



Estado de Santa Catarina

MUNICÍPIO DE ROMELÂNDIA

EDITAL DE CREDENCIAMENTO PÚBLICO Nº 01/2019

"CREDENCIAMENTO DE PESSOAS FÍSICAS E JURÍDICAS PARA ATENDIMENTO MÉDICO EM REGIME DE PLANTÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE "

O FUNDO MUNICIPAL DE ROMELÂNDIA, Estado de Santa Catarina, representado pela sua Gestora Municipal de Saúde Sr^a. DÉBORA GLEMBOTZKY, que no uso de suas atribuições legais, torna público que, nos termos do art. 25, caput, da Lei 8.666/93 e Pré-Julgado nº 1.994 do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina, estão abertas as inscrições para credenciamento de PESSOAS FÍSICAS E JURÍDICAS PARA ATENDIMENTO MÉDICO EM REGIME DE PLANTÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE ROMELÂNDIA/SC.

1 - OBJETO

Este Edital tem por objetivo Credenciamento de pessoas físicas e Jurídicas para prestar serviços de atendimento médico em regime de plantão médico a ser realizado na Unidade Básica de Saúde de Romelândia, aos finais de semana e feriados em período integral e de segunda à sexta feira das 17 horas às 7 horas do dia seguinte.

2. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

2.1 – Poderão participar deste edital todas as pessoas físicas ou jurídicas que comprovem sua especialização na área médica.

3 - DO CREDENCIAMENTO

3.1 - Os interessados que desejarem efetuar o credenciamento deverão obrigatoriamente apresentar os documentos, em original ou por cópia autenticada tabelionato ou, pelo poder publico do município de Romelândia.

3.1.1 - SE PESSOA JURIDICA

- Registro comercial, no caso de empresa individual.
- Ato constitutivo consolidado, estatuto ou contrato social consolidado em vigor, devidamente registrada, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores.
- Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ).
- Certidão de Débitos Relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União; ([Portaria RFB/PGFN nº 1.751, de 02/10/2014.](#)).
- Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual;
- Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal da sede do proponente, ou outra equivalente, na forma da Lei;
- Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS).
- Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas.
- Diploma ou Documento que Comprove a Especialização na área desejada.
- Declaração de que concorda com a prestação dos serviços (conforme modelo anexo II deste Edital).

3.1.2 - SE PESSOA FISICA

- Cópia da Carteira de Identidade e Cópia do CPF;
- Diploma ou Documento que Comprove a Especialização na área desejada.
- Certidão Negativa Municipal;
- Certidão de Débitos Relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União; ([Portaria RFB/PGFN nº 1.751, de 02/10/2014.](#)).
- Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual;

www.romelandia.sc.gov.br

Rua 12 de Outubro, 242 - Fone/Fax: (49) 3624 1000 - CNPJ 82.821.182/0001-26 - CEP 89908-000 - ROMELÂNDIA - SC



Estado de Santa Catarina

MUNICÍPIO DE ROMELÂNDIA

- Declaração de que concorda com a prestação dos serviços (conforme modelo anexo II deste Edital).

3.2 - Os documentos exigidos para a habilitação/credenciamento deste edital deverá ser em envelope fechado, contendo, na parte externa, a seguinte identificação:

MUNICÍPIO DE ROMELÂNDIA
CREDENCIAMENTO N° 01/2019
IDENTIFICAÇÃO DO PROPONENTE:
DATA DE ENTREGA:

4 - DO VALOR

4.1 - O valor a ser pago pelo Município será de no Máximo R\$ 72,00 (setenta e dois reais) por hora prestada de serviço de plantão médico, acordo com o Anexo I deste edital.

5 - DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

5.1 - Os Serviços de (plantão) serão realizados na sede da (UBS) UNIDADE BASICA DE SAUDE DE ROMELÂNDIA, sito a Rua Barão do Rio Branco, 42, mediante Autorização do Fundo Municipal de Saúde.

6 - FORMA DE PAGAMENTO E REAJUSTE:

6.1 - Os pagamentos somente serão realizados mediante:

- a) Solicitação de serviço emitida pela Secretaria Municipal de Saúde constando o nome dos pacientes Atendidos;
- b) Emissão de Nota Fiscal de Prestação de Serviço.
- c) - Os valores serão pagos a CREDENCIADA, junto à tesouraria do Município ou em conta corrente em nome da Credenciada, conforme a realização dos serviços;
- d) - O preço dos serviços a serem contratados poderão ser reajustados pelo índice acumulado do INPC dos últimos 12 (doze) meses.
- e) Nos feriados e pontos facultativos de Natal e Ano Novo, os valores poderão serem reajustados em até no máximo 35%.

