



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 001/2018
INEXIGIBILIDADE Nº 001/2018

1. PREÂMBULO

1.1. O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DO ALTO TAPAJÓS, pessoa jurídica de direito público, por meio da Comissão Permanente de Licitação–CPL, designada para o certame pela Portaria nº 028/2018 de 26 de outubro de 2018, torna público para conhecimento dos interessados que estará aberto CREDENCIAMENTO das empresas que tenham interesse na prestação de serviços especializados na área de saúde, sendo **CONSULTAS MÉDICAS, EXAMES CLÍNICOS e PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS**, para atendimento da demanda dos 06 (seis) municípios integrantes do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós, quais sejam: Alta Floresta, Apiacás, Carlinda, Nova Bandeirantes, Nova Monte Verde e Paranaíta, de forma complementar da cobertura dos serviços prestados pelas redes Municipais de Saúde/Sistema Único de Saúde, pelo período de 12 (doze) meses, à pacientes encaminhados pelos Municípios, mediante as condições estabelecidas no presente instrumento convocatório e seus anexos, que se subordinam às normas gerais da Lei nº 8.666/93, e suas alterações e no que couber.

Período de Recebimento de Documentos: a partir do dia **14/12/2018** até o dia **07/01/2019**, no horário: 07h00min às 13h00min.

Local do recebimento dos documentos: Rua do Araújo nº 264 – Setor B – Alta Floresta – MT. - Fone: (66) 3521-6867 ou 3521-5471

Data e local da Sessão de divulgação do Resultado do Credenciamento: dia **08/01/2019**, a partir das **08h00min**, no Setor Administrativo do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós, localizado na Rua do Araújo nº 264 – Setor B – Alta Floresta - MT

2. OBJETO DA LICITAÇÃO

2.1. Constitui objeto do presente termo credenciar pessoa jurídica para o CREDENCIAMENTO das empresas que tenham interesse na prestação de serviços especializados na área de saúde, sendo **CONSULTAS MÉDICAS, EXAMES CLÍNICOS e PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS**, para atendimento da demanda dos 06 (seis) municípios integrantes do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós, de forma complementar da cobertura dos serviços prestados pelas redes Municipais de Saúde/Sistema Único de Saúde, pelo período de 12 (doze) meses, à pacientes encaminhados pelos Municípios, de acordo com os critérios, termos e condições estabelecidas neste Edital e Termo de Referência Anexo I deste Instrumento.

2.2. As empresas interessadas em participar do credenciamento, respectivamente a sua área de interesse em se credenciar, deverão possuir como finalidade a prestação de serviços das especialidades constantes no anexo I – Termo de Referência.

2.3. Enquanto vigente o período do presente credenciamento, as empresas interessadas em participar poderão pleitear o seu credenciamento posterior, na forma do presente Edital.

3. TERMO DE REFERÊNCIA

3.1. O Termo de Referência - Anexo I foi elaborado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós, o qual servirá de base para todo o procedimento.

4. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

4.1. As despesas decorrentes da contratação, objeto deste Credenciamento, correrão pela seguinte dotação orçamentária referente ao orçamento do exercício 2019:



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

Funcional Programática - 01.001.10.122.0001.2.002.3.3.90.39.00.0.0.0.00 – Fonte Rec. 00

Funcional Programática - 01.001.10.122.0001.2.002.3.3.90.39.00.0.0.0.00 – Fonte Rec. 42

5. CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO DO CREDENCIAMENTO

5.1. Poderão participar do Credenciamento as pessoas jurídicas interessadas, que atenderem a todas as exigências deste edital, seus anexos e que tenham ramo de atividade pertinente ao objeto licitado.

Obs.: Para verificação da compatibilidade entre as atividades da credenciada e o objeto licitado, servirão para análise o código CNAE, ou as atividades descritas no Contrato Social, desde que sejam concernentes ao objeto do certame.

5.2. Sob pena de desclassificação, os interessados em participar do presente credenciamento deverão trazer a documentação original ou fotocópias das mesmas autenticadas por cartório.

5.2.1. Só serão aceitas cópias legíveis.

5.2.2. Não serão aceitos documentos com rasuras, especialmente nas datas.

5.2.3. A comissão permanente de licitação reserva-se o direito de solicitar o original de qualquer documento, sempre que tiver dúvida e julgar necessário.

5.2.4. Os documentos em cópias simples poderão ser autenticados pelo presidente da comissão permanente de licitação ou membros da equipe de apoio até o dia imediatamente anterior da data designada para a audiência pública de entrega dos envelopes e disputa de lances, desde que acompanhados dos originais.

5.3. As validades para os documentos apresentados serão aquelas constantes de cada documento ou estabelecidos em lei.

5.3.1. Nos casos omissos, a Comissão Permanente de Licitação considerará como prazo de validade aceitável o de 90 (noventa) dias contados da data de sua emissão.

5.4. Não será admitida neste credenciamento a participação de empresas:

I - Que se encontrem sob falência, insolvência, concurso de credores, dissolução ou liquidação;

II - Reunidas em consórcio, qualquer que seja sua forma de constituição;

III - Inidôneas ou punidas com suspensão por órgão da Administração Pública Direta ou Indireta, nas esferas Federal, Estadual ou Municipal, desde que o Ato tenha sido publicado na imprensa oficial ou registrado no Cadastro de Fornecedores do Estado, conforme o caso, pelo órgão que o praticou enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição;

IV - Estrangeiras que não funcionem no País;

V - Pessoas Jurídicas que inadimpliram contratos ou ordens de fornecimento firmadas junto a este Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós;

5.5. A simples apresentação do Termo de Aceite da Proposta Financeira corresponde à indicação, por parte da pessoa jurídica, de que inexistem fatos que impeçam a sua participação na presente licitação, eximindo assim a Comissão Permanente da Licitação do disposto no artigo 97 da Lei nº 8.666/93.

5.5.1 - Fica a pessoa jurídica obrigada a informar, sob as penalidades cabíveis, a superveniência de fato impeditivo da habilitação, se este ocorrer após a abertura do certame.

5.6. A entrega do Termo de Aceite da Proposta Financeira, implica nos seguintes compromissos por parte do credenciado:

5.6.1. Estar ciente das condições do edital;

5.6.2. Assumir a responsabilidade pela autenticidade de todos os documentos apresentados;



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

5.6.3. Fornecer quaisquer informações complementares solicitadas pela comissão Permanente de Licitação;

5.6.4. Manter, durante toda a execução do eventual contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições para habilitação exigidas neste Edital.

6. DAS ATIVIDADES TÉCNICAS

6.1. As empresas interessadas em participar do credenciamento, respectivamente a sua área de interesse em se credenciar, deverão possuir como finalidade a prestação de serviços das seguintes especialidades:

ITEM	CÓDIGO BETHA	DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS E EXAMES CLÍNICOS	TOTAL	PREÇO MÉDIO CISRAT	TOTAL ANUAL
1	50-09-0027	Consulta Médica de Neurologia	1680	152,00	255.360,00
2	50-09-0003	Consulta Médica de Cardiologia	1940	152,00	294.880,00
3	50-09-0020	Consulta Médica de Urologia	940	150,00	141.000,00
4	50-09-0013	Consulta Médica de Oftalmologia	1786	139,00	248.254,00
5	50-09-0028	Consulta Médica de Ortopedia	630	141,00	88.830,00
6	50-09-0022	Consulta Médica de Otorrinolaringologia	1340	152,00	203.680,00
7	50-09-0025	Consulta Psiquiatria	1260	152,00	191.520,00
8	50-09-0021	Consulta Médica de Dermatologia	606	141,00	85.446,00
9	50-09-0029	Consulta Médica de Endocrinologia	496	142,00	70.432,00
10	50-09-0033	Consulta de Fonoaudiologia	236	111,00	26.196,00
11	50-09-0034	Consulta Médica de Retinólogo	138	97,00	13.386,00
12	50-09-0006	Consulta Médica de Ginecologia	545	147,00	80.115,00
13	50-09-0040	Consulta Médica de Pneumologia	600	185,00	111.000,00
14	50.09.0042	Consulta Médica de Reumatologia	478	152,00	72.656,00
15	50-09-0047	Consulta Médica de Hansenologia	570	140,00	79.800,00
TOTAL DE CONSULTAS MÉDICAS			13.245		1.962.555,00

16	50-12-0001	Exame de Laringoscopia	392	134,00	52.528,00
17	50-12-0002	Exame de Videonasolaringoscopia	342	143,00	48.906,00
18	50-12-0003	Exame de Espirometria	370	109,00	40.330,00
19	50-12-0003	Exames de Impedanciometria	420	99,00	41.580,00
20	50-12-0004	Exames de Audiometria Tonal e Vocal	399	100,00	39.900,00
21	50-12-0046	Exame de Audiometria Infantil	412	154,00	63.448,00
22	50-12-0047	Teste da Orelhinha	594	107,00	63.558,00
23	50-12-0048	Teste da Linguinha	500	77,00	38.500,00
24	50-12-0049	Terapia Fonoaudiológica	420	95,00	39.900,00
25	50-12-0028	Exame de Usg Abdômen Inferior	207	130,00	26.910,00
26	50-12-0044	Exame de Usg Abdômen Superior	221	130,00	28.730,00
27	50-12-0006	Exame de Usg de Abdômen Total	401	163,00	65.363,00
28	50-12-0007	Exame de Usg Pélvica	205	112,00	22.960,00
29	50-12-0008	Exame de Usg Obstétrica	306	86,00	26.316,00
30	50-12-0029	Exame de Usg Gestacional Gemelar	92	154,00	14.168,00
31	50-12-0071	Exame de Usg Gestacional Morfológica	111	239,00	26.529,00
32	50-12-0009	Exame de Usg Tireoide	228	108,00	24.624,00
33	50-12-0010	Exame de Usg Mama	505	125,00	63.125,00



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

34	50-12-0011	Exame de Usg Vias Urinárias	387	125,00	48.375,00
35	50-12-0012	Exame de Usg Transvaginal	601	122,00	73.322,00
36	50-12-0045	Exame de Usg Transv. Gestacional	205	129,00	26.445,00
37	50-12-0013	Exame de Usg Próstata	261	131,00	34.191,00
38	50-12-0030	Exame de Usg Próstata Transretal	145	140,00	20.300,00
39	50-12-0014	Exame de Usg Bolsa Escrotal	179	109,00	19.511,00
40	50-12-0102	Exame de Usg de Partes Moles	265	142,00	37.630,00
41	50-12-0103	Exame de Usg de Pênis	39	139,00	5.421,00
42	50-12-0031	Exame de Usg Articular por Articulação	231	107,00	24.717,00
43	50-12-0050	Exame de Usg da Parede Abdominal	157	128,00	20.096,00
44	50-12-0051	Exame de Usg Região Inguinal	137	125,00	17.125,00
45	50-12-0052	Exame de Doppler Colorido Arterial de Membro Inferior	94	223,00	20.962,00
46	50-12-0053	Exame de Doppler Colorido Venoso de Membro Inferior	190	223,00	42.370,00
47	50-12-0054	Exame de Doppler Colorido Órgão ou Estrutura Isolada (abdômen Inf).	75	149,00	11.175,00
48	50-12-0072	Exame de Usg Doppler de Carótida	79	224,00	17.696,00
49	50-12-0073	Exame de Usg Transfontanela	42	144,00	6.048,00
50	50-12-0032	Exame de Usg Globo Ocular	87	134,00	11.658,00
51	50-12-0033	Exame de Campimetria Ocular	83	196,00	16.268,00
52	50-12-0034	Exame de Mapeamento de Retina	78	140,00	10.920,00
53	50-12-0035	Exame de Retinografia Ocular	76	155,00	11.780,00
54	50-12-0036	Exame de Yag Laser	103	232,00	23.896,00
55	50-12-0038	Exame de Angiografia Ocular	66	207,00	13.662,00
56	50-12-0055	Exame de Fotocoagulação a Laser	63	224,00	14.112,00
57	50-17-0014	Aplicação Anti-Amiogenico c/ Avastin	27	1.600,00	43.200,00
58	50-17-0015	Aplicação Anti-Amiogenico c/ Lucentis	44	3.500,00	154.000,00
59	50-12-0063	Exames de Tomografia do Olho (OCT)	449	280,00	125.720,00
60	50-12-0016	Exame de Eletroencefalograma	742	127,00	94.234,00
61	50-12-0017	Exame de Eco Cardiograma	1264	269,00	340.016,00
62	50-12-0018	Exame de Eletrocardiograma	703	80,00	56.240,00
63	50-12-0025	Exame de Teste Ergométrico	438	221,00	96.798,00
64	50-12-0074	Exame de Holter 24 horas	97	207,00	20.079,00
65	50.12.0122	Exame de Mapa Cardíaco	97	187,00	18.139,00
66	50-12-0075	Tomografia Comput. de Face/seios da face/artic. temporo-mandibulares	80	197,00	15.760,00
67	50-12-0101	Tomografia Comput. Coluna Cervical	205	286,00	58.630,00
68	50-12-0114	Tomografia Comput. Coluna Torácica	215	275,00	59.125,00
69	50-12-0115	Tomografia Comput. Coluna Lombo/Sacra	213	279,00	59.427,00
70	50-12-0076	Tomografia Comput. do Pescoço	125	292,00	36.500,00
71	50-12-0077	Tomografia Comput. de Sela Turcica	135	191,00	25.785,00
72	50-12-0078	Tomografia Comput. do Crânio	226	191,00	43.166,00
73	50-12-0079	Tomografia Comput. de Articulações de Membro Superior	103	194,00	19.982,00
74	50-12-0080	Tomografia Comput. Seg. apend. (braço, antebraço, mão, coxa, perna, pé)	93	194,00	18.042,00
75	50-12-0081	Tomografia Comput. de Tórax	218	206,00	44.908,00
76	50-12-0099	Tomografia Comput. Abdômen Superior	173	186,00	32.178,00



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

77	50-12-0083	Tomografia Comput. de Articulações de Membro Inferior	125	216,00	27.000,00
78	50-12-0084	Tomografia Comput. de Pelve, Bacia, Abdômen Inferior	131	186,00	24.366,00
79	50-12-0086	Ressonância magnética de articulação temporo-mandibular (bilateral)	106	496,00	52.576,00
80	50-12-0087	Ressonância magnética de coluna cervical/pescoço	144	404,00	58.176,00
81	50-12-0104	Ressonância magnética de Coluna Torácica	158	404,00	63.832,00
82	50-12-0088	Ressonância magnética de coluna lombo/sacra	158	404,00	63.832,00
83	50-12-0089	Ressonância magnética de crânio	142	404,00	57.368,00
84	50-12-0090	Ressonância magnética de sela turcica	84	406,00	34.104,00
85	50-12-0092	Ressonância magnética de membro superior (unilateral)	95	407,00	38.665,00
86	50-12-0093	Ressonância magnética de tórax	157	409,00	64.213,00
87	50-12-0100	Ressonância magnética de abdômen superior	109	409,00	44.581,00
88	50-12-0095	Ressonância magnética de bacia, pelve, abdômen inferior	135	407,00	54.945,00
89	50-12-0105	Ressonância magnética abdômen total	176	536,00	94.336,00
90	50-12-0096	Ressonância magnética de membro inferior - unilateral	80	412,00	32.960,00
91	50-12-0097	Ressonância magnética de Vias biliares/colangiorressonância	104	409,00	42.536,00
92	50-12-0106	Contraste (Exames de Ressonâncias magnéticas e Tomografias)	349	135,00	47.115,00
93	50-17-0020	Sedação (Exames Ressonância/Tomografia)	382	500,00	191.000,00
94	50-12-0015	Exame de Densitometria Óssea	359	120,00	43.080,00
95	50-12-0026	Exame de Mamografia	824	168,00	138.432,00
96	50-12-0020	Exame de Urografia Excretora	175	211,00	36.925,00
97	50-12-0023	Exame de Endoscopia Digestiva	355	212,00	75.260,00
98	50-12-0024	Exame de Colposcopia	205	153,00	31.365,00
99	50.12.0121	Exame de Colposcopia c/ Biopsia	77	467,00	35.959,00
100	50-12-0107	Exame de Colonoscopia c/ biópsia	58	733,00	42.514,00
101	50-12-0027	Exame de Colonoscopia	130	557,00	72.410,00
TOTAL DOS EXAMES CLÍNICOS			20.233		4.084.534,00

