EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº. 006/2017.

CREDENCIAMENTO DE EMPRESAS, PESSOAS FÍSICAS OU JURÍDICAS, ESPECIALIZADAS EM DIVERSAS ÁREAS DA MEDICINA

A **Prefeitura Municipal de Salinas/MG**, com sede à Praça Moisés Ladeia, 64, bairro Centro, CEP.: 39.560-000, Telefone: (38) 3841-1513, por solicitação do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE** e por intermédio da Comissão Permanente de Licitações designada pelo Decreto nº. 7244/2017, tornam público para conhecimento dos interessados que abrirá inscrições, através de requerimento, **visando o credenciamento de empresas, pessoas físicas ou jurídicas, especializadas em diversas áreas da Medicina, para atendimento às demandas complementares do Hospital Municipal Dr. Oswaldo Prediliano Santana e Fundo Municipal de Saúde de Salinas-MG, pelo período de 12 meses, conforme condições previstas neste edital e seus anexos**.

FUNDAMENTAÇÃO: O presente credenciamento é regido pela Lei Federal nº. 8.666, de 21 de junho de 1993, com as alterações introduzidas pela Lei nº. 8.883/94 e demais legislações pertinentes, aplicando-se, no que couberem, os princípios do direito público, suplementados pelos preceitos do direito privado.

PRAZOS: O requerimento de credenciamento, acompanhado de toda a documentação exigida de acordo com o Item 03 deste edital, deverá ser entregue no Setor de Licitação da Prefeitura, situado à Praça Moisés Ladeia, 64, bairro Centro, no horário de 07:00h a 13:00h, com primeira seleção à realizar-se no dia 30/03/2017 às 08:30h, permanecendo aberto para futuros e eventuais interessados.

ANEXOS QUE COMPÕEM O EDITAL:

ANEXO I – Formulário de Inscrição para credenciamento

ANEXO II – Minuta do Contrato

ANEXO III – Termo de Referência

ANEXO IV – Modelo Declaração de que não emprega menor

1 – DO OBJETO

1.1 – Constitui objeto do presente procedimento administrativo o credenciamento **de empresas, pessoas físicas ou jurídicas, especializadas em diversas áreas da Medicina, para atendimento às demandas complementares do Hospital Municipal Dr. Oswaldo Prediliano Santana e Fundo Municipal de Saúde de Salinas-MG, pelo período de 12 meses, conforme condições previstas neste edital e seus anexos**.

1.2 – Os atendimentos serão realizados na sede das empresas credenciadas e/ou no Hospital Municipal, conforme definido no Anexo III, mediante a apresentação de guias específicas ou outro documento emitido pelo Fundo Municipal de Saúde.

1.3 – Exige-se que a empresa e/ou clínica, através de seus profissionais, seja capaz de realizar **todos** os procedimentos listados no anexo III e atender aos pacientes, usuários do SUS do município de Salinas.

1.4 – O inteiro teor deste edital e seus anexos estarão disponíveis no endereço eletrônico www.salinas.mg.gov.br, na aba "Licitações".

1.5 – O processo de credenciamento contempla a análise documental dos interessados que acudirem ao mesmo, compreendendo habilitação, qualificação e o cumprimento das demais exigências contidas no presente edital, bem como aceitação das mesmas.

2 – DA PARTICIPAÇÃO E CREDENCIAMENTO

2.1 – Poderão participar deste Edital de Credenciamento, pessoas jurídicas ou físicas que apresentem todos os documentos exigidos neste edital, assim como aceitem as exigências estabelecidas, inclusive atendimento de todos os exames e aos pacientes, usuários do SUS do município de Salinas/MG.

2.2 – Não serão credenciadas as pessoas jurídicas e físicas:

2.2.1 – Que possuam vínculo com a Prefeitura Municipal de Salinas/MG, conforme determinado pelo Artigo 9° da Lei n°. 8.666/93.

2.2.2 – Que estejam com o direito de licitar e contratar com a União suspenso, ou que por esta tenha sido declarada inidônea;

2.2.3 – Que estejam sob regime de falência, concurso de credores, dissolução ou liquidação;

2.2.4 – Que deixem de apresentar documentação ou informação e/ou apresente-a incompleta ou em desacordo com as disposições deste edital;

2.2.5 – Pessoas jurídicas cujos sócios, proprietários, administradores ou dirigentes também sejam servidores ou dirigentes do órgão responsável pelo presente credenciamento (art. 9°, inciso III da Lei 8.666/93).

Observações:

a) **A participação significa pleno conhecimento de suas instruções, não cabendo, após entrega do envelope, alegação de desconhecimento de seus itens ou reclamação quanto ao seu conteúdo. Antes da entrega do**

credenciamento, os licitantes deverão ler atentamente o edital e seus anexos.

3 – DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA O CREDENCIAMENTO

3.1 – Os interessados no credenciamento deverão protocolar junto ao Setor de Licitação da Prefeitura de Salinas, no endereço e prazos fixados no preâmbulo deste edital, o requerimento, devidamente preenchido com clareza, sem emendas, rasuras ou entrelinhas, apresentado em 01 (uma) via acompanhado de toda a documentação necessária, em original ou em cópia autenticada.

3.2 – O interessado deverá instruir o requerimento com os seguintes documentos:

3.2.1 – Para habilitação jurídica, fiscal, trabalhista, técnica (se for o caso) e financeira:

a) Prova de inscrição do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), da mesma licitante que irá faturar e prestar o serviço licitado;

b) Prova de Regularidade fiscal de todos os tributos federais, inclusive contribuições previdenciárias, tanto no âmbito da Receita Federal quanto no âmbito da Procuradoria da Fazenda Nacional, em um único documento. Certidões Negativas na forma prevista na Portaria MF 358, de 5 de setembro de 2014;

c) Prova de regularidade junto à Receita Estadual, da unidade de federação da sede da licitante;

d) Prova de regularidade junto ao município, emitida pela Prefeitura da sede do licitante;

e) Prova de regularidade relativa ao FGTS (Fundo de Garantia por tempo de Serviço) demonstrando situação regular;

f) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT;

g) Certidão negativa de falência e concordata, expedida pelo cartório distribuidor da sede da licitante, com data não anterior a 60 (sessenta) dias da realização da licitação.

h) Estatuto ou contrato social, com suas eventuais alterações supervenientes, em vigor e devidamente registrado;

i) Cópia da Carteira de Identidade e CPF dos sócios;

j) Relação dos profissionais que irão prestar os serviços, assim como a comprovação da formação acadêmica **(diploma e Título de especialização na área proposta);**

k) Registro no Conselho Regional dos profissionais, bem como comprovação da Anuidade paga;

l) Declaração de que não emprega menor (conforme modelo no Anexo IV);

3.2.2 – Para habilitação física, fiscal, trabalhista, técnica (se for o caso) e financeira:

a) Prova de inscrição do Cadastro Nacional de Pessoa Física (CNPF), da mesma licitante que irá faturar e prestar o serviço licitado;

b) Prova de Regularidade fiscal de todos os tributos federais, inclusive contribuições previdenciárias, tanto no âmbito da Receita Federal quanto no âmbito da Procuradoria da Fazenda Nacional, em um único documento. Certidões Negativas na forma prevista na Portaria MF 358, de 5 de setembro de 2014;

c) Prova de regularidade junto à Receita Estadual, da unidade de federação da sede da licitante;

d) Prova de regularidade junto ao município, emitida pela Prefeitura da sede do licitante;

e) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT;

f) Certidão negativa de distribuição criminal, expedida pelo cartório distribuidor da sede da licitante, com data não anterior a 60 (sessenta) dias da realização da licitação.

g) Cópia da Carteira do NIS/PASEP;

h) Cópia da Carteira de Identidade e CPF;

i) Registro no Conselho Regional do profissional, bem como comprovação da Anuidade paga;

j) Declaração de que não emprega menor (conforme modelo no Anexo IV).

k) Inscrição como autônomo junto ao INSS.

