



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.106/10

INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº.013/10

Data Máxima para o Credenciamento até: **27/09/2010**

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

CRENCIAMENTO DE EMPRESAS DA ÁREA MÉDICA PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA CONSTANTES DA TABELA UNIFICADA SIA/SUS – GRUPO 03 / SUBGRUPO 02.

Esclarecimentos: 17/08/2010 á 24/09/2010 - 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. Nº8666/93, suas alterações, com as normas pertinentes da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT, a Lei nº8. 080/90, portaria nº1286/93 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. 106/10

INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO - CHAMAMENTO PÚBLICO Nº013/10

Tipo de Licitação: CRENCIAMENTO

Requisitante: AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE – ORIGEM OF 952/10

AFIXADO EM EDITAL NO DIA: 16/08/2010

DATA MÁXIMA PARA O CRENCIAMENTO: INÍCIO 16/08/2010 ATÉ O DIA 27/09/2010 – 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 de fisioterapia constantes na TABELA UNIFICADA SUS – GRUPO 03, SUBGRUPO 02, para um período até 31/12/2012, conforme discriminação abaixo:

- 03.02.04.002-1 Atend. Fisioterapêutico em Pac. com Transt. respiratórios
- 03.02.04.005-6 Atend. Fisioterapêutico nas Disfunções Vasculares periféricas
- 03.02.05.001-9 Atend. Fisioterapêutico em Pac. Pré e Pós operatório
- 03.02.05.003-5 Atend. Fisioterapêutico em Pac. Pré e Pós operatório c/ complicações
- 03.02.05.002-7 Atend. Fisioterapêutico nas Alterações Motoras
- 03.02.06.002-2 Atend. Fisioterapêutico em Pac. Distúrbios Neurológicos
- 03.02.06.003-0 Atend. Fisioterapêutico nas Desordens do Desenvolvimento Neuro Motor.

2.2 – A realização dos exames deverá ocorrer no Município de Apucarana, sendo os horários e datas o comercial, de acordo com o atendimento regular prestado pelas empresas devidamente Credenciadas.

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



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

3.1 – 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.

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 Setor de Licitações 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 **16/08/2010 a 27/09/2010**, 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 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 17/08/2010 a 24/09/2010, ficando as inscrições limitadas ao período remanescente de vigência do Credenciamento, em envelope fechado com as seguintes indicações:



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

CRENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS NA ÁREA MÉDICA Nº PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA REALIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA CONSTANTES DA TABELA UNIFICADA SUS – GRUPO 03, SUBGRUPO 02, PARA UM PERÍODO ATÉ 31/12/2012, CONFORME DISCRIMINADO NO EDITAL.

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;
- Cópia da Licença Sanitária do ano em exercício.
- Cópia do Certificado de Responsabilidade Técnica de todos os profissionais de fisioterapia que prestaram o atendimento.



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

6.2 – 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 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 credenciadas 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 GRUPO.



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

9.3 – O valor total será de no máximo **R\$ 17.371,00 (dezesete mil, trezentos e setenta e um reais)** 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)

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 assumo os ônus que porventura existirem.

11.3 – Os pagamentos decorrentes da execução dos serviços correrão por conta dos recursos da dotação orçamentária nº. **10.302.0054.2072.000.339039 – 02496 – VF**. A dotação orçamentária dos outros anos será aprovada 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.



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

12.4 – A vigência do contrato será até 31/12/2012, contados a partir da data de firmamento do instrumento de contrato. A dotação orçamentária dos outros anos será aprovada 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).

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 Setor de Controle e Avaliação, situado na Rua Miguel Simeão, 69, 2º andar, edifício da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana, CEP 86800-260, Fone 3422-5888 R. 229.

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

16.1 – 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.
- e) Anexo V - Modelo de Declaração (Lei 9.854/1999)

Apucarana, 13 de agosto 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 prestação de serviços de fisioterapia constantes da TABELA UNIFICADA SUS – GRUPO 03, SUBGRUPO 02, para um período até 31/12/2012, nos termos do chamamento público divulgado em 16/08/10.

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 serviços de fisioterapia constantes da TABELA UNIFICADA SUS – GRUPO 03, SUBGRUPO 02, sob a modalidade Inexigibilidade de Licitação - Chamamento Público 013/2010 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 _____
_____, nº _____, Cidade de _____, Estado
_____, representada pelo profissional _____
_____, portador do CPF sob nº
_____, inscrito em seu conselho profissional _____ sob
nº _____, a iniciar a realização de serviços de fisioterapia constantes da
TABELA UNIFICADA SUS – GRUPO 03, SUBGRUPO 02 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. 013/10, 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 subsequentes, Lei nº. 8080/90, Portaria nº. 1286/93 e legislação pertinente, as condições expressas no Chamamento Público nº. 013/10, de 16/08/10, 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, n° 69, Centro - CEP 86800-260

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

E-mail: smsapucarana@uol.com.br

Apucarana, cidade educação

ANEXO V

Razão Social da Licitante

Processo Administrativo n° xxx/xx (número e ano)

Edital de Pregão xxx n° xxx/xx (número/ano)

MODELO DE DECLARAÇÃO (cumprimento da Lei n°. 9.854/1999)

....., inscrito no CNPJ n°....., por intermédio de seu representante legal o(a) Sr(a)....., portador(a) da Carteira de Identidade n°..... e do CPF n°....., **DECLARA**, para fins do disposto no inciso V do art. 27 da Lei n° 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei n° 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.

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

.....

(data)

.....

(representante legal)

(Observação: em caso afirmativo, assinalar a ressalva acima)



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 Nº013/2010 - PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS NA ÁREA MÉDICA PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA CONSTANTES DA TABELA UNIFICADA SUS – GRUPO 03, SUBGRUPO 02.

Comunicamos aos interessados que a Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana estará realizando o **Chamamento Público nº.013/2010** para credenciamento na área médica, para a prestação de serviços de fisioterapia constantes da tabela unificada SUS – Grupo 03, Subgrupo 02, para um período até 31/12/2012.

Os serviços 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, 13 de agosto 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.013/2010 - PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS NA ÁREA MÉDICA PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA CONSTANTES DA TABELA UNIFICADA SUS – GRUPO 03, SUBGRUPO 02.

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. 013/2010 - Para Credenciamento de pessoas jurídicas da Área Médica para a realização de serviços de fisioterapia constantes da tabela SIA/SUS, GRUPO 03, 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. 013/10

Pelo presente instrumento particular de contrato, vinculado ao **Chamamento Público nº. 013/10** de um lado, a AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE APUCARANA, pessoa jurídica de direito público interno, sediada na Rua Miguel Simeão, 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 DE FISIOTERAPIA CONSTANTES DA TABELA UNIFICADA SUS – GRUPO 03, SUBGRUPO 02, PARA UM PERÍODO 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 apreço, se fundamentando no procedimento licitatório modalidade Inexigibilidade de Licitação **Chamamento Público nº. 013/10**.

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



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

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.

CLÁUSULA QUINTA: DO PRAZO DE CONTRATAÇÃO

5.1 O prazo de contratação será até 31/12/2012, contados da data de assinatura da Ordem de Serviço, podendo ser prorrogado até o limite da Lei Federal nº. 8.666/93, mediante acordo entre as partes.

CLÁUSULA SEXTA: DA FISCALIZAÇÃO, INSTRUÇÕES E APERFEIÇOAMENTO DOS SERVIÇOS

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 aperfeiçoamentos 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



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

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 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



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

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 (dezesesseis) 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;

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 nº 8.666 de 21.06.93, suas alterações e demais disposições que regulamentam a atividade das empresas prestadoras de serviços de fisioterapia.

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



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 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



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 serviços de fisioterapia, constantes na Tabela Unificada do SUS – Grupo 03, Subgrupo 02 para 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