7 - VIGÊNCIA:

7.1 - O presente objetivo é a celebração de contrato, para realização dos serviços citados, tendo sua vigência a partir da assinatura do contrato de credenciamento, e tendo como prazo final o dia 31 de Dezembro de 2019.

7.2 - O credenciamento das pessoas ou empresas interessadas poderá ocorrer no horário das 07h30min às 11h30min das 13h30min as 17h30min de Segunda à Sexta-feira, do 07 de Janeiro de 2019 até 31 de dezembro de 2019, para qualquer interessado, pessoa física ou jurídica, que preencha as condições mínimas exigidas no presente edital;

8 - DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Para contratação do objeto desta licitação os recursos previstos correrão por conta do orçamento de 2019 com as seguintes dotações orçamentárias:

103010007.2.008000 – Manutenção de Atividades de Saúde Pública.

3.3.90.39.50.0000 – Serviços Médico-Hospital.

9 - DA ASSINATURA DO TERMO DE CREDENCIAMENTO.

Após o credenciamento, a Administração Municipal no prazo de até 05 (cinco) dias, convocará a(s) pessoa credenciada para assinar o termo de credenciamento (ANEXO III).

10 - DISPOSIÇÕES FINAIS:

10.1 - Em nenhuma hipótese será concedido prazo diverso do fixado neste Edital, para o credenciamento.

10.2 - O(A) credenciado(a) que se recusar a executar os serviços ora credenciados, sofrerá as penalidades previstas no Art. 87, II, da Lei nº 8.666/93 e alterações, ficando sujeita, ainda ao descredenciamento.

10.3 - Fazem parte integrante deste Edital:



Estado de Santa Catarina

MUNICÍPIO DE ROMELÂNDIA

Anexo I – Tabela com os valores

Anexo II - Declaração de que concorda na prestação dos serviços;

Anexo III - Minuta do Termo de Credenciamento;

10.4 - O processo de credenciamento, os termos de credenciamento e o Edital de Chamamento Público, contendo todas as informações encontra-se a disposição dos interessados de segunda a sexta-feira, das 07h30min às 11h30min, das 13h30min as 17h30min, através dos telefones (49) 3624-1002, ou pessoalmente (Rua 12 de Outubro 242, centro) Prefeitura Municipal Romelândia junto ao Setor de Compras e Licitações, com Dariz Genz.

ROMELÂNDIA - SC, 02/01/2019

DÉBORA GLEMBOTZKY
Gestora Municipal de Saúde



Estado de Santa Catarina

MUNICÍPIO DE ROMELÂNDIA

ANEXO I

ITEM	OBJETO	UNIDADE	VALOR UNITÁRIO
1	Serviços de atendimento médico em regime de plantão a ser realizado na Unidade Básica de Saúde de Romelândia, a realizar-se aos finais de semana e feriados em período integral e de segunda à sexta feira das 17 horas às 7 horas do dia seguinte.	Hora	R\$ 82,00



Estado de Santa Catarina

MUNICÍPIO DE ROMELÂNDIA

ANEXO II

DECLARAÇÃO QUE CONCORDA NA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

Ao

Município de Romelândia

Comissão de Licitação

Eu,, Proprietário ou Sócio Administrador da empresa (.....), inscrita no CPF ou CNPJ sob o nº, declaro que concordo em prestar os serviços médicos em regime de plantão médico junto à Unidade Básica de Saúde de Romelândia com um valor de R\$, e que atenderemos a demanda exigida pela Administração Municipal de Romelândia, de acordo com as solicitações do município.

.....de.....de 2019.

Nome:

CPF:



ANEXO III

MINUTA DE CONTRATO

O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ROMELÂNDIA, Estado de Santa Catarina, pessoa jurídica de direito público interno, com sede administrativa na Rua Barão do Rio Branco, 42, centro, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 11.456.420/0001-01 neste ato representado por sua GESTORA, Sr.^a **DÉBORA GLEMBOTZKY**, brasileira, residente e domiciliado no município de ROMELÂNDIA, portadora do CPF nº doravante denominado CREDENCIANTE, e a pessoa ou empresa, pessoa jurídica de direito privado, estabelecida na,,, - na cidade de -, inscrita no CPF ou CNPJ sob nº, neste ato representado por seu Sócio Administrador, Sr., brasileiro, do comércio, inscrito no CPF nº, portador da Cédula de Identidade nº, doravante denominado CREDENCIADA, têm justo e acordado este Termo de Credenciamento, em conformidade com a Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações, e mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente Contrato tem por objetivo credenciar de pessoas físicas e Jurídicas para serviços de atendimento médico em regime de plantão médico a ser realizado na Unidade Básica de Saúde de Romelândia, aos finais de semana e feriados em período integral e de segunda à sexta feira das 17 horas às 7 horas do dia seguinte.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO VALOR

O valor a ser pago pelo Município por hora de serviço prestado será de R\$ 82,00 (oitenta e dois reais).