4 – DO PROCESSAMENTO DO CREDENCIAMENTO

4.1 – A análise e avaliação da documentação dos interessados serão realizadas pela Comissão Permanente de Licitação e servidores indicados formalmente pelo Fundo Municipal de Saúde.

4.2 – A qualquer tempo, as informações prestadas pelo interessado no credenciamento, poderão ser verificadas para confirmação de veracidade e autenticidade dos documentos apresentados, bem como outros documentos poderão ser solicitados, em caso de realização de diligência.

4.3 – A Prefeitura Municipal de Salinas se reserva o direito de indeferir o pedido de credenciamento que deixar de apresentar documentação ou informação exigida neste edital ou apresentá-la incompleta ou em desacordo com as disposições deste edital.

4.4 – O deferimento do pedido de credenciamento fica condicionado ao atendimento às exigências previstas neste edital e em seus anexos.

4.5 – Serão credenciados todos os interessados que preencham os requisitos previstos neste edital e em seus anexos e que entregarem a documentação necessária dentro do prazo previsto neste edital.

4.6 – O resultado final do processo de credenciamento, contendo a relação de todas as Empresas ou clínicas que obtiverem o deferimento do pedido, será publicado no site www.salinas.mg.gov.br, no prazo de até 05 dias úteis, após o último dia para recebimento dos pedidos.

4.7 – Da decisão de indeferimento do credenciamento caberá recurso dirigido ao Prefeito Municipal, no prazo de 05 (cinco) dias úteis a contar da publicação, na forma acima.

4.8 – Transcorrido o prazo referido do item anterior sem que tenham sido apresentados recursos, ou após julgados estes, será publicada no site www.salinas.mg.gov.br a relação dos credenciados, acrescido daqueles que tiverem o recurso acatado e a devida homologação pelo Prefeito Municipal.

4.9 – O credenciamento não implica o direito à contratação, a qual se dará exclusivamente a critério do Fundo Municipal de Saúde, de acordo com as necessidades e metas planejadas e programadas, bem como a disponibilidade financeira e orçamentária.

4.10 – A interessada deverá apresentar relação de consultas, exames e procedimentos que se propõe realizar indicando serviços descritos no Anexo I deste edital, bem como capacidade máxima de atendimento (total e quantitativo à disposição bem como horários).

4.10.1 – Após a protocolização de requerimento de credenciamento, a comissão irá avaliar se o interessado poderá exercer as atividades, no que diz respeito a presença de conflitos de horários em plantões e serviços.

5 – DA CONTRATAÇÃO

5.1 – A contratação dos credenciados para a prestação de serviços será realizada de forma igualitária e isonômica, observado o disposto no Item 4.

5.2 – Homologado o presente credenciamento, o contemplado será convocado para, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, assinar o Termo de Contrato, conforme minuta constante do **Anexo II** do presente edital.

5.3 – O conteúdo do presente edital, os anexos que o acompanham, bem como o pedido do credenciamento, fará parte integrante do Contrato, independentemente de transcrição.

5.4 – O credenciado perderá todos os direitos se não atender ao chamado para a assinatura do Termo de Contrato e retirada dos instrumentos contratuais.

5.5 – O contratado deverá manter, durante toda a vigência do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições exigidas neste edital para credenciamento.

6 – DA DEMANDA DE SERVIÇO

6.1 – A escolha entre os credenciados ficará a cargo dos usuários dos serviços contratados (para consultas, exames e cirurgias).

7 – DA REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS

7.1 – A remuneração dos serviços se dará, unicamente, pelos valores máximos estipulados no Anexo III, os quais foram baseados em preços obtidos através da coleta de orçamentos de empresas locais;

7.2 – A Empresa ofertante deverá executar e/ou disponibilizar os procedimentos constantes no Anexo III e ainda ter capacidade de atendimento em Salinas/MG.

7.3 – Não estão incluídos no valor, caso necessário, os serviços de transporte, alimentação e outros, sendo de total responsabilidade dos interessados o provimento desses serviços.

8 – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E PAGAMENTO

8.1 – O pagamento será efetuado, mensalmente, no mês subsequente à prestação dos serviços executados, em até 30 (trinta) dias após a apresentação do documento comprobatório do serviço prestado e atestando a sua efetiva execução pelo Fundo Municipal de Saúde, juntamente com a nota fiscal emitida pelo credenciado, através de depósito em conta bancária indicada pelo credenciado, observando o disposto no art. 5º e no inciso II do § 4º do art. 40 da Lei nº. 8.666/93.

8.2 – A despesa será empenhada e liquidada com recursos das seguintes dotações orçamentárias:

10.302.0101.2414-3.3.90.39.00 Ficha 939 Fonte de Recurso 1.23 (Urgência e Emergência)
10.302.0101.2418-3.3.90.36.00 Ficha 947 Fonte de Recurso 1.23 (Urgência e Emergência)
10.302.0101.2418-3.3.90.39.00 Ficha 947 Fonte de Recurso 1.49 (Gestão Plena)
10.302.0101.2418-3.3.90.36.00 Ficha 946 Fonte de Recurso 1.49 (Gestão Plena)

8.3 – O Fundo Municipal de Saúde, através de servidor indicado no Termo de Contrato, fará o controle e a fiscalização dos serviços prestados pelos contratados.

8.4 – Recursos Financeiros que dependam do repasse de Convênio "Urgência e Emergência", poderão acarretar em dilação do prazo para pagamento de até 120 (cento e vinte) dias.

8.5 – Após o segundo mês de contrato, a Contratada se obriga a apresentar a guia de recolhimento previdenciário do médico, referente ao mês executado, à Contratante, sob pena de bloqueio de pagamento.

9 – DAS ATRIBUIÇÕES DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS

9.1 – Executar os serviços/procedimentos solicitados pela Prefeitura Municipal de Salinas/MG, através do Fundo Municipal de Saúde, com o devido encaminhamento (para consultas, exames e cirurgias);

9.2 – Enviar ao Fundo Municipal de Saúde, mensalmente, os relatórios contendo o número e tipo de consultas/exames/cirurgias realizados, datas dos atendimentos e nome dos pacientes atendidos pela Empresa, nota fiscal/fatura/recibo e as guias de encaminhamento expedidas (Registro de Presença) pelo Fundo Municipal de Saúde, para fins de recebimento;

9.3 – Discutir os casos com o profissional do Fundo Municipal de Saúde, quando solicitado;

9.4 – Integrar na implantação dos processos e cumprimentos de metas pactuadas com PRO-HOSP e Ministério da Saúde;

9.5 – Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias e comissões.

9.6 – Atender integralmente a todas as condições estabelecidas neste Edital e Termo de Referência.

9.7 – A Contratada, através de seu responsável técnico, responsabiliza-se inteira e completamente pelos trabalhos realizados em decorrência deste contrato, inclusive quanto a sua eficiência e ainda no tocante à responsabilidade civil, não obstante tais serviços sejam acompanhados e fiscalizados pela Administração.

9.8 – A Contratada através de seu responsável técnico, além dos casos previstos na legislação em vigor, é responsável:

a) por quaisquer danos ou prejuízos que por acaso causar à Administração ou a terceiros, em decorrência do não cumprimento das obrigações assumidas neste contrato;
b) pela indenização ou reparação de danos ou prejuízos decorrentes de negligência, imprudência e/ou imperícia, na execução dos serviços contratados;
c) arcar com os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e outros decorrentes do presente contrato.
d) pela locomoção até os locais onde serão prestados os serviços.

9.11 Sanar sem ônus para a CONTRATANTE, todas as falhas técnicas que por ventura venham a ocorrer no desenvolvimento das atividades.