102	50-17-0016	Aplicação de ATA p/ Cauterização Química	65	104,00	6.760,00
103	50-17-0003	Cauterização Dermatológica c/ Eletro cauterio	70	176,00	12.320,00
104	50-17-0004	Curetagem Dermatológica c/ Cureta	68	280,00	19.040,00
105	50-17-0006	Retirada de Corpo Estranho da Córnea	53	84,00	4.452,00
106	50-17-0007	Retirada Corpo Estranho Intra Ocular	135	546,00	73.710,00
107	50-17-0001	Cirurgia de Pterígio	285	276,00	78.660,00
108	50-17-0002	Cirurgia de Catarata	149	811,00	120.839,00
109	50-17-0008	Vitrectomia Vias Parn Plana	26	3.668,00	95.368,00
110	50-17-0009	Implantação de Lente ocular	58	916,00	53.128,00
111	50-17-0025	Retirada de Silicone Ocular	43	2.988,00	128.484,00
112	50-17-0021	Cirurgia de Alta Frequência - CAF	30	771,00	23.130,00
113	50-17-0026	Cirurgia de Alta Frequência - CAF - com Biopsia (Anatomopatológico)	32	1.018,00	32.576,00
114	50-12-0119	Exame Anátomo Patológico Geral (por amostras/ou fragmentos)	210	35,00	7.350,00
115	50-12-0116	Exame Citopatológico cérvico-Vaginal/ Microflora	805	13,00	10.465,00



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

116	50-12-0117	Exame Citopatológico de Mama	180	16,00	2.880,00
117	50-12-0118	Exame Citopatológico Cervico Vaginal/ Microflora-Rastreamento	9200	13,00	119.600,00
118	50-12-0120	Exame de Imunoistoquímico (Por Marcador)	171	92,00	15.732,00
119	50-17-0027	Coleta de Biopsia de Mama	985	515,00	507.275,00
120	50-17-0023	Biópsia de mama c/ laudo PAAF ATÉ 12 amostras	60	900,00	54.000,00
121	50-17-0024	Coleta de Biópsia de Próstata	120	1.597,00	191.640,00
122	50-17-0028	Biopsia de Próstata até 12 amostras Anátomo Patológico	200	2.278,00	455.600,00
TOTAL DE PROCEDIMENTOS			12.945		2.013.009,00
TOTAL GERAL					8.430.898,00

7. DA DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS

7.1. A distribuição das consultas e procedimentos será de acordo com o número de credenciados e a demanda dos municípios.

7.1.1. De acordo com a atividade a ser executada, será convocado o ente de direito credenciado, constante da relação, observada sempre a ordem de disponibilidade para o atendimento imediato do paciente.

7.1.2. Quando se tratar de demanda vinculada, derivada ou complementar, a uma demanda já cadastrada, a distribuição será dirigida, preferencialmente, para a credenciada que já esteja atuando no serviço ou, no caso de impossibilidade desta, para outra que já atuou.

7.2. A Convocação para prestação do serviço será efetivada mediante comunicação formalmente encaminhada à credenciada pelo Consórcio de Saúde.

7.3. A confirmação da aceitação do serviço pela credenciada é automática ao recebimento da comunicação para prestação do serviço.

7.4. A recusa formal da prestação do serviço, por parte da credenciada, injustificada, implica no descredenciamento e suas sanções.

7.5. A credenciada não poderá transferir, total ou parcialmente a terceiros os serviços objeto deste credenciamento e aplicação das demais penalidades.

8. DA REMUNERAÇÃO DAS ATIVIDADES

8.1. A interessada em participar do Credenciamento deverá enviar Declaração de que aceita o valor proposto a pagar pelos serviços prestados pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós, conforme Proposta Financeira da Estimativa de Preço do Termo de Referência Anexo I, os valores já englobam todos os custos operacionais da atividade, seguros, tributos incidentes, bem como quaisquer outras despesas, diretas e indiretas, inclusive, porventura, com serviços de terceiros, incidentes e necessários ao cumprimento integral do objeto deste Edital e seus Anexos, sem que caiba a proponente direito de reivindicar custos adicionais.

8.2. O valor deverá englobar quaisquer tributos, despesas e custos, diretos ou indiretos, omitidos no Termo de Aceite da Proposta Financeira ou incorretamente cotados que não tenham causado a desclassificação da mesma por caracterizar preço inexequível no julgamento do credenciamento, serão considerados como inclusos nos preços, não sendo considerados pleitos de acréscimos, a esse ou qualquer título, devendo o objeto deste credenciamento ser prestados sem ônus adicionais.

8.3. Após apresentação da documentação de habilitação, não caberá desistência, salvo por motivo justo decorrente de fato superveniente e aceito pela Comissão Permanente de Licitação.

8.4. Serão **DESCCLASSIFICADOS** os credenciamentos:

8.4.1. Que não atenderem as especificações e exigências do presente Edital e seus Anexos ou da Legislação aplicável;



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

8.4.2. Omissas ou vagas, bem como as que apresentarem irregularidades ou defeitos capazes de dificultar o julgamento;

8.4.3. Que impuserem condições ou contiverem ressalvas em relação às condições estabelecidas neste Edital;

8.5. A simples participação neste credenciamento implica em:

8.5.1. Plena aceitação, por parte da interessada, das condições estabelecidas neste Edital e seus Anexos, bem como no dever de cumpri-las, correndo por conta das empresas interessadas todos os custos decorrentes dos valores constantes no Termo de Aceite da Proposta Financeira, não sendo devida nenhuma indenização às credenciada pela realização de tais atos;

8.5.2. Comprometimento da credenciada em prestar os serviços objeto deste procedimento em total conformidade com as especificações do Edital e seus anexos;

8.6. Será proibido a credenciada cobrar taxas ou qualquer outra importância dos usuários, **sob pena de descredenciamento** a ser apurado em processo administrativo instaurado imediatamente apurada denúncia apresentada pelo usuário ou qualquer cidadão, assegurado a credenciada o direito ao contraditório e à ampla defesa.

9. ESCLARECIMENTO E IMPUGNAÇÃO DO EDITAL

9.1. As petições deverão ser protocoladas, devidamente instruídas (assinatura, endereço, razão social e telefone para contato), junto ao Setor Administrativo do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós, localizada na Rua do Araújo nº 264 – Setor RI – Alta Floresta MT., diretamente com a Presidente da CPL, que tem o prazo de 03 (três) dias úteis para respondê-las.

9.2. Quem impedir, perturbar ou fraudar, assegurado o contraditório e a ampla defesa, a realização de qualquer ato do procedimento de credenciamento, incorrerá em pena de detenção, de 2 (dois) a 3 (três) anos e multa, nos termos do artigo 93, da Lei 8.666/93.

10. APRESENTAÇÃO DO ENVELOPE

10.1. Aberto o período de recebimento dos Credenciamentos, as interessadas entregarão os envelopes não transparentes e lacrados, contendo a documentação de habilitação;

10.2. O envelope contendo os Documentos de Habilitação e termo de aceite deverá ser expresso, em seu exterior, as seguintes informações:

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DO ALTO TAPAJÓS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO E TERMO DE ACEITE

RAZÃO OU DENOMINAÇÃO SOCIAL:

CNPJ/MF:

ENDEREÇO:

TELEFONE:

E-MAIL:

11. DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO PARA O CREDENCIAMENTO

11.1. Será considerada habilitada a Credenciada que apresentar os documentos a seguir listados, observando que:

11.1.2. A interessada que declarar que cumpre os requisitos de habilitação e não os cumprir será inabilitada e ficará sujeita às penalidades legais;

11.1.3. Constituem motivos para inabilitação da credenciada, ressalvada a hipótese de saneamento da documentação:

11.1.3.1. A não apresentação da documentação exigida para habilitação;

11.1.3.2. A substituição dos documentos exigidos para habilitação por protocolos de requerimento de certidão;



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

11.1.3.3. A apresentação de documentação de habilitação que contrariar qualquer dispositivo deste Edital e seus Anexos;

11.1.3.4. Os documentos que não possuem prazo de validade, somente serão aceitos com data não excedente a 03 (três) meses de antecedência da data prevista para apresentação do credenciamento, exceto atestado;

11.1.3.5. Os documentos necessários à Habilitação que puderem ser extraídos via internet comprovando sua validade, serão impressos, excepcionalmente, pelo presidente ou um dos membros da equipe de apoio, apenas para efeitos de comprovação de autenticidade daqueles apresentados;

11.1.3.6. O envelope referente aos documentos de habilitação deverá conter os documentos em originais atualizados, ou cópia de cada documento individualmente autenticada, ou ainda, cópias simples que poderão ser autenticadas pelo Presidente da Comissão Permanente de Licitação ou pelos membros da comissão no ato de abertura da documentação de habilitação, devendo estar acompanhadas dos respectivos originais, não se aplicando aos documentos que puderem ser extraídos via internet.

11.2. Os documentos de habilitação, que deverão ser apresentados na sessão pública, são os seguintes:

11.2.1. Declaração de inexistência de fato superveniente impeditivo de habilitação, na forma do artigo 32, § 2º, da Lei nº 8.666/93 (conforme modelo **Anexo VI**);

a) No caso de microempresa e empresa de pequeno porte que, nos termos da Lei Complementar nº 123/2006, possuir alguma restrição na documentação referente à regularidade fiscal, esta deverá ser mencionada e apresentada mesmo que com a restrição junto com a supracitada declaração.

b) A microempresa ou empresa de pequeno porte que usufruir dos benefícios de que trata a Lei Complementar nº 123/2006 deverá apresentar, na forma da lei, com os documentos de habilitação, a declaração de que não se encontra em nenhuma das situações do § 4º do art. 3º da mesma lei. (conforme modelo **Anexo VII**);

11.2.2. Declaração que não possui em seu quadro de pessoal, empregado (s) menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e menores de 16 (dezesesseis)anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz a partir de 14 (quatorze) anos, nos termos do inciso XXXIII, do artigo 7º da Constituição da República, inciso V, artigo 27 da Lei nº 8.666/93 (conforme modelo **Anexo IV**);

11.2.3. Declaração da própria Empresa de que não existe em seu quadro de empregados, servidores públicos exercendo funções de gerência, administração ou tomada de decisão (conforme modelo **Anexo IV**).

11.2.4. A credenciada interessada deverá apresentar o **TERMO DE ACEITE** dos serviços pretendidos conforme modelo **Anexo II**

11.3. Documentos Relativos à:

11.3.1. Habilitação Pessoa Jurídica: As empresas interessadas deverão apresentar a seguinte documentação:

a) cédula de Identidade, quando se tratar de empresa individual;

b) registro comercial, no caso de empresa individual;

c) ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;

d) inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício;

e) decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo Órgão competente, quando a atividade assim o exigir.

f) Cópia da cédula de Identidade dos sócios da empresa;

g) Certidão simplificada ou de inteiro teor expedida pela Junta Comercial. A validade da certidão é de 06 (seis) meses, contados a partir da data da sua expedição.



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

11.4. A documentação relativa à Regularidade Fiscal e Trabalhista, pessoa jurídica no que couber consistirá na apresentação dos seguintes documentos:

- a) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);
- b) Prova de Regularidade com a Fazenda Federal, que deverá ser comprovada através da apresentação de Certidão de Regularidade de Tributos e Contribuições Federais e Certidão de Regularidade quanto à Dívida Ativa da União, expedidas pela Secretaria da Receita Federal e Procuradoria da Fazenda Nacional;
- c) Prova de regularidade com a Fazenda Municipal;
- d) Certidão referente ao ICMS/IPVA para participação em Licitações Públicas; ressalvam-se os casos de unificação de certidão por força de Legislação Estadual, quando será aceita a certidão unificada.
- e) Prova de Regularidade relativa a Seguridade Social –INSS, demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por Lei; podendo ser apresentada uma única certidão caso seja unificada com a constante na letra b).
- f) Prova de Regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço –FGTS – CRF, emitido pela Caixa Econômica Federal;
- g) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT).
- h) A prova de regularidade deverá ser feita por Certidão Negativa ou Certidão Positiva com efeitos de Negativa;
- i) Considera-se Positiva com efeitos de Negativa a Certidão de que conste a existência de créditos não vencidos, em curso de cobrança executiva em que tenha sido efetivada a penhora; ou cuja exigibilidade esteja suspensa por moratória, ou depósito de seu montante integral, ou reclamações e recursos, nos termos das leis reguladoras do processo tributário administrativo ou concessão de medida liminar em mandado de segurança.

11.5. A documentação relativa à Qualificação Econômica Financeira consistirá na apresentação dos seguintes documentos:

- a) Balanço Patrimonial e demonstrações contábeis do último Exercício Social, que comprovem a boa situação financeira da empresa, vedada sua substituição por balancetes ou balanços provisórios;
- b) O Balanço Patrimonial poderá ser substituído pela Declaração de Opção do SIMPLES nos termos da legislação vigente;
- c) Certidão negativa de pedido de falência e de concordata, expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, em data não superior a 90 (noventa) dias da data da abertura do certame, se outro prazo não constar do documento.

11.6. A documentação relativa à Qualificação Técnica consistirá na apresentação dos seguintes documentos:

- a) Atestado de capacidade técnica, fornecido por pessoa jurídica de direito público ou privado, comprovando que a credenciada executou ou vem executando, satisfatoriamente, o fornecimento de serviços em condições e características semelhantes com o objeto desta licitação.
- b) Registro de Graduação em Medicina ou outro registro de Graduação compatível com a especialidade pretendida e Certificado da Especialidade pretendida, dos especialistas que prestarão os serviços, devidamente reconhecido pelo MEC e CRM;
- c) Cópia autenticada da inscrição no Conselho Regional de Medicina dos especialistas que prestarão os serviços, com a respectiva certidão de regularidade.

12. ANÁLISE DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO

12.1. Encerrada o período de Credenciamento, a Comissão Permanente de Licitação procederá à abertura do envelope contendo os documentos de habilitação dos interessados, verificando sua regularidade e em sessão pública, no dia, horário e local, conforme definido neste edital será divulgado o resultado dos credenciados;



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

12.1.1. Nos casos de solicitação após o prazo inicial, a comissão terá o prazo de 05 (cinco) dias úteis para analisar a solicitação e os documentos necessários;

12.2. Constatado o atendimento das exigências editalícias, os interessados serão declarados credenciados, caso não haja interposição de recursos;

13. RECURSOS

13.1. É facultada a credenciada, nos termos do artigo 109, da Lei nº 8.666/93, a interposição de:

13.2.1. RECURSO, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados da intimação do ato ou da lavratura da Ata, nos casos de:

a) habilitação ou inabilitação da credenciada;

b) anulação ou revogação da licitação;

c) indeferimento do pedido de inscrição em registro cadastral, sua alteração ou cancelamento;

d) rescisão do contrato, a que se refere o inciso I do art. 79 desta Lei;

e) aplicação das penas de advertência, suspensão temporária ou de multa;

13.2.2. REPRESENTAÇÃO, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, da decisão relacionada com o objeto da licitação ou do contrato, de que não caiba recurso hierárquico dirigido a autoridade superior;

13.3. Terão efeito suspensivo obrigatório apenas os recursos contra a habilitação ou inabilitação e contra o julgamento dos credenciamentos. Os demais não terão efeito suspensivo, salvo se a autoridade competente, por razão de interesse público, motivadamente assim o determinar.

13.3.1. Não serão conhecidos os recursos protocolizados fora do prazo legal.

13.4. O acolhimento de recurso importará a invalidação apenas dos atos insuscetíveis de aproveitamento;

13.5. Os autos permanecerão com vista franqueada aos interessados no Setor Administrativo do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós, em dias úteis, no horário de 7:00 h às 13:00 h;

13.6. Decididos os recursos e constatada a regularidade dos atos procedimentais pelo Excelentíssimo Sr. Presidente do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós este homologará o procedimento;

13.7. A homologação desta licitação não obriga o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós à contratação do objeto licitado;

13.8. O resultado do recurso será divulgado mediante publicação no Diário Oficial do Estado, Jornal de Circulação do Município e no Diário Oficial de Contas –Tribunal de Contas do Mato Grosso.

