 86800-260

Fone: (043) 422-5888 Fax: (043) 422-7482

E-mail: smsapucarana@uol.com.br

*Apucarana, cidade educação*

apreço, se fundamentando no procedimento licitatório modalidade **Chamamento Público nº 012/10**.

2.2 Aplica-se, igualmente, a presente relação os demais atos legislativos e normatizadores de ordem pública pertinentes.

## **CLÁUSULA TERCEIRA: DO VALOR CONTRATUAL**

3.1 O valor mensal da contratação é de até R\$ .....( .....), perfazendo um valor global de R\$ ..... ( ..... ).

3.2 A despesa em questão correrá à conta da rubrica orçamentária nº \_\_\_\_\_ da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana.

## **CLÁUSULA QUARTA: DAS CONDIÇÕES PARA EFETIVAR O PAGAMENTO E DO REAJUSTE**

4.1 O faturamento deverá ser feito a cada 30 (trinta) dias pelo SIA/SUS e o pagamento dos serviços contratados será efetuado mensalmente, com vencimento para todo dia 30 do mês posterior ao da prestação dos serviços, após conferência do relatório de atendimentos realizada pelo setor de Controle e Avaliação, mediante apresentação da respectiva nota fiscal.

4.2 Ocorrendo atraso de pagamento, o valor devido deverá ser atualizado financeiramente, entre as datas previstas e efetiva do pagamento, de acordo com a variação "pro rata tempore" da UFIR.

4.3 Os preços serão reajustados de acordo com a tabela SUS.

4.4 Os pagamentos decorrentes da execução dos serviços correrão por conta dos recursos da dotação orçamentária nº. **10.302.0054.2072.000.339039 – 02496 – VF; 10.302.0054.2073.000.339039 – 02496 – VF; 10.122.0048.2064.000.339039 – 01303 – VM**. A dotação orçamentária dos outros anos será aprovacionada quando da elaboração do orçamento do Município para o ano correspondente.

## **CLÁUSULA QUINTA: DO PRAZO DE CONTRATAÇÃO**

5.1- A vigência do contrato será de até 31/12/2012, contados a partir da data de firmamento do instrumento de contrato. A dotação orçamentária dos outros anos será aprovacionada quando da elaboração do orçamento do município para o ano correspondente.

5.2 – O contrato poderá ser prorrogado, quantas vezes se fizerem necessárias até o limite máximo da somatória do contrato (até 60 meses).

## **CLÁUSULA SEXTA: DA FISCALIZAÇÃO, INSTRUÇÕES E APERFEIÇOAMENTO DOS SERVIÇOS**





# AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE APUCARANA

R: Miguel Simeão, nº 69, Centro - CEP 86800-260

Fone: (043) 422-5888 Fax: (043) 422-7482

E-mail: smsapucarana@uol.com.br

*Apucarana, cidade educação*

6.1 A CONTRANTE possui amplo direito de fiscalização sobre todos os serviços executados pela CONTRATADA, cabendo a esta permitir a livre atuação dos fiscais credenciados pela CONTRATANTE a qualquer momento.

6.2 A CONTRATADA deve submeter-se às instruções, ordens e recomendações emitidas pela CONTRATANTE, no sentido do aperfeiçoamento dos serviços contratados, devendo, ainda a reclamada notificar a CONTRATANTE de eventuais reclamações recebidas de quaisquer alterações no procedimento de prestação dos serviços.

## **CLÁUSULA SÉTIMA: DA RESPONSABILIDADE**

Além das naturalmente decorrentes do presente contrato, constituem obrigações da CONTRATADA:

**7.1** O pagamento de todos os custos diretos e indiretos, relativos ao objeto desta licitação, inclusive materiais de uso e consumo para a execução dos serviços, bem como todos os impostos, seguros, indenizações e encargos sociais, trabalhistas, previdenciários, securitários e tributários ou quaisquer outros custos decorrentes ou que venham a ser devido em razão do objeto deste Edital, não cabendo a Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana quaisquer custos adicionais;

**7.2** É de exclusiva responsabilidade da CONTRATADA toda e qualquer execução fora das especificações da CONTRATANTE, cujas despesas correrão por conta da CONTRATADA e deverão ser prontamente atendidas;

**7.3** Quando da subcontratação dos serviços aqui estipulados, total ou parcialmente, a CONTRATADA obriga-se a exigir dos eventuais subcontratados as mesmas condições do presente contrato, respondendo solidariamente com estes todas as infrações eventualmente cometidas;

**7.4** Manter durante toda a execução do contrato, compatibilidade com as obrigações por ela assumidas nas condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação

**7.5** Fornecer a AUTARQUIA, relatórios mensais dos serviços prestados.

Além das naturalmente decorrentes do presente contrato, constituem obrigações da AUTARQUIA:

**7.6** Obedecer os critérios de remuneração, previstos neste contrato;

**7.7** Fornecer à CONTRATADA a requisição de exame devidamente autorizado, possibilitando condição necessária à execução dos serviços.

