Extrato publicado no Diário Oficial dos Municípios – DOM/SC, Edição nº 3332 do dia 25/11/2020.

|  |  |
| --- | --- |
| C:\Meus documentos\Minhas imagens\brasapm.bmp | **ESTADO DE SANTA CATARINA**  **MUNICÍPIO DE SAUDADES**  **RUA CASTRO ALVE, Nº 279, CENTRO, SAUDADES, SC. CEP: 89.868-000 - FONE: (49) 3334-3600**  **CNPJ: 83.021.881/0001-54 – E-MAIL:** [**compras@saudades.sc.gov.br**](mailto:compras@saudades.sc.gov.br) **Site:** [**www.saudades.sc.gov.br**](http://www.saudades.sc.gov.br) |

**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 2407/2020 INEXIGIBILIDADES Nº 006/2020**

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO N. º 006/2020**

# 1 – PREÂMBULO

**O MUNICÍPIO DE SAUDADES**, Estado de Santa Catarina, Pessoa Jurídica de Direito Público Interno, com sede à Rua Castro Alves, nº 279 - Centro – Saudades - SC, Inscrito no CNPJ nº 83.021.881/0001-54, representado por seu Prefeito Municipal Sr. DANIEL KOTHE, no uso de suas atribuições, TORNA PÚBLICO que, nos termos do art. 25, *caput*, da Lei 8.666/93, Pré-Julgado nº 1.994 do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina, estão abertas as inscrições para credenciamento de prestadores de serviços especializados na área da saúde, para realização de consultas e procedimentos cirúrgicos eletivos na especialidade de ortopedia; consultas e procedimentos, na especialidade de cirurgia geral e consultas e cirurgias em otorrinolaringologia; para atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), através do Município de Saudades, para atender a população do MUNICÍPIO DE SAUDADES.

**2 - DO OBJETO:**

**CHAMADA PÚBLICA PARA CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NA ÁREA DA SAÚDE, PARA REALIZAÇÃO DE CONSULTAS E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS ELETIVOS NA ESPECIALIDADE DE ORTOPEDIA; CONSULTAS E PROCEDIMENTOS, NA ESPECIALIDADE DE CIRURGIA GERAL E CONSULTAS E CIRURGIAS EM OTORRINOLARINGOLOGIA;**  **PARA ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), ATRAVÉS DO MUNICÍPIO DE SAUDADES, DOS QUAIS A SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE NÃO POSSUI EM SEU QUADRO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE, CONFORME ESPECIFICAÇÕES E PREÇOS ESTABELECIDOS NO TERMO DE REFERÊNCIA QUE É PARTE INDISSOCIAVEL DESTE EDITAL (ANEXOI).**

1. **- DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO:**

* 1. Possuir sede (Clínica médica, consultório) instalada e devidamente regularizada, com atendimento em horário comercial, nos períodos matutino e vespertino;
  2. - Caso na data e hora marcada o profissional não possa atender o paciente, a Clínica/profissional deverá providenciar a comunicação antecipada, no prazo mínimo de 24 (vinte e quatro) horas, e, substituição de data visando o atendimento do paciente, sem qualquer ônus ao Município;
  3. - Prestar os serviços especializados conforme preços, prazos e condições estabelecidas neste instrumento, oferecido em sua proposta sobre as tabelas descritas no objeto (Anexo I);
  4. – Fornecer os serviços contratados de forma que atendam as normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, inclusive quanto ao estabelecimento (clínica ou consultórios, atendendo a legislação em vigor).

# 4 – DA FINALIDADE

4.1 – O presente credenciamento tem por razão fundamental, exclusiva e excepcional suprir de forma imediata às necessidades da Secretaria Municipal de Saúde do município, restringindo-se as especialidades relacionadas no Termo de Referência (Anexo I) objeto deste Edital, devido à falta de profissionais, clínicas ou especialistas disponíveis no município para atendimento ao público, sendo defeso a utilização desse procedimento como substituição aos serviços disponíveis aos munícipes através do quadro de profissionais concursados ou contratados através de processo licitatório especifico, exceto para regularizar demanda reprimida justificada.

4.2 – Quando houver mais de uma Clínica ou profissional credenciado na mesma especialidade, os serviços serão disponibilizados para escolha do usuário.

4.3 – A Secretaria Municipal de Saúde deverá autorizar os serviços que será individual, de forma que possa suprir a especial, excepcional e singular necessidade de cada paciente em eventuais situações, que poderão ser justificadas pelos mais diversos fatores, tais como: atendimento a Ordem Judicial, situação de vulnerabilidade grave de pacientes acometidos, situação de urgência e emergência, sendo para tanto gerado relatórios, documentos e Nota Fiscal para futuras ou eventuais averiguações.

4.4 – Os serviços deverão ser fornecidos prioritariamente de acordo com a demanda necessária do município, não sendo permitido qualquer dilatação desse prazo, de acordo com os prazos estabelecidos no item 3 (três) deste Edital, sob pena de confrontar com a própria pretensão e o cumprimento do fim social do procedimento adotado.

# 5- JUSTIFICATIVA

5.1 - Justifica-se esse procedimento em vista da necessidade pela alta demanda de serviços de saúde especializados necessitados para atender a população acometida, sem que para tanto, consiga-se contratar profissionais especialistas a não ser, em eventuais casos, uma especialidade por uma remuneração que inviabilizaria o município nas demais especialidades.

5.2 – Para contemplar a população com serviços especializados, não resta outra alternativa senão realizar a contratação de profissionais pelo Município, torna-se mais atrativo pela adesão aos serviços pelos profissionais.

5.3 – Outro fato relevante e de suma importância, é que existe uma reduzida quantidade de profissionais e/ou clínicas especializadas e capacitadas disponíveis para contratação individualmente para cada município, ademais, quando eventualmente disponíveis, o custo individual tornar-se-ia oneroso e inviável pela demanda existente, principalmente nos municípios com menor população.

5.4 – O presente credenciamento, além de inserir novos serviços especializados, pretende atualizar os dados dos fornecedores de serviços de saúde, bem como estabelecer as diretrizes voltadas aos princípios da administração pública na forma de gestão associada, com total transparência no investimento dos recursos públicos.

5.5 - Tem-se ainda na demanda, eventuais casos especiais relacionados à determinação judicial, descumprimento de contrato (resultado de licitação), demissão de profissionais, além de qualquer outro fator superveniente que possa causar dano imediato ao usuário que necessita de serviços relacionados a este credenciamento.

5.6 – Justifica-se os preços praticados no presente credenciamento, pela tabela praticada de acordo com os respectivos códigos para cada serviço individualmente, portanto, são preços fixos e invariáveis, que serão praticados por todos os profissionais interessados que, além de atenderem os requisitos do presente edital, firmam compromisso através de Contrato de Credenciamento com o Município de Saudades.

5.7 – O presente credenciamento dispensa o procedimento de licitação, por não haver necessidade de disputa, uma vez que o objeto e serviços pretendidos já estabelece preços e condições iguais para todos os interessados que se habilitam e cumprem os requisitos do Edital.

# 6 – DAS INSCRIÇÕES (HABILITAÇÃO)

6.1 - Os interessados ao credenciamento deverão apresentar junto ao Setor de Licitações e Contratos do do Município de Saudades, no centro Administrativo, com sede na Rua Castro Alves, nº 279, Município de Saudades, Estado de Santa Catarina, exclusivamente aos cuidados da Presidente da Comissão Permanente de Licitações, em um ENVELOPE LACRADO, os seguintes documentos dentro do prazo de validade **(originais ou cópias devidamente autenticadas conforme Artigo 32 da Lei 8.666/93 e alterações posteriores):**

**I - Para habilitação de Pessoa Física:**

1. Cópia da Cédula de Identidade - RG;
2. Cópia do CPF – Cadastro de Pessoa Física;
3. Cópia do comprovante de Inscrição no Conselho Regional Profissional (CRM, CRFa...) do profissional que vai prestar o serviço;
4. Cópia do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES);
5. Cópia do Cadastro Nacional de Saúde (CNS);
6. Cópia de Comprovante de Residência do Profissional que vai prestar o serviço;

1. Cópia do Certificado de Título de Especialidade Médica conferido pela AMB/CFM e Cópia do Certificado de Registro de Especialidade – RQE conferido pelo CRM, a ser confirmado no site do

Conselho Federal de Medicina – CFM;