13.9. O recurso contra decisão do não terá efeito suspensivo quanto à disputa.

13.10. Ocorrendo manifestação ou interposição de recurso de caráter meramente protelatório, ensejando assim o retardamento da execução do certame, a autoridade competente poderá, assegurado o contraditório e a ampla defesa.

14. DA HOMOLOGAÇÃO

14.1. O Credenciamento ficará sujeito a homologação do Presidente, Autoridade Superior deste Consórcio.

14.2. Para fins de homologação, o proponente credenciado fica obrigado a comparecer no prazo de 02 (**dois**) dias úteis, contados da notificação realizada na audiência pública ou pelo Diário Oficial de Contas–Tribunal de Contas do Mato Grosso, para comparecer junto ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós para assinar o Contrato, vindo a decair do direito a executar o objeto deste Credenciamento, caso não compareça.



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

15. DO CONTRATO

15.1. As obrigações decorrentes deste Credenciamento consubstanciar-se-ão em Contrato cuja minuta consta do **Anexo VIII**;

15.2. O Contrato terá sua vigência por 12 (doze) meses. O prazo vigorará até a data em que completar 12 (doze) meses a partir do dia do primeiro credenciamento, salvo as prorrogações permitidas por lei, tendo validade e eficácia legal após a publicação do seu extrato no Diário Oficial de Contas –Tribunal de Contas do Mato Grosso.

15.3. O prazo para assinatura do Contrato será de 2 (dois) dias úteis, contados da convocação formal da adjudicatária;

15.4. O Contrato deverá ser assinado pelo representante legal da credenciada, mediante apresentação do contrato social ou documento que comprove os poderes para tal investidura e cédula de identidade do representante, caso esses documentos não constem dos autos do processo licitatório, e uma vez atendidas as exigências do subitem anterior;

15.5. A critério do Consórcio, o prazo para assinatura do Contrato poderá ser prorrogado, desde que ocorra motivo justificado, mediante solicitação formal da adjudicatária e aceito pelo Consórcio e;

15.6. Constituem motivos para o cancelamento do Contrato as situações referidas nos artigos 77 e 78 da Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações, bem como as previstas no item 20 deste Edital;

15.7. A critério do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós, o contrato poderá ser substituído por outros instrumentos hábeis, tais como ordem de fornecimento, nota de empenho, dentre outros, nos termos do artigo 62 da Lei nº 8.666/93.

16. REAJUSTAMENTO DOS PREÇOS

16.1. O valor que propôs a **CRENCIADA** será fixo e irrevogável, ressalvado o disposto na alínea 'd' do inciso II do artigo 65 da Lei nº 8666/93.

16.1.1. Em caso de prorrogação do contrato, nos termos da lei, o preço poderá ser reajustado com base no IGPM/FGV.

17. OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

17.1. Oferecer todas as informações necessárias para que a credenciada possa executar o objeto adjudicado dentro das especificações descritas no Termo de Referência **Anexo I**.

17.2. Efetuar os pagamentos nas condições e prazos estipulados.

17.3. Designar um servidor para acompanhar a execução e fiscalização do objeto deste Instrumento.

17.4. Notificar, por escrito, à credenciada vencedora, a ocorrência de eventuais imperfeições no curso do fornecimento, fixando prazo para sua correção.

17.5. Fiscalizar livremente os serviços, não eximindo ao credenciado será de total responsabilidade quanto à execução dos mesmos.

17.6. Acompanhar a prestação dos serviços, podendo intervir durante a sua execução, para fins de ajuste ou suspensão da prestação; inclusive rejeitando, no todo ou em parte, os serviços executados fora das especificações deste Edital.

17.7. Paralisar a execução casos os empregados da credenciada não estejam utilizando os equipamentos de proteção individual, ficando o ônus da paralisação por conta da contratada.

18. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

18.1. Para o fiel cumprimento do presente contrato, a **CRENCIADA** se compromete a:

18.1.1. Acatar as decisões e observações feitas pela fiscalização do Consórcio, por escrito, em duas vias e entregues mediante recibo;



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

18.1.2. Executar a prestação dos serviços do objeto deste certame nos termos estabelecidos no Edital de Licitação e seus anexos, especialmente os previstos no Termo de Referência Anexo I;

18.1.3. Não realizar sub-contratação total ou parcial dos serviços contratados.

18.1.4. Responsabilizar-se pelos danos causados diretamente ao Contratante ou a terceiros, decorrentes de culpa ou dolo, relativos à execução do contrato ou em conexão com ele, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade o fato de haver fiscalização ou acompanhamento por parte da Contratante;

18.1.5. Responsabilizar-se por todas as providências e obrigações, em caso de acidentes de trabalho com seus empregados, em virtude da execução do presente contrato ou em conexão com ele, ainda que ocorridos em dependências da Contratante;

18.1.6. Aceitar nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões, a critério do Consórcio, referentes à execução do serviço, nos termos da Lei vigente;

18.1.7. Será de inteira responsabilidade da empresa Contratada quaisquer danos que venham a ocorrer ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós ou a terceiros, decorrentes da própria execução dos serviços contratados;

18.1.8. A empresa contratada deverá manter as mesmas condições de habilitação e qualificação durante toda execução dos serviços.

18.1.9. A empresa credenciada fica obrigada a cumprir as regras e condições estabelecidas neste edital, sob pena de credenciamento.

18.1.10. Os serviços poderão ser executados nos consultórios, clínicas ou hospitais particulares e nos ambulatórios dos Credenciados, e obrigatoriamente em um dos municípios participantes do CISRAT, mediante requisição expedida pelo Contratante, ficando assegurado ao paciente tratamento idêntico ao dispensado aos particulares.

18.1.11. Em caso de não surgir nenhum interessado no credenciamento de determinado item, admitir-se-á o atendimento fora de qualquer dos municípios credenciados, dentro do Estado de Mato Grosso, em distância igual ou inferior à da capital do Estado até a cidade-pólo.

18.1.12. No caso de exames onde a quantidade de amostras ou fragmentos seja determinada apenas na realização do mesmo, a guia de encaminhamento ao contratado especificará tal quantidade para fins de pagamento, mediante o relatório/laudo médico correspondente.

18.1.13. Apresentar na assinatura do contrato, inscrição da empresa no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

19. CONVOCAÇÃO, EXECUÇÃO E FISCALIZAÇÃO

19.1. A convocação da Contratada pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós, será formalizada e conterá o endereço e o prazo máximo em que deverão comparecer para assinatura do Instrumento Contratual, retirar a nota de empenho, ou instrumento equivalente, que será emitida pelo Setor Administrativo do Consórcio.

19.2. O não comparecimento da empresa convocada na forma do subitem anterior o sujeitará às sanções previstas neste Edital;

19.3. O fornecimento deverá ser realizado de acordo com os requisitos deste edital o Termo de Referência **Anexo I**, e demais anexos.

20. DOS PAGAMENTOS PELA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

20.1. O pagamento será efetuado mensalmente, após a efetiva prestação dos serviços, mediante apresentação da relação de procedimentos realizados e da nota fiscal devidamente atestada pela Secretaria Executiva do Consórcio.

20.2. A contratada deverá indicar no corpo da Nota Fiscal/fatura, a descrição dos serviços prestados a este Consórcio, além do número da conta, agência e nome do banco onde deverá ser feito o pagamento;



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

20.2.1. Caso constatado alguma irregularidade nas notas fiscais/faturas, estas serão devolvidas a contratada, para as necessárias correções, com as informações que motivaram sua rejeição, sendo o pagamento realizado após a reapresentação das notas fiscais/faturas.

20.2.2. Nenhum pagamento isentará a contratada das suas responsabilidades e obrigações, nem implicará aceitação definitiva dos serviços prestados.

20.3. O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós não efetuará pagamento de título descontado, ou por meio de cobrança em banco, bem como, os que forem negociados com terceiros por intermédio da operação de “factoring”;

20.4. As despesas bancárias decorrentes de transferência de valores para outras praças serão de responsabilidade do Contratado.

20.5. Os pagamentos serão efetuados observando-se a ordem cronológica estabelecida no art. 5º da Lei nº 8.666/93.

20.6. Para fazer jus ao pagamento, o ente de direito credenciado deverá apresentar junto com cada nota fiscal, os seguintes documentos:

20.6.1. Certidão Negativa quanto à Dívida Ativa da União e Certidão de Quitação de Tributos e contribuições Federais

20.6.2. Certidão Negativa da Seguridade Social (INSS), podendo ser apresentada uma única certidão, caso esta seja unificada com a constante com no item 4.5.1;

20.6.3. Certidão de Regularidade com Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);

20.6.4. Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT).

21. SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

21.1. A credenciada que descumprir quaisquer das condições deste instrumento ficará sujeita às penalidades previstas nos art. 86 e 87 da Lei 8.666/93, quais sejam:

21.1.1 Por atraso injustificado na prestação dos serviços:

21.1.1.1 Atraso de até 10 (dez) dias, multa diária de 0,25% (vinte e cinco centésimos por cento);

21.1.1.2 Atraso superior a 10 (dez) dias, multa diária de 0,50% (cinquenta centésimos por cento) sobre o total dos dias em atraso, sem prejuízo das demais cominações legais;

21.1.1.3. No caso de atraso no recolhimento da multa aplicada, incidirá nova multa sobre o valor devido, equivalente a 0,20% (vinte centésimos por cento) até 10 (dez) dias de atraso e 0,40% (quarenta centésimos por cento) acima desse prazo, calculado sobre o total dos dias em atraso.

21.1.2. Pela inexecução parcial ou total das condições estabelecidas neste ato convocatório, o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós poderá, garantida a prévia defesa, aplicar, também, as seguintes sanções:

21.1.2.1. Advertência,

21.1.2.2. Multa de até 20% (vinte por cento) sobre o valor homologado, atualizado, recolhida no prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados da comunicação oficial, sem embargo de indenização dos prejuízos porventura causados ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós;

21.1.2.3. Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de licitar e contratar com a, bem como o cancelamento de seu certificado de registro cadastral no cadastro de fornecedores do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós por prazo não superior a 02 (dois) anos;

21.1.2.4. Descredenciamento:

21.1.2.4.1. Pelo Consórcio:

21.1.2.4.1.1—a empresa deixar de cumprir qualquer das cláusulas e condições do contrato;

21.1.2.4.1.2—a empresa praticar atos fraudulentos no intuito de auferir para si ou para outrem vantagem ilícita;



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

21.1.2.4.1.3–ficar evidenciada a incapacidade da empresa credenciada de cumprir as obrigações assumidas devidamente caracterizadas em relatório circunstanciado de inspeção;

21.1.2.4.1.4–por razões de interesse público de alta relevância, mediante despacho motivado e justificado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós;

21.1.2.4.1.5–em razão de caso fortuito ou força maior;

21.1.2.4.1.6–No caso da decretação de falência ou concordata da empresa credenciada; sua dissolução ou falecimento de todos os seus sócios;

21.1.2.4.1.7 - e naquilo que couber, nas outras hipóteses do art. 78 da Lei 8.666/93.

21.1.2.4.2.1-Pela Credenciada:

21.1.2.4.2.1. Mediante solicitação escrita e devidamente justificada ao Consórcio, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias;

21.2. As multas serão descontadas dos créditos da empresa detentora da ata e, se estes não forem suficientes, o valor que sobejar será encaminhado para execução pelos profissionais habilitados do Consórcio;

a) Em se tratando de contratada que não comparecer para retirada da Ordem de serviços, o valor da multa não recolhida será encaminhado para execução pelos profissionais habilitados do Consórcio;

21.3. As penalidades previstas neste item têm caráter de sanção administrativa, conseqüentemente, a sua aplicação não exime a empresa detentora da ata, da reparação das eventuais perdas e danos que seu ato venha acarretar ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós;

21.4. As penalidades são independentes e a aplicação de uma não exclui a das demais, quando cabíveis;

21.5. Nas hipóteses de apresentação de documentação inverossímil, cometimento de fraude ou comportamento de modo inidôneo, a credenciada poderá sofrer, quaisquer das sanções adiante previstas, que poderão ser aplicadas cumulativamente:

21.5.1. Desclassificação ou inabilitação, caso o procedimento se encontre em fase de julgamento;

21.5.2. Cancelamento do contrato e do credenciamento, se esta já estiver assinada, procedendo-se a paralisação da prestação dos serviços;

21.6. As penalidades serão obrigatoriamente registradas no Cadastro de Fornecedores do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós, e no caso de ficar impedida de licitar e contratar, a credenciada deverá ser descredenciada por igual período, sem prejuízo das multas previstas neste Edital e das demais cominações legais.

21.7. Do ato que aplicar a penalidade caberá recurso, no prazo de 02 (dois) dias úteis, a contar da ciência da intimação, podendo o Consórcio reconsiderar sua decisão ou nesse prazo encaminhá-lo devidamente informados para a apreciação e decisão superior, dentro do mesmo prazo;

21.8. Serão publicadas no Diário Oficial de Contas –Tribunal de Contas do Mato Grosso, as sanções administrativas previstas no Edital de Licitação, inclusive a reabilitação perante o Consórcio.

22. DISPOSIÇÕES GERAIS

22.1. É facultado a Comissão Permanente de Licitação ou à Autoridade Superior, em qualquer fase do Credenciamento, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo, vedada a inclusão posterior de documento ou informação que deveria constar no ato da sessão pública;

22.2. Fica assegurado ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós o direito de, no interesse do Consórcio, anular ou revogar, a qualquer tempo, no todo ou em parte, o presente Credenciamento, dando ciência aos participantes, na forma da legislação vigente;



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

22.3. As Credenciadas são responsáveis pela fidelidade e legitimidade das informações e dos documentos apresentados em qualquer fase da licitação;

22.4. Na contagem dos prazos estabelecidos neste Edital e seus Anexos, excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o do vencimento. Só se iniciam e vencem os prazos em dias de expediente do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós;

22.5. A Comissão Permanente de Licitação, no interesse público, poderá sanar, relevar omissões ou erros puramente formais observados na documentação e no Termo de Aceite da Proposta Financeira, desde que não contrariem a legislação vigente e não comprometam a lisura do Credenciamento, sendo possível a promoção de diligência destinada a esclarecer ou a complementar a instrução do processo;

22.7. As questões decorrentes da execução deste edital, que não possam ser dirimidas administrativamente, serão processadas e julgadas pelo foro da Comarca de Alta Floresta –MT, com exclusão de qualquer outro;

22.9. As decisões da Comissão Permanente de Licitação serão comunicadas mediante publicação no Diário Oficial de Contas –Tribunal de Contas do Mato Grosso, e na página web do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós (www.consorciosaltoatapajos.com.br), salvo com referência àquelas que, lavradas em ata, puderem ser feitas diretamente aos representantes legais das credenciadas presentes ao evento, ou, ainda, por intermédio de ofício, desde que comprovado o seu recebimento, principalmente, quanto ao resultado de:

a) Julgamento deste Credenciamento;

b) Recurso porventura interposto.

22.10. A Cópia do Edital e de seus Anexos poderá ser obtida pelo site: (www.consorcioaltotapajos.com.br) e também pode ser feita a solicitação através do e-mail: consorcioaltotapajos@hotmail.com, podendo ainda ser obtida junto ao Setor Administrativo do Consórcio, no horário das 07h00min às 13h00min (horário de Mato Grosso), até o último dia que anteceder a data prevista para abertura do certame.

22.11. As empresas e/ou representantes que adquirirem o instrumento convocatório se obrigam a acompanhar as publicações referentes ao processo no Diário Oficial de Contas–Tribunal de Contas do Mato Grosso e as publicações no Jornal de Grande Circulação, quando for o caso, com vista a possíveis alterações e avisos.

22.12. Fica facultado aos municípios integrantes do Consórcio o fornecimento de alimentação, transporte e hospedagem, em caso de conveniência mútua, para o atendimento de pacientes em sua própria sede.