CLÁUSULA TERCEIRA - DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS E PRAZO

A CREDENCIADA devesa prestar os Serviços junto à Unidade Básica de Saúde (UBS) de Romelândia nos horários fixados no edital e conforme necessidade do município, mediante apresentação de autorização emitido pelo Fundo Municipal da Saúde.

O prazo de vigência do Termo de Credenciamento inicia a contar de sua assinatura até o dia 31 de dezembro de 2019, podendo ser renovado ou prorrogado por iguais períodos ate o prazo Maximo de 60 meses, nos termos no artigo 57, Inciso II, da Lei 8.666/93, havendo interesse das partes.

CLÁUSULA QUARTA - DA FORMA E DO PRAZO DO PAGAMENTO

Os Serviços contratados por este Termo de Credenciamento serão pagos, de acordo com as horas de serviço de plantão médico prestadas, acompanhada de Nota Fiscal de Prestação de Serviço, bem como da planilha fornecida pela Secretaria de Saúde informando dos horários.

Os valores serão pagos a CREDENCIADA, junto à tesouraria do Município ou em conta corrente em nome da Credenciada.

O preço dos serviços contratados poderão ser reajustados pelo índice acumulado do INPC dos últimos 12 (doze) meses.

CLÁUSULA QUINTA - DAS CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO

I - O credenciamento caracteriza uma relação contratual de aquisição de Serviço;

II - O CREDENCIADO devesa manter, durante a vigência deste Termo às condições de habilitação exigidas para a sua celebração;

III - Todos os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do serviço serão de exclusiva responsabilidade da Credenciada.

IV - É vedado:

a) Não poderá fazer parte do quadro social ou de empregados da CREDENCIADA, sob pena de rescisão deste Termo, servidor público, contratado sob qualquer título; ocupante de cargo eletivo ou com registro oficial de candidatura a cargo no Município CREDENCIANTE;

b) A transferência dos direitos e obrigações decorrentes desse Termo.

CLÁUSULA SEXTA - DA FISCALIZAÇÃO

O CREDENCIANTE realizará, subsidiariamente, fiscalização dos serviços decorrentes desse Termo.



Estado de Santa Catarina

MUNICÍPIO DE ROMELÂNDIA

CLÁUSULA SÉTIMA - DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Para contratação do objeto desta licitação os recursos previstos correrão por conta das seguintes dotações orçamentárias:

103010007.2.054000 – Manutenção de Atividades de Saúde Pública.

3.3.90.39.50.0000 – Serviços Médico-Hospitalar e Odontológicos.

CLÁUSULA OITAVA - DA VINCULAÇÃO

Este Termo de Credenciamento está vinculado ao Edital de Credenciamento nº 01/2019, para todos os efeitos legais e jurídicos, aqueles consignados na Lei Federal n. 8.666, de 21 de junho de 1993, atualizada.

CLÁUSULA NONA - DA RESCISÃO

A rescisão deste Termo poderá se dar numa das seguintes hipóteses:

- a) pela ocorrência de seu termo final;
- b) por solicitação do CREDENCIADO;
- c) por acordo entre as partes;

d) unilateralmente, pelo CREDENCIANTE, conforme os princípios da conveniência, oportunidade e discricionariedade da Administração Pública, ou em caso de descumprimento de condição estabelecida no edital ou no Termo de Credenciamento.

CLÁUSULA DÉCIMA - DO FORO

Fica eleito o foro da Comarca de Anchieta- SC, para dirimir as dúvidas oriundas deste Termo, quando não solvidas administrativamente.

E, por estarem justos e acordados, assinam o presente Termo, em cinco vias de igual teor e forma.

Romelândia (SC), de de 2019.

DÉBORA GLEMBOTZKY

Gestora do Fundo Municipal de Saúde

Credenciada

TESTEMUNHAS:

CPF: _____

CPF: _____