1. Relação dos equipamentos disponíveis para a realização dos procedimentos solicitados;
2. Alvará de Localização e funcionamento atualizado expedido pelo município sede do estabelecimento;
3. Alvará Sanitário atualizado expedido pelo município sede do estabelecimento;
4. Certidão Negativa de Débito Municipal, Estadual e Federal (conjunta);
5. Certidão de regularidade com o FGTS;
6. Diploma de Graduação, frente e verso autenticado;
7. Requerimento/Proposta onde conste, nº CPF, nº RG e número do respectivo Conselho Regional Profissional, telefone, e–mail, endereço, e o nome do responsável pela assinatura do Contrato, solicitando seu credenciamento e declarando que aceita o valor fixado no presente Edital, **(modelo anexo II);**
8. Declaração de aceitação das condições do presente Edital, sem restrições de qualquer natureza, e que se compromete a fornecer o objeto deste credenciamento pelo preço proposto e de ciência que cumprem plenamente os requisitos de habilitação, **(modelo Anexo III);**
9. Declaração do proponente de que não pesa contra si, Declaração de Idoneidade em função do disposto no art. 97 da Lei Federal 8.666/93, **(modelo Anexo IV);**
10. Declaração de cumprimento do disposto no inciso XXXIII, do artigo 7° da Constituição Federal,

## (modelo Anexo V);

1. Declaração que não é parente próximo de pessoa vinculada ao quadro de servidores do Município **(modelo anexo VI);**
2. Declaração de Capacidade Mínima de Atendimento Total e Quantitativo **(modelo anexo VII).**

**II -** **Para habilitação de Pessoa Jurídica:**

1. Cópia da Cédula de Identidade RG do Administrador que vai assinar o contrato;
2. Cópia do CPF – Cadastro de Pessoa Física do Administrador que vai assinar o contrato; c) Cópia do Contrato Social;
3. Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;
4. Cópia do comprovante de Inscrição no Conselho Regional Profissional (CRM, CRFa...) do profissional que vai prestar o serviço;
5. Cópia do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES);
6. Cópia do Cadastro Nacional de Saúde (CNS);
7. Cópia de Comprovante de Residência do Profissional que vai prestar o serviço;
8. Cópia do Certificado de Título de Especialidade Médica conferido pela AMB/CFM e Cópia do Certificado de Registro de Especialidade – RQE conferido pelo CRM, a ser confirmado no site do

Conselho Federal de Medicina – CFM;

1. Relação dos equipamentos disponíveis para a realização dos procedimentos solicitados;
2. Alvará de Localização e funcionamento atualizado expedido pelo município sede do estabelecimento;
3. Alvará Sanitário atualizado expedido pelo município sede do estabelecimento;
4. Certidão Negativa de Débito Municipal, Estadual e Federal (conjunta);
5. Certificado de Regularidade junto ao CRF do Laboratório (para Análises Clinicas);
6. Certidão de regularidade com o FGTS;
7. Diploma de Graduação, frente e verso autenticado do profissional que vai prestar o serviço;

1. Requerimento/Proposta onde conste, nº CPF, nº RG e número do respectivo Conselho Regional Profissional, telefone, e–mail, endereço, e o nome do responsável pela assinatura do Contrato, solicitando seu credenciamento e declarando que aceita o valor fixado no presente Edital –

### (conforme anexo II);

1. Declaração de aceitação das condições do presente Edital, sem restrições de qualquer natureza, e que se compromete a fornecer o objeto deste credenciamento pelo preço proposto e de ciência que cumprem plenamente os requisitos de habilitação; **(modelo anexo III);**
2. Declaração do proponente de que não pesa contra si, Declaração de Idoneidade em função do disposto no art. 97 da Lei Federal 8.666/93; **(modelo anexo VI);**
3. Declaração de cumprimento do disposto no inciso XXXIII, do artigo 7° da Constituição Federal;

## (modelo anexo V);

1. Declaração que não possui entre os sócios, pessoa vinculada ao quadro de servidores do Município. **(modelo anexo VI);**
2. Declaração de Capacidade Mínima de Atendimento Total e Quantitativo **(modelo anexo VII)**. **Obs.:** Será obrigatório, sob pena de inabilitação, que o licitante tenha em seu objeto social as atividades compatíveis com o objeto deste Edital.

# 7 – DA INSCRIÇÃO (PROPOSTA)

**7.1 -** A interessada em prestar os serviços deverá declarar em documento confeccionado preferencialmente com papel timbrado **(modelo anexo II),** que aceita as condições de fornecimento dos serviços especializados descrevendo as especialidades e o valor, conforme tabela relacionada no Termo de Referência **(Anexo I)**, que é parte indissociável deste Edital.

# 8 – DA APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

8.1 – O envelope, contendo os documentos exigidos para credenciamento e PROPOSTA de aceitação de fornecimento, deverá ser entregue junto ao Setor de Licitações e Contratos do Município de Saudades, localizado na Rua Castro Alves, nº 279, Centro, no Município de Saudades, Estado de Santa Catarina, diariamente das 07:30 às 11:30 e das 13:30 às 17:30.

8.2 – O envelope deverá estar lacrado e indevassável, com a seguinte inscrição:

**Razão Social da Empresa - nome completo do Profissional;**

**Município e endereço da Clínica/Consultório;**

**Credenciamento nº 006/2020**

**Denominação do envelope: DOCUMENTAÇÃO PARA CREDENCIAMENTO**

# 9 – DOS PROCEDIMENTOS PARA AVALIAÇÃO DOS PEDIDOS DE CREDENCIAMENTO

9.1 – Depois de receber os documentos, a Comissão Permanente de Licitações analisará os envelopes e respectivos documentos exigidos para o Credenciamento;

9.2 – Verificada a conformidade com os requisitos estabelecidos neste Edital, quanto à documentação de habilitação, a Clínica/profissional será credenciada para realização dos serviços;

9.3 – Serão consideradas habilitadas para o credenciamento, as pessoas físicas ou jurídicas que atenderem aos requisitos de habilitação, sendo que não há competição de preços por se tratar de credenciamento para prestação de serviços por preço pré-definido;

9.4 – Em vista da espécie do presente procedimento de credenciamento, mormente em razão dos princípios constitucionais da Impessoalidade e Legalidade, todo e qualquer interessado que preencha os requisitos, mas não tenha se credenciado, poderá fazê-lodurante o horário de expediente nos horários definidos junto ao Setor de Licitações,considerando, em qualquer caso, os mesmos critérios estabelecidos neste Edital.

# 10 – DOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS

10.1 – Declarado os credenciados a partir da homologação, qualquer participante poderá recorrer, com prazo de 3 (três) dias para interposição e apresentação das razões do recurso, sendo que os demais participantes serão intimados para apresentar contrarrazões em igual número de dias, que começarão a correr do término do prazo do recorrente, sendo-lhes assegurada vista imediata aos autos;

10.2 – O recurso contra a decisão da Comissão Permanente de Licitações não terá efeito suspensivo;

10.3 – O acolhimento de recurso importará a invalidação apenas dos atos insuscetíveis de aproveitamento.

# 11 – DA ASSINATURA DO CONTRATO DE CREDENCIAMENTO

11.1 – Após a análise dos documentos e o julgamento definitivo das propostas, o processo será encaminhado ao Exmo. Sr. Prefeito Municipal, para homologação dos credenciados para posterior contratação dos mesmos;

11.2 – Considerando que ficou proporcionada a oportunidade de credenciamento a todos os interessados em prestar os serviços pelo preço estabelecido pelo Município de Saudades, não existirá competição entre os mesmos, razão pela qual a licitação torna-se inexigível, de acordo com o *caput* do art. 25 da Lei nº 8.666/93;

11.3 – O Município convocará todos os participantes declarados credenciados, para no prazo máximo de 05 (cinco) dias, contados a partir do recebimento da convocação, para assinatura do Termo de Credenciamento;

11.4 – Decairá do direito de Credenciamento os convocados que não assinarem o Termo no prazo e condições estabelecidas.

# 12 – DA RESCISÃO DO CREDENCIAMENTO

12.1 – O Termo de Credenciamento poderá ser rescindido por comum acordo entre as partes ou unilateralmente pelo Prefeito Municipal, a qualquer momento, atendendo a oportunidade e conveniência administrativa, não recebendo a contratada qualquer valor a título de indenização pela unilateral rescisão, exceto aos serviços já prestados no ato da rescisão.