22.13. Aos casos omissos aplicam-se as disposições constantes, da Lei nº 8.666/93.

23. ANEXOS DO EDITAL.

23.1. São partes integrantes, indissociáveis e atreladas ao conteúdo deste Edital, os seguintes anexos, cujo teor vincula totalmente aos credenciados:

Anexo I: Termo de Referência

Anexo II: Termo de Aceite da Proposta Financeira

Anexo III: Modelo Carta de Credenciamento

Anexo IV: Declaração de Cumprimento de Requisitos Legais

Anexo V: Declaração de Habilitação

Anexo VI: Declaração de Superveniência de Fato Impeditivos da Habilitação

Anexo VII: Declaração de ME e EPP (quando empresa).

Anexo VIII: Minuta do Contrato

Anexo IX: Condições Gerais

Alta Floresta - MT, 10 de dezembro de 2018.

Lenir Geronimo de Sousa
Presidente da CPL



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

ANEXO I TERMO DE REFERÊNCIA

CRENCIAMENTO Nº 001/2018
INEXIGIBILIDADE 001/2018

OBJETO: CREDENCIAMENTO das empresas que tenham interesse na prestação de serviços especializados na área de saúde, sendo **CONSULTAS MÉDICAS, EXAMES CLÍNICOS e PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS**, para atendimento da demanda dos 06 (seis) municípios integrantes do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós, quais sejam: Alta Floresta, Apiacás, Carlinda, Nova Bandeirantes, Nova Monte Verde e Paranaíta, de forma complementar da cobertura dos serviços prestados pelas redes Municipais de Saúde/Sistema Único de Saúde, pelo período de 12 (doze) meses, à pacientes encaminhados pelos Municípios.

1 - REALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS: Os serviços deverão ser executados mediante apresentação de requisições emitidas pelas Centrais de Regulação de cada Município, sendo que os serviços serão executados conforme especificado na planilha abaixo, por um período de 12 meses.

Obs.: As requisições deverão ser assinadas e carimbadas pelo responsável da Central de Regulação e pelo Secretário de Saúde do Município requisitante, sendo que nenhum pagamento será realizado para serviços executados sem a devida requisição original.

2 - DO AGENDAMENTO: Os serviços serão agendados pelos Municípios diretamente com os Credenciados.

3 - DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E VALORES:

ITEM	CÓDIGO BETHA	DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS E EXAMES CLÍNICOS	TOTAL	PREÇO MÉDIO CISRAT	TOTAL ANUAL
1	50-09-0027	Consulta Médica de Neurologia	1680	152,00	255.360,00
2	50-09-0003	Consulta Médica de Cardiologia	1940	152,00	294.880,00
3	50-09-0020	Consulta Médica de Urologia	940	150,00	141.000,00
4	50-09-0013	Consulta Médica de Oftalmologia	1786	139,00	248.254,00
5	50-09-0028	Consulta Médica de Ortopedia	630	141,00	88.830,00
6	50-09-0022	Consulta Médica de Otorrinolaringologia	1340	152,00	203.680,00
7	50-09-0025	Consulta Psiquiatria	1260	152,00	191.520,00
8	50-09-0021	Consulta Médica de Dermatologia	606	141,00	85.446,00
9	50-09-0029	Consulta Médica de Endocrinologia	496	142,00	70.432,00
10	50-09-0033	Consulta de Fonoaudiologia	236	111,00	26.196,00
11	50-09-0034	Consulta Médica de Retinólogo	138	97,00	13.386,00
12	50-09-0006	Consulta Médica de Ginecologia	545	147,00	80.115,00
13	50-09-0040	Consulta Médica de Pneumologia	600	185,00	111.000,00
14	50.09.0042	Consulta Médica de Reumatologia	478	152,00	72.656,00
15	50-09-0047	Consulta Médica de Hansenologia	570	140,00	79.800,00
TOTAL DE CONSULTAS MÉDICAS			13.245		1.962.555,00

16	50-12-0001	Exame de Laringoscopia	392	134,00	52.528,00
17	50-12-0002	Exame de Videonasolaringoscopia	342	143,00	48.906,00



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

18	50-12-0003	Exame de Espirometria	370	109,00	40.330,00
19	50-12-0003	Exames de Impedanciometria	420	99,00	41.580,00
20	50-12-0004	Exames de Audiometria Tonal e Vocal	399	100,00	39.900,00
21	50-12-0046	Exame de Audiometria Infantil	412	154,00	63.448,00
22	50-12-0047	Teste da Orelhinha	594	107,00	63.558,00
23	50-12-0048	Teste da Linguinha	500	77,00	38.500,00
24	50-12-0049	Terapia Fonoaudiológica	420	95,00	39.900,00
25	50-12-0028	Exame de Usg Abdômen Inferior	207	130,00	26.910,00
26	50-12-0044	Exame de Usg Abdômen Superior	221	130,00	28.730,00
27	50-12-0006	Exame de Usg de Abdômen Total	401	163,00	65.363,00
28	50-12-0007	Exame de Usg Pélvica	205	112,00	22.960,00
29	50-12-0008	Exame de Usg Obstétrica	306	86,00	26.316,00
30	50-12-0029	Exame de Usg Gestacional Gemelar	92	154,00	14.168,00
31	50-12-0071	Exame de Usg Gestacional Morfológica	111	239,00	26.529,00
32	50-12-0009	Exame de Usg Tireoide	228	108,00	24.624,00
33	50-12-0010	Exame de Usg Mama	505	125,00	63.125,00
34	50-12-0011	Exame de Usg Vias Urinárias	387	125,00	48.375,00
35	50-12-0012	Exame de Usg Transvaginal	601	122,00	73.322,00
36	50-12-0045	Exame de Usg Transv. Gestacional	205	129,00	26.445,00
37	50-12-0013	Exame de Usg Próstata	261	131,00	34.191,00
38	50-12-0030	Exame de Usg Próstata Transretal	145	140,00	20.300,00
39	50-12-0014	Exame de Usg Bolsa Escrotal	179	109,00	19.511,00
40	50-12-0102	Exame de Usg de Partes Moles	265	142,00	37.630,00
41	50-12-0103	Exame de Usg de Pênis	39	139,00	5.421,00
42	50-12-0031	Exame de Usg Articular por Articulação	231	107,00	24.717,00
43	50-12-0050	Exame de Usg da Parede Abdominal	157	128,00	20.096,00
44	50-12-0051	Exame de Usg Região Inguinal	137	125,00	17.125,00
45	50-12-0052	Exame de Doppler Colorido Arterial de Membro Inferior	94	223,00	20.962,00
46	50-12-0053	Exame de Doppler Colorido Venoso de Membro Inferior	190	223,00	42.370,00
47	50-12-0054	Exame de Doppler Colorido Órgão ou Estrutura Isolada (abdômen Inf).	75	149,00	11.175,00
48	50-12-0072	Exame de Usg Doppler de Carótida	79	224,00	17.696,00
49	50-12-0073	Exame de Usg Transfontanela	42	144,00	6.048,00
50	50-12-0032	Exame de Usg Globo Ocular	87	134,00	11.658,00
51	50-12-0033	Exame de Campimetria Ocular	83	196,00	16.268,00
52	50-12-0034	Exame de Mapeamento de Retina	78	140,00	10.920,00
53	50-12-0035	Exame de Retinografia Ocular	76	155,00	11.780,00
54	50-12-0036	Exame de Yag Laser	103	232,00	23.896,00
55	50-12-0038	Exame de Angiografia Ocular	66	207,00	13.662,00
56	50-12-0055	Exame de Fotocoagulação a Laser	63	224,00	14.112,00
57	50-17-0014	Aplicação Anti-Amiogenico c/ Avastin	27	1.600,00	43.200,00
58	50-17-0015	Aplicação Anti-Amiogenico c/ Lucentis	44	3.500,00	154.000,00
59	50-12-0063	Exames de Tomografia do Olho (OCT)	449	280,00	125.720,00
60	50-12-0016	Exame de Eletroencefalograma	742	127,00	94.234,00



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

61	50-12-0017	Exame de Eco Cardiograma	1264	269,00	340.016,00
62	50-12-0018	Exame de Eletrocardiograma	703	80,00	56.240,00
63	50-12-0025	Exame de Teste Ergométrico	438	221,00	96.798,00
64	50-12-0074	Exame de Holter 24 horas	97	207,00	20.079,00
65	50.12.0122	Exame de Mapa Cardíaco	97	187,00	18.139,00
66	50-12-0075	Tomografia Comput. de Face/seios da face/artic. temporo-mandibulares	80	197,00	15.760,00
67	50-12-0101	Tomografia Comput. Coluna Cervical	205	286,00	58.630,00
68	50-12-0114	Tomografia Comput. Coluna Torácica	215	275,00	59.125,00
69	50-12-0115	Tomografia Comput. Coluna Lombo/Sacra	213	279,00	59.427,00
70	50-12-0076	Tomografia Comput. do Pescoço	125	292,00	36.500,00
71	50-12-0077	Tomografia Comput. de Sela Turcica	135	191,00	25.785,00
72	50-12-0078	Tomografia Comput. do Crânio	226	191,00	43.166,00
73	50-12-0079	Tomografia Comput. de Articulações de Membro Superior	103	194,00	19.982,00
74	50-12-0080	Tomografia Comput. Seg. apend. (braço, antebraço, mão, coxa, perna, pé)	93	194,00	18.042,00
75	50-12-0081	Tomografia Comput. de Tórax	218	206,00	44.908,00
76	50-12-0099	Tomografia Comput. Abdômen Superior	173	186,00	32.178,00
77	50-12-0083	Tomografia Comput. de Articulações de Membro Inferior	125	216,00	27.000,00
78	50-12-0084	Tomografia Comput. de Pelve, Bacia, Abdômen Inferior	131	186,00	24.366,00
79	50-12-0086	Ressonância magnética de articulação temporo-mandibular (bilateral)	106	496,00	52.576,00
80	50-12-0087	Ressonância magnética de coluna cervical/pescoço	144	404,00	58.176,00
81	50-12-0104	Ressonância magnética de Coluna Torácica	158	404,00	63.832,00
82	50-12-0088	Ressonância magnética de coluna lombo/sacra	158	404,00	63.832,00
83	50-12-0089	Ressonância magnética de crânio	142	404,00	57.368,00
84	50-12-0090	Ressonância magnética de sela turcica	84	406,00	34.104,00
85	50-12-0092	Ressonância magnética de membro superior (unilateral)	95	407,00	38.665,00
86	50-12-0093	Ressonância magnética de tórax	157	409,00	64.213,00
87	50-12-0100	Ressonância magnética de abdômen superior	109	409,00	44.581,00
88	50-12-0095	Ressonância magnética de bacia, pelve, abdômen inferior	135	407,00	54.945,00
89	50-12-0105	Ressonância magnética abdômen total	176	536,00	94.336,00
90	50-12-0096	Ressonância magnética de membro inferior - unilateral	80	412,00	32.960,00
91	50-12-0097	Ressonância magnética de Vias biliares/colangiorressonância	104	409,00	42.536,00
92	50-12-0106	Contraste (Exames de Ressonâncias magnéticas e Tomografias)	349	135,00	47.115,00
93	50-17-0020	Sedação (Exames Ressonância/Tomografia)	382	500,00	191.000,00
94	50-12-0015	Exame de Densitometria Óssea	359	120,00	43.080,00
95	50-12-0026	Exame de Mamografia	824	168,00	138.432,00
96	50-12-0020	Exame de Urografia Excretora	175	211,00	36.925,00
97	50-12-0023	Exame de Endoscopia Digestiva	355	212,00	75.260,00
98	50-12-0024	Exame de Colposcopia	205	153,00	31.365,00
99	50.12.0121	Exame de Colposcopia C/ Biopsia	77	467,00	35.959,00
100	50-12-0107	Exame de Colonoscopia c/ biópsia	58	733,00	42.514,00
101	50-12-0027	Exame de Colonoscopia	130	557,00	72.410,00



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

TOTAL DOS EXAMES CLÍNICOS			20.233		4.084.534,00
102	50-17-0016	Aplicação de ATA p/ Cauterização Química	65	104,00	6.760,00
103	50-17-0003	Cauterização Dermatológica c/ Eletro cauterio	70	176,00	12.320,00
104	50-17-0004	Curetagem Dermatológica c/ Cureta	68	280,00	19.040,00
105	50-17-0006	Retirada de Corpo Estranho da Córnea	53	84,00	4.452,00
106	50-17-0007	Retirada Corpo Estranho Intra Ocular	135	546,00	73.710,00
107	50-17-0001	Cirurgia de Pterígio	285	276,00	78.660,00
108	50-17-0002	Cirurgia de Catarata	149	811,00	120.839,00
109	50-17-0008	Vitrectomia Vias Parn Plana	26	3.668,00	95.368,00
110	50-17-0009	Implantação de Lente ocular	58	916,00	53.128,00
111	50-17-0025	Retirada de Silicone Ocular	43	2.988,00	128.484,00
112	50-17-0021	Cirurgia de Alta Frequência - CAF	30	771,00	23.130,00
113	50-17-0026	Cirurgia de Alta Frequência - CAF - com Biopsia (Anatomopatológico)	32	1.018,00	32.576,00
114	50-12-0119	Exame Anátomo Patológico Geral (por amostras/ou fragmentos)	210	35,00	7.350,00
115	50-12-0116	Exame Citopatológico cervico-Vaginal/ Microflora	805	13,00	10.465,00
116	50-12-0117	Exame Citopatológico de Mama	180	16,00	2.880,00
117	50-12-0118	Exame Citopatológico Cervico Vaginal/ Microflora-Rastreamento	9200	13,00	119.600,00
118	50-12-0120	Exame de Imunoistoquimico (Por Marcador)	171	92,00	15.732,00
119	50-17-0027	Coleta de Biopsia de Mama	985	515,00	507.275,00
120	50-17-0023	Biópsia de mama c/ laudo PAAF ATÉ 12 amostras	60	900,00	54.000,00
122	50-17-0024	Coleta de Biópsia de Próstata	120	1.597,00	191.640,00
123	50-17-0028	Biopsia de Próstata até 12 amostras Anátomo Patológico	200	2.278,00	455.600,00
TOTAL DE PROCEDIMENTOS			12.945		2.013.009,00
TOTAL GERAL					8.430.898,00

OBS. Os serviços poderão ser executados nos consultórios, clínicas ou hospitais particulares e nos ambulatórios dos Credenciados. Deverão ser executados obrigatoriamente em um dos municípios participantes do CISRAT.

4. AS CREDENCIADAS DEVERÃO ATENDER OS SEGUINTE REQUISITOS:

- a) O número de usuários poderá variar de acordo com o quadro de usuários dos serviços de saúde pública, sem qualquer alteração de preço estipulado no credenciamento.
- b) A credenciada deverá ofertar os procedimentos mínimos elencados neste termo de referência de acordo com sua especialidade.
- c) A entrega dos resultados de exames deverá ser feita diretamente para o paciente e não poderão ultrapassar o prazo de 10 (dez) dias após a realização dos exames, salvo em casos justificados.
- d) Em relação aos serviços de consultas médicas, estão incluso no valor acima as consultas de retorno necessárias para o paciente.



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

5. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA REQUERIDA:

As empresas interessadas em participar do credenciamento/contratação deverão ter os seguintes requisitos técnicos:

- a) Atestado de capacidade técnica, fornecido por pessoa jurídica de direito público ou privado, comprovando que a credenciada executou ou vem executando, satisfatoriamente, o fornecimento de serviços em condições e características semelhantes com o objeto desta licitação.
- b) Registro de Graduação em Medicina ou outro registro de Graduação compatível com a especialidade pretendida e Certificado da Especialidade pretendida, dos especialistas que prestarão os serviços, devidamente reconhecido pelo MEC e CRM;
- c) Cópia autenticada da inscrição no Conselho Regional de Medicina dos especialistas que prestarão os serviços, com a respectiva certidão de regularidade.

Este termo de referência foi elaborado pelo servidor Manoel Joaquim Maia, gerente administrativo, onde utilizou-se os valores praticados no mercado local, Tabelas SUS e Bradesco Saúde e também credenciamentos da região, conforme documentos anexos.