10 – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E DO DESCREDENCIAMENTO

10.1 – O descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no credenciamento sujeitará o Credenciado, no que couber, às sanções previstas na legislação aplicável, garantida a prévia e ampla defesa, ficando estabelecidas as seguintes penalidades:

a) Advertência por escrito;
b) Suspensão temporária do credenciamento, em prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias;
c) Cancelamento do credenciamento, decorridos 30 (trinta) dias contados da data do recebimento de comunicação por escrito, emitida pelo Fundo Municipal de Saúde.

10.2 – São causas de descredenciamento: a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições elencadas no presente Edital de Credenciamento, no Contrato de Credenciamento, ou ainda, a prática de atos que caracterizem má fé em relação ao Fundo Municipal de Saúde de Salinas/MG, apuradas em processo administrativo.

11 – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1 – Fica assegurado ao Fundo Municipal de Saúde de Salinas/MG, o direito de proceder análises e outras diligências, a qualquer tempo, na extensão necessária, a fim de esclarecer possíveis dúvidas a respeito de quaisquer dos elementos apresentados no transcurso do processo.

11.2 – Os interessados são responsáveis pela fidelidade e legitimidade das informações e dos documentos apresentados em qualquer fase do credenciamento.

11.3 – A autoridade competente poderá revogar o credenciamento por razões de interesse público decorrentes de fatos supervenientes devidamente comprovados, pertinentes e suficientes para justificar tal conduta, devendo anulá-la por ilegalidade de ofício ou por provocação de terceiros, mediante

parecer escrito e devidamente fundamentado, sem que disso decorra qualquer direito de indenização ou ressarcimento de qualquer natureza ao interessado.

11.4 – O Fundo Municipal de Saúde de Salinas/MG poderá, a qualquer tempo e na forma da lei, realizar novos credenciamentos, através da divulgação de um novo regulamento.

11.5 – As informações e esclarecimentos necessários ao perfeito conhecimento do objeto deste credenciamento serão prestados pelo Fundo Municipal de Saúde de Salinas/MG.

11.6 – Dos atos praticados será gerada ata, na qual estarão registrados todos os autos dos procedimentos e as ocorrências relevantes, que ficará disponível para consulta no site www.salinas.mg.gov.br.

12 – DO FORO

12.1 – Fica eleito o Foro da Comarca de Salinas/MG, eleito para dirimir qualquer controvérsia não resolvida entre as partes.

Salinas, 15 de março de 2017.

Uarley Moreira Silva
Presidente da Comissão de Licitação

Marlucia de Fátima Maia
Secretária Municipal de Saúde

ANEXO I

REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO

AO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SALINAS/MG.

ASSUNTO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DE MEDICINA

Prezados Senhores,

Pelo presente, atendendo ao Edital de Chamada Pública nº. 006/2017, ofereço aos pacientes, usuários do SUS do município de Salinas/MG, prestação dos serviços abaixo indicados:

Item	Descrição do Item (especialidade, local de atendimento, detalhamento dos serviços)	Quant. mensal estimada Atendimentos/ Plantões/Consulta/Exame	Valor unitário

Total estimado anual: R$

(Conforme o caso)

Declaro que o atendimento será realizado no Hospital Municipal Dr. Oswaldo Prediliano Santana.

Declaro que o atendimento será realizado em Clínica Médica devidamente credenciada.

Declaro que o atendimento será realizado no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS.

Declaro, ainda, total concordância com as condições estabelecidas no edital de credenciamento nº. 006/2017 e seus anexos.

Nome/Razão Social: .....
CNPJ/CPF: .....
Banco: ..... Agência:..... Conta:.....
Fone: ..... Fax:..... E-mail:.....

Identificação e assinatura do Representante Legal

....., ... de _____ de 2017.

ANEXO II

MINUTA DO CONTRATO

TERMO DE CONTRATO Nº .....

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS, QUE ENTRE SI CELEBRAM A PREFEITURA MUNICIPAL DE SALINAS/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE/MG E A EMPRESA/CLINICA.....

A Prefeitura Municipal de Salinas, Pessoa Jurídica de Direito Público Interno, através do *FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE,* com sede à Praça Moisés Ladeia, nº. 64, bairro Centro, Cep.: 39.560-000, Salinas/MG, inscrita no CNPJ nº. 24.359.333/0001-70, doravante denominada simplesmente de **CREDENCIANTE,** neste ato representada por seu Prefeito Municipal, o Sr. ***José Antônio Prates, brasileiro***, casado, arquiteto e urbanista, portador do CPF nº. 432.536.606-72 e identidade nº. RG 1.520.272 SSP/DF, residente e domiciliado à Praça Dr. Morais, nº 283 – Centro, Salinas/MG e a Gestora do FMS, Sra. *Marlúcia de Fátima Maia***,** portadora do CPF nº 573.349.786-68 e Identidade nº MG-4.710.559, residente na Rua Cônego Gerônimo, nº 26, Vila Januária e a empresa ....., inscrita no CNPJ sob nº....., dados bancários: ....., estabelecida na Rua ..... em ....., neste ato representada pelo Sr....., portador da Carteira de Identidade nº. .....e CPF nº....., residente e domiciliado na rua..... em....., doravante denominada simplesmente **CREDENCIADA,** perante as testemunhas ao final firmadas, pactuam o presente contrato de prestação de serviços especializados em **....., pelo período de 12 meses**, conforme documentação e condições constantes do **Credenciamento nº. 006/2017, processado sob a Inexigibilidade nº. 006/2017**, que fazem parte integrante deste contrato, sujeitando-se as partes às disposições da Lei nº. 8.666/93 em sua redação atual, toda legislação substitutiva e complementar, tendo ainda entre si justo e contratado, as cláusulas e condições que se enunciam a seguir e que mutuamente outorgam:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1 – O objeto do presente contrato é a prestação de serviços médicos especializados em **....., pelo período de 12 meses**, para atendimento às demandas complementares do Hospital Municipal Dr. Oswaldo Prediliano Santana e Fundo Municipal de Saúde, conforme especificado no Credenciamento nº. 006/2017 e anexos, os quais integram o presente Termo de Contrato.

1.2 – Os atendimentos serão realizados no Hospital Municipal, conforme definido no anexo III, mediante a apresentação de guias específicas ou outro documento emitido pelo Fundo Municipal de Saúde (para consultas, exames e cirurgias).

1.3 – Os quantitativos e a periodicidade dos serviços foram estimados conforme a tabela no subitem 8.1, podendo sofrer alterações em casos excepcionais, liberados pelo Fundo Municipal de Saúde.

1.4 – O quantitativo do objeto contratual é estimado e tem finalidade apenas orçamentária, podendo variar para mais ou menos, não gerando obrigação pelo Fundo Municipal de Saúde de Salinas/MG.

1.5 – O adjudicado perderá todos os direitos decorrentes da licitação se não atender ao chamado para assinatura do "Termo de Contrato" e retirada dos instrumentos contratuais, sujeitando-se às penalidades previstas para os casos de inadimplências.

1.6 – Fica vedado o repasse dos serviços para outro profissional, exceto para os casos de extrema necessidade, justificados e aceitos pela **Credenciante** e após verificação de todas as condições de habilitação constantes no edital.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO REGIME DE EXECUÇÃO

2.1 – O objeto deste instrumento contratual será executado pela **Credenciada,** na forma de execução indireta e prestação de serviços presenciais (de acordo com subitem 8.1) especializados na área ....., conforme disposto na cláusula primeira deste contrato.

CLÁUSULA TERCEIRA – DOS DIREITOS

3.1 – Da Credenciante:

3.1.1 – É assegurado à **Credenciante** o exercício, na defesa de seus interesses em nome da vontade pública, dos atos e ações previstos na Lei nº. 8.666/93 e em toda legislação pertinente, no Credenciamento nº. 006/2017 e neste contrato.