# 13 – DAS PENALIDADES

13.1 – A Pessoa Física ou Jurídica, conforme o caso, que não cumprir as obrigações assumidas ou os preceitos legais, estará sujeita as seguintes penalidades:

13.1.1 – Advertência;

13.1.2 – Multa de 2% (dois por cento) sobre o valor da proposta;

13.1.3 – Suspensão do direito de licitar junto ao Município de Saudades, pelo prazo de 02 (dois) anos;

13.1.4 – Declaração de Inidoneidade;

13.2 – As penalidades serão obrigatoriamente registradas no sistema de Registro de Cadastro do Município de Saudades, e no caso de suspensão de licitar, o licitante deverá ser descredenciado por igual período, sem prejuízo das multas previstas no edital e no contrato e das demais cominações legais;

13.3 – Nenhum pagamento será processado ao proponente penalizado, sem que antes, este tenha pago ou lhe seja relevada a multa imposta.

1. **– DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA, RECURSOS FINANCEIROS.**

* 1. – **Dos Recursos Orçamentários:**

Os recursos orçamentários serão atendidos pelas dotações do orçamento vigente, classificadas e codificadas para o Município de Saudades, para o ano de 2020.

* 1. **– Dos Recursos Financeiros:**

Os Recursos Financeiros serão de origem do Fundo Municipal de Saúde, do Município de Saudades.

# 15 – DA FORMA DE PAGAMENTO

15.1 – O pagamento será efetuado até o 10º dia útil do mês subsequente ao serviço prestado, procedendo conforme as seguintes condições:

15.1.1 – Os serviços serão solicitados pela Secretaria Municipal de Saúde do Município conforme guia expedida pelo Município, e, após, atendidos os usuários. A Contratada deverá encaminhar para o Município, do dia 1º ao dia 05 (dia útil) do mês subsequente, as guias assinadas pelo preposto, o médico/profissional e o usuário acompanhado das respectivas Notas Fiscais, sendo estas notas pagas até o 10 dia útil do mês subsequente;

15.1.2 – O Município não se responsabiliza pelo atraso dos pagamentos nos casos da não realização de exames, procedimentos e atendimentos especializados, da não entrega da respectiva nota fiscal ou guia assinada nos prazos estabelecidos;

15.1.3 – A nota fiscal deverá ser preenchida identificando os dados de CNPJ, Endereço do Município de Saudades, Nome da Contratada e dados da Conta Bancária para depósito.

# 16 – DOS VALORES E DO REAJUSTE

16.1 – Os valores dos exames, procedimentos e atendimentos especializados estão condicionados ao preço pré-estabelecido neste Edital;

16.2- Em razão do procedimento adotado, não será operado reajuste.

# 17 – DA VIGÊNCIA

17.1 **–** O prazo de vigência do Termo de Credenciamento decorrente deste procedimento inicia no ato da assinatura do Contrato e terá vigência até 31 de dezembro de 2020, podendo ser prorrogado ou rescindido a qualquer momento, através de Termo Aditivo por Conveniência Administrativa ou a pedido da contratada, observados os dispositivos da Lei 8.666/93 e outras legislações pertinentes.

**18 – DAS OBRIGAÇÕES DA CREDENCIADA**

18.1 - À CREDENCIADA constituem as seguintes obrigações:

1. Prestar os serviços contratados após emissão da guia autorizativa ao Município de Saudades,na sua própria sede;
2. Prestar todos os serviços contratados conforme a demanda do município, preços, prazos e condições estabelecidas neste instrumento, sendo vedada a limitação mensal dos serviços contratados através do Município;
3. Fornecer os serviços contratados, incluindo materiais e equipamentos, que atendam as normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, inclusive quanto ao estabelecimento (clínica ou consultórios, atendendo a legislação em vigor);
4. Encaminhar no prazo estipulado neste Edital guia autorizativa dos serviços, devidamente assinadas e acompanhadas da respectiva nota fiscal;
5. Permitir que os prepostos do Município inspecionem a qualquer tempo e hora a prestação dos serviços ora contratados;
6. Fornecer ao Município sempre que solicitados quaisquer informações e/ou esclarecimento sobre os serviços contratados;
7. Assumir a responsabilidade por todos os encargos trabalhistas, sociais e previdenciários, próprios e de seus funcionários;
8. Formar o quadro de pessoal necessário à realização dos serviços contratados, pagando os salários às suas exclusivas expensas;
9. É da contratada a obrigação do pagamento de impostos, tributos e demais que incidirem sobre os serviços contratados em qualquer esfera;
10. É da contratada a responsabilidade pelos danos que possam afetar ao Município ou a terceiros, durante a prestação dos serviços ora contratados;
11. É de responsabilidade da Clínica/Profissional a execução dos serviços, vedada à subcontratação parcial ou total da mesma ou a terceirização dos serviços;
12. Os agendamentos dos serviços serão efetuados via Secretaria Municipal de Saúde;
13. Fica estabelecido que o Gestor do Fundo Municipal de Saúde será o fiscal dos Contratos de Credenciamento, responsabilizando-se pela fiscalização da qualidade dos serviços e controle dos agendamentos diretamente com a Clínica/Profissional credenciado, bem como impedir eventual liberação de guias de serviços não prestados.
14. O Credenciado que firmar contrato com o Município decorrente do presente Processo Administrativo, assume o compromisso de executar os serviços contratados pelo preço unitário estabelecido para cada item optante dos lotes disponibilizados no Termo de Referência (Anexo I), sendo vedado a cobrança ou exigência de qualquer outro valor ou benefício complementar, sob as penas da lei.

18.2 Aos CREDENCIADOS em consultas e procedimentos Cirúrgicos Eletivos na Especialidade de Ortopedia, constituem as seguintes obrigações:

1. O credenciado deverá oferecer suporte imediato a possíveis complicações pós-operatórias; garantia de internação prolongada em casos de complicações pós-cirúrgicas e material necessário às cirurgias, previstos na Tabela do SUS, bem como tratamento medicamentoso para a recuperação do paciente;
2. As cirurgias poderão ser realizadas dentro do mês ou no mês seguinte;
3. O procedimento a ser realizado que venha acompanhado de AIH ELETIVA.
4. O credenciado deverá assegurar a presença de acompanhante aos pacientes incapaz, bem como aos que necessitarem de acompanhamento ou atenção contínua, mediante prévia e expressa justificativa médica.
5. O encaminhamento dos pacientes que trata o credenciamento será feito da seguinte

forma: Os pacientes deverão ser encaminhados através da rede pública municipal, acompanhados do documento de referência e contra-referência, da consulta pré-cirúrgica ao profissional credenciado, que fará a avaliação da solicitação; Após a aprovação da solicitação o paciente será encaminhado para a realização do procedimento com médico da área dentre os médicos que prestam serviços nas dependências da credenciada; O paciente será encaminhado ao Credenciado pela Secretaria Municipal de Saúde para a realização da cirurgia eletiva, com o devido laudo, para a emissão de AIH (Autorização de Internação Hospitalar) e para as consultas será entregue um documento com a devida autorização do Fundo Municipal de Saúde; A comunicação entre as partes será sempre de forma escrita.

18.3 Aos CREDENCIADOS em consultas e procedimentos cirúrgicos de VESÍCULA, HÉRNIAS, VARIZES, FIMOSES, HEMORRÓIDAS, HIDROCELE NA ESPECIALIDADE DE CIRURGIA GERAL, constituem as seguintes obrigações:

1. O credenciado deverá oferecer suporte imediato a possíveis complicações pós- operatórias; garantia de internação prolongada em casos de complicações pós-cirúrgicas e material necessário às cirurgias, previstos na Tabela do SUS, bem como tratamento medicamentoso para a recuperação do paciente;
2. As cirurgias poderão ser realizadas dentro do mês ou no mês seguinte;
3. O credenciado deverá assegurar a presença de acompanhante ao paciente incapaz, bem como aos que necessitarem de acompanhamento ou atenção contínua, mediante prévia e expressa justificativa médica.
4. O encaminhamento dos pacientes que trata o credenciamento será feito da seguinte forma: Os pacientes deverão ser encaminhados através da rede pública municipal, acompanhados do documento de referência e contra-referência, da consulta pré-cirúrgica ao profissional credenciado, que fará a avaliação da solicitação; Depois de feita a avaliação pré-cirúrgica e havendo a necessidade da realização de cirurgia o paciente será encaminhado para a avaliação pré-anestésica que deverá partir da rede pública municipal ao prestador credenciado; Após a aprovação da solicitação o paciente será encaminhado para a realização do procedimento com médico da área dentre os médicos que prestam serviços nas dependências da credenciada; O paciente será encaminhado ao Credenciado pela Secretaria Municipal de Saúde para a realização da cirurgia eletiva, com o devido laudo, para a emissão de AIH (Autorização de Internação Hospitalar) e para as consultas será entregue um documento com a devida autorização; A autorização do Fundo Municipal de Saúde para a realização de cirurgia eletiva dará ao paciente o direito a 02 (dois) retornos pós-cirúrgicos sem custos, com o profissional que realizou a referida cirurgia; A comunicação entre as partes será sempre de forma escrita.