Manoel Joaquim Maia
Gerente Administrativo



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

ANEXO II – TERMO DE ACEITE DA PROPOSTA FINANCEIRA CREDENCIAMENTO Nº 001/2018 INEXIGIBILIDADE 001/2018

Ao aderir o presente credenciamento, declaramos que a empresa, por meu representante legal, conhecer o inteiro teor do Edital de Credenciamento nº 001/2018, bem como o valor o qual o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós se propõe a pagar pelos serviços prestados de acordo com o valor médio de referência, que foi obtido com base no preço de mercado, Tabelas SUS e Bradesco Saúde e comprometemos a prestar atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde, encaminhados pelo Consórcio de Saúde, de acordo com as condições estabelecidas no Edital e seus anexos, na especialidade e nos valores assim especificados:

Declaramos por fim estarmos ciente de todas as condições do edital supracitado, bem como de todas as especificações contidas na minuta do futuro contrato a ser assinado e que as aceitamos de forma incondicional.

ITEM	CÓDIGO BETHA	DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS E EXAMES CLÍNICOS	TOTAL	PREÇO MÉDIO CISRAT	TOTAL ANUAL
1	50-09-0027	Consulta Médica de Neurologia	1680	152,00	255.360,00
2	50-09-0003	Consulta Médica de Cardiologia	1940	152,00	294.880,00
3	50-09-0020	Consulta Médica de Urologia	940	150,00	141.000,00
4	50-09-0013	Consulta Médica de Oftalmologia	1786	139,00	248.254,00
5	50-09-0028	Consulta Médica de Ortopedia	630	141,00	88.830,00
6	50-09-0022	Consulta Médica de Otorrinolaringologia	1340	152,00	203.680,00
7	50-09-0025	Consulta Psiquiatria	1260	152,00	191.520,00
8	50-09-0021	Consulta Médica de Dermatologia	606	141,00	85.446,00
9	50-09-0029	Consulta Médica de Endocrinologia	496	142,00	70.432,00
10	50-09-0033	Consulta de Fonoaudiologia	236	111,00	26.196,00
11	50-09-0034	Consulta Médica de Retinólogo	138	97,00	13.386,00
12	50-09-0006	Consulta Médica de Ginecologia	545	147,00	80.115,00
13	50-09-0040	Consulta Médica de Pneumologia	600	185,00	111.000,00
14	50.09.0042	Consulta Médica de Reumatologia	478	152,00	72.656,00
15	50-09-0047	Consulta Médica de Hansenologia	570	140,00	79.800,00
TOTAL DE CONSULTAS MÉDICAS			13.245		1.962.555,00

16	50-12-0001	Exame de Laringoscopia	392	134,00	52.528,00
17	50-12-0002	Exame de Videonasolaringoscopia	342	143,00	48.906,00
18	50-12-0003	Exame de Espirometria	370	109,00	40.330,00
19	50-12-0003	Exames de Impedanciometria	420	99,00	41.580,00
20	50-12-0004	Exames de Audiometria Tonal e Vocal	399	100,00	39.900,00
21	50-12-0046	Exame de Audiometria Infantil	412	154,00	63.448,00
22	50-12-0047	Teste da Orelhinha	594	107,00	63.558,00
23	50-12-0048	Teste da Linguinha	500	77,00	38.500,00
24	50-12-0049	Terapia Fonoaudiológica	420	95,00	39.900,00
25	50-12-0028	Exame de Usg Abdômen Inferior	207	130,00	26.910,00
26	50-12-0044	Exame de Usg Abdômen Superior	221	130,00	28.730,00
27	50-12-0006	Exame de Usg de Abdômen Total	401	163,00	65.363,00



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

28	50-12-0007	Exame de Usg Pélvica	205	112,00	22.960,00
29	50-12-0008	Exame de Usg Obstretica	306	86,00	26.316,00
30	50-12-0029	Exame de Usg Gestacional Gemelar	92	154,00	14.168,00
31	50-12-0071	Exame de Usg Gestacional Morfológica	111	239,00	26.529,00
32	50-12-0009	Exame de Usg Tireoide	228	108,00	24.624,00
33	50-12-0010	Exame de Usg Mama	505	125,00	63.125,00
34	50-12-0011	Exame de Usg Vias Urinárias	387	125,00	48.375,00
35	50-12-0012	Exame de Usg Transvaginal	601	122,00	73.322,00
36	50-12-0045	Exame de Usg Transv. Gestacional	205	129,00	26.445,00
37	50-12-0013	Exame de Usg Próstata	261	131,00	34.191,00
38	50-12-0030	Exame de Usg Próstata Transretal	145	140,00	20.300,00
39	50-12-0014	Exame de Usg Bolsa Escrotal	179	109,00	19.511,00
40	50-12-0102	Exame de Usg de Partes Moles	265	142,00	37.630,00
41	50-12-0103	Exame de Usg de Pênis	39	139,00	5.421,00
42	50-12-0031	Exame de Usg Articular por Articulação	231	107,00	24.717,00
43	50-12-0050	Exame de Usg da Parede Abdominal	157	128,00	20.096,00
44	50-12-0051	Exame de Usg Região Inguinal	137	125,00	17.125,00
45	50-12-0052	Exame de Doppler Colorido Arterial de Membro Inferior	94	223,00	20.962,00
46	50-12-0053	Exame de Doppler Colorido Venoso de Membro Inferior	190	223,00	42.370,00
47	50-12-0054	Exame de Doppler Colorido Órgão ou Estrutura Isolada (abdômen Inf).	75	149,00	11.175,00
48	50-12-0072	Exame de Usg Doppler de Carótida	79	224,00	17.696,00
49	50-12-0073	Exame de Usg Transfontanela	42	144,00	6.048,00
50	50-12-0032	Exame de Usg Globo Ocular	87	134,00	11.658,00
51	50-12-0033	Exame de Campimetria Ocular	83	196,00	16.268,00
52	50-12-0034	Exame de Mapeamento de Retina	78	140,00	10.920,00
53	50-12-0035	Exame de Retinografia Ocular	76	155,00	11.780,00
54	50-12-0036	Exame de Yag Laser	103	232,00	23.896,00
55	50-12-0038	Exame de Angiografia Ocular	66	207,00	13.662,00
56	50-12-0055	Exame de Fotocoagulação a Laser	63	224,00	14.112,00
57	50-17-0014	Aplicação Anti-Amiogenico c/ Avastin	27	1.600,00	43.200,00
58	50-17-0015	Aplicação Anti-Amiogenico c/ Lucentis	44	3.500,00	154.000,00
59	50-12-0063	Exames de Tomografia do Olho (OCT)	449	280,00	125.720,00
60	50-12-0016	Exame de Eletroencefalograma	742	127,00	94.234,00
61	50-12-0017	Exame de Eco Cardiograma	1264	269,00	340.016,00
62	50-12-0018	Exame de Eletrocardiograma	703	80,00	56.240,00
63	50-12-0025	Exame de Teste Ergométrico	438	221,00	96.798,00
64	50-12-0074	Exame de Holter 24 horas	97	207,00	20.079,00
65	50.12.0122	Exame de Mapa Cardíaco	97	187,00	18.139,00
66	50-12-0075	Tomografia Comput. de Face/seios da face/artic. temporo-mandibulares	80	197,00	15.760,00
67	50-12-0101	Tomografia Comput. Coluna Cervical	205	286,00	58.630,00
68	50-12-0114	Tomografia Comput. Coluna Torácica	215	275,00	59.125,00
69	50-12-0115	Tomografia Comput. Coluna Lombo/Sacra	213	279,00	59.427,00
70	50-12-0076	Tomografia Comput. do Pescoço	125	292,00	36.500,00



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

71	50-12-0077	Tomografia Comput. de Sela Turcica	135	191,00	25.785,00
72	50-12-0078	Tomografia Comput. do Crânio	226	191,00	43.166,00
73	50-12-0079	Tomografia Comput. de Articulações de Membro Superior	103	194,00	19.982,00
74	50-12-0080	Tomografia Comput. Seg. apend. (braço, antebraço, mão, coxa, perna, pé)	93	194,00	18.042,00
75	50-12-0081	Tomografia Comput. de Tórax	218	206,00	44.908,00
76	50-12-0099	Tomografia Comput. Abdômen Superior	173	186,00	32.178,00
77	50-12-0083	Tomografia Comput. de Articulações de Membro Inferior	125	216,00	27.000,00
78	50-12-0084	Tomografia Comput. de Pelve, Bacia, Abdômen Inferior	131	186,00	24.366,00
79	50-12-0086	Ressonância magnética de articulação temporo-mandibular (bilateral)	106	496,00	52.576,00
80	50-12-0087	Ressonância magnética de coluna cervical/pescoço	144	404,00	58.176,00
81	50-12-0104	Ressonância magnética de Coluna Torácica	158	404,00	63.832,00
82	50-12-0088	Ressonância magnética de coluna lombo/sacra	158	404,00	63.832,00
83	50-12-0089	Ressonância magnética de crânio	142	404,00	57.368,00
84	50-12-0090	Ressonância magnética de sela turcica	84	406,00	34.104,00
85	50-12-0092	Ressonância magnética de membro superior (unilateral)	95	407,00	38.665,00
86	50-12-0093	Ressonância magnética de tórax	157	409,00	64.213,00
87	50-12-0100	Ressonância magnética de abdômen superior	109	409,00	44.581,00
88	50-12-0095	Ressonância magnética de bacia, pelve, abdômen inferior	135	407,00	54.945,00
89	50-12-0105	Ressonância magnética abdômen total	176	536,00	94.336,00
90	50-12-0096	Ressonância magnética de membro inferior - unilateral	80	412,00	32.960,00
91	50-12-0097	Ressonância magnética de Vias biliares/colangiorressonância	104	409,00	42.536,00
92	50-12-0106	Contraste (Exames de Ressonâncias magnéticas e Tomografias)	349	135,00	47.115,00
93	50-17-0020	Sedação (Exames Ressonância/Tomografia)	382	500,00	191.000,00
94	50-12-0015	Exame de Densitometria Óssea	359	120,00	43.080,00
95	50-12-0026	Exame de Mamografia	824	168,00	138.432,00
96	50-12-0020	Exame de Urografia Excretora	175	211,00	36.925,00
97	50-12-0023	Exame de Endoscopia Digestiva	355	212,00	75.260,00
98	50-12-0024	Exame de Colposcopia	205	153,00	31.365,00
99	50.12.0121	Exame de Colposcopia c/ Biopsia	77	467,00	35.959,00
100	50-12-0107	Exame de Colonoscopia c/ biópsia	58	733,00	42.514,00
101	50-12-0027	Exame de Colonoscopia	130	557,00	72.410,00
TOTAL DOS EXAMES CLÍNICOS			20.233		4.084.534,00

102	50-17-0016	Aplicação de ATA p/ Cauterização Química	65	104,00	6.760,00
103	50-17-0003	Cauterização Dermatológica c/ Eletro cauterio	70	176,00	12.320,00
104	50-17-0004	Curetagem Dermatológica c/ Cureta	68	280,00	19.040,00
105	50-17-0006	Retirada de Corpo Estranho da Córnea	53	84,00	4.452,00
106	50-17-0007	Retirada Corpo Estranho Intra Ocular	135	546,00	73.710,00
107	50-17-0001	Cirurgia de Pterígio	285	276,00	78.660,00
108	50-17-0002	Cirurgia de Catarata	149	811,00	120.839,00
109	50-17-0008	Vitrectomia Vias Parn Plana	26	3.668,00	95.368,00



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

110	50-17-0009	Implantação de Lente ocular	58	916,00	53.128,00
111	50-17-0025	Retirada de Silicone Ocular	43	2.988,00	128.484,00
112	50-17-0021	Cirurgia de Alta Frequência - CAF	30	771,00	23.130,00
113	50-17-0026	Cirurgia de Alta Frequência - CAF - com Biopsia (Anatomopatológico)	32	1.018,00	32.576,00
114	50-12-0119	Exame Anátomo Patológico Geral (por amostras/ou fragmentos)	210	35,00	7.350,00
115	50-12-0116	Exame Citopatológico cervico-Vaginal/ Microflora	805	13,00	10.465,00
116	50-12-0117	Exame Citopatológico de Mama	180	16,00	2.880,00
117	50-12-0118	Exame Citopatológico Cervico Vaginal/ Microflora-Rastreamento	9200	13,00	119.600,00
118	50-12-0120	Exame de Imunoistoquímico (Por Marcador)	171	92,00	15.732,00
119	50-17-0027	Coleta de Biopsia de Mama	985	515,00	507.275,00
120	50-17-0023	Biópsia de mama c/ laudo PAAF ATÉ 12 amostras	60	900,00	54.000,00
122	50-17-0024	Coleta de Biópsia de Próstata	120	1.597,00	191.640,00
123	50-17-0028	Biopsia de Próstata até 12 amostras Anátomo Patológico	200	2.278,00	455.600,00
TOTAL DE PROCEDIMENTOS			12.945		2.013.009,00
TOTAL GERAL					8.430.898,00

Local/data

Nome e Assinatura do representante legal da empresa
Carimbo de CNPJ ou CPF



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

ANEXO III – CARTA DE CREDENCIAMENTO CREDENCIAMENTO Nº 001/2018 INEXIGIBILIDADE 001/2018

1. IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA:

Nome ou Razão social

CRP nº: CNPJ ou CPF:

1.1. ENDEREÇO:

Rua, avenida, nº e complemento

Bairro Município UF CEP

Telefone Celular Fax

E-mail

2. TITULARES (sócios e representantes legais da empresa):

Nome:

Formação: Identidade: CPF:

Nome:

Formação: Identidade: CPF:

3. QUADRO TÉCNICO

Nome:

Formação:

Identidade: CPF:

Telefone: Celular:

Nome:

Formação:

Identidade: CPF:

Telefone: Celular:

Nome:

Formação: Identidade: CPF:

Telefone: Celular:

4. Serviços a serem prestados:

5. DECLARAMOS, sob as penas da lei, que:

- recebemos os documentos que compõem o Edital e tomamos conhecimento de todas as informações e condições para o cumprimento das obrigações objeto deste credenciamento;
- as informações prestadas neste pedido de credenciamento são verdadeiras, bem como que concordamos com os termos do edital e seus anexos;
- temos ciência da obrigatoriedade de declarar qualquer fato superveniente impeditivo do credenciamento, e;
- que possuímos condições de cumprir as exigências mínimas, para realização dos serviços a serem prestados, no que se refere aos recursos físicos e tecnológicos;

ITEM	CÓDIGO BETHA	DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS E EXAMES CLÍNICOS	TOTAL	PREÇO MÉDIO CISRAT	TOTAL ANUAL
1	50-09-0027	Consulta Médica de Neurologia	1680	152,00	255.360,00
2	50-09-0003	Consulta Médica de Cardiologia	1940	152,00	294.880,00



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

3	50-09-0020	Consulta Médica de Urologia	940	150,00	141.000,00
4	50-09-0013	Consulta Médica de Oftalmologia	1786	139,00	248.254,00
5	50-09-0028	Consulta Médica de Ortopedia	630	141,00	88.830,00
6	50-09-0022	Consulta Médica de Otorrinolaringologia	1340	152,00	203.680,00
7	50-09-0025	Consulta Psiquiatria	1260	152,00	191.520,00
8	50-09-0021	Consulta Médica de Dermatologia	606	141,00	85.446,00
9	50-09-0029	Consulta Médica de Endocrinologia	496	142,00	70.432,00
10	50-09-0033	Consulta de Fonoaudiologia	236	111,00	26.196,00
11	50-09-0034	Consulta Médica de Retinólogo	138	97,00	13.386,00
12	50-09-0006	Consulta Médica de Ginecologia	545	147,00	80.115,00
13	50-09-0040	Consulta Médica de Pneumologia	600	185,00	111.000,00
14	50.09.0042	Consulta Médica de Reumatologia	478	152,00	72.656,00
15	50-09-0047	Consulta Médica de Hansenologia	570	140,00	79.800,00
TOTAL DE CONSULTAS MÉDICAS			13.245		1.962.555,00