## **CLÁUSULA OITAVA: DAS PENALIDADES**

**8.2** Ressalvados os casos fortuitos ou de força maior, definidos na legislação civil, desde que devidamente comprovados e aceitos pela Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana, o atraso na execução dos serviços contratados implica no pagamento pela Contratada de multa no valor de 0,1% (um décimo por cento) por dia de atraso, limitado a 10% (dez por cento) do valor contratado, e em consequência isenta a Autarquia



# AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE APUCARANA

R: Miguel Simeão, nº 69, Centro - CEP 86800-260

Fone: (043) 422-5888 Fax: (043) 422-7482

E-mail: smsapucarana@uol.com.br

*Apucarana, cidade educação*

Municipal de Saúde de Apucarana do pagamento de quaisquer acréscimos, sob qualquer título, relativos ao período em atraso;

**8.3** Além das já especificadas neste instrumento, sujeitam-se os adjudicatários inadimplentes as demais penalidades previstas nos artigos 86 a 88 da Lei Federal nº 8.666/93, sem prejuízo de outras medidas cabíveis preconizadas no Código de Defesa do Consumidor, Lei Federal nº 8.078 de 11/09/90;

**8.4** Os valores das multas serão deduzidos dos pagamentos a que a Contratada tiver direito ou inscritos na dívida ativa e cobradas judicialmente, na forma autorizada pelo § 3º do artigo 86 da Lei Federal nº 8.666/93, com demais alterações.

**8.5** Se discordar das penalidades que porventura lhe tenham sido aplicadas, poderá a CONTRATADA apresentar recurso, sem efeito suspensivo, à autoridade competente através da que lhe tenha dirigido a respectiva notificação, desde que o faça devidamente fundamentado e dentro de 05 (cinco) dias úteis a contar do recebimento da notificação.

## **CLÁUSULA NONA: DA RESCISÃO**

**9.1** O presente negócio poderá ser rescindido na hipótese de ocorrer quaisquer das situações elencadas nos incisos do artigo 78 da Lei nº 8.666/93.

**9.2** A rescisão do presente negócio operar-se-á por ato unilateral, e escrito na Administração; amigável; por acordo; ou judicialmente, de conformidade com o dispositivo no artigo 79, mencionada Lei.

**9.3** À Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana caberá o direito de rescindir este contrato, independente de notificação judicial ou extrajudicial, nos seguintes casos, além dos previstos em Lei:

**9.3.1** Se a Contratada falir ou pedir recuperação judicial ou extrajudicial;

**9.3.2** Se a Contratada transferir a terceiros, no todo ou em parte o presente o presente contrato, sem a prévia e expressa autorização do Contratante.

**9.3.3** Se a execução dos serviços não obedecer às especificações e instruções fornecidas pela Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana, ou estiver em desacordo com as normas técnicas usualmente adotadas.

**9.4** O presente contrato poderá ser rescindido, ainda, por mútuo acordo, atendida a conveniência dos serviços, recebendo a CONTRATADA, o valor correspondente aos serviços efetivamente executados.

## **CLÁUSULA DÉCIMA: DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

**10.1** A CONTRATADA deverá apresentar no ato da assinatura do presente instrumento, Licença da Vigilância Sanitária, bem como documento comprovando a responsabilidade técnica da contratada;

**10.2** É vedado o trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de 18 (dezoito) e de qualquer trabalho a menores de 16 (dezesseis) anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos, em cumprimento ao disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal;



# AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE APUCARANA

R: Miguel Simeão, n° 69, Centro - CEP 86800-260

Fone: (043) 422-5888 Fax: (043) 422-7482

E-mail: smsapucarana@uol.com.br

*Apucarana, cidade educação*

**10.3** As Partes compromete-se em aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessárias, até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor originário deste instrumento.

**10.4** Os casos e situações omissos serão resolvidos de comum acordo respeitadas as disposições da Lei n° 8.666 de 21.06.93, suas alterações e demais disposições que regulamentam a atividade das empresas de engenharia.

**10.5** A Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana deste Município, por conveniência administrativa, poderá, a qualquer tempo, efetuar revisões dos parâmetros, consumos, índices, insumos e quantitativos constantes das planilhas de custos apresentadas pela CONTRATADA, a fim de efetuar ajustes de eventuais diferenças apuradas no decorrer da execução do objeto contratado.

## **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: DO FORO**

11.1 As partes elegem o foro da Comarca de Apucarana para dirimir toda e qualquer questão pertinente ao presente negócio, renunciando a quaisquer outros por mais privilegiados que sejam.

Assim, estando justos e contratados, firmam o presente contrato em 03 (três) vias de igual teor e forma, na presença de 02 (duas) testemunhas.

EDIFÍCIO DA AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE APUCARANA, aos .... de ..... de 2010.

PREFEITO DO MUNICÍPIO

EMPRESA CONTRATADA

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA



# AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE APUCARANA

R: Miguel Simeão, nº 69, Centro - CEP 86800-260

Fone: (043) 422-5888 Fax: (043) 422-7482

E-mail: smsapucarana@uol.com.br

*Apucarana, cidade educação*

## Ficha Cadastral

Nº \_\_\_\_\_

**Objeto:** O Presente Chamamento Público tem por objetivo o Credenciamento de empresas da Área Médica para a prestação de serviços na realização de exames constantes na Tabela Unificada do SUS – Grupo 02, subgrupo 02, isto é, realização de exames: Bioquímicos, Hematológicos e Hemostasia, Sorológicos e Imunológicos, Coprológicos, Uroanálise, Hormonais, Toxicológicos ou de Monitorização Terapêutica, Microbiológico, outros Líquidos Biológicos, Genética, Triagem Neonatal, Imunohematologia, por um período até 31/12/2012.

**Credenciado:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

**CNES:** \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Responsável**

**Técnico:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Naturalidade:** \_\_\_\_\_

**Estado Civil:** \_\_\_\_\_

**RG:** \_\_\_\_\_

**CPF:** \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Cidade:** \_\_\_\_\_

Apucarana aos \_\_\_\_ dias do mês de \_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Cynthia Roberta Semeniuk Pedroso  
Diretora do Controle e Avaliação