# 19 – DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO

19.1 – Ao Município constituem as seguintes obrigações:

19.1.1 – Efetuar o pagamento ajustado no prazo estipulado, conforme produção;

19.1.2 – Dar à CONTRATADA as condições necessárias à regular à execução do Contrato;

19.1.3 – Modificar o contrato, unilateralmente, para melhor adequação às finalidades de interesse público, respeitado os direitos do contratado;

19.1.4 – Rescindir o contrato, unilateralmente, nos casos especificados no inciso I do art. 79 Lei 8.666/93;

19.1.5 – Aplicar sanções motivadas pela inexecução total ou parcial do ajuste.

# 20 – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E FINAIS

20.1 – O Contrato decorrente deste processo de credenciamento, não será de nenhuma forma, fundamento para a constituição de vínculo trabalhista com empregados, funcionários, prepostos ou terceiros que a EMPRESA colocar na entrega do objeto;

20.2 – O Contrato poderá ser rescindido unilateralmente pelo Município, a qualquer momento, atendendo a oportunidade e conveniência administrativa, não recebendo a contratada qualquer valor a título de indenização pela unilateral rescisão;

20.3 – As omissões do presente Edital serão preenchidas pelos termos da Lei nº 8.666/93 e suas alterações posteriores;

20.4 – O Município reserva-se o direito de anular ou revogar o presente credenciamento, nos casos previstos em Lei, ou de homologar o seu objeto no todo ou em parte, por conveniência administrativa, técnica ou financeira, sem que, com isso caiba aos proponentes o direito de indenização ou reclamação de qualquer natureza.

20.5 – Os interessados poderão obter informações com relação ao presente Edital no Setor de

Licitações do Município, no endereço do Preâmbulo, pelo telefone (0xx49 – 3334-3600), de segunda a sexta-feira, no horário de expediente, através do e-mail: [compras@saudades.sc.gov.br](mailto:compras@saudades.sc.gov.br) ou poderá acessar o site do Município [www.saudades.sc.gov.br](http://www.saudades.sc.gov.br) para retirar o presente edital.

20.6 – Fazem parte do presente Edital:

Anexo I – Termo de Referência;

Anexo II – Modelo de Requerimento/Proposta;

Anexo III – Modelo de declaração de que atende aos requisitos do Edital de Credenciamento;

Anexo IV – Modelo de declaração de Idoneidade;

Anexo V – Modelo de declaração de cumprimento do disposto no inciso XXXIII, do art. 7º da C/F;

Anexo VI – Modelo de declaração que não possui entre os sócios, pessoa vinculada ao quadro de servidores do Município de Saudades;

Anexo VII – Declaração de Capacidade Mínima de Atendimento Total e Quantitativo;

Anexo VIII – Minuta do Termo de Credenciamento (contrato).

# 21 – DO FORO

21.1 – Todas as controvérsias ou reclames relativos ao presente licitatório serão resolvidos pela Comissão, Administrativamente, ou no Foro da Comarca de Pinhalzinho – SC, se for o caso.

Saudades – SC, 24 de novembro de 2020.

# DANIEL KOTHE

**Prefeito Municipal**

**ANEXO I**

# TERMO DE REFERÊNCIA

**OBJETO -** CHAMADA PÚBLICA PARA CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NA ÁREA DA SAÚDE, PARA REALIZAÇÃO DE CONSULTAS E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS ELETIVOS NA ESPECIALIDADE DE ORTOPEDIA; CONSULTAS E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE CIRURGIA GERAL; PARA ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), ATRAVÉS DO MUNICÍPIO DE SAUDADES, QUE NÃO POSSUA EM SEU QUADRO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE, CONFORME ESPECIFICAÇÕES DOS PROCEDIMENTOS SIA/SUS, CÓDIGO SIA/SUS E VALORES UNITÁRIOS A SEGUIR:

LOTE 01

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONSULTA CIRURGIA GERAL** | **CÓD.SIA/SUS** | **VALOR R$** |
| Consulta Médica em Atenção Especializada Cirurgia Geral | 03.01.01.007-2 | 120,00 |
| **CIRURGIAS CIRURGIA GERAL** | **CÓD.SIA/SUS** | **VALOR R$** |
| Tratamento Cirúrgico de Varizes (Unilateral) | 04.06.02.057-4 | 500,00 |
| Tratamento Cirúrgico de Varizes (Bilateral) | 04.06.02.056-6 | 500,00 |
| Hemorroidectomia | 04.07.02.028-4 | 500,00 |
| Colecistectomia | 04.07.03.002-6 | 500,00 |
| Hernioplastia Umbilical | 04.07.04.012-9 | 500,00 |
| Hernioplastia Recidivante | 04.07.04.011-0 | 500,00 |
| Hernioplastia Inguinal / Crural (Unilateral) | 04.07.04.010-2 | 500,00 |
| Hernioplastia Inguinal (Bilateral) | 04.07.04.009-9 | 500,00 |
| Hernioplastia Incisional | 04.07.04.008-0 | 500,00 |
| Hernioplastia Epigástrica | 04.07.04.006-4 | 500,00 |
| Exerese de Cisto Sacro-Coccigeo | 04.01.02.008-8 | 500,00 |
| Extirpação e Supressão de Lesão de Pele e de Tecido Celular Subcutâneo | 04.01.02.010-0 | 500,00 |
| Fistulectomia / Fistulotomia Anal | 04.07.02.027-6 | 500,00 |
| Postectomia | 04.09.05.008-3 | 366,66 |
| Vasectomia | 04.09.04.024-0 | 400,00 |
| Tratamento Cirúrgico de Varicocele | 04.09.04.023-1 | 466,66 |
| Tratamento Cirúrgico de Hidrocele | 04.09.04.021-5 | 400,00 |

**LOTE O2**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONSULTA ORTOPEDIA** | **CÓD.SIA/SUS** | **VALOR R$** |
| Consulta Médica em Atenção Especializada Cirurgia em Ortopedia | 03.01.01.007-2 | 120,00 |
| **CIRURGIAS ORTOPEDIA** | **CÓD. SIA/SUS** | **VALOR R$** |
| Tratamento Cirúrgico de Síndrome Compressiva em Túnel Osteo-Fibroso ao Nível do Carpo | 04.03.02.012-3 | 750,00 |
| Tratamento Cirúrgico de Dedo em Gatilho | 04.08.02.032-6 | 750,00 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tenosinovectomia em Membro Superior | 04.08.02.030-0 | 750,00 |
| Reconstrução Ligamentar Intra-Articular do Joelho (Cruzado Posterior C/ Ou S/ Anterior) | 04.08.05.017-9 | 750,00 |
| Ressecção de Cisto Sinovial | 04.08.06.021-2 | 750,00 |
| Tratamento Cirúrgico de Rotura do Menisco com Meniscectomia Parcial / Total | 04.08.05.089-6 | 750,00 |
| Tratamento Cirúrgico de Rotura de Menisco com Sutura Meniscal Uni / Bicompatimental | 04.08.05.088-8 | 750,00 |
| Tenólise | 04.08.06.044-1 | 750,00 |
| Retirada de Placa E/Ou Parafusos | 04.08.06.037-9 | 750,00 |
| Retirada de Fio ou Pino Intra-Ósseo | 04.08.06.035-2 | 750,00 |
| Ressecção Simples de Tumor Ósseo / de Partes Moles | 04.08.06.031-0 | 750,00 |
| Reparo de Rotura do Manguito Rotador (Inclui Procedimentos Descompressivos) | 04.08.01.014-2 | 750,00 |
| Tratamento das Lesões Osteo-Condrais Por Fixação ou Mosaicoplastia Joelho/Tornozelo | 04.08.05.092-6 | 890,72 |
| Exploração Articular C/ Ou S/ Sinovectomia de Médias / Grandes Articulações | 04.08.06.012-3 | 750,00 |
| Tratamento Cirúrgico de Pseudartrose / Retardo de Consolidação / Perda Óssea do Antebraço | 04.08.02.056-3 | 890,72 |
| Reconstrução Ligamentar Intra-Articular do Joelho (Cruzado Anterior) | 04.08.05.016-0 | 750,00 |
| Tratamento Cirúrgico de Halux Valgus C/ Osteotomia do Primeiro Osso Metatarsiano | 04.08.05.065-9 | 750,00 |
| Osteotomia de Ossos Longos Exceto da Mão e do Pé | 04.08.06.019-0 | 890,72 |
| Osteotomia de Ossos da Mão E/Ou do Pé | 04.08.06.018-2 | 890,72 |
| Manipulação Articular | 04.08.06.015-8 | 750,00 |
| Fasciectomia | 04.08.06.014-0 | 750,00 |
| Artroplastia Total Primaria do Joelho | 04.08.05.006-3 | 875,00 |
| Lâmina de Shaver | 90220 | 300,00 |