16	50-12-0001	Exame de Laringoscopia	392	134,00	52.528,00
17	50-12-0002	Exame de Videonasolaringoscopia	342	143,00	48.906,00
18	50-12-0003	Exame de Espirometria	370	109,00	40.330,00
19	50-12-0003	Exames de Impedanciometria	420	99,00	41.580,00
20	50-12-0004	Exames de Audiometria Tonal e Vocal	399	100,00	39.900,00
21	50-12-0046	Exame de Audiometria Infantil	412	154,00	63.448,00
22	50-12-0047	Teste da Orelhinha	594	107,00	63.558,00
23	50-12-0048	Teste da Linguinha	500	77,00	38.500,00
24	50-12-0049	Terapia Fonoaudiológica	420	95,00	39.900,00
25	50-12-0028	Exame de Usg Abdômen Inferior	207	130,00	26.910,00
26	50-12-0044	Exame de Usg Abdômen Superior	221	130,00	28.730,00
27	50-12-0006	Exame de Usg de Abdômen Total	401	163,00	65.363,00
28	50-12-0007	Exame de Usg Pélvica	205	112,00	22.960,00
29	50-12-0008	Exame de Usg Obstétrica	306	86,00	26.316,00
30	50-12-0029	Exame de Usg Gestacional Gemelar	92	154,00	14.168,00
31	50-12-0071	Exame de Usg Gestacional Morfológica	111	239,00	26.529,00
32	50-12-0009	Exame de Usg Tireoide	228	108,00	24.624,00
33	50-12-0010	Exame de Usg Mama	505	125,00	63.125,00
34	50-12-0011	Exame de Usg Vias Urinárias	387	125,00	48.375,00
35	50-12-0012	Exame de Usg Transvaginal	601	122,00	73.322,00
36	50-12-0045	Exame de Usg Transv. Gestacional	205	129,00	26.445,00
37	50-12-0013	Exame de Usg Próstata	261	131,00	34.191,00
38	50-12-0030	Exame de Usg Próstata Transretal	145	140,00	20.300,00
39	50-12-0014	Exame de Usg Bolsa Escrotal	179	109,00	19.511,00
40	50-12-0102	Exame de Usg de Partes Moles	265	142,00	37.630,00
41	50-12-0103	Exame de Usg de Pênis	39	139,00	5.421,00
42	50-12-0031	Exame de Usg Articular por Articulação	231	107,00	24.717,00
43	50-12-0050	Exame de Usg da Parede Abdominal	157	128,00	20.096,00
44	50-12-0051	Exame de Usg Região Inguinal	137	125,00	17.125,00



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

45	50-12-0052	Exame de Doppler Colorido Arterial de Membro Inferior	94	223,00	20.962,00
46	50-12-0053	Exame de Doppler Colorido Venoso de Membro Inferior	190	223,00	42.370,00
47	50-12-0054	Exame de Doppler Colorido Órgão ou Estrutura Isolada (abdômen Inf).	75	149,00	11.175,00
48	50-12-0072	Exame de Usg Doppler de Carótida	79	224,00	17.696,00
49	50-12-0073	Exame de Usg Transfontanela	42	144,00	6.048,00
50	50-12-0032	Exame de Usg Globo Ocular	87	134,00	11.658,00
51	50-12-0033	Exame de Campimetria Ocular	83	196,00	16.268,00
52	50-12-0034	Exame de Mapeamento de Retina	78	140,00	10.920,00
53	50-12-0035	Exame de Retinografia Ocular	76	155,00	11.780,00
54	50-12-0036	Exame de Yag Laser	103	232,00	23.896,00
55	50-12-0038	Exame de Angiografia Ocular	66	207,00	13.662,00
56	50-12-0055	Exame de Fotocoagulação a Laser	63	224,00	14.112,00
57	50-17-0014	Aplicação Anti-Amiogenico c/ Avastin	27	1.600,00	43.200,00
58	50-17-0015	Aplicação Anti-Amiogenico c/ Lucentis	44	3.500,00	154.000,00
59	50-12-0063	Exames de Tomografia do Olho (OCT)	449	280,00	125.720,00
60	50-12-0016	Exame de Eletroencefalograma	742	127,00	94.234,00
61	50-12-0017	Exame de Eco Cardiograma	1264	269,00	340.016,00
62	50-12-0018	Exame de Eletrocardiograma	703	80,00	56.240,00
63	50-12-0025	Exame de Teste Ergométrico	438	221,00	96.798,00
64	50-12-0074	Exame de Holter 24 horas	97	207,00	20.079,00
65	50.12.0122	Exame de Mapa Cardíaco	97	187,00	18.139,00
66	50-12-0075	Tomografia Comput. de Face/seios da face/artic. temporo-mandibulares	80	197,00	15.760,00
67	50-12-0101	Tomografia Comput. Coluna Cervical	205	286,00	58.630,00
68	50-12-0114	Tomografia Comput. Coluna Torácica	215	275,00	59.125,00
69	50-12-0115	Tomografia Comput. Coluna Lombo/Sacra	213	279,00	59.427,00
70	50-12-0076	Tomografia Comput. do Pescoço	125	292,00	36.500,00
71	50-12-0077	Tomografia Comput. de Sela Turcica	135	191,00	25.785,00
72	50-12-0078	Tomografia Comput. do Crânio	226	191,00	43.166,00
73	50-12-0079	Tomografia Comput. de Articulações de Membro Superior	103	194,00	19.982,00
74	50-12-0080	Tomografia Comput. Seg. apend. (braço, antebraço, mão, coxa, perna, pé)	93	194,00	18.042,00
75	50-12-0081	Tomografia Comput. de Tórax	218	206,00	44.908,00
76	50-12-0099	Tomografia Comput. Abdômen Superior	173	186,00	32.178,00
77	50-12-0083	Tomografia Comput. de Articulações de Membro Inferior	125	216,00	27.000,00
78	50-12-0084	Tomografia Comput. de Pelve, Bacia, Abdômen Inferior	131	186,00	24.366,00
79	50-12-0086	Ressonância magnética de articulação temporo-mandibular (bilateral)	106	496,00	52.576,00
80	50-12-0087	Ressonância magnética de coluna cervical/pescoço	144	404,00	58.176,00
81	50-12-0104	Ressonância magnética de Coluna Torácica	158	404,00	63.832,00
82	50-12-0088	Ressonância magnética de coluna lombo/sacra	158	404,00	63.832,00
83	50-12-0089	Ressonância magnética de crânio	142	404,00	57.368,00
84	50-12-0090	Ressonância magnética de sela turcica	84	406,00	34.104,00
85	50-12-0092	Ressonância magnética de membro superior (unilateral)	95	407,00	38.665,00



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

86	50-12-0093	Ressonância magnética de tórax	157	409,00	64.213,00
87	50-12-0100	Ressonância magnética de abdômen superior	109	409,00	44.581,00
88	50-12-0095	Ressonância magnética de bacia, pelve, abdômen inferior	135	407,00	54.945,00
89	50-12-0105	Ressonância magnética abdômen total	176	536,00	94.336,00
90	50-12-0096	Ressonância magnética de membro inferior - unilateral	80	412,00	32.960,00
91	50-12-0097	Ressonância magnética de Vias biliares/ colangiorressonância	104	409,00	42.536,00
92	50-12-0106	Contraste (Exames de Ressonâncias magnéticas e Tomografias)	349	135,00	47.115,00
93	50-17-0020	Sedação (Exames Ressonância/Tomografia)	382	500,00	191.000,00
94	50-12-0015	Exame de Densitometria Óssea	359	120,00	43.080,00
95	50-12-0026	Exame de Mamografia	824	168,00	138.432,00
96	50-12-0020	Exame de Urografia Excretora	175	211,00	36.925,00
97	50-12-0023	Exame de Endoscopia Digestiva	355	212,00	75.260,00
98	50-12-0024	Exame de Colposcopia	205	153,00	31.365,00
99	50.12.0121	Exame de Colposcopia C/ Biopsia	77	467,00	35.959,00
100	50-12-0107	Exame de Colonoscopia c/ biópsia	58	733,00	42.514,00
101	50-12-0027	Exame de Colonoscopia	130	557,00	72.410,00
TOTAL DOS EXAMES CLÍNICOS			20.233		4.084.534,00

102	50-17-0016	Aplicação de ATA p/ Cauterização Química	65	104,00	6.760,00
103	50-17-0003	Cauterização Dermatológica c/ Eletro cauterio	70	176,00	12.320,00
104	50-17-0004	Curetagem Dermatológica c/ Cureta	68	280,00	19.040,00
105	50-17-0006	Retirada de Corpo Estranho da Córnea	53	84,00	4.452,00
106	50-17-0007	Retirada Corpo Estranho Intra Ocular	135	546,00	73.710,00
107	50-17-0001	Cirurgia de Pterígio	285	276,00	78.660,00
108	50-17-0002	Cirurgia de Catarata	149	811,00	120.839,00
109	50-17-0008	Vitrectomia Vias Parn Plana	26	3.668,00	95.368,00
110	50-17-0009	Implantação de Lente ocular	58	916,00	53.128,00
111	50-17-0025	Retirada de Silicone Ocular	43	2.988,00	128.484,00
112	50-17-0021	Cirurgia de Alta Frequência - CAF	30	771,00	23.130,00
113	50-17-0026	Cirurgia de Alta Frequência - CAF - com Biopsia (Anatomopatológico)	32	1.018,00	32.576,00
114	50-12-0119	Exame Anátomo Patológico Geral (por amostras/ou fragmentos)	210	35,00	7.350,00
115	50-12-0116	Exame Citopatológico cervico-Vaginal/ Microflora	805	13,00	10.465,00
116	50-12-0117	Exame Citopatológico de Mama	180	16,00	2.880,00
117	50-12-0118	Exame Citopatológico Cervico Vaginal/ Microflora-Rastreamento	9200	13,00	119.600,00
118	50-12-0120	Exame de Imunoistoquímico (Por Marcador)	171	92,00	15.732,00
119	50-17-0027	Coleta de Biopsia de Mama	985	515,00	507.275,00
120	50-17-0023	Biópsia de mama c/ laudo PAAF ATÉ 12 amostras	60	900,00	54.000,00
122	50-17-0024	Coleta de Biópsia de Próstata	120	1.597,00	191.640,00
123	50-17-0028	Biopsia de Próstata até 12 amostras Anátomo Patológico	200	2.278,00	455.600,00
TOTAL DE PROCEDIMENTOS			12.945		2.013.009,00
TOTAL GERAL					8.430.898,00



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

Vimos requerer, mediante a presente, o credenciamento, em conformidade com o Edital divulgado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós, juntando a documentação exigida.

Local/data

Nome e Assinatura do representante legal da empresa
Carimbo de CNPJ ou CPF

OBS: Em caso de representação por meio de procuração particular, a mesma deverá ter firma reconhecida em cartório.



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

ANEXO IV – DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DE REQUISITOS LEGAIS CREDENCIAMENTO Nº 001/2018 INEXIGIBILIDADE Nº 001/2018

Ao

Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

Ref: Licitação na modalidade Credenciamento nº 001/2018.

(Nome da Empresa) -----, CNPJ nº -----, sediada na Rua -----, nº -----, bairro, -----, CEP----- Município -----, por seu representante legal abaixo-assinado, em cumprimento ao solicitado no Edital do Credenciamento nº 001/2018 DECLARA, sob as penas da lei, que:

- Não possui em seu quadro de pessoal empregado(s) com menos de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, e menores de 16 (dezesesseis) anos, em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz*, a partir de 14 (quatorze) anos, nos termos do inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal e inciso V, art. 27, da Lei 8666/1993, com redação determinada pela Lei nº 9.854/1999.
- Não possui em seu quadro de pessoal servidores públicos do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós exercendo funções técnicas, comerciais, de gerência, administração ou tomada de decisão, (inciso III, do art. 9º da Lei 8666/93)

Local e data

Assinatura do representante legal

CPF:

Carimbo de CNPJ da empresa:

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



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

ANEXO V - DECLARAÇÃO DE HABILITAÇÃO

CRENCIAMENTO Nº 001/2018
INEXIGIBILIDADE Nº 001/2018

Declaramos, para todos os efeitos legais, que a empresa, CNPJ, reúne todos os requisitos de habilitação exigidas no Edital, quanto às condições de qualificação jurídica, fiscal, trabalhista, técnica e econômico-financeira, bem como de que está ciente e concorda com o disposto em Edital de Credenciamento 001/2018.

Local e data

Assinatura do representante legal

CPF:

Carimbo de CNPJ da empresa:

Obs.: No caso de microempresa e empresa de pequeno porte que, nos termos da LC 123/2006, possuir alguma restrição na documentação referente à regularidade fiscal, esta deverá ser mencionada, como ressalva, na supracitada declaração, **além de juntar o documento com restrição no envelope de habilitação.**



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

ANEXO VI – DECLARAÇÃO DE SUPERVENIÊNCIA DE FATOS IMPEDITIVOS

CRENCIAMENTO Nº 001/2018 INEXIGIBILIDADE Nº 001/2018

A empresa _____, CNPJ _____, sediada na rua _____, bairro _____, cidade _____, neste ato representada pelo Sr.(a) _____, portador do RG nº _____ e inscrito no CPF sob o número _____, no uso de suas atribuições legais, comprometendo-se nos termos da legislação reguladora da matéria, a informar a qualquer tempo, sob pena das penalidades cabíveis, a inexistência de fatos supervenientes impeditivos a habilitação para este certame licitatório no Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós Credenciamento nº 001/2018, na forma determinada no § 2º, do artigo 32, da Lei nº 8666/93 e alterações, devidamente assinada pelo representante legal da empresa participante.

Local e data

Assinatura do representante legal

CPF:

Carimbo de CNPJ da empresa:



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

ANEXO VII – DECLARAÇÃO ME EPP

CRENCIAMENTO Nº 001/2018 INEXIGIBILIDADE Nº 001/2018

Modelo da Declaração para ME e EPP (Empregador Pessoa Jurídica)
(Papel timbrado da empresa)

Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós
Referente: Edital de Credenciamento nº 001/2018

Para fins de participação no Credenciamento (indicar o nº registrado no Edital), a (o) (Nome completo do Proponente), CNPJ, sediada na (Endereço completo), declara, sob as penas da lei que é (Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte, conforme o caso), na forma da Lei Complementar Federal nº 123, de 14.06.2006.

Local e data

Assinatura do representante legal
CPF:

Carimbo de CNPJ da empresa:



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

ANEXO VIII – MINUTA DO CONTRATO CREDENCIAMENTO Nº 001/2018 INEXIGIBILIDADE Nº 001/2018

O **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DO ALTO TAPAJÓS**, inscrito no CNPJ/MF sob nº 02.228.364/0001-59, com sede na Rua do Araújo nº 264 – Setor RI, Alta Floresta - MT, representado pelo presidente do conselho diretor Sr. **ASIEL BEZERRA DE ARAUJO**, brasileiro, casado, médico, portador da Cédula de Identificação Civil/RG nº _____ e inscrito no CPF sob nº _____ residente e domiciliado na Rua Casimiro de Abreu, nº 17 – Bairro Setor J, nesta cidade de Alta Floresta, Estado de Mato Grosso, doravante designado de **CONTRATANTE**, e a Empresa _____, inscrita no CNPJ/MF sob nº _____, estabelecida na _____, doravante designada **CONTRATADA**, neste ato representada por _____, portador da Cédula de Identificação Civil/RG nº _____ e inscrito no CPF nº _____, residente e domiciliado na _____, considerando o constante no Edital de credenciamento nº 001/2018 – Inexigibilidade nº 001/2018, e em observância ao disposto na Lei nº 8.666/93, e demais normas aplicáveis, RESOLVEM celebrar o presente Contrato nos seguintes termos e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. Constitui objeto do presente termo CREDENCIAMENTO das empresas que tenham interesse na prestação de serviços especializados na área de saúde, sendo **CONSULTAS MÉDICAS, EXAMES CLÍNICOS e PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS**, para atendimento da demanda dos 06 (seis) municípios integrantes do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós, quais sejam: Alta Floresta, Apiacás, Carlinda, Nova Bandeirantes, Nova Monte Verde e Paranaíta, de forma complementar da cobertura dos serviços prestados pelas redes Municipais de Saúde/Sistema Único de Saúde, pelo período de 12 (doze) meses, à pacientes encaminhados pelos Municípios, de acordo com os critérios, termos e condições estabelecidas no Edital de Credenciamento 001/2018 e Termo de Referência **Anexo I**.