3.2 – Da Credenciado:

3.2.1 – O **Credenciado** exercerá seus direitos e obrigações na conformidade do disposto nos instrumentos legais normativos e contratuais especificados na subcláusula 3.1.1.

3.2.2 – Receber mensalmente os valores apresentados em nota fiscal, no prazo e forma estipulados na cláusula nona e suas subcláusulas.

CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES

4.1 – Da Credenciante:

4.1.1 – Processar, atestar, empenhar, liquidar e pagar o valor apresentado em Nota Fiscal, em conformidade com a cláusula nona e suas subcláusulas.

4.1.2 – Efetuar as triagens, avaliações médicas e encaminhar os pacientes através de formalização em impresso próprio.
4.1.3 – Prestar informações e esclarecimentos necessários para o bom desempenho dos serviços ora contratados.

4.1.4 – Comunicar oficialmente ao **Credenciado** quaisquer falhas ocorridas, consideradas de natureza grave ou aquelas que possam prejudicar o cumprimento do objeto contratado. Caso as falhas levem ao descredenciamento, a contratada será notificada, num prazo mínimo de 30 (trinta) dias.

4.1.5 – Apresentar a nova proposta de valores praticados a cada período de 12 (doze) meses, contados a partir da data de publicação do edital, em caso de reajuste, observando-se as determinações do item 8.3 deste termo.

4.2 – **Da Credenciada:**

4.2.1 – Manter, na vigência do presente Contrato, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas para o presente certame licitatório.

4.2.2 – Executar os serviços/procedimentos solicitados pela Prefeitura Municipal de Salinas/MG, através do Fundo Municipal de Saúde, com o devido encaminhamento (para consultas, exames e cirurgias).

4.2.4 – Enviar, mensalmente, anexados à nota fiscal, os relatórios contendo o número e tipo de consultas/exames/cirurgias realizados, datas dos atendimentos e nome dos pacientes atendidos pela Empresa, nota fiscal/fatura/recibo e as guias de encaminhamento expedidas (Registro de Presença) pelo Fundo Municipal de Saúde, para fins de recebimento.

4.2.5 – Comunicar à administração da **Credenciante**, por escrito, qualquer anormalidade de caráter urgente e prestar os esclarecimentos que julgar necessário.

4.2.6 – Integrar na implantação dos processos e cumprimentos de metas pactuadas com PRO-HOSP e Ministério da Saúde;

4.2.7 – Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias e comissões.

4.2.8 – Responsabilizar-se pelos encargos sociais, fiscais e comerciais, resultantes deste contrato.

4.2.9 – A inadimplência da **Credenciada** com referência aos encargos cabíveis não transfere à Administração da **Credenciante**, a responsabilidade por seu pagamento, nem poderá onerar o objeto deste contrato, razão pela qual a **Credenciada** renuncia expressamente qualquer vínculo de solidariedade, ativa ou passiva para com a **Credenciante.**

4.2.8 – Discutir os casos com profissional do Fundo Municipal de Saúde, quando solicitado.

4.2.9 – Fica expressamente proibido o pagamento de qualquer sobretaxa em relação à tabela adotada e pagamentos intermediados por quaisquer entidades.

CLÁUSULA QUINTA – DA GARANTIA CONTRATUAL

5.1 – Dispensada em face das condições de contratação, execução contratual e pagamentos, assim como a aplicação das penalidades cabíveis, se necessário, suprem tal exigência, além da faculdade do artigo 56, caput, Lei 8.666/93.

CLÁUSULA SEXTA – DOS CRÉDITOS ORÇAMENTÁRIOS

6.1 – Os recursos orçamentários e financeiros para liquidação do objeto contratado, serão alocados à conta dos orçamentos de 2015, nas dotações orçamentárias:

10.302.0101.2414-3.3.90.39.00 Ficha 939 Fonte de Recurso 1.23 (Urgência e Emergência)
10.302.0101.2418-3.3.90.36.00 Ficha 947 Fonte de Recurso 1.23 (Urgência e Emergência)
10.302.0101.2418-3.3.90.39.00 Ficha 947 Fonte de Recurso 1.49 (Gestão Plena)
10.302.0101.2418-3.3.90.36.00 Ficha 946 Fonte de Recurso 1.49 (Gestão Plena)

CLÁUSULA SÉTIMA – DA VIGÊNCIA E PRORROGAÇÃO

7.1 – O presente contrato tem vigência de 12 (doze) meses, iniciando-se em ....., com prazo final em .....

7.2 – Este contrato poderá ser prorrogado nas condições básicas determinadas no Artigo 57 da Lei 8.666/93, mediante ajuste entre as partes contratadas, antes de seu vencimento.

CLÁUSULA OITAVA – DO PREÇO E DO REAJUSTE

8.1 – O valor total estimado para a prestação dos serviços é de R$ ..... (.....), homologado pelo Prefeito Municipal e constante da Nota de Empenho, sendo os valores conforme abaixo:

Item	Descrição do Item (especialidade, local de atendimento, detalhamento dos serviços)	Quant. mensal estimada	Valor unitário (R$)	Valor mensal estimado (R$)
A QUANTIDADE MENSAL É ESTIMADA, PODENDO SOFRER VARIAÇÕES CONFORME PRODUTIVIDADE.				

8.2 – As quantidades acima são estimadas, sendo a produção mensal e anual baseada na quantidade de plantões/horas técnicas/consultas/exames efetivamente realizadas.

8.3 – Conforme disposto nas Leis 8.666/93 e 10.192, de 14/02/2001 não serão admitidos reajustes de preços, salvo repactuação ou desequilíbrio econômico e financeiro do contrato, conforme subcláusula 8.3.
8.4 – A Administração deverá apresentar nova proposta de valores praticados a cada período de 12 (doze) meses, contados a partir da data de publicação do Edital (data em que a Administração apresentou a sua proposta inicial de valores a serem pagos aos credenciados), para negociação do primeiro reajuste, e a data de início de vigência do reajuste anterior, nos reajustes subsequentes, em estrita observância às regras abaixo:

8.4.1 – Os valores deverão ser reajustados com base no índice da Tabela Referencial Nacional de Honorários da Associação Médica Brasileira, qual seja o INPG-IBGE.
8.4.2 – Os valores reajustados deverão entrar em vigor no dia imediatamente posterior ao transcurso de 12 meses da publicação da proposta prévia de valores praticados por parte da Administração, independentemente da data de publicação da nova proposta, e serão aplicáveis, mediante simples apostila, a todos os contratos em vigor, inclusive aos novos contratos.

8.5 – Havendo desequilíbrio econômico-financeiro do contrato, provocado por aumentos autorizados pelo Governo Federal, ou outro órgão controlador ou por motivo alheio à vontade da **Credenciada**, o preço poderá ser revisto após demonstração das causas, sujeito ao aceite da **Credenciante**, conforme artigo 65, inciso II, alínea "d", da Lei 8.666/93.
8.6 – Fica expressamente proibido o pagamento de qualquer sobretaxa em relação à tabela adotada e a intermediação, por terceiros, do pagamento dos serviços prestados.

CLÁUSULA NONA – DO PAGAMENTO

9.1 – O pagamento será mensal, efetuado em até 30 (trinta) dias após a prestação dos serviços, condicionado à apresentação da Nota Fiscal, sendo efetuado em conta bancária indicada pela **Credenciada**, observando o disposto no artigo 5º e no inciso II do § 4º do artigo 40 da Lei 8.666/93.
9.2 – A nota fiscal/fatura deverá ser encaminhada ao Fundo Municipal de Saúde, acompanhada de relatórios contendo o número e tipo de consultas/exames/cirurgias realizados, datas dos atendimentos e nome dos

pacientes atendidos pela Empresa, nota fiscal/fatura/recibo e as guias de encaminhamento expedidas (Registro de Presença) pelo Fundo Municipal de Saúde, para fins de recebimento.

9.3 – O pagamento será efetuado após inspeção, declaração de conformidade dos serviços e aferição pelo gestor contratual.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS SANÇÕES E PENALIDADES

10.1 – Multa: pela inadimplência prevista nos artigos 86 e 87 da Lei 8.666/93, será aplicada multa de 5% (cinco por cento) do valor do objeto da inadimplência e pela inexecução total ou parcial do fornecimento poderá a Administração da **Credenciante** aplicar as sanções previstas no artigo 87 da mesma Lei, garantida a prévia defesa à **Credenciada.**

10.2 – Nenhuma sanção ou penalização será aplicada sem a garantia de prazo prévio para o exercício da ampla defesa.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA RESCISÃO OU CASSAÇÃO DO CONTRATO

11.1 – Os distratos administrativos ou amigáveis, seus motivos e consequências, regulam-se pelas disposições da Lei nº. 8.666/93, no que couber, assim como pelas determinações do Credenciamento nº. 006/2017, deste contrato e legislação pertinente cabível.

11.1.1 – Os casos de rescisão contratual serão formalmente motivados, assegurando-se à Contratada o direito à prévia e ampla defesa.

11.2 – Advindo fatos supervenientes que comprometam as condições ora pactuadas, poderão as partes denunciar o presente ajuste, declarando os fundamentos de sua decisão reservada à parte denunciada o direito à defesa e propositura de outras condições do contrato, observada a legislação de regência.

11.2.1 – A denúncia do ajuste deverá ser efetivada mediante notificação da Credenciante com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

11.2.2 – Estando em processo de apuração de irregularidades na prestação de seus serviços, a Credenciada não poderá solicitar a rescisão, enquanto não concluído o processo de apuração.

11.3 – Reconhece a **Credenciada** os direitos da **Credenciante** em relação à rescisão ou cassação administrativa do contrato, na forma do art. 77 da Lei nº. 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA VINCULAÇÃO E LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

12.1 – Ficam as partes, na execução do presente contrato, vinculadas aos termos específicos do Edital de Credenciamento nº. 006/2017 e seus anexos, bem como aos termos do presente instrumento.

12.2 – Aplicam-se ainda ao presente contrato, no que couber, as disposições da Lei nº. 8.666/93 em sua redação atual, toda legislação aplicável, bem como os princípios de direito público e supletivamente os preceitos da teoria geral dos contratos e as disposições do direito privado.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA ADMINISTRAÇÃO DO CONTRATO

13.1 – O gestor responsável pelo acompanhamento será a Sra. Marlucia de Fátima Maia, Secretária Municipal de Saúde, e a fiscalização, acompanhamento, controle e avaliação da execução do contrato, ficará a cargo do servidor .....

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA PUBLICAÇÃO

14.1 – Até o quinto dia útil do mês subsequente ao de sua assinatura, a **Credenciante** encaminhará para publicação o resumo do termo de contrato, no site www.salinas.mg.gov.br e no Caderno de Atos Administrativo Municipal, na conformidade do parágrafo único do art. 61 da Lei 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

15.1 – As inadimplências referentes aos encargos trabalhistas, pessoais, previdenciários, sociais, tributários e outros decorrentes não transferem ao **Contratado** a responsabilidade de seu pagamento nem poderá onerar o objeto deste contrato.

15.2 – Se qualquer das partes contratantes, em benefício da outra, permitir, mesmo por omissão, a inobservância no todo ou em parte de qualquer das cláusulas e condições do presente contrato e/ou seus anexos, tal fato não poderá liberar, desonerar ou de algum e qualquer modo afetar ou prejudicar essas mesmas cláusulas e condições, as quais permanecerão inalteradas como se nenhuma tolerância houvesse ocorrido.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO FORO

16.1 – O Foro competente para dirimir qualquer controvérsia relacionada ao presente contrato e não resolvida entre as partes será o da Comarca de Salinas/MG, com renúncia de qualquer outro por mais privilegiado que seja.

E, por acharem justos e contratados, de pleno acordo, assinam as partes contratantes o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, perante as testemunhas abaixo.

Salinas, ... de ..... de 2017.

Para contratante:

JOSÉ ANTÔNIO PRATES
PREFEITO

MARLUCIA DE FÁTIMA MAIA
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Para contratada:

Testemunhas:

Nome:	**Nome:**
CPF:	**CPF:**

ANEXO III

TERMO DE REFERÊNCIA

Este termo definirá as regras, custos e demais informações para o presente credenciamento:

1 - Urgência e Emergência na Unidade de Pronto Atendimento (PLANTÃO FIXO)
Operacionalização do Programa Urgência e Emergência.

Local: Hospital Municipal Dr. Oswaldo Prediliano Santana.

Descrição: Esta modalidade de Plantões será no regime de atividades fixas, contando com, no mínimo, 01 (hum) profissional médico Clinico Geral de Segunda a sexta-feira das 07:00 às 19hs, podendo o mesmo solicitar uma folga durante o mês de acordo autorização do Diretor Técnico do HMOPS.
Os médicos deverão respeitar rigorosamente a escala publicada, sendo que as folgas deverão ser comunicadas a Direção Clínica do HMOPS, com antecedência de 48 horas, sob pena de punição ética e administrativa.
As escalas médicas serão elaboradas mensalmente, podendo, a critério da Administração, ser elaborada por um período superior. O médico que tiver interesse em se retirar da escala deverá comunicar ao Diretor Técnico e Administrativo com 30 dias de antecedência, sob pena de punição.
Os profissionais e seus serviços serão regidos pelas normas da Instituição, devendo conhecê-las e respeitá-las.

Necessário: mínimo de 02 médicos para a demanda total.

Unidade: Mensal divididos em Plantões fixos de 12 horas cada.

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE ESTIMADA MENSAL	QUANTIDADE ESTIMADA PARA 12 MESES	VALOR MÁXIMO POR MÊS	VALOR TOTAL ESTIMADO PARA 12 MESES
01	Prestação de serviços médicos de Plantonista na Urgência e Emergência da Unidade de Pronto Atendimento de 07hs às 19hs de segunda a sexta-feira.	Mensal divididos em Plantões fixos de 12 horas cada	02	24	R$ 14.400,00	R$ 345.600,00

Regra: Cada profissional poderá solicitar credenciamento de somente 12 (doze) unidades/meses para este item. Ao se credenciar, a interessada não poderá se credenciar para os itens que se conflitarem com este.

2 - Urgência e Emergência Unidade Pronto Atendimento (Plantão meio de semana individual - Diurno)
Operacionalização do Programa Urgência e Emergência.

Local: Unidade de Pronto Atendimento.

Descrição: Regime de plantões de 06 horas.
Os plantões serão distribuídos conforme escala devidamente aprovada pela direção clínica, sendo distribuídos no período que abrange as 07:00 horas da manhã de segunda até às 19:00 horas da sexta-feira.

Os médicos deverão respeitar rigorosamente a escala publicada, sendo que as trocas de plantões deverão ser comunicadas ao Diretor Clínico do HMOPS, com antecedência de 48 horas, sob pena de punição ética e administrativa.
As escalas médicas serão elaboradas mensalmente, podendo, a critério da Administração, ser elaborada por um período superior. O médico que tiver interesse em se retirar da escala deverá comunicar ao Diretor médico com 30 dias de antecedência, sob pena de punição.
Os profissionais e seus serviços serão regidos pelas normas da Instituição, devendo conhecê-las e respeitá-las.

Necessário: até 02 médicos para a demanda total.

Unidade: Plantão de 06 horas.

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA	QUANTIDADE ESTIMADA PARA 12 MESES	VALOR MÁXIMO DO PLANTÃO	VALOR TOTAL ESTIMADO PARA 12 MESES
02	Urgência e emergência 2: Prestação de serviços médicos de plantões na Unidade de Pronto Atendimento (meio de semana). Plantões com um médico.	Plantão de 6 horas	15	180	R$ 350,00	R$ 63.000,00

Regra: Cada profissional poderá solicitar credenciamento de 15 plantões mensais para este item. Ao se credenciar, a interessada não poderá se credenciar para os itens que se conflitarem com este.

3 - Urgência e Emergência na Unidade de Pronto Atendimento (Plantão meio de semana noturno Individual)
Operacionalização do Programa Urgência e Emergência.

Local: Unidade de Pronto Atendimento.

Descrição: Regime de plantões de 12 horas. Os plantões serão distribuídos conforme escala devidamente aprovada pela direção Técnica, sendo distribuídos no período que abrange as 19 horas de segunda-feira às 07:00 horas da manhã de quinta-feira.
Os médicos deverão respeitar rigorosamente a escala publicada, sendo que as trocas de plantões deverão ser comunicadas ao Diretor Técnico do HMOPS, com antecedência de 48 horas, sob pena de punição ética e administrativa.
As escalas médicas serão elaboradas mensalmente, podendo, a critério da Administração, ser elaborada por um período superior. O médico que tiver interesse em se retirar da escala deverá comunicar ao Diretor Técnico e Administrativo com 30 dias de antecedência, sob pena de punição.
Os profissionais e seus serviços serão regidos pelas normas da Instituição, devendo conhecê-las e respeitá-las.

Necessário: mínimo de 02 médicos para a demanda total.

Unidade: Plantão de 12 horas.

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA	QUANTIDADE ESTIMADA PARA 12 MESES	VALOR MÁXIMO DO PLANTÃO	VALOR TOTAL ESTIMADO PARA 12 MESES

03	Urgência e emergência 3: Prestação de serviços médicos de plantões na Unidade de Pronto Atendimento (meio de semana), entre as 19hs às 07hs individual	Plantão de 12 horas	30	360	R$ 1200,00	R$ 432.000,00
Regra: Cada profissional poderá solicitar credenciamento de 15 plantões mensais para este item. Ao se credenciar, a interessada não poderá se credenciar para os itens que se conflitarem com este.						

4 – Urgência e Emergência na Unidade de Pronto Atendimento (Plantão meio de semana noturno compartilhado)
Operacionalização do Programa Urgência e Emergência.

Local: Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Descrição: Regime de plantões de 12 horas. Os plantões serão distribuídos conforme escala devidamente aprovada pela direção clínica, sendo distribuídos no período que abrange das 19 horas de segunda à 07:00 horas de quinta-feira.
Os médicos deverão respeitar rigorosamente a escala publicada, sendo que as trocas de plantões deverão ser comunicadas ao Diretor Técnico do HMOPS, com antecedência de 48 horas, sob pena de punição ética e administrativa.
As escalas médicas serão elaboradas mensalmente, podendo, a critério da Administração, ser elaborada por um período superior. O médico que tiver interesse em se retirar da escala deverá comunicar ao Diretor Técnico e Administrativo com 30 dias de antecedência, sob pena de punição.
Os profissionais e seus serviços serão regidos pelas normas da Instituição, devendo conhecê-las e respeitá-las.

Necessário: mínimo de 2 médicos para a demanda total.

Unidade: Plantão de 12 horas.

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA	QUANTIDADE ESTIMADA PARA 12 MESES	VALOR MÁXIMO DO PLANTÃO	VALOR TOTAL ESTIMADO PARA 12 MESES
04	Urgência e emergência: Prestação de serviços médicos de plantões na Unidade de Pronto Atendimento (meio de semana noturno Compartilhado). Plantões com dois médicos.	Plantão de 12 horas	60	720	R$ 700,00	R$ 504.000,00
Regra: Cada profissional poderá solicitar credenciamento de 30 plantões mensais para este item. Ao se credenciar, a interessada não poderá se credenciar para os itens que se conflitarem com este.						

5 - Urgência e Emergência Pronto Socorro (Plantão fim de semana individual)

Operacionalização do Programa Urgência e Emergência.

Local: Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Descrição: Regime de plantões de 12 horas.
Os plantões serão distribuídos conforme escala devidamente aprovada pela direção clínica, sendo distribuídos no período que abrange das 19 horas de sexta-feira à 07:00 horas da manhã de segunda-feira.
Os médicos deverão respeitar rigorosamente a escala publicada, sendo que as trocas de plantões deverão ser comunicadas ao Diretor Técnico do HMOPS, com antecedência de 48 horas, sob pena de punição ética e administrativa.
As escalas médicas serão elaboradas mensalmente, podendo, a critério da Administração, ser elaborada por um período superior. O médico que tiver interesse em se retirar da escala deverá comunicar ao Diretor Técnico e Administrativo com 30 dias de antecedência, sob pena de punição.
Os profissionais e seus serviços serão regidos pelas normas da Instituição, devendo conhecê-las e respeitá-las.

Necessário: mínimo de 2 médicos para a demanda total.

Unidade: Plantão de 12 horas.

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA	QUANTIDADE ESTIMADA PARA 12 MESES	VALOR MÁXIMO DO PLANTÃO	VALOR TOTAL ESTIMADO PARA 12 MESES
05	Urgência e emergência: Prestação de serviços médicos de plantões no Pronto Socorro nos finais de semana individual.	Plantão de 12 horas	30	360	R$ 1.400,00	R$ 504.000,00

Regra: Cada profissional poderá solicitar credenciamento de 15 plantões mensais para este item. Ao se credenciar, a interessada não poderá se credenciar para os itens que se conflitarem com este.

6 - Urgência e Emergência Pronto Socorro (Plantão fim de semana compartilhado)
Operacionalização do Programa Urgência e Emergência.

Local: Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Descrição: Regime de plantões de 12 horas, compartilhado, sendo 2 médicos por plantão.
Os plantões serão distribuídos conforme escala devidamente aprovada pela direção clínica, sendo distribuídos no período que abrange das 19 horas de sexta-feira à 07:00 horas da manhã de segunda-feira.
Os médicos deverão respeitar rigorosamente a escala publicada, sendo que as trocas de plantões deverão ser comunicadas ao Diretor Técnico do HMOPS, com antecedência de 48 horas, sob pena de punição ética e administrativa.
As escalas médicas serão elaboradas mensalmente, podendo, a critério da Administração, ser elaborada por um período superior. O médico que tiver interesse em se retirar da escala deverá comunicar ao Diretor Técnico e Administrativo com 30 dias de antecedência, sob pena de punição.
Os profissionais e seus serviços serão regidos pelas normas da Instituição, devendo conhecê-las e respeitá-las.

Necessário: mínimo de 4 médicos para a demanda total.

Unidade: Plantão de 12 horas.

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA	QUANTIDADE ESTIMADA PARA 12 MESES	VALOR MÁXIMO DO PLANTÃO	VALOR TOTAL ESTIMADO PARA 12 MESES
06	Urgência e emergência: Prestação de serviços médicos de plantões no Pronto Socorro nos finais de semana compartilhado.	Plantão de 12 horas	60	720	R$ 800,00	R$ 576.000,00
Regra: Cada profissional poderá solicitar credenciamento de 15 plantões mensais para este item. Ao se credenciar, a interessada não poderá se credenciar para os itens que se conflitarem com este.						

7 – Serviço de Psiquiatria.
Operacionalização do Serviços especializados em PSIQUIATRIA.

Local: CAPS ADULTO.

Serviço: Acompanhamento a livre demanda ambulatorial em diagnose e terapêutica especializada no período de 03 dias semanais a ser pré estabelecido com a Coordenadora de Saúde Mental.

Necessário: mínimo de 01 (hum) médico com título de especialização registrado no CRM em Psiquiatria, sendo que o mesmo será vinculado no cadastro do município no CNES.

Unidade: Serviço Mensal.

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE	VALOR MÁXIMO UNITÁRIO	VALOR TOTAL DO PERÍODO
07	Serviço de psiquiatria no CAPS Adulto Municipal	Mês	12 meses	R$ 8.249,60	R$ 98.995,20
Regra: Cada profissional poderá solicitar credenciamento de 12 meses total para este item. Ao se credenciar, a interessada não poderá se credenciar para os itens que se conflitarem com este.					

8 – Serviço de Psiquiatria.
Operacionalização do Serviços especializados em PSIQUIATRIA.

Local: CAPS INFANTIL.

Serviço: Acompanhamento a livre demanda ambulatorial em diagnose e terapêutica especializada no período de 03 dias semanais a ser pré estabelecido com a Coordenadora de Saúde Mental.

Necessário: mínimo de 01 (hum) médico com título de especialização registrado no CRM em Psiquiatria, sendo que o mesmo será vinculado no cadastro do município no CNES.

Unidade: Serviço Mensal.

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE	VALOR MÁXIMO UNITÁRIO	VALOR TOTAL DO PERÍODO
08	Serviço de psiquiatria no CAPS Infantil Municipal	Mês	12 meses	R$ 8.249,60	R$ 98.995,20
Regra: Cada profissional poderá solicitar credenciamento de 12 meses total para este item. Ao se credenciar, a interessada não poderá se credenciar para os itens que se conflitarem com este.					

9 – Serviço de Psiquiatria.

Operacionalização do Serviços especializados em PSIQUIATRIA no apoio à administração da Saúde mental.

Local: CAPS ADULTO E INFANTIL.

Serviço: Atendimento ambulatorial em diagnose e terapêutica especializada no período de 02 dias por mês, com data a ser pré estabelecido com a Coordenadora de Saúde Mental.

Necessário: mínimo de 01 (hum) médico com título de especialização registrado no CRM em Psiquiatria, sendo que o mesmo será vinculado no cadastro do município no CNES.

Unidade: Serviço Mensal.

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE	VALOR MÁXIMO UNITÁRIO	VALOR TOTAL DO PERÍODO
09	Serviço de psiquiatria no CAPS Adulto e Infantil Municipal no apoio à administração da Saúde mental.	Mês	12 meses	R$ 2.500,00	R$ 30.000,00
Regra: Cada profissional poderá solicitar credenciamento de 12 meses total para este item. Ao se credenciar, a interessada não poderá se credenciar para os itens que se conflitarem com este.					

10 – Clínica Obstétrica
Operacionalização do Programa de Clínica Obstétrica.

Local: Hospital Municipal Dr. Oswaldo Prediliano Santana.

Descritivo: Regime de Plantões de sobreaviso de 12 horas cada, conforme necessidade do serviço. Os plantões serão distribuídos conforme escala devidamente aprovada pela Direção Clínica, sendo distribuídos de domingo a domingo, conforme a necessidade do serviço. Os médicos deverão respeitar rigorosamente a escala publicada, sendo que as trocas de plantões deverão ser comunicadas ao Diretor Técnico do HMOPS, com antecedência de 48 horas, sob pena de punição ética e administrativa.
As escalas médicas serão elaboradas mensalmente, podendo, a critério da Administração, ser elaborada por um período superior. O médico que tiver interesse em se retirar da escala deverá comunicar ao Diretor Técnico e Administrativo com 30 dias de antecedência, sob pena de punição.
Os profissionais e seus serviços serão regidos pelas normas da Instituição, devendo conhecê-las e respeitá-las.

Serviço: Realização de procedimentos de cirurgias obstétricas em bloco cirúrgico e suporte às urgências e emergências especializadas, acompanhamento das internações hospitalares, acompanhamento da gestante em trabalho de parto, recuperação cirúrgica obstétrica, plantões maternidade (sobreaviso).

Necessário: Até 03 médicos com título de especialização registrado no CRM em Ginecologia e/ou Obstetrícia.

Unidade: Horas Técnicas Operacionalizadas em regime de plantões (12 horas e sobreaviso de 12 horas).

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA	QUANTIDADE ESTIMADA PARA 12 MESES	VALOR MÁXIMO DO PLANTÃO	VALOR TOTAL ESTIMADO PARA 12 MESES
10	Clínica obstétrica: Prestação de serviços médicos em Obstetrícia.	Plantão 12 horas	62	744	R$ 750,00	R$ 558.000,00
Regra: Cada profissional poderá solicitar credenciamento de até 30 plantões mês para este item. Ao se credenciar, a interessada não poderá se credenciar para os itens que se conflitarem com este.						

11 – Clínica Médica.
Operacionalização do Programa de Clínica Médica.

Local: Hospital Municipal Dr. Oswaldo Prediliano Santana.

Descrição: Regime de plantões de sobreaviso de 24 horas, conforme necessidade do serviço. Os médicos deverão respeitar rigorosamente a escala publicada, sendo que as trocas de plantões deverão ser comunicadas a Direção Clínica do HMOPS, com antecedência de 48 horas, sob pena de punição ética e administrativa.
O médico que tiver interesse em se retirar da escala deverá comunicar ao Diretor Técnico e Administrativo com 30 dias de antecedência, sob pena de punição. Os profissionais e seus serviços serão regidos pelas normas da Instituição, devendo conhece-las e respeitá-las.

Serviço: Acompanhamento da Clínica médica adulta, com evolução de pacientes, medicação, atendimentos à intercorrências, transferências e entre outras atividades..

Necessário: 03 médicos clínicos gerais.

Unidade: plantão 24 horas.

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA	QUANTIDADE ESTIMADA PARA 12 MESES	VALOR MÁXIMO DO PLANTÃO	VALOR TOTAL ESTIMADO PARA 12 MESES
11	Clínica Médica: Prestação de serviços médicos na Clínica Médica.	Plantão 24 horas	62	744	R$ 600,00	R$ 446.400,00
Regra: Cada profissional poderá solicitar credenciamento de até 30 plantões mês para este item. Ao se credenciar, a interessada não poderá se credenciar para os itens que se conflitarem com este.						

12 – Clínica Pediátrica
Operacionalização do Programa de Clínica Pediátrica.

Local: Hospital Municipal Dr. Oswaldo Prediliano Santana.

Descrição: Regime de plantões de sobreaviso de 12 horas, conforme necessidade do serviço. Os médicos deverão respeitar rigorosamente a escala publicada, sendo que as trocas de plantões deverão ser comunicadas a Direção Clínica do HMOPS, com antecedência de 48 horas, sob pena de punição ética e administrativa.
O médico que tiver interesse em se retirar da escala deverá comunicar ao Diretor Técnico e Administrativo com 30 dias de antecedência, sob pena de punição. Os profissionais e seus serviços serão regidos pelas normas da Instituição, devendo conhece-las e respeitá-las.

Serviço: Realização de plantões diurno e noturno para atendimento na clínica pediátrica, acompanhamento dos recém nascidos na maternidade e sala de parto, acompanhamento das internações hospitalares, atendimento à urgências e emergências na UPA. Atendimento ambulatorial em diagnose e terapêutica especializada para atender um total de 240 consultas/mês a ser distribuídos de segunda a sexta-feira as quais deverão ser pré/agendadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Necessário: Até 03 médicos com título de especialização registrado no CRM em Pediatria.

Unidade: Plantão de 12 Horas.

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA	QUANTIDADE ESTIMADA PARA 12 MESES	VALOR MÁXIMO DO PLANTÃO	VALOR TOTAL ESTIMADO PARA 12 MESES
12	Clínica Pediátrica: Prestação de serviços médicos em Pediatria.	Plantão 12 horas	62	744	R$ 750,00	R$ 558.000,00
Regra: Cada profissional poderá solicitar credenciamento de até 30 plantões mês para este item. Ao se credenciar, a interessada não poderá se credenciar para os itens que se conflitarem com este.						

13 – Clínica Anestésica.
Operacionalização do Programa Clínica Anestésica.

Local: Hospital Municipal Dr. Oswaldo Prediliano Santana.

Descrição: Regime de plantões fixos de 12 horas e sobreaviso de 12 horas, conforme necessidade do serviço. Os médicos deverão respeitar rigorosamente a escala publicada, sendo que as trocas de plantões deverão ser comunicadas a Direção Clínica do HMOPS, com antecedência de 48 horas, sob pena de punição ética e administrativa.
O médico que tiver interesse em se retirar da escala deverá comunicar ao Diretor Técnico e Administrativo com 30 dias de antecedência, sob pena de punição. Os profissionais e seus serviços serão regidos pelas normas da Instituição, devendo conhece-las e respeitá-las.

Serviço: Acompanhamento das internações hospitalares, operacionalização anestésica em bloco cirúrgico e atendimento ambulatorial em diagnose.

Necessário: mínimo de 1 médicos com título de especialização registrado no CRM em Anestesia.

Unidade: Mensal em Plantões (12 horas e sobreaviso de 12 horas).

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA	QUANTIDADE ESTIMADA PARA 12 MESES	VALOR MÁXIMO MENSAL	VALOR TOTAL ESTIMADO PARA 12 MESES
13	Clínica Anestésica: Prestação de serviços médicos em Anestesia.	Mensal	1	12	R$ 34.300,00	R$ 411.600,00
Regra: Cada profissional poderá solicitar credenciamento de 12 meses total para este item. Ao se credenciar, a interessada não poderá se credenciar para os itens que se conflitarem com este.						

14 – Clínica Anestésica (plantões extras).
Operacionalização do Programa Clínica Anestésica.

Local: Hospital Municipal Dr. Oswaldo Prediliano Santana.

Descrição: Regime de plantões fixos de 12 horas e sobreaviso de 12 horas, conforme necessidade do serviço. Os médicos deverão respeitar rigorosamente a escala publicada, sendo que as trocas de plantões deverão ser comunicadas a Direção Clínica do HMOPS, com antecedência de 48 horas, sob pena de punição ética e administrativa.
O médico que tiver interesse em se retirar da escala deverá comunicar ao Diretor Técnico e Administrativo com 30 dias de antecedência, sob pena de punição. Os profissionais e seus serviços serão regidos pelas normas da Instituição, devendo conhece-las e respeitá-las.

Serviço: Acompanhamento das internações hospitalares, operacionalização anestésica em bloco cirúrgico e atendimento ambulatorial em diagnose, plantões maternidade (sobreaviso) e terapêutica especializados. Atendimento como médico-horizontal na unidade de Pronto Atendimento. Realização de riscos anestesiológicos de acordo agendamento realizado pela Secretaria Municipal de Saúde.

Necessário: mínimo de 01 médico com título de especialização registrado no CRM em Anestesia.

Unidade: Plantão 12 Horas.

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA	QUANTIDADE ESTIMADA PARA 12 MESES	VALOR MÁXIMO DO PLANTÃO	VALOR TOTAL ESTIMADO PARA 12 MESES
14	Clínica Anestésica: Prestação de serviços médicos em Anestesia.	Plantão 12 horas	11	96	R$ 700,00	R$ 67.200,00
Regra: Cada profissional poderá solicitar credenciamento de 12 meses total para este item. Ao se credenciar, a interessada não poderá se credenciar para os itens que se conflitarem com este.						

15 – Clínica Cirúrgica.
Operacionalização do Programa de Clínica Cirúrgica.

Local: Hospital Municipal Dr. Oswaldo Prediliano Santana.

Descrição: Regime de plantões fixos de 12 horas e sobreaviso de 12 horas, conforme necessidade do serviço. Os médicos deverão respeitar rigorosamente a escala publicada, sendo que as trocas de plantões deverão ser comunicadas a Direção Clínica do HMOPS, com antecedência de 48 horas, sob pena de punição ética e administrativa.

O médico que tiver interesse em se retirar da escala deverá comunicar ao Diretor Técnico e Administrativo com 30 dias de antecedência, sob pena de punição. Os profissionais e seus serviços serão regidos pelas normas da Instituição, devendo conhece-las e respeitá-las.

Serviço: realização de cirurgias eletivas e de urgência de pequeno, médio e grande porte em bloco cirúrgico e suporte às urgências e emergências na Unidade de Pronto Atendimento. Acompanhamento das internações hospitalares, Realização de avaliação cirúrgica e pequenas cirurgias sendo 12 atendimentos por dia totalizando 240 atendimentos/mês os quais deverão ser pré-agendadas pela secretaria Municipal de Saúde.

Necessário: Até 02 médicos com título de especialização registrado no CRM em Cirurgia.

Unidade: Mensalem regime de plantões (12 horas e sobreaviso de 12 horas).

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA	QUANTIDADE ESTIMADA PARA 12 MESES	VALOR MÁXIMO POR MÉDICO MÊS	VALOR TOTAL ESTIMADO PARA 12 MESES (02 MÉDICOS)
15	Clínica Cirúrgica: Prestação de serviços médicos em Cirurgia.	Mensal	2	24	R$ 25,000,00	R$ 600.000,00
Regra: Cada profissional poderá solicitar credenciamento de 12 meses total para este item. Ao se credenciar, a interessada não poderá se credenciar para os itens que se conflitarem com este.						

16 – Clínica Cardiológica.

Local: Clínica credenciada na sede da CREDENCIADA.

Serviço: Atendimento ambulatorial de diagnose e terapêutica especializada em Cardiologia, sendo um total de 140 consultas/mês incluindo os exames necessários para diagnóstico. Realização de riscos cirúrgicos, mensalmente, inclusos no preço da consulta.

Necessário: Clínica devidamente credenciada com Médico responsável técnico registra no CRM com título em Cardiologia.

Unidade: Consulta.

Descrição: Consulta especializada em cardiologia, incluindo os exames necessários ao diagnóstico: Eletrocardiograma computadorizado; Duplex Scan de carótidas e vertebrais, Tilt Test de inclinação, HOLTER 24 horas, ECG (ECOCARDIOGRAMA); TESTE ERGOMÉTRICO; TESTE DE ESFORÇO CARIOPULMONAR; MAPA (MONITORAMENTO RESIDENCIAL DA PRESSÃO ARTERIAL) 24 HORAS; ECODOPLER CARDIOGRAMA COM FLUXO EM CORES; MRPA (MONITORAZAÇÃO RESIDENCIAL DA PRESSÃO ARTERIAL: ITB (ÍNDICE DE TORNOZELO-BRAQUIAL); AVALIAÇÃO DE MARCAPASSO BIOTRONIC, St.Jude, MEDITRONIC, BOSTO. RISCOS CIRÚRGICOS, MENSALMENTE.

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE MENSAL ESTIMADA	QUANTIDADE ESTIMADA PARA 12 MESES	VALOR MÁXIMO DA CONSULTA	VALOR TOTAL ESTIMADO PARA 12 MESES
16	Consulta Cardiológica em Clínica credenciada	Consulta	140	1680	R$ 220,00	R$ 369.600,00
Regra: Cada profissional poderá solicitar credenciamento de 12 meses total para este item. Ao se credenciar, a interessada não poderá se credenciar para os itens que se conflitarem com este.						

DECLARAÇÃO DE QUE NÃO EMPREGA MENOR

Sob as penas da lei, para os devidos fins, a empresa/pessoa física _____**,** inscrita no **CNPJ/CPF sob nº.** _____, com sede na _____, no município de Salinas/MG, Cep: 39560-00, pelo seu representante legal, infra-identificado, **DECLARA**:

1. Que 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, não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos;

O signatário assume responsabilidade civil e criminal por eventual falsidade.

Salinas/MG, ___ de _____ de 2017

_____

ASSINATURA