**LOTE 03**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONSULTA OTTORINOLARINGOLOGIA** | **CÓD.SIA/SUS** | **VALOR R$** |
| Consulta Médica em Atenção Especializada Ottorinolaringologia | 03.01.01.007-2 | 120,00 |
| **CIRURGIAS OTTORINOLARINGOLOGIA** | **CÓD. SIA/SUS** | **VALOR R$** |
| Adenoidectomia | 04.04.01.001-6 | 500,00 |
| Amigdalectomia | 04.04.01.002-4 | 500,00 |
| Amigdalectomia C/ Adenoidectomia | 04.04.01.003-2 | 500,00 |
| Turbinectomia | 04.04.01.041-5 | 500,00 |
| Microcirurgia Otológica | 04.04.01.023-7 | 500,00 |
| Septoplastia Para Correção De Desvio | 04.04.01.048-2 | 500,00 |
| Timpanoplastia (Uni / Bilateral) | 04.04.01.035-0 | 500,00 |

**LOTE 04**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONSULTA PRÉ OPERATÓRIA – ANESTESISTA** | **CÓD.SIA/SUS** | **VALOR R$** |
| Consulta Médica em Atenção Especializada Anestesiologia | 03.01.01.007-2 | 120,00 |
| **CIRURGIA** | **CÓD.SIA/SUS** | **VALOR R$** |
| Serviços Profissionais em Anestesista para as Cirurgias | 90204 | 300,00 |

**ANEXO II**

## (modelo para pessoa física) REQUERIMENTO/PROPOSTA

Ilmo. Sr. Presidente da Comissão Permanente de Licitações do Município de Saudades.

O Sr. (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF n. \_\_\_\_\_, RG n. \_\_\_\_\_ Inscrito no Conselho Regional de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sob n. \_\_\_\_\_, telefone comercial n. (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_, e–mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_.com.br, com endereço profissional na Rua\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_\_, Cep.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Bairro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Município: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Estado:\_\_\_\_\_, prestador de serviços profissionais especializados em: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vem requerer o seu CREDENCIAMENTO para prestar os serviços conforme as especialidades, quantidades e valor a seguir: **(deixar apenas os que pretende fornecer)**

## (modelo para pessoa jurídica) REQUERIMENTO/PROPOSTA

Ilmo. Sr. Presidente da Comissão Permanente de Licitações do Município de Saudades.

A Empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNPJ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefone comercial n. (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_, e–mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_.com.br, estabelecida na Rua\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_\_, Cep.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Bairro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Município: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Estado:\_\_\_\_\_, representada pelo Sócio Administrador, Sr. (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG n. \_\_\_\_\_ Inscrito no Conselho Regional de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sob n. \_\_\_\_\_, prestador de serviços profissionais especializados em: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vem requerer o seu CREDENCIAMENTO para prestar os serviços conforme as especialidades, quantidades e valor a seguir: **(deixar apenas os que pretende fornecer)**

**LOTE 01**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONSULTA CIRURGIA GERAL** | **CÓD.SIA/SUS** | **VALOR R$** |
| Consulta Médica em Atenção Especializada Cirurgia Geral | 03.01.01.007-2 | 120,00 |
| **CIRURGIAS CIRURGIA GERAL** | **CÓD.SIA/SUS** | **VALOR R$** |
| Tratamento Cirúrgico de Varizes (Unilateral) | 04.06.02.057-4 | 500,00 |
| Tratamento Cirúrgico de Varizes (Bilateral) | 04.06.02.056-6 | 500,00 |
| Hemorroidectomia | 04.07.02.028-4 | 500,00 |
| Colecistectomia | 04.07.03.002-6 | 500,00 |
| Hernioplastia Umbilical | 04.07.04.012-9 | 500,00 |
| Hernioplastia Recidivante | 04.07.04.011-0 | 500,00 |
| Hernioplastia Inguinal / Crural (Unilateral) | 04.07.04.010-2 | 500,00 |
| Hernioplastia Inguinal (Bilateral) | 04.07.04.009-9 | 500,00 |
| Hernioplastia Incisional | 04.07.04.008-0 | 500,00 |
| Hernioplastia Epigástrica | 04.07.04.006-4 | 500,00 |
| Exerese de Cisto Sacro-Coccigeo | 04.01.02.008-8 | 500,00 |
| Extirpação e Supressão de Lesão de Pele e de Tecido Celular Subcutâneo | 04.01.02.010-0 | 500,00 |
| Fistulectomia / Fistulotomia Anal | 04.07.02.027-6 | 500,00 |
| Postectomia | 04.09.05.008-3 | 366,66 |
| Vasectomia | 04.09.04.024-0 | 400,00 |
| Tratamento Cirúrgico de Varicocele | 04.09.04.023-1 | 466,66 |
| Tratamento Cirúrgico de Hidrocele | 04.09.04.021-5 | 400,00 |

**LOTE O2**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONSULTA ORTOPEDIA** | **CÓD.SIA/SUS** | **VALOR R$** |
| Consulta Médica em Atenção Especializada Cirurgia em Ortopedia | 03.01.01.007-2 | 120,00 |
| **CIRURGIAS ORTOPEDIA** | **CÓD. SIA/SUS** | **VALOR R$** |
| Tratamento Cirúrgico de Síndrome Compressiva em Túnel Osteo-Fibroso ao Nível do Carpo | 04.03.02.012-3 | 750,00 |
| Tratamento Cirúrgico de Dedo em Gatilho | 04.08.02.032-6 | 750,00 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tenosinovectomia em Membro Superior | 04.08.02.030-0 | 750,00 |
| Reconstrução Ligamentar Intra-Articular do Joelho (Cruzado Posterior C/ Ou S/ Anterior) | 04.08.05.017-9 | 750,00 |
| Ressecção de Cisto Sinovial | 04.08.06.021-2 | 750,00 |
| Tratamento Cirúrgico de Rotura do Menisco com Meniscectomia Parcial / Total | 04.08.05.089-6 | 750,00 |
| Tratamento Cirúrgico de Rotura de Menisco com Sutura Meniscal Uni / Bicompatimental | 04.08.05.088-8 | 750,00 |
| Tenólise | 04.08.06.044-1 | 750,00 |
| Retirada de Placa E/Ou Parafusos | 04.08.06.037-9 | 750,00 |
| Retirada de Fio ou Pino Intra-Ósseo | 04.08.06.035-2 | 750,00 |
| Ressecção Simples de Tumor Ósseo / de Partes Moles | 04.08.06.031-0 | 750,00 |
| Reparo de Rotura do Manguito Rotador (Inclui Procedimentos Descompressivos) | 04.08.01.014-2 | 750,00 |
| Tratamento das Lesões Osteo-Condrais Por Fixação ou Mosaicoplastia Joelho/Tornozelo | 04.08.05.092-6 | 890,72 |
| Exploração Articular C/ Ou S/ Sinovectomia de Médias / Grandes Articulações | 04.08.06.012-3 | 750,00 |
| Tratamento Cirúrgico de Pseudartrose / Retardo de Consolidação / Perda Óssea do Antebraço | 04.08.02.056-3 | 890,72 |
| Reconstrução Ligamentar Intra-Articular do Joelho (Cruzado Anterior) | 04.08.05.016-0 | 750,00 |
| Tratamento Cirúrgico de Halux Valgus C/ Osteotomia do Primeiro Osso Metatarsiano | 04.08.05.065-9 | 750,00 |
| Osteotomia de Ossos Longos Exceto da Mão e do Pé | 04.08.06.019-0 | 890,72 |
| Osteotomia de Ossos da Mão E/Ou do Pé | 04.08.06.018-2 | 890,72 |
| Manipulação Articular | 04.08.06.015-8 | 750,00 |
| Fasciectomia | 04.08.06.014-0 | 750,00 |
| Artroplastia Total Primaria do Joelho | 04.08.05.006-3 | 875,00 |
| Lâmina de Shaver | 90220 | 300,00 |