CLÁUSULA SEGUNDA - DOS PREÇOS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

2.1. Pelos serviços especializados credenciados a contratada receberá os valores estabelecidos na proposta financeira da estimativa de preço, do Termo de Referência Anexo I, conforme os serviços e os preços praticados na forma do quadro abaixo:

PLANILHA ORÇAMENTARIA DE SERVIÇOS:

ITEM	CÓDIGO BETHA	DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS E EXAMES CLÍNICOS	TOTAL	PREÇO MÉDIO CISRAT	TOTAL ANUAL
1	50-09-0027	Consulta Médica de Neurologia	1680	152,00	255.360,00
2	50-09-0003	Consulta Médica de Cardiologia	1940	152,00	294.880,00
3	50-09-0020	Consulta Médica de Urologia	940	150,00	141.000,00
4	50-09-0013	Consulta Médica de Oftalmologia	1786	139,00	248.254,00
5	50-09-0028	Consulta Médica de Ortopedia	630	141,00	88.830,00
6	50-09-0022	Consulta Médica de Otorrinolaringologia	1340	152,00	203.680,00
7	50-09-0025	Consulta Psiquiatria	1260	152,00	191.520,00
8	50-09-0021	Consulta Médica de Dermatologia	606	141,00	85.446,00



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

9	50-09-0029	Consulta Médica de Endocrinologia	496	142,00	70.432,00
10	50-09-0033	Consulta de Fonoaudiologia	236	111,00	26.196,00
11	50-09-0034	Consulta Médica de Retinólogo	138	97,00	13.386,00
12	50-09-0006	Consulta Médica de Ginecologia	545	147,00	80.115,00
13	50-09-0040	Consulta Médica de Pneumologia	600	185,00	111.000,00
14	50.09.0042	Consulta Médica de Reumatologia	478	152,00	72.656,00
15	50-09-0047	Consulta Médica de Hansenologia	570	140,00	79.800,00
TOTAL DE CONSULTAS MÉDICAS			13.245		1.962.555,00

16	50-12-0001	Exame de Laringoscopia	392	134,00	52.528,00
17	50-12-0002	Exame de Videonasolaringoscopia	342	143,00	48.906,00
18	50-12-0003	Exame de Espirometria	370	109,00	40.330,00
19	50-12-0003	Exames de Impedanciometria	420	99,00	41.580,00
20	50-12-0004	Exames de Audiometria Tonal e Vocal	399	100,00	39.900,00
21	50-12-0046	Exame de Audiometria Infantil	412	154,00	63.448,00
22	50-12-0047	Teste da Orelhinha	594	107,00	63.558,00
23	50-12-0048	Teste da Linguinha	500	77,00	38.500,00
24	50-12-0049	Terapia Fonoaudiológica	420	95,00	39.900,00
25	50-12-0028	Exame de Usg Abdômen Inferior	207	130,00	26.910,00
26	50-12-0044	Exame de Usg Abdômen Superior	221	130,00	28.730,00
27	50-12-0006	Exame de Usg de Abdômen Total	401	163,00	65.363,00
28	50-12-0007	Exame de Usg Pélvica	205	112,00	22.960,00
29	50-12-0008	Exame de Usg Obstretica	306	86,00	26.316,00
30	50-12-0029	Exame de Usg Gestacional Gemelar	92	154,00	14.168,00
31	50-12-0071	Exame de Usg Gestacional Morfológica	111	239,00	26.529,00
32	50-12-0009	Exame de Usg Tireoide	228	108,00	24.624,00
33	50-12-0010	Exame de Usg Mama	505	125,00	63.125,00
34	50-12-0011	Exame de Usg Vias Urinárias	387	125,00	48.375,00
35	50-12-0012	Exame de Usg Transvaginal	601	122,00	73.322,00
36	50-12-0045	Exame de Usg Transv. Gestacional	205	129,00	26.445,00
37	50-12-0013	Exame de Usg Próstata	261	131,00	34.191,00
38	50-12-0030	Exame de Usg Próstata Transretal	145	140,00	20.300,00
39	50-12-0014	Exame de Usg Bolsa Escrotal	179	109,00	19.511,00
40	50-12-0102	Exame de Usg de Partes Moles	265	142,00	37.630,00
41	50-12-0103	Exame de Usg de Pênis	39	139,00	5.421,00
42	50-12-0031	Exame de Usg Articular por Articulação	231	107,00	24.717,00
43	50-12-0050	Exame de Usg da Parede Abdominal	157	128,00	20.096,00
44	50-12-0051	Exame de Usg Região Inguinal	137	125,00	17.125,00
45	50-12-0052	Exame de Doppler Colorido Arterial de Membro Inferior	94	223,00	20.962,00
46	50-12-0053	Exame de Doppler Colorido Venoso de Membro Inferior	190	223,00	42.370,00
47	50-12-0054	Exame de Doppler Colorido Órgão ou Estrutura Isolada (abdômen Inf).	75	149,00	11.175,00
48	50-12-0072	Exame de Usg Doppler de Carótida	79	224,00	17.696,00
49	50-12-0073	Exame de Usg Transfontanela	42	144,00	6.048,00
50	50-12-0032	Exame de Usg Globo Ocular	87	134,00	11.658,00



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

51	50-12-0033	Exame de Campimetria Ocular	83	196,00	16.268,00
52	50-12-0034	Exame de Mapeamento de Retina	78	140,00	10.920,00
53	50-12-0035	Exame de Retinografia Ocular	76	155,00	11.780,00
54	50-12-0036	Exame de Yag Laser	103	232,00	23.896,00
55	50-12-0038	Exame de Angiografia Ocular	66	207,00	13.662,00
56	50-12-0055	Exame de Fotocoagulação a Laser	63	224,00	14.112,00
57	50-17-0014	Aplicação Anti-Amiogenico c/ Avastin	27	1.600,00	43.200,00
58	50-17-0015	Aplicação Anti-Amiogenico c/ Lucentis	44	3.500,00	154.000,00
59	50-12-0063	Exames de Tomografia do Olho (OCT)	449	280,00	125.720,00
60	50-12-0016	Exame de Eletroencefalograma	742	127,00	94.234,00
61	50-12-0017	Exame de Eco Cardiograma	1264	269,00	340.016,00
62	50-12-0018	Exame de Eletrocardiograma	703	80,00	56.240,00
63	50-12-0025	Exame de Teste Ergométrico	438	221,00	96.798,00
64	50-12-0074	Exame de Holter 24 horas	97	207,00	20.079,00
65	50.12.0122	Exame de Mapa Cardíaco	97	187,00	18.139,00
66	50-12-0075	Tomografia Comput. de Face/seios da face/artic. temporo-mandibulares	80	197,00	15.760,00
67	50-12-0101	Tomografia Comput. Coluna Cervical	205	286,00	58.630,00
68	50-12-0114	Tomografia Comput. Coluna Torácica	215	275,00	59.125,00
69	50-12-0115	Tomografia Comput. Coluna Lombo/Sacra	213	279,00	59.427,00
70	50-12-0076	Tomografia Comput. do Pescoço	125	292,00	36.500,00
71	50-12-0077	Tomografia Comput. de Sela Turcica	135	191,00	25.785,00
72	50-12-0078	Tomografia Comput. do Crânio	226	191,00	43.166,00
73	50-12-0079	Tomografia Comput. de Articulações de Membro Superior	103	194,00	19.982,00
74	50-12-0080	Tomografia Comput. Seg. apend. (braço, antebraço, mão, coxa, perna, pé)	93	194,00	18.042,00
75	50-12-0081	Tomografia Comput. de Tórax	218	206,00	415.708,00
76	50-12-0099	Tomografia Comput. Abdômen Superior	173	186,00	32.178,00
77	50-12-0083	Tomografia Comput. de Articulações de Membro Inferior	125	216,00	27.000,00
78	50-12-0084	Tomografia Comput. de Pelve, Bacia, Abdômen Inferior	131	186,00	24.366,00
79	50-12-0086	Ressonância magnética de articulação temporo-mandibular (bilateral)	106	496,00	52.576,00
80	50-12-0087	Ressonância magnética de coluna cervical/pescoço	144	404,00	58.176,00
81	50-12-0104	Ressonância magnética de Coluna Torácica	158	404,00	63.832,00
82	50-12-0088	Ressonância magnética de coluna lombo/sacra	158	404,00	63.832,00
83	50-12-0089	Ressonância magnética de crânio	142	404,00	57.368,00
84	50-12-0090	Ressonância magnética de sela turcica	84	406,00	34.104,00
85	50-12-0092	Ressonância magnética de membro superior (unilateral)	95	407,00	38.665,00
86	50-12-0093	Ressonância magnética de tórax	157	409,00	64.213,00
87	50-12-0100	Ressonância magnética de abdômen superior	109	409,00	44.581,00
88	50-12-0095	Ressonância magnética de bacia, pelve, abdômen inferior	135	407,00	54.945,00
89	50-12-0105	Ressonância magnética abdômen total	176	536,00	94.336,00
90	50-12-0096	Ressonância magnética de membro inferior - unilateral	80	412,00	32.960,00
91	50-12-0097	Ressonância magnética de Vias biliares/colangiorressonância	104	409,00	42.536,00



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

92	50-12-0106	Contraste (Exames de Ressonâncias magnéticas e Tomografias)	349	135,00	47.115,00
93	50-17-0020	Sedação (Exames Ressonância/Tomografia)	382	500,00	191.000,00
94	50-12-0015	Exame de Densitometria Óssea	359	120,00	43.080,00
95	50-12-0026	Exame de Mamografia	824	168,00	138.432,00
96	50-12-0020	Exame de Urografia Excretora	175	211,00	36.925,00
97	50-12-0023	Exame de Endoscopia Digestiva	355	212,00	75.260,00
98	50-12-0024	Exame de Colposcopia	205	153,00	31.365,00
99	50.12.0121	Exame de Colposcopia c/ Biopsia	77	467,00	35.959,00
100	50-12-0107	Exame de Colonoscopia c/ biópsia	58	733,00	42.514,00
101	50-12-0027	Exame de Colonoscopia	130	557,00	72.410,00
TOTAL DOS EXAMES CLÍNICOS			20.233		4.455.334,00

102	50-17-0016	Aplicação de ATA p/ Cauterização Química	65	104,00	6.760,00
103	50-17-0003	Cauterização Dermatológica c/ Eletro cauterio	70	176,00	12.320,00
104	50-17-0004	Curetagem Dermatológica c/ Cureta	68	280,00	19.040,00
105	50-17-0006	Retirada de Corpo Estranho da Córnea	53	84,00	4.452,00
106	50-17-0007	Retirada Corpo Estranho Intra Ocular	135	546,00	73.710,00
107	50-17-0001	Cirurgia de Pterígio	285	276,00	78.660,00
108	50-17-0002	Cirurgia de Catarata	149	811,00	120.839,00
109	50-17-0008	Vitrectomia Vias Parn Plana	26	3.668,00	95.368,00
110	50-17-0009	Implantação de Lente ocular	58	916,00	53.128,00
111	50-17-0025	Retirada de Silicone Ocular	43	2.988,00	128.484,00
112	50-17-0021	Cirurgia de Alta Frequência - CAF	30	771,00	23.130,00
113	50-17-0026	Cirurgia de Alta Frequência - CAF - com Biopsia (Anatomopatológico)	32	1.018,00	32.576,00
114	50-12-0119	Exame Anátomo Patológico Geral (por amostras/ou fragmentos)	210	35,00	7.350,00
115	50-12-0116	Exame Citopatológico cervico-Vaginal/ Microflora	805	13,00	10.465,00
116	50-12-0117	Exame Citopatológico de Mama	180	16,00	2.880,00
117	50-12-0118	Exame Citopatológico Cervico Vaginal/ Microflora-Rastreamento	9200	13,00	119.600,00
118	50-12-0120	Exame de Imunoistoquímico (Por Marcador)	171	92,00	15.732,00
119	50-17-0027	Coleta de Biopsia de Mama	985	515,00	507.275,00
120	50-17-0023	Biópsia de mama c/ laudo PAAF ATÉ 12 amostras	60	900,00	54.000,00
122	50-17-0024	Coleta de Biópsia de Próstata	120	1.597,00	191.640,00
123	50-17-0028	Biopsia de Próstata até 12 amostras Anátomo Patológico	200	2.278,00	455.600,00
TOTAL DE PROCEDIMENTOS			12.945		2.013.009,00
TOTAL GERAL					8.430.898,00

2.2. O pagamento será efetuado mensalmente, após a efetiva prestação dos serviços, mediante apresentação da relação de procedimentos realizados e da nota fiscal devidamente atestada pela Secretaria Executiva do Consórcio.

2.3. A contratada deverá indicar no corpo da Nota Fiscal/fatura, a descrição dos serviços prestados ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós, além do número da conta, agência e nome do banco onde deverá ser feito o pagamento;

2.3.1. Caso constatado alguma irregularidade nas notas fiscais/faturas, estas serão devolvidas a contratada, para as necessárias correções, com as informações que



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

motivaram sua rejeição, sendo o pagamento realizado após a reapresentação das notas fiscais/faturas.

2.3.2. Nenhum pagamento isentará a contratada das suas responsabilidades e obrigações, nem implicará aceitação definitiva dos produtos entregues.

2.4. O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós não efetuará pagamento de título descontado, ou por meio de cobrança em banco, bem como, os que forem negociados com terceiros por intermédio da operação de “factoring”;

2.5. As despesas bancárias decorrentes de transferência de valores para outras praças serão de responsabilidade da Contratada.

2.6. Os pagamentos serão efetuados observando-se a ordem cronológica estabelecida no art. 5º da Lei nº 8.666/93.

2.7. Para fazer jus ao pagamento, o ente de direito credenciado, deverá apresentar junto a cada nota fiscal, os seguintes documentos:

2.7.1. Certidão Negativa quanto à Dívida Ativa da União e Certidão de Quitação de Tributos e contribuições Federais

2.7.2. Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT).

2.7.3. Certidão Negativa da Seguridade Social (INSS), podendo ser apresentada uma única certidão, caso esta seja unificada com a constante com no item 4.5.1;

2.7.4. Certidão de Regularidade com Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);

CLÁUSULA TERCEIRA – DA LICITAÇÃO

3.1. Foi elaborado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós, o Termo de Referência Anexo I, o qual servirá de base para todo o procedimento licitatório e sua execução.

3.2. Para realizar o objeto deste contrato foi realizado procedimento de credenciamento, com fundamento no artigo 25 da Lei nº 8.666/93, e devidamente autorizada pela Autoridade Competente.

CLÁUSULA QUARTA - DA FORMA DE EXECUÇÃO

4.1. Os serviços serão executados de forma indireta, em regime de empreitada, por preço unitário, sem vínculo empregatício, em um dos municípios participantes do CISRAT, em instalações próprias do profissional ou empresa, mediante requisição expedida pelo Contratante, **ficando assegurado ao paciente tratamento idêntico ao dispensado aos particulares. Qualquer tipo de discriminação ou cobrança pelos serviços diretamente ao paciente dará causa à instalação de processo administrativo para aplicação das sanções previstas na Lei 8.666/93, garantida a defesa prévia.**

4.2. A contratada deverá prestar os serviços, em estrita observância dos termos constantes no Termo de Referência Anexo I.

4.3. O objeto desta contratação deverá ser executado em estrita observância ao Edital de Licitação Credenciamento nº 001/2018 - Inexigibilidade nº 001/2018 e seus anexos.