**LOTE 03**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONSULTA OTTORINOLARINGOLOGIA** | **CÓD.SIA/SUS** | **VALOR R$** |
| Consulta Médica em Atenção Especializada Ottorinolaringologia | 03.01.01.007-2 | 120,00 |
| **CIRURGIAS OTTORINOLARINGOLOGIA** | **CÓD. SIA/SUS** | **VALOR R$** |
| Adenoidectomia | 04.04.01.001-6 | 500,00 |
| Amigdalectomia | 04.04.01.002-4 | 500,00 |
| Amigdalectomia C/ Adenoidectomia | 04.04.01.003-2 | 500,00 |
| Turbinectomia | 04.04.01.041-5 | 500,00 |
| Microcirurgia Otológica | 04.04.01.023-7 | 500,00 |
| Septoplastia Para Correção De Desvio | 04.04.01.048-2 | 500,00 |
| Timpanoplastia (Uni / Bilateral) | 04.04.01.035-0 | 500,00 |

**LOTE 04**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONSULTA PRÉ OPERATÓRIA – ANESTESISTA** | **CÓD.SIA/SUS** | **VALOR R$** |
| Consulta Médica em Atenção Especializada Anestesiologia | 03.01.01.007-2 | 120,00 |
| **CIRURGIA** | **CÓD.SIA/SUS** | **VALOR R$** |
| Serviços Profissionais em Anestesista para as Cirurgias | 90204 | 300,00 |

Declaro, sob as penalidades da lei, preencher, nesta data, todas as condições exigidas no Edital de Credenciamento e, especialmente, nunca ter sofrido qualquer penalidade no exercício da atividade.

Apresento documentos, declarando expressamente a concordância com todas as condições apresentadas no Edital e ciência de que o pedido de Credenciamento poderá ser deferido ou indeferido, segundo a avaliação da Comissão Permanente de Licitações.

As intimações e comunicações decorrentes deste requerimento poderão ser feitas no endereço infra indicado, seja pessoalmente, por carta ou outro meio idôneo.

Termos em que,

Pede deferimento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome completo e assinatura do(s)representante(s) legal(is) da Empresa.

**ANEXO III**

## DECLARAÇÃO DE HABILITAÇÃO E ACEITAÇÃO DO EDITAL

A empresa/Clínica/Sr....................................................., inscrita no CNPJ sob o nº........................................, licitante no presente processo de credenciamento, promovido pelo Município de Saudades, declara, por meio de seu representante, Sr (a)......................................................................................, que está regular com a Fazenda Nacional, Estadual e Municipal, com a Seguridade Social (FGTS e INSS), bem como que atende a todas as exigências de habilitação constantes e que aceita as condições do presente edital, sem restrições de qualquer natureza, e que se habilitada fornecerá o objeto deste chamamento pelo preço proposto e nas condições estipuladas neste Edital, reconhecendo das sanções pelo descumprimento dele.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome completo e assinatura do(s)representante(s) legal(is) da Empresa.

**ANEXO IV**

## DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

À Comissão de Licitação do CIGAMERIOS

Declaramos para os devidos fins de direito, na qualidade de Requerente do presente Credenciamento, instaurado por esse órgão público, que não fomos declarados inidôneos para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas.

Por expressão da verdade, firmamos o presente.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome completo do(s)representante(s) legal(is) da Empresa.

**ANEXO V**

## DECLARAÇÃO QUE NÃO EMPREGA MENORES

(Razão Social da Empresa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

CNPJ Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sediada na (endereço completo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, DECLARA para fins do disposto no art. 7º, XXXIII da C/F e no Art. 27, V, da Lei nº 8.666/93, acrescido pela Lei nº 9.854/97, que não emprega menor de 18 (dezoito) anos, em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 (dezesseis) anos.

Ressalva: Emprega menor, a partir de 14 (catorze) anos, na condição de aprendiz.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome completo do(s)representante(s) legal(is) da Empresa.

## ANEXO VI

**MODELO DE DECLARAÇÃO**

(NOME DA EMPRESA) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNPJ nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sediada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (endereço completo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declara, sob as penas da lei, que até a presente data não possui em seu quadro societário, servidor público da ativa ou empregado de empresa pública ou de sociedade de economia mista, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Nome e número da identidade do declarante

## ANEXO VII

**DECLARAÇÃO DE CAPACIDADE MÍNIMA DE ATENDIMENTO TOTAL E QUANTITATIVO**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito no CPF/CNPJ nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e no CRM nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, DECLARO para todos os fins, em especial o do Edital de Chamamento nº 006/2020, na forma da Lei Federal nº 8.666/93, que possui capacidade de atendimento ao contido no Edital.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2020.**

**ASSINATURA DO DECLARANTE NOME:**

## ANEXO VIII

**MINUTA DO CONTRATO DE CREDENCIAMENTO nº\_\_\_\_\_\_/2020.**

O Município de Saudades, com personalidade jurídica de direito público, inscrito no CNPJ sob o nº 83.021.881/0001-54, com sede na Rua Castro Alves, nº 279, Centro, no Município de Saudades, Estado de Santa Catarina, neste ato representado por seu Prefeito Municipal, Sr. DANIEL KOTHE, denominado ORGÃO GERENCIADOR, passa doravante a ser denominado ***CONTRATANTE*** e de outro lado a empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNPJ/MF Nº \_\_\_\_\_\_\_\_, neste ato representado(a) por \_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, doravante denominada ***CONTRATADA*,** de comum acordo e com amparo legal na Lei 8.666/93 e atualizada pela Lei Federal nº 8.883/94, processo Administrativo nº 2407/2020, por Inexigibilidade nº. 006/2020 e pelas normas do Edital de Chamamento Público para Credenciamento nº 006/2020, tem entre si justo e acordado celebrar o presente Contrato de Credenciamento pelas condições estipuladas a seguir:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

**1.1 CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NA ÁREA DA SAÚDE, PARA REALIZAÇÃO DE CONSULTAS E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS ELETIVOS NA ESPECIALIDADE DE ORTOPEDIA; CONSULTAS E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS NA ESPECIALIDADE DE CIRURGIA GERAL;, PARA ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), ATRAVÉS DO MUNICÍPIO DE SAUDADES, DOS QUAIS A SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE NÃO POSSUA EM SEU QUADRO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE, CONFORME LOTE, ITEN, ESPECIFICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS SIA/SUS, CÓDIGO SIA/SUS E VALOR UNITÁRIO A SEGUIR:**

LOTE 01

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONSULTA CIRURGIA GERAL** | **CÓD.SIA/SUS** | **VALOR R$** |
| Consulta Médica em Atenção Especializada Cirurgia Geral | 03.01.01.007-2 | 120,00 |
| **CIRURGIAS CIRURGIA GERAL** | **CÓD.SIA/SUS** | **VALOR R$** |
| Tratamento Cirúrgico de Varizes (Unilateral) | 04.06.02.057-4 | 500,00 |
| Tratamento Cirúrgico de Varizes (Bilateral) | 04.06.02.056-6 | 500,00 |
| Hemorroidectomia | 04.07.02.028-4 | 500,00 |
| Colecistectomia | 04.07.03.002-6 | 500,00 |
| Hernioplastia Umbilical | 04.07.04.012-9 | 500,00 |
| Hernioplastia Recidivante | 04.07.04.011-0 | 500,00 |
| Hernioplastia Inguinal / Crural (Unilateral) | 04.07.04.010-2 | 500,00 |
| Hernioplastia Inguinal (Bilateral) | 04.07.04.009-9 | 500,00 |
| Hernioplastia Incisional | 04.07.04.008-0 | 500,00 |
| Hernioplastia Epigástrica | 04.07.04.006-4 | 500,00 |
| Exerese de Cisto Sacro-Coccigeo | 04.01.02.008-8 | 500,00 |
| Extirpação e Supressão de Lesão de Pele e de Tecido Celular Subcutâneo | 04.01.02.010-0 | 500,00 |
| Fistulectomia / Fistulotomia Anal | 04.07.02.027-6 | 500,00 |
| Postectomia | 04.09.05.008-3 | 366,66 |
| Vasectomia | 04.09.04.024-0 | 400,00 |
| Tratamento Cirúrgico de Varicocele | 04.09.04.023-1 | 466,66 |
| Tratamento Cirúrgico de Hidrocele | 04.09.04.021-5 | 400,00 |

**LOTE O2**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONSULTA ORTOPEDIA** | **CÓD.SIA/SUS** | **VALOR R$** |
| Consulta Médica em Atenção Especializada Cirurgia em Ortopedia | 03.01.01.007-2 | 120,00 |
| **CIRURGIAS ORTOPEDIA** | **CÓD. SIA/SUS** | **VALOR R$** |
| Tratamento Cirúrgico de Síndrome Compressiva em Túnel Osteo-Fibroso ao Nível do Carpo | 04.03.02.012-3 | 750,00 |
| Tratamento Cirúrgico de Dedo em Gatilho | 04.08.02.032-6 | 750,00 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tenosinovectomia em Membro Superior | 04.08.02.030-0 | 750,00 |
| Reconstrução Ligamentar Intra-Articular do Joelho (Cruzado Posterior C/ Ou S/ Anterior) | 04.08.05.017-9 | 750,00 |
| Ressecção de Cisto Sinovial | 04.08.06.021-2 | 750,00 |
| Tratamento Cirúrgico de Rotura do Menisco com Meniscectomia Parcial / Total | 04.08.05.089-6 | 750,00 |
| Tratamento Cirúrgico de Rotura de Menisco com Sutura Meniscal Uni / Bicompatimental | 04.08.05.088-8 | 750,00 |
| Tenólise | 04.08.06.044-1 | 750,00 |
| Retirada de Placa E/Ou Parafusos | 04.08.06.037-9 | 750,00 |
| Retirada de Fio ou Pino Intra-Ósseo | 04.08.06.035-2 | 750,00 |
| Ressecção Simples de Tumor Ósseo / de Partes Moles | 04.08.06.031-0 | 750,00 |
| Reparo de Rotura do Manguito Rotador (Inclui Procedimentos Descompressivos) | 04.08.01.014-2 | 750,00 |
| Tratamento das Lesões Osteo-Condrais Por Fixação ou Mosaicoplastia Joelho/Tornozelo | 04.08.05.092-6 | 890,72 |
| Exploração Articular C/ Ou S/ Sinovectomia de Médias / Grandes Articulações | 04.08.06.012-3 | 750,00 |
| Tratamento Cirúrgico de Pseudartrose / Retardo de Consolidação / Perda Óssea do Antebraço | 04.08.02.056-3 | 890,72 |
| Reconstrução Ligamentar Intra-Articular do Joelho (Cruzado Anterior) | 04.08.05.016-0 | 750,00 |
| Tratamento Cirúrgico de Halux Valgus C/ Osteotomia do Primeiro Osso Metatarsiano | 04.08.05.065-9 | 750,00 |
| Osteotomia de Ossos Longos Exceto da Mão e do Pé | 04.08.06.019-0 | 890,72 |
| Osteotomia de Ossos da Mão E/Ou do Pé | 04.08.06.018-2 | 890,72 |
| Manipulação Articular | 04.08.06.015-8 | 750,00 |
| Fasciectomia | 04.08.06.014-0 | 750,00 |
| Artroplastia Total Primaria do Joelho | 04.08.05.006-3 | 875,00 |
| Lâmina de Shaver | 90220 | 300,00 |

**LOTE 03**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONSULTA OTTORINOLARINGOLOGIA** | **CÓD.SIA/SUS** | **VALOR R$** |
| Consulta Médica em Atenção Especializada Ottorinolaringologia | 03.01.01.007-2 | 120,00 |
| **CIRURGIAS OTTORINOLARINGOLOGIA** | **CÓD. SIA/SUS** | **VALOR R$** |
| Adenoidectomia | 04.04.01.001-6 | 500,00 |
| Amigdalectomia | 04.04.01.002-4 | 500,00 |
| Amigdalectomia C/ Adenoidectomia | 04.04.01.003-2 | 500,00 |
| Turbinectomia | 04.04.01.041-5 | 500,00 |
| Microcirurgia Otológica | 04.04.01.023-7 | 500,00 |
| Septoplastia Para Correção De Desvio | 04.04.01.048-2 | 500,00 |
| Timpanoplastia (Uni / Bilateral) | 04.04.01.035-0 | 500,00 |

**LOTE 04**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONSULTA PRÉ OPERATÓRIA – ANESTESISTA** | **CÓD.SIA/SUS** | **VALOR R$** |
| Consulta Médica em Atenção Especializada Anestesiologia | 03.01.01.007-2 | 120,00 |
| **CIRURGIA** | **CÓD.SIA/SUS** | **VALOR R$** |
| Serviços Profissionais em Anestesista para as Cirurgias | 90204 | 300,00 |

**CLÁUSULA SEGUNDA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA, RECURSOS FINANCEIROS.**

2.1 – **Dos Recursos Orçamentários:**

Os recursos orçamentários serão atendidos pelas dotações do orçamento vigente, classificadas e codificadas para o Fundo Municipal de Saúde do Município de Saudades, para o ano de 2020.

2.2 **– Dos Recursos Financeiros:**

Os Recursos Financeiros serão de origem do Fundo Municipal de Saúde do Município de Saudades.

# CLÁUSULA TERCEIRA – DA FORMA DE PAGAMENTO

3.1 – O pagamento será efetuado sempre até o 10º dia útil do mês subsequente ao serviço prestado, procedendo conforme as seguintes condições:

3.1.1 – Os serviços serão solicitados pela Secretaria Municipal de Saúde do Município conforme guia expedida, e, após, atendidos os usuários. A Contratada deverá encaminhar para o Município, as guias assinadas pelo preposto, o médico/profissional e o usuário acompanhado das respectivas Notas Fiscais, sendo estas notas pagas até o 10º dia útil do mês subsequente;

3.1.2 – O Município não se responsabiliza pelo atraso dos pagamentos nos casos da não realização de exames, procedimentos e atendimentos especializados, da não entrega da respectiva nota fiscal ou guia assinada nos prazos estabelecidos;

3.1.3 – A nota fiscal deverá ser preenchida identificando os dados de CNPJ, Endereço do Município de Saudades, Nome da Contratada e dados da Conta Bancária para depósito.

# CLÁUSULA QUARTA – DOS VALORES E DO REAJUSTE

4.1 – Os valores dos exames, procedimentos e atendimentos especializados estão condicionados ao preço pré-estabelecido neste Contrato de Credenciamento;

4.2- Em razão do procedimento adotado, não será operado reajuste.

# CLÁUSULA QUINTA – DA VIGÊNCIA

5.1 **–** O prazo de vigência do Credenciamento, inicia no ato da assinatura do presente Contrato e terá vigência até 31 de dezembro de 2020, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos (exercícios financeiros), bem como rescindido a qualquer momento, através de Termo Aditivo por Conveniência e oportunidade Administrativa ou a pedido da contratada, observados os dispositivos da Lei 8.666/93 e outras legislações pertinentes.