CLÁUSULA QUINTA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

5.1. Para o fiel cumprimento do presente contrato, a CONTRATADA se compromete a:

5.1.1. Acatar as decisões e observações feitas pela fiscalização do Consórcio Público de Saúde, por escrito, em duas vias e entregues mediante recibo;

5.1.2. Executar prestação dos serviços especializados do objeto deste certame nos termos estabelecidos no Edital de Licitação e seus anexos, especialmente os previstos no Termo de Referência Anexo I;

5.1.3. Não realizar subcontratação total ou parcial dos serviços, sem anuência do Consórcio. No caso de subcontratação autorizada pelo Contratante, a Contratada continuará a responder direta e exclusivamente pelos serviços e pelas responsabilidades legais e contratuais assumidas;



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

- 5.1.4. Responsabilizar-se pelos danos causados diretamente à Contratante ou a terceiros, decorrentes de culpa ou dolo, relativos à execução do contrato ou em conexão com ele, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade o fato de haver fiscalização ou acompanhamento por parte da Contratante;
- 5.1.5. Responsabilizar-se por todas as providências e obrigações, em caso de acidentes de trabalho com seus empregados, em virtude da execução do presente contrato ou em conexão com ele, ainda que ocorridos em dependências da Contratante;
- 5.1.6. Aceitar nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões, a critério do Consórcio, referentes à execução do serviço, nos termos da Lei vigente;
- 5.1.7. Será de inteira responsabilidade da empresa Contratada quaisquer danos que venham a ocorrer ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós, decorrentes da própria execução dos serviços contratados;
- 5.1.8. A empresa contratada deverá manter as condições de habilitação e qualificação durante toda execução dos serviços.
- 5.1.9. A empresa credenciada fica obrigada a cumprir as regras estabelecidas no Edital de credenciamento 001/2018, sob pena de descredenciamento e aplicação de demais sanções cabíveis.

CLÁUSULA SEXTA - DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

- 6.1. Oferecer todas as informações necessárias para que a credenciada possa executar o objeto deste credenciamento dentro das especificações.
- 6.2. Efetuar os pagamentos nas condições e prazos estipulados;
- 6.3. Designar um servidor para acompanhar a execução e fiscalização do objeto deste Instrumento.
- 6.4. Notificar, por escrito, a credenciada, a ocorrência de eventuais imperfeições no curso de execução dos serviços, fixando prazo para sua correção.
- 6.5. Fiscalizar livremente os serviços, não eximindo o credenciado de total responsabilidade quanto à execução dos mesmos.
- 6.6. Acompanhar os serviços, podendo intervir durante a sua execução, para fins de ajuste ou suspensão da prestação; inclusive rejeitando, no todo ou em parte, os serviços executados fora das especificações deste Edital.
- 6.7. Paralisar os serviços casos os empregados da contratada não estejam utilizando os equipamentos de proteção individual, ficando o ônus da paralisação por conta da contratada.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

- 7.1. O Contrato terá sua vigência de 12 meses contados da data de sua assinatura, tendo validade e eficácia legal após a publicação do seu extrato no Diário Oficial de Contas – Tribunal de Contas do Mato Grosso, salvo prorrogação permitida por Lei;
- 7.2. O prazo para assinatura do Contrato será de 2 (dois) dias úteis, contados da convocação formal;
- 7.3. O Contrato deverá ser assinado pelo representante legal da credenciada, mediante apresentação do contrato social ou documento que comprove os poderes para tal investidura e cédula de identidade do representante, caso esses documentos não constem dos autos do processo licitatório, e uma vez atendidas as exigências do subitem anterior;
- 7.4. A critério da administração, o prazo para assinatura do Contrato poderá ser prorrogado, desde que ocorra motivo justificado, mediante solicitação formal da adjudicatária e aceito pelo Consórcio;
- 7.4.1. O credenciado, caso o contrato venha a ser prorrogado, ficará sujeito a comprovação das mesmas condições de habilitação do início do contrato.
- 7.5. Constituem motivos para o cancelamento do Contrato as situações referidas nos artigos 77 e 78 da Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações, bem como as previstas neste instrumento;



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

7.6. A critério do Contratante, o contrato poderá ser substituído por outros instrumentos hábeis, tais como ordem de prestação de serviços, nota de empenho, dentre outros, nos termos do artigo 62 da Lei nº 8.666/93.

CLÁUSULA OITAVA - DOS REAJUSTAMENTOS DE PREÇOS

8.1. O valor que propôs ao credenciado será fixo e irrevogável, ressalvado o disposto na alínea 'd' do inciso II do artigo 65 da Lei nº 8666/93.

8.2. Em caso de prorrogação do contrato, nos termos da lei, o preço poderá ser reajustado com base no IGPM/FGV.

CLÁUSULA NONA - DA RESCISÃO CONTRATUAL

9.1. O presente instrumento poderá ser rescindido de pleno direito, nas seguintes situações:

- a) Quando a contratada não cumprir as obrigações constantes do Edital de Licitação e neste Contrato;
- b) Quando a contratada der causa a rescisão administrativa, nas hipóteses previstas nos incisos de I a XII, XVII e XVIII do art. 78 da Lei nº 8.666/93;
- c) Em qualquer hipótese de inexecução total ou parcial deste Contrato;
- d) Os preços praticados se apresentarem superiores aos praticados no mercado;
- e) Por razões de interesse público devidamente demonstradas e justificadas;

9.2. Ocorrendo a rescisão contratual, a contratada será informado por correspondência, a qual será juntada ao processo administrativo.

9.3. No caso de ser ignorado, incerto ou inacessível o endereço do contratado, a comunicação será feita por publicação no Diário Oficial de Contas-Tribunal de Contas do Mato Grosso, considerando-se rescindido o contrato a partir da última publicação.

9.4. A solicitação da contratada para rescisão contratual poderá não ser aceita pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós, facultando-se a esta neste caso, a aplicação das penalidades previstas neste instrumento.

9.5. Havendo a rescisão contratual, cessarão todas as atividades da contratada, relativas a prestação dos serviços.

9.6. Caso o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós não se utilize da prerrogativa de rescindir o contrato a seu exclusivo critério, poderá suspender a sua execução e/ou sustar o pagamento das faturas, até que a contratada cumpra integralmente a condição contratual infringida.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS PENALIDADES

10.1. A Credenciada vencedora que descumprir quaisquer das condições deste instrumento ficará sujeita às penalidades previstas nos art. 86 e 87 da Lei 8.666/93, quais sejam:

10.1.1 Por atraso injustificado na prestação dos serviços:

10.1.1.1 Atraso de até 10 (dez) dias, multa diária de 0,25% (vinte e cinco centésimos por cento);

10.1.1.2 Atraso superior a 10 (dez) dias, multa diária de 0,50% (cinquenta centésimos por cento) sobre o total dos dias em atraso, sem prejuízo das demais cominações legais;

10.1.1.3. No caso de atraso no recolhimento da multa aplicada, incidirá nova multa sobre o valor devido, equivalente a 0,20% (vinte centésimos por cento) até 10 (dez) dias de atraso e 0,40% (quarenta centésimos por cento) acima desse prazo, calculado sobre o total dos dias em atraso. 10.1.2. Pela inexecução parcial ou total das condições estabelecidas neste ato convocatório, o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós poderá, garantida a prévia defesa, aplicar, também, as seguintes sanções:

10.1.2.1. Advertência,

10.1.2.2. Multa de até 20% (vinte por cento) sobre o valor homologado, atualizado, recolhida no prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados da comunicação oficial, sem



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

embargo de indenização dos prejuízos porventura causados ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós;

10.1.2.3. Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de licitar e contratar com o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós, bem como o cancelamento de seu certificado de registro cadastral no cadastro de fornecedores do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós por prazo não superior a 02 (dois) anos;

10.1.2.4. Descredenciamento:

10.1.2.4.1. Pelo Consórcio:

10.1.2.4.1.1—a empresa deixar de cumprir qualquer das cláusulas e condições do contrato;

10.1.2.4.1.2—a empresa praticar atos fraudulentos no intuito de auferir para si ou para outrem vantagem ilícita;

10.1.2.4.1.3—ficar evidenciada a incapacidade da empresa credenciada de cumprir as obrigações assumidas devidamente caracterizadas em relatório circunstanciado de inspeção;

10.1.2.4.1.4—por razões de interesse público de alta relevância, mediante despacho motivado e justificado do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós;

10.1.2.4.1.5—em razão de caso fortuito ou força maior;

10.1.2.4.1.6 – No caso da decretação de falência ou concordata da empresa credenciada, sua dissolução ou falecimento de todos os seus sócios;

10.1.2.4.1.7 – Por não atender os pacientes encaminhados pelos Municípios com qualidade;

10.1.2.4.1.8 - e naquilo que couber, nas outras hipóteses do art. 78 da Lei 8.666/93.

10.1.2.4.2.1- pela credenciada:

10.1.2.4.2.1. Mediante solicitação escrita e devidamente justificada ao Consórcio, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias;

10.2. As multas serão descontadas dos créditos da empresa detentora da ata e, se estes não forem suficientes, o valor que sobejar será encaminhado para execução pelos profissionais habilitados do Município;

a) Em se tratando de contratada que não comparecer para retirada da Ordem de serviços, o valor da multa não recolhida será encaminhado para execução pelos profissionais habilitados do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós;

10.3. As penalidades previstas neste item têm caráter de sanção administrativa, conseqüentemente, a sua aplicação não exime a empresa detentora da ata, da reparação das eventuais perdas e danos que seu ato venha acarretar ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós;

10.4. As penalidades são independentes e a aplicação de uma não exclui a das demais, quando cabíveis;

10.5. Nas hipóteses de apresentação de documentação inverossímil, cometimento de fraude ou comportamento de modo inidôneo, a credenciada poderá sofrer quaisquer das sanções adiante previstas, que poderão ser aplicadas cumulativamente:

10.5.1. Cancelamento do contrato e do credenciamento, se esta já estiver assinada, procedendo-se a paralisação da prestação dos serviços;

10.6. As penalidades serão obrigatoriamente registradas no Cadastro de Fornecedores do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós, e no caso de ficar impedida de licitar e contratar, a credenciada deverá ser descredenciada por igual período, sem prejuízo das multas previstas neste Edital e das demais cominações legais.

10.7. Do ato que aplicar a penalidade caberá recurso, no prazo de 02 (dois) dias úteis, a contar da ciência da intimação, podendo o Consórcio reconsiderar sua decisão ou nesse prazo encaminhá-lo devidamente informados para a apreciação e decisão superior, dentro do mesmo prazo;



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

10.8. Serão publicadas no Diário Oficial de Contas–Tribunal de Contas do Mato Grosso, as sanções administrativas previstas no Edital de Licitação, inclusive a reabilitação perante ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

11.1. As despesas decorrentes da contratação, objeto desta Licitação, correrão pela seguinte dotação, referente ao orçamento do exercício 2019:

Funcional Programática - 01.001.10.122.0001.2.002.3.3.90.39.00.0.0.00 – Fonte Rec. 00

Funcional Programática - 01.001.10.122.0001.2.002.3.3.90.39.00.0.0.00 – Fonte Rec. 42

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

12.1. As partes ficam, ainda, adstritas às seguintes disposições:

I. todas as alterações que se fizerem necessárias serão registradas por intermédio de lavratura de termo aditivo ou apostilamento ao presente contrato.

II. A **CONTRATADA** obriga-se a se manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação e a cumprir fielmente as cláusulas ora avençadas, bem como as normas previstas na Lei 8.666/93 e legislação complementar;

III. Vinculam-se a este contrato, para fins de análise técnica, jurídica e decisão superior o Termo de Referência **Anexo I**, seus anexos e o Termo de Aceite da Proposta Financeira da contratada;

IV. É vedado caucionar ou utilizar o presente contrato para qualquer operação financeira, sem prévia e expressa autorização do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós;

12.2. A credenciada não poderá transferir, total ou parcialmente a terceiros os serviços objeto deste credenciamento.

12.3. Será expressamente proibido ao credenciado cobrar taxas ou qualquer outra importância dos usuários, sob pena de descredenciamento a ser apurado em processo administrativo instaurado imediatamente apurada denúncia apresentada pelo usuário ou qualquer cidadão, assegurado ao credenciado o direito ao contraditório e à ampla defesa.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO FORO

13. As partes contratantes elegem o foro de Alta Floresta - MT como competente para dirimir quaisquer questões oriundas do presente contrato, inclusive os casos omissos, que não puderem ser resolvidos pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem de acordo, as partes firmam o presente contrato, em 03 (três) vias de igual teor e forma para um só efeito legal, ficando uma via arquivada na sede da CONTRATANTE, na forma do art. 60 da Lei 8.666 de 21/06/93.

Alta Floresta - MT, de de



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

**Presidente
CONTRATANTE**

**Sócio Diretor/Quotista
CONTRATADA**

Fiscal do Contrato

Testemunha
CPF:

Testemunha
CPF:



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

ANEXO IX – CONDIÇÕES GERAIS CREDENCIAMENTO Nº 001/2018 INEXIGIBILIDADE Nº 001/2018

Na execução dos serviços credenciados, a Empresa CREDENCIADA deverá atender às seguintes obrigações:

- 1) A CREDENCIADA deverá possuir cadastro atualizado no CNES com:
 - a. SADT e ambulatório SUS;
 - b. Responsável técnico;
 - c. *PROFISSIONAL habilitado com carga horária para atendimento SUS;*
 - d. *EQUIPAMENTOS prestando atendimento SUS;*
 - e. *Serviços ESPECIALIZADOS próprios com atendimento SUS, e constar como Terceiros Brasil.*
- 2) A solicitação de exames e de consultas deverão respeitar os formulários de solicitação pactuados em CIB e/ou estabelecidos pelo Consórcio;
- 3) Quanto aos medicamentos prescritos, os profissionais deverão respeitar preferencialmente o elenco de medicamentos pactuados em CIB e/ou para atendimentos isolados em municípios, poderão utilizar o REMUME municipal.
- 4) No caso dos exames de EDA, Colonoscopia, Biópsias, entre outros em que o material deverá ser encaminhado para realização de Anátomo patológico ou Cito patológico, os profissionais deverão preencher devidamente os formulários padrões estabelecidos pela SES/MT.
- 5) Quanto a solicitação de exames, além da utilização de formulário próprio, os profissionais deverão respeitar os protocolos clínicos e de regulação pactuados na Região e Estado.
- 6) Os profissionais executores de consultas e exames deverão possuir habilitação tal, sendo necessário o registro no CRM/MT.
- 7) A CREDENCIADA fica obrigada iniciar a prestação dos serviços imediatamente após a assinatura do contrato, e disponibilizando a agenda para os municípios consorciados, sem necessidade de fazer agendamento ou confirmação por meio de ligação telefônica.
- 8) Os serviços deverão ser executados na unidade própria da CREDENCIADA, ou local indicado, onde a rotina ocorrerá na forma de agendamento;
- 9) Os serviços serão autorizados pela Central de Regulação de cada município, segundo critérios de prioridade estabelecidos e pactuados através de protocolo específico de cada município, em conformidade com a legislação vigente; não cabendo aos profissionais credenciados a indicação de procedimentos complementares a solicitação já autorizada.
- 10) A CREDENCIADA responderá pelos serviços prestados ao paciente encaminhado pela Secretaria Municipal de Saúde, isentando integralmente o MUNICÍPIO e CONSÓRCIO de todo e qualquer ato falho em que o paciente sentir-se lesado;



Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós

- 11) A CREDENCIADA deverá preencher todos os documentos integrantes do prontuário do paciente, para que o município possa proceder ao faturamento, conforme estabelecido em legislação permitindo a fiscalização dos serviços prestados, se necessário, pelos municípios integrantes do Consórcio.
- 12) A CREDENCIADA deverá informar ao Consórcio, por escrito e imediatamente, sobre qualquer anormalidade verificada na execução do serviço, bem como qualquer fato que possa colocar em risco a qualidade da execução do serviço;
- 13) Executar os serviços em conformidade com o contrato resultante deste Termo de Referência, obedecendo rigorosamente o disposto no respectivo edital e seus Anexos, independentemente de transcrição ou anexação;
- 14) Responsabilizar-se integralmente pelos seus profissionais, primando pela qualidade, desempenho, eficiência e produtividade, visando à execução dos trabalhos durante toda a vigência do contrato, dentro dos prazos e condições estipulados e assumir quaisquer danos causados diretamente aos usuários ou à CONTRATANTE, ou a terceiros, quando estes tenham sido ocasionados em decorrência da execução dos serviços, ou causados por seus representantes ou prepostos;
- 15) Todos os materiais de consumo específico, tais como: materiais de administração, enfermagem, medicamentos, descartáveis e impressos necessários para a prestação de serviços, serão fornecidos pela CREDENCIADA;
- 16) A CREDENCIADA deverá possuir Procedimento Operacional Padrão (POP) e Normas e Rotinas pertinentes aos serviços prestados, corroborando com as diretrizes institucionais e legislação vigente;