# CLÁUSULA SEXTA – DAS OBRIGAÇÕES DA CREDENCIADA

6.1 - À CREDENCIADA constituem as seguintes obrigações:

1. Prestar os serviços contratados após emissão da guia autorizativa CIS-AMERIOS,na sua própria sede;
2. Prestar todos os serviços contratados conforme a demanda do município, preços, prazos e condições estabelecidas neste instrumento, sendo vedada a limitação mensal dos serviços contratados;
3. Fornecer os serviços contratados, incluindo materiais e equipamentos, que atendam as normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, inclusive quanto ao estabelecimento (clínica ou consultórios, atendendo a legislação em vigor);
4. Encaminhar no prazo estipulado neste Edital guia autorizativa dos serviços, devidamente assinadas e acompanhadas da respectiva nota fiscal;
5. Permitir que os responsáveis do Fundo Municipal de Saúde do Município inspecionem a qualquer tempo e hora a prestação dos serviços ora contratados;
6. Fornecer ao Município sempre que solicitados quaisquer informações e/ou esclarecimento sobre os serviços contratados;
7. Assumir a responsabilidade por todos os encargos trabalhistas, sociais e previdenciários, próprios e de seus funcionários;
8. Formar o quadro de pessoal necessário à realização dos serviços contratados, pagando os salários às suas exclusivas expensas;
9. É da contratada a obrigação do pagamento de impostos, tributos e demais que incidirem sobre os serviços contratados em qualquer esfera;
10. É da contratada a responsabilidade pelos danos que possam afetar ao Município, ou a terceiros, durante a prestação dos serviços ora contratados;
11. É de responsabilidade da Clínica/Profissional a execução dos serviços, vedada à subcontratação parcial ou total da mesma ou a terceirização dos serviços;
12. Os agendamentos dos serviços serão efetuados via Secretaria Municipal de Saúde.
13. Fica estabelecido que o Gestor do Fundo Municipal de Saúde será o fiscal do Contrato de Credenciamento, responsabilizando-se pela fiscalização da qualidade dos serviços e controle dos agendamentos diretamente com a Clínica/Profissional credenciado, bem como impedir eventual liberação de guias de serviços não prestados.
14. O Contratado, assume o compromisso de executar os serviços, pelo preço unitário, conforme códigos SIA/SUS, descrito nos itens do objeto da Cláusula Primeira deste instrumento, sendo vedado a cobrança ou exigência de qualquer outro valor ou benefício complementar, sob as penas da lei.

6.2 Aos CREDENCIADOS em consultas e procedimentos Cirúrgicos Eletivos na Especialidade de Ortopedia, constituem as seguintes obrigações:

1. O credenciado deverá oferecer suporte imediato a possíveis complicações pós-operatórias; garantia de internação prolongada em casos de complicações pós-cirúrgicas e material necessário às cirurgias, previstos na Tabela do SUS, bem como tratamento medicamentoso para a recuperação do paciente;
2. As cirurgias poderão ser realizadas dentro do mês ou no mês seguinte;
3. O procedimento a ser realizado que venha acompanhado de AIH ELETIVA.
4. O credenciado deverá assegurar a presença de acompanhante aos pacientes incapaz, bem como aos que necessitarem de acompanhamento ou atenção contínua, mediante prévia e expressa justificativa médica.
5. O encaminhamento dos pacientes que trata o credenciamento será feito da seguinte forma: Os pacientes deverão ser encaminhados através da rede pública municipal, acompanhados do documento de referência e contra-referência, da consulta pré-cirúrgica ao profissional credenciado, que fará a avaliação da solicitação; Após a aprovação da solicitação o paciente será encaminhado para a realização do procedimento com médico da área dentre os médicos que prestam serviços nas dependências da credenciada; O paciente será encaminhado ao Credenciado pela Secretaria Municipal de Saúde para a realização da cirurgia eletiva, com o devido laudo, para a emissão de AIH (Autorização de Internação Hospitalar) e para as consultas será entregue um documento com a devida autorização do CIS-AMERIOS; A comunicação entre as partes será sempre de forma escrita.

6.3 Aos CREDENCIADOS em consultas e procedimentos cirúrgicos de VESÍCULA, HÉRNIAS, VARIZES, FIMOSES, HEMORRÓIDAS, HIDROCELE NA ESPECIALIDADE DE CURURGIA GERAL, constituem as seguintes obrigações:

1. O credenciado deverá oferecer suporte imediato a possíveis complicações pós-operatórias; garantia de internação prolongada em casos de complicações pós-cirúrgicas e material necessário às cirurgias, previstos na Tabela do SUS, bem como tratamento medicamentoso para a recuperação do paciente;
2. As cirurgias poderão ser realizadas dentro do mês ou no mês seguinte;
3. O credenciado deverá assegurar a presença de acompanhante aos pacientes incapaz, bem como aos que necessitarem de acompanhamento ou atenção contínua, mediante prévia e expressa justificativa médica.
4. O encaminhamento dos pacientes que trata o credenciamento será feito da seguinte forma: Os pacientes deverão ser encaminhados através da rede pública municipal, acompanhados do documento de referência e contra-referência, da consulta pré-cirúrgica ao profissional credenciado, que fará a avaliação da solicitação; Depois de feita a avaliação pré-cirúrgica e havendo a necessidade da realização de cirurgia o paciente será encaminhado para a avaliação préanestésica que deverá partir da rede pública municipal ao prestador credenciado; Após a aprovação da solicitação o paciente será encaminhado para a realização do procedimento com médico da área dentre os médicos que prestam serviços nas dependências da credenciada; O paciente será encaminhado ao Credenciado pela Secretaria Municipal de Saúde para a realização da cirurgia eletiva, com o devido laudo, para a emissão de AIH (Autorização de Internação Hospitalar) e para as consultas será entregue um documento com a devida autorização do Fundo Municipal de Saúde, a autorização para a realização de cirurgia eletiva dará ao paciente o direito a 02 (dois) retornos pós-cirúrgicos sem custos, com o profissional que realizou a referida cirurgia; A comunicação entre as partes será sempre de forma escrita.

# CLÁUSULA SÉTIMA – DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO

7.1 – Ao Município constituem as seguintes obrigações:

7.1.1 – Efetuar o pagamento ajustado no prazo estipulado, conforme produção;

7.1.2 – Dar à CONTRATADA as condições necessárias à regular à execução do Contrato;

7.1.3 – Modificar o contrato, unilateralmente, para melhor adequação às finalidades de interesse público, respeitado os direitos do contratado;

7.1.4 – Rescindir o contrato, unilateralmente, nos casos especificados no inciso I do art. 79 Lei 8.666/93;

7.1.5 – Aplicar sanções motivadas pela inexecução total ou parcial do ajuste.

# CLÁUSULA OITAVA – DA RESCISÃO DO CREDENCIAMENTO

8.1 – O Termo de Credenciamento poderá ser rescindido por comum acordo entre as partes ou unilateralmente pelo Prefeito Municipal, a qualquer momento, atendendo a oportunidade e conveniência administrativa, não recebendo a contratada qualquer valor a título de indenização pela unilateral rescisão, exceto aos serviços já prestados no ato da rescisão.

# CLÁUSULA NONA – DAS PENALIDADES

9.1 – A Pessoa Física ou Jurídica, conforme o caso, que não cumprir as obrigações assumidas ou os preceitos legais, estará sujeita as seguintes penalidades:

9.1.1 – Advertência;

9.1.2 – Multa de 2% (dois por cento) sobre o valor da proposta;

9.1.3 – Suspensão do direito de licitar junto ao Município, pelo prazo de 02 (dois) anos;

9.1.4 – Declaração de Inidoneidade;

9.2 – As penalidades serão obrigatoriamente registradas no sistema de Registro de Cadastro do Município, e no caso de suspensão de licitar, o licitante deverá ser descredenciado por igual período, sem prejuízo das multas previstas no edital e no contrato e das demais cominações legais;

9.3 – Nenhum pagamento será processado ao proponente penalizado, sem que antes, este tenha pago ou lhe seja relevada a multa imposta.

# CLÁUSULA DÉCIMA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E FINAIS

10.1 – O Presente Contrato de credenciamento, não será de nenhuma forma, fundamento para a constituição de vínculo trabalhista com empregados, funcionários, prepostos ou terceiros que a EMPRESA colocar na entrega do objeto;

10.2 – O Contrato poderá ser rescindido unilateralmente pelo Município, a qualquer momento, atendendo a oportunidade e conveniência administrativa, não recebendo a contratada qualquer valor a título de indenização pela unilateral rescisão;

10.3 – As omissões do presente Edital serão preenchidas pelos termos da Lei nº 8.666/93 e suas alterações posteriores;

10.4 – O Município reserva-se o direito de anular ou revogar o presente credenciamento, nos casos previstos em Lei, ou de homologar o seu objeto no todo ou em parte, por conveniência administrativa, técnica ou financeira, sem que, com isso caiba aos proponentes o direito de indenização ou reclamação de qualquer natureza.

# CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO FORO

Todas as controvérsias ou reclames relativos ao presente licitatório serão resolvidos pela Comissão, administrativamente, ou no Foro da Comarca de Pinhalzinho – SC se for o caso.

Saudades – SC, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / 2020.

Nome

Prefeito Municipal CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome: Nome:

CPF: CPF: