



CRENCIAMENTO Nº 008/2018

PESSOAS JURÍDICAS NA ÁREA MÉDICA

1. PREÂMBULO

1.1 - O Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná, por meio de sua Comissão Permanente de Licitação, designada pela Resolução nº 009 de 07 de março de 2018, de conformidade com a Lei nº 8.666/93, suas alterações, Lei nº 8.080/90, Portaria nº 1286/93 de Ministério da Saúde e demais legislações aplicáveis, torna pública a realização de CRENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA MÉDICA, nos termos das condições estabelecidas no presente Instrumento de Chamamento.

2 - DO OBJETO, DOS PREÇOS

2.1 - O presente Chamamento Público tem por objeto o Credenciamento de empresas para a realização de exames de Ressonância Magnética pelo valor da Tabela SUS, Sedação, Contraste e TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET-CT) Tabela CISNOP, tendo em vista o atendimento dos pacientes dos municípios consorciados com valor máximo até a quantidade discriminada a seguir:

2.2 – Os procedimentos objeto deste edital serão realizadas na sede do CONTRATADO e contemplarão todos os requisitos necessários à otimização do objeto.

2.3 - Serão praticados os preços da Tabela SUS para os itens de 01 a 14, para o item 15 será praticado o valor da Tabela de Preços CISNOP.

RESSONÂNCIAS

ITEM	CÓDIGO TABELA SUS	DESCRIÇÃO	Quant. Anual	Valor unitário
01	02.07.02.002-7	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	2.000	268,75
02	02.07.03.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	2.000	268,75
03	02.07.03.001-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN SUPERIOR	2.000	268,75
04	02.07.03.002-2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA/PELVE/ABDOMEN INFERIOR	2.000	268,75
05	02.07.01.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	2.000	268,75
06	02.07.01.004-8	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	2.000	268,75
07	02.07.01.005-6	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA	2.000	268,75
08	02.07.01.006-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO	2.000	268,75
09	02.07.03.004-9	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONÂNCIA	2.000	268,75
10	02.07.02.003-5	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX	2.000	268,75
11	02.07.01.001-3	ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL	2.000	268,75



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO NORTE DO PARANÁ – CISNOP
CNPJ. 00.126.737/0001-55
Rua Justino Marques Bonfim, 17 – CJ Vitor Dantas – Cornélio Procópio-PR.
CEP: 86.300.000
Fone/fax (43)3520-0102 Site: www.cisnop.com.br

12	02.07.01.002-1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÃO	2.000	268,75
13	02.07.01.007-2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TURCICA	2.000	268,75
14	02.07.02.001-9	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CORAÇÃO/AORTA COM CINE	2.000	361,25
15	TABELA CISNOP	SEDAÇÃO ADULTO/INFANTIL PARA RESSONANCIA E TOMOGRAFIA	2.000	350,00
16	TABELA CISNOP	CONTRASTE ADULTO/INFANTIL PARA RESSONANCIA E TOMOGRAFIA	2.000	150,00
17	TABELA CISNOP	TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET-CT)	2.000	2.469,00

2.4 - A execução do objeto será realizada de forma parcelada, de acordo com a solicitação do CONTRATANTE e mediante a rotatividade entre os demais credenciados.

3 - DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO

3.1 – Poderão participar no Credenciamento os interessados nas especialidades pertinentes, desde que atendidos os requisitos exigidos neste instrumento de chamamento.

3.2 – Não poderão participar no Credenciamento os interessados que estejam cumprindo as sanções previstas no inciso III do art. 87 da Lei 8.666/93.

3.3 – Não poderão participar no Credenciamento os interessados que estejam cumprindo a sanção prevista no inciso IV do art. 87 da Lei 8.666/93 (aplicável a todas as licitações sob qualquer modalidade, bem como aos procedimentos de dispensa e inexigência de licitação por força do disposto no art. 97).

4 - FORMA DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO

4.1 – Os interessados poderão inscrever-se para o Credenciamento a partir da publicação do presente instrumento no Jornal A Cidade.

4.2 – Serão considerados credenciados os interessados que apresentarem os documentos enumerados no item 6.1 deste instrumento.

4.3 – Os interessados poderão solicitar a inscrição no Credenciamento em qualquer tempo, a partir de sua publicação.

4.4 – Os interessados para atenderem o chamamento do Credenciamento, poderão ter acesso ao Edital completo:

a – através de solicitação, via protocolo pelo email licitacaocisnop@gmail.com ou

b – no Departamento de Licitação do CISNOP, no seguinte endereço: Rua Justino Marques Bonfim, 17 Conjunto Vitor Dantas, Cornélio Procópio/PR.

5 - FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

5.1 – As empresas interessadas deverão encaminhar os documentos relacionados no item 6.1 no horário das 08h00m às 12h00m e das 13h30m às 16h30min em dias de expediente no DEPARTAMENTO DE LICITAÇÃO do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná – CISNOP, no seguinte endereço: Rua Justino Marques Bonfim, 17, Conjunto Vitor Dantas, Cornélio Procópio/Pr, em envelope fechado com as seguintes indicações:



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO NORTE DO PARANÁ – CISNOP
CNPJ. 00.126.737/0001-55
Rua Justino Marques Bonfim, 17 – CJ Vitor Dantas – Cornélio Procópio-PR.
CEP: 86.300.000
Fone/fax (43)3520-0102 Site: www.cisnop.com.br

CRENCIAMENTO DE EMPRESA NA ÁREA MÉDICA Nº 008/18

INTERESSADO: _____

OBJETO: Realização de exames de Ressonância Magnética pelo valor da Tabela SUS, Sedação, Contraste e TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET-CT) Tabela CISNOP.

6 – DOCUMENTAÇÕES REFERENTES À HABILITAÇÃO

6.1 – Para o credenciamento das empresas deverão apresentar os seguintes documentos:

6.1.1- Quanto à regularidade fiscal e trabalhista:

- a) requerimento para credenciamento, conforme modelo contido no Anexo I;
- b) prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) que tenha ramo de atividade pertinente ao objeto da presente licitação;
- c) Cópia do Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, e última alteração, devidamente registrado na Junta Comercial, em se tratando de sociedades comerciais;
- d) Ato constitutivo/estatuto devidamente registrado no Cartório de Registro Civil de Pessoas Jurídicas tratando-se de sociedades civis, acompanhado de prova da diretoria em exercício;
- e) Documentos de eleição dos atuais administradores, tratando-se de sociedades por ações, acompanhados da documentação mencionada na alínea "d", deste subitem;
- f) Cópia do Alvará de funcionamento;
- g) Cópia do Alvará da Vigilância Sanitária competente;
- h) Prova de regularidade com as fazendas: - **Municipal**, mediante a apresentação de certidão negativa emitida pela Secretaria Municipal de Fazenda da sede da empresa; **Estadual**, mediante a apresentação de certidão de regularidade fiscal expedida pela Secretaria Estadual de Fazenda da sede da empresa; - **Federal** mediante a apresentação de Certidão Conjunta Negativa de Débitos Relativos aos Tributos Federais e à Dívida Ativa da União expedida pela Receita Federal do Brasil;
- i) Certificado de regularidade relativa à Seguridade Social (INSS) dentro do prazo de validade;
- j) Certificado de regularidade do FGTS – CRM dentro do prazo de validade;
- k) Certidão Negativa de Débito Trabalhista - CNDT, expedida pelo Tribunal Superior do Trabalho;

6.1.2- Quanto à qualificação econômica:

- a) Certidão negativa de falência ou concordata, expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, com data de emissão, no máximo, de 90 (noventa) dias consecutivos anteriores à data de abertura do presente chamamento público;

6.1.3- Quanto aos profissionais:

6.1.3.1- Documentos da empresa:

6.1.3.2- Certidão Negativa de Débitos Junto ao CRM PR, Conselho Regional de Medicina da empresa dentro da vigência;

6.1.3.3- Comprovação de cadastro CNES, referentes aos estabelecimentos de saúde, para aos quais o profissional presta ou prestou serviços.

6.2- Documentos do responsável técnico:

6.2.1- Certidão Negativa de Débitos Junto ao CRM PR, Conselho Regional de Medicina do responsável técnico que prestará os serviços dentro da vigência;

6.3- Documentos dos Médicos indicados para realização e laudos dos exames:



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO NORTE DO PARANÁ – CISNOP
CNPJ. 00.126.737/0001-55
Rua Justino Marques Bonfim, 17 – CJ Vitor Dantas – Cornélio Procópio-PR.
CEP: 86.300.000
Fone/fax (43)3520-0102 Site: www.cisnop.com.br

6.3.1-Título/Certificado de especialista de acordo com a especialidade, sendo que a habilitação deve ser comprovada por certificado reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC) ou título de especialista da Associação Médica Brasileira (AMB) ou registro no cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federais e Regionais das categorias profissionais ou certificado de especialidade;

6.3.2- Cópia do Diploma de médico;

6.3.3- Certidão Negativa de Débitos Junto ao CRM, Conselho Regional de Medicina dos profissionais a que se refere o item 6.3.1 dentro da vigência;

6.4- Documentos do Técnico em Radiologia:

6.4.1- Cópia do registro do respectivo Conselho de Classe dos profissionais (Técnico em Radiologia) responsáveis pela realização dos exames;

6.4.2- Certidão Negativa de Débitos do respectivo Conselho de Classe dos profissionais (Técnico em Radiologia) responsáveis pela realização dos exames;

6.5- Comprovação de vínculo da empresa com todos os profissionais de saúde indicados no item 6.2, 6.3 e 6.4 que poderá ser comprovado através de Contrato de Prestação de Serviços com reconhecimento de firma em cartório das assinaturas, salvo quando o(s) mesmo(s) for(em) sócio ou diretor, ou através da fotocópia da CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social);

6.4 – Os documentos necessários à habilitação poderão ser apresentados em original, por qualquer processo de cópia autenticada por cartório competente ou por funcionário do CISNOP ou publicação em órgão da imprensa oficial.

6.5- Devem ser entregues todos os anexos constantes neste edital, devidamente preenchidos e assinados pela empresa.

6.6- Os documentos solicitados não poderão ser substituídos por qualquer tipo de protocolo, ou apresentados por meio de fitas, discos magnéticos e filmes.

6.7- Os documentos que não possuem prazo de vigência estabelecido pelo órgão expedidor, deverão ter sido emitidos até 90 (noventa) dias anteriores à data de entrega da documentação.

6.8- A ausência de algum documento ou a apresentação dos documentos de habilitação em desacordo com o previsto neste edital inabilitará a empresa.

6.9- Uma vez incluído no processo licitatório, nenhum documento será devolvido, salvo se original for substituído por cópia autenticada.

6.10- O CISNOP reserva o direito de solicitar das licitantes, em qualquer tempo, no curso da licitação, quaisquer esclarecimentos sobre documentos já entregues, fixando-lhes prazo para atendimento.

7 – PROCEDIMENTOS DO CADASTRO

7.1 – O cadastramento será amplamente divulgado e estará permanentemente aberto aos interessados, obrigando-se a unidade por ele responsável a proceder, no mínimo anualmente, através da imprensa oficial o chamamento público para a atualização dos registros existentes e para o ingresso de novos interessados.

7.2 – Ao requerer a inscrição no cadastro, ou atualização deste, a qualquer tempo, o interessado fornecerá os elementos necessários à satisfação das exigências contidas no item 6.1 deste instrumento.



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO NORTE DO PARANÁ – CISNOP
CNPJ. 00.126.737/0001-55
Rua Justino Marques Bonfim, 17 – CJ Vitor Dantas – Cornélio Procópio-PR.
CEP: 86.300.000
Fone/fax (43)3520-0102 Site: www.cisnop.com.br

7.3 – Os inscritos serão cadastrados para especialidade mencionada neste Edital, indicadas (conforme 6.2) segundo a avaliação técnica avaliada pelos elementos constantes da documentação relacionadas no item 6.1 do presente instrumento.

7.4 – A qualquer tempo poderá ser alterado, suspenso ou cancelado o cadastramento do inscrito que deixar de satisfazer as exigências estabelecidas para o cadastramento.

8 – CRITÉRIOS DE CADASTRAMENTO E CONTRATAÇÃO

8.1 – As empresas serão inicialmente cadastradas pela ordem de apresentação dos envelopes contendo os documentos de habilitação, junto ao setor indicado no item 5.1 do presente instrumento, e contratada através de futuro processo de inexigibilidade de licitação, conforme Anexo V - Minuta de Contrato, parte integrante deste Edital.

9 – DO VALOR

9.1 – Os valores anuais pela prestação dos serviços estão definidas no item 2 deste Edital.

10 – CRITÉRIOS DE REAJUSTE

10.1 – O valor do objeto deste instrumento poderá ser reajustado desde que haja alteração na Tabela de Preços do CISNOP.

11 – SANÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA O CASO DE INADIMPLEMENTO DOS SERVIÇOS

11.1 – Pela inexecução total ou parcial na prestação dos serviços, o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná, poderá, garantida a prévia defesa, aplicar aos cadastrados as sanções previstas na Lei 8.666/93 e suas alterações.

12 – CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

12.1 – O pagamento pela prestação dos serviços será realizado mensalmente, conforme quantitativo executado, em até 30 (trinta) dias contra apresentação da nota fiscal e relatórios de atendimentos realizados, onde deverá constar nome e cidade do paciente acompanhada da Certidão Negativa de Débitos Federais e Certificado de Regularidade do FGTS – CRF devidamente regularizadas.

12.2 – O pagamento será realizado através de depósito em conta da Caixa Econômica Federal própria da empresa.

12.3 – Os pagamentos decorrentes da execução dos serviços correrão por conta dos recursos das dotações orçamentárias:

Dotação:

Conta despesa	Fonte	Natureza despesa	Funcional
000009/2018	0001 Recurso Liv re Cisnop	3.3.90.39.50.00 - SERVIÇO MÉDICO - HOSPITALAR, LABORATORIAL E..	10.302.0001.2001
000069/2018	0311 Sia/Sus	3.3.90.39.50.00 - SERVIÇO MÉDICO - HOSPITALAR, LABORATORIAL E..	10.302.0004.2004
000085/2018	0321 Conv ênio Comsus 050/2016	3.3.90.39.50.00 - SERVIÇO MÉDICO - HOSPITALAR LABORATORIAL E..	10.302.0007.2007

13 – DOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS

13.1 – Ao credenciamento é assegurado o direito de petição, nos termos do artigo 109 da Lei 8.666/93, objetivando a defesa de seus interesses no credenciamento, em requerimento formulado no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da intimação do ato ou da lavratura da ata, nos termos da Lei.

13.2 – O recurso, que deverá ser protocolado no Setor Administrativo do CISNOP, na Rua Justino Marques Bonfim, 17, conjunto Vítor Dantas, na cidade de Cornélio Procópio, Estado do Paraná, será dirigido ao Presidente da Comissão de Licitação, por intermédio da Comissão Permanente de Licitação, a qual poderá reconsiderar sua decisão, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, ou, nesse mesmo prazo, fazê-lo subir, devidamente informado, devendo neste caso, a decisão ser proferida dentro do prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados do recebimento do recurso.



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO NORTE DO PARANÁ – CISNOP
CNPJ. 00.126.737/0001-55
Rua Justino Marques Bonfim, 17 – CJ Vitor Dantas – Cornélio Procópio-PR.
CEP: 86.300.000
Fone/fax (43)3520-0102 Site: www.cisnop.com.br

14 – ANEXOS

14.1 – Fazem parte deste Edital:

- a) Anexo I - Modelo de Requerimento para Credenciamento;
- b) Anexo II - Modelo de Declaração de Idoneidade;
- c) Anexo III - Declaração de inexistência de impedimento de licitar ou contratar com a Administração;
- d) Anexo IV - Modelo de Declaração Relativa à Trabalho de Menores.
- e) Anexo V – Minuta de Contrato (futura inexigibilidade).

15 – DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1 – Esclarecimentos relativos ao presente chamamento público e às condições para atendimento das obrigações necessárias ao cumprimento de seu objeto, somente serão prestados quando solicitados por escrito, em requerimento encaminhado ao Departamento de Licitação do CISNOP, no endereço: Rua Justino Marques Bonfim, 17, Conj. Vitor Dantas, Cornélio Procópio/PR, fone (43) 3520-0102.

15.2 – Fica eleito o foro de Cornélio Procópio/PR, para dirimir as questões oriundas da execução deste instrumento, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Cornélio Procópio, 28 junho de 2018.

Maria Lúcia Yokomizo
Presidente da CPL



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO NORTE DO PARANÁ – CISNOP
CNPJ. 00.126.737/0001-55
Rua Justino Marques Bonfim, 17 – CJ Vitor Dantas – Cornélio Procópio-PR.
CEP: 86.300.000
Fone/fax (43)3520-0102 Site: www.cisnop.com.br

ANEXO I

REQUERIMENTO PARA INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS/EMPRESAS NA ÁREA MÉDICA

Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná.

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE UNIDADE HOSPITALAR divulgado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte, objetivando a prestação de serviços para realização de exames de imagem sendo: Realização de exames de Ressonância Magnética pelo valor da Tabela SUS, Sedação, Contraste e Tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT) Tabela CISNOP. a serem realizados na sede do Contratado, nos termos do Chamamento Público nº 008/2018 nos itens:

Empresa: _____

Endereço: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____

CNPJ _____

Dados do responsável técnico:

CRM nº: _____ RG nº: _____ CPF: _____

Data: ____/____/____.

Nome e Assinatura do solicitante

A Declaração em epígrafe deverá ser apresentada em papel timbrado da licitante e estar assinada e Carimbada pelo representante legal da empresa.



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO NORTE DO PARANÁ – CISNOP
CNPJ. 00.126.737/0001-55
Rua Justino Marques Bonfim, 17 – CJ Vitor Dantas – Cornélio Procópio-PR.
CEP: 86.300.000
Fone/fax (43)3520-0102 Site: www.cisnop.com.br

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná

O interessado abaixo qualificado declara para os fins de direito, na qualidade de solicitante de credenciamento na área de exames, sob a modalidade do Credenciamento nº 008/2018, instaurado por esse Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná – CISNOP, que não foi declarado inidôneo para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

_____, em _____ de _____ de 2018.

(Nome e assinatura do solicitante)

A Declaração em epígrafe deverá ser apresentada em papel timbrado da licitante e estar assinada e Carimbada pelo representante legal da empresa.



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO NORTE DO PARANÁ – CISNOP
CNPJ. 00.126.737/0001-55
Rua Justino Marques Bonfim, 17 – CJ Vitor Dantas – Cornélio Procópio-PR.
CEP: 86.300.000
Fone/fax (43)3520-0102 Site: www.cisnop.com.br

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE IMPEDIMENTO DE LICITAR OU CONTRATAR COM A ADMINISTRAÇÃO

A Empresa _____, sediada na rua _____, nº _____, _____ (cidade) _____, (estado), inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) sob o nº _____, por seu representante legal (Diretor, Gerente, Proprietário, etc.) _____, DECLARA, sob as penas da lei, que não está sujeita a qualquer impedimento legal para licitar ou contratar com a Administração, não se enquadrando nas hipóteses do art. 9º, da lei nº 8.666/93 e art. 16 da lei nº 15.608/07, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Declara ainda que:

- a) Não está omissa no dever de prestar contas de parceria anteriormente celebrada com entidades da Administração, em qualquer esfera de governo;
- b) Não possui como dirigente membro de Poder ou do Ministério Público, ou dirigente de órgão ou entidade da administração pública paranaense, estendendo-se a restrição aos respectivos cônjuges ou companheiros, bem como parentes em linha reta, colateral ou por afinidade, até o segundo grau;
- c) Não foi punida, pelo período que durar a penalidade, com suspensão de participação em licitação e impedimento de contratar com a administração, ou com declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública;
- d) Julgada responsável por falta grave e inabilitada para o exercício de cargo em comissão ou função de confiança, enquanto durar a inabilitação;
- e) Considerada responsável por ato de improbidade, enquanto durarem os prazos estabelecidos nos incisos I, II e III do art. 12 da Lei no 8.429, de 2 de junho de 1992.

LOCAL, DIA de MÊS de ANO.

Nome por extenso e assinatura do responsável ou do representante legal

OBS.: Esta declaração deverá ser emitida em papel timbrado da empresa credenciada e carimbada com o número do CNPJ.



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO NORTE DO PARANÁ – CISNOP
CNPJ. 00.126.737/0001-55
Rua Justino Marques Bonfim, 17 – CJ Vitor Dantas – Cornélio Procópio-PR.
CEP: 86.300.000
Fone/fax (43)3520-0102 Site: www.cisnop.com.br

ANEXO IV

MODELO DE DECLARAÇÃO RELATIVA À TRABALHO DE MENORES

Ref.: Credenciamento nº 008/2018

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

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

.....

(data)

.....

(representante legal)

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

A Declaração em epígrafe deverá ser apresentada em papel timbrado da licitante e estar assinada pelo representante legal da empresa.



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO NORTE DO PARANÁ – CISNOP
CNPJ. 00.126.737/0001-55
Rua Justino Marques Bonfim, 17 – CJ Vitor Dantas – Cornélio Procópio-PR.
CEP: 86.300.000
Fone/fax (43)3520-0102 Site: www.cisnop.com.br

ANEXO V

MODELO DE DECLARAÇÃO RELATIVA AOS DIAS, HORÁRIOS e QUANTIDADES DE ATENDIMENTOS

Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná – CISNOP

A Empresa _____, neste ato representada por seu sócio-gerente/presidente/diretor _____, declara para os fins de direito que para prestação de serviços de saúde de execução do estabelecido neste edital de Credenciamento 008/2018, está alinhado com as diretrizes do SUS, bem como a empresa possui como horário base de atendimento, conforme abaixo descrito;

Horários de atendimento:	Dias da semana de fluxo de trabalho	Quantidades de procedimentos
Início do atendimento: ____:____ ____ Interrupção para (almoço ou outro): ____:____ Segundo período: ____:____	Segunda-Feira Terça-Feira Quarta-Feira Quinta-Feira Sexta-Feira (Excluir os dias em que não pode atender)	Nos dias da semana indicados informar a quantidade de procedimentos a ser disponibilizado em cada dia.

OBS: Em caso de alteração nos horários, quantidades e dias de atendimentos deverá comunicar com prazo mínimo de 30 (trinta) dias.

LOCAL, DIA de MÊS de ANO.

Nome por extenso e
assinatura do responsável ou do representante legal

OBS.: Está declaração deverá ser emitida em papel timbrado da empresa credenciada e carimbada com o número do CNPJ.



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO NORTE DO PARANÁ – CISNOP
CNPJ. 00.126.737/0001-55
Rua Justino Marques Bonfim, 17 – CJ Vitor Dantas – Cornélio Procópio-PR.
CEP: 86.300.000
Fone/fax (43)3520-0102 Site: www.cisnop.com.br

ANEXO VI
MODELO DE DECLARAÇÃO

A Empresa _____, neste ato representada por seu sócio-gerente/presidente/diretor _____, declara para os devidos fins que tem conhecimento/ciência de que todos os agendamentos referentes ao credenciamento nº 008/2018, dar-se-ão por meio eletrônico e serão realizados pelos municípios consorciados ao CISNOP, observando-se a rotatividade/ equitatividade entre todos os credenciados.

LOCAL, DIA de MÊS de ANO.

Nome por extenso e
assinatura do responsável ou do representante legal

OBS.: Esta declaração deverá ser emitida em papel timbrado da empresa credenciada e carimbada com o número do CNPJ.



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO NORTE DO PARANÁ – CISNOP
CNPJ. 00.126.737/0001-55
Rua Justino Marques Bonfim, 17 – CJ Vitor Dantas – Cornélio Procópio-PR.
CEP: 86.300.000
Fone/fax (43)3520-0102 Site: www.cisnop.com.br

ANEXO VII

MODELO – CADASTRO DE DADOS BANCÁRIOS PARA FINS DE PAGAMENTOS

Razão Social:

CNPJ:

Inscrição Estadual:

Endereço da Empresa:

Telefone:

E-mail:

Banco:

Agência nº:

Conta Corrente nº:

Representante Legal:

Cargo

R.G nº:

CPF nº:

Endereço do Representante:

Obs. Obrigatoriamente indicar conta corrente Pessoa Jurídica.

(carimbo, nome, RG nº e assinatura do responsável legal)

OBS.: Está declaração deverá ser emitida em papel timbrado da empresa credenciada e carimbada com o número do CNPJ.



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO NORTE DO PARANÁ – CISNOP
CNPJ. 00.126.737/0001-55
Rua Justino Marques Bonfim, 17 – CJ Vitor Dantas – Cornélio Procópio-PR.
CEP: 86.300.000
Fone/fax (43)3520-0102 Site: www.cisnop.com.br

ANEXO VIII

MODELO DECLARAÇÃO

(NOME DA EMPRESA – CNPJ – ENDEREÇO – TELEFONE, E-MAIL)

Comprometemo-nos a manter durante a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.

(Local e Data)

(Nome e Número da Carteira de Identidade do Declarante)

A Declaração em epígrafe deverá ser apresentada em papel timbrado da licitante e estar assinada pelo representante legal da empresa.



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO NORTE DO PARANÁ – CISNOP
CNPJ. 00.126.737/0001-55
Rua Justino Marques Bonfim, 17 – CJ Vitor Dantas – Cornélio Procópio-PR.
CEP: 86.300.000
Fone/fax (43)3520-0102 Site: www.cisnop.com.br

ANEXO IX
MINUTA DO CONTRATO

CONTRATO DE SERVIÇOS Nº __/202__

INEXIGIBILIDADE Nº ____/202__

CONTRATANTE: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO NORTE DO PARANÁ - CISNOP

CONTRATADO: _____

O CISNOP – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná, pessoa jurídica de Direito Público, integrante da administração pública, com sede à Rua Justino Marques Bonfim, nº 17, Conjunto Vítor Dantas, nesta cidade de Cornélio Procópio, Estado do Paraná, inscrito no CNPJ sob o nº 00.126.737/0001-55, neste ato representado por seu Diretor Presidente, Sr, residente e domiciliado no Município de, Estado, Endereço.....; portador da Cédula de Identidade RG nº, inscrito no CPF sob nºa seguir denominado **CONTRATANTE** e a empresa _____, inscrita no CNPJ. _____ denominada **CONTRATADA**, com sede _____, neste ato representada pelo Sr. _____, portador do RG. _____ e CPF. _____, residente em _____, acordam e ajustam firmar o presente Contrato, nos termos da Lei Estadual nº 15.608/07 Lei nº. 8.666/93 com suas alterações, assim como pelas condições do **Credenciamento nº 008/2018**, pelos termos da proposta da CONTRATADA e pelas cláusulas a seguir expressas, definidoras dos direitos, obrigações e responsabilidades das partes.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1- O presente instrumento tem por objeto credenciar empresas para Realização de exames de Ressonância Magnética pelo valor da Tabela SUS, Sedação, Contraste e Tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT) Tabela CISNOP, conforme tabela abaixo.

1.2 – Os exames objeto deste edital serão realizadas na sede do CONTRATADO e contemplarão todos os requisitos necessários à otimização do objeto.

1.3 - Serão praticados os preços da Tabela SUS e CISNOP.

ITEM	CÓDIGO TABELA SUS	DESCRIÇÃO	Quant. Anual	Valor unitário
------	-------------------	-----------	--------------	----------------

1.4 - A execução do objeto será realizada de forma parcelada, de acordo com a solicitação do CONTRATANTE e mediante a rotatividade entre os demais credenciados.



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO NORTE DO PARANÁ – CISNOP
CNPJ. 00.126.737/0001-55
Rua Justino Marques Bonfim, 17 – CJ Vitor Dantas – Cornélio Procópio-PR.
CEP: 86.300.000
Fone/fax (43)3520-0102 Site: www.cisnop.com.br

1.5 - Os laudos deverão ser disponibilizados eletronicamente no site da empresa e entregues aos pacientes as imagens impressas; sendo possível a integração das imagens ao sistema de prontuário eletrônico do Consórcio caso implantado o mesmo.

1.6- A contratada deverá fornecer laudos com identificação da empresa bem como providenciar sistema de identificação automática que gere o nome e data do paciente na imagem (tipo marca d'água) para todo e qualquer espécime de filme, película, ou imagem geradas.

1.7 - Liberação dos resultados e laudos nos prazos previstos neste Termo, em papel e por meio eletrônico, com assinatura digital (tecnologia que utiliza a criptografia e vincula o certificado digital ao documento eletrônico que está sendo assinado).

1.8 - Os prazos de entrega de laudos de exames deverão ser disponibilizados em até 72 (setenta e duas) horas para os exames de eletivos, para todos os exames de imagem radiográfica, tomográfica e de ressonância, salvo considerações que em casos de condições técnicas especiais, se houver necessidade, o prazo poderá ser ampliado mediante prévia autorização da unidade gestora do CISNOP correspondente à execução do exame.

1.9 - Novos prazos serão estabelecidos quando a Contratada necessitar de:

- a)- Novas imagens que possam ser determinantes para a correta elaboração do laudo;
- b)Exames antigos e/ou outras informações do paciente que possam ser determinantes para a correta elaboração do laudo;
- c)Nos casos acima a Contratada se compromete a fazer a solicitação ao setor gerador da imagem no prazo de 24 (vinte e quatro) horas da necessidade de novo exame, novas imagens e informações complementares sobre o paciente.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA VINCULAÇÃO

2.1 - Fazem parte integrante do presente Contrato, como se nele estivessem transcrito, a INEXIGIBILIDADE N° __/20__ e o CREDENCIAMENTO N° 008/2018 que lhe deu origem.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

3.1 - O pagamento pela prestação dos serviços será realizado mensalmente, em até 30 (trinta) dias após apresentação da nota fiscal e relatórios de atendimentos realizados, acompanhada da Certidão Negativa de Tributos Federal e Certificado de Regularidade do FGTS – CRF devidamente regularizadas, sendo que o pagamento será realizado através de depósito em conta própria da empresa.

Parágrafo único – O **CONTRATADO** deverá emitir relatório dos exames realizados contendo o nome e município dos pacientes atendidos, e fazer referência ao n° da nota fiscal emitida.

CLÁUSULA QUINTA - DO PRAZO



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO NORTE DO PARANÁ – CISNOP
CNPJ. 00.126.737/0001-55
Rua Justino Marques Bonfim, 17 – CJ Vitor Dantas – Cornélio Procópio-PR.
CEP: 86.300.000
Fone/fax (43)3520-0102 Site: www.cisnop.com.br

5.1 - O prazo do presente contrato será de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado, à critério da Administração.

CLÁUSULA SEXTA – DO VALOR CONTRATUAL

6.1 - O valor total do presente Contrato é de R\$ _____ (_____).

CLÁUSULA SÉTIMA - CRITÉRIO DE REAJUSTE

7.1 - O valor do objeto deste instrumento poderá ser reajustado desde que haja alteração na Tabela de Preços do CISNOP.

CLÁUSULA OITAVA – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA O CASO DE INADIMPLEMENTO CONTRATUAL

8.1 - O não cumprimento dos prazos e das condições ora acordadas no presente Contrato, sujeita a **CONTRATADA** à multa de 1% (um por cento) por dia de atraso, calculada sobre o preço total do Contrato, limitado a 30 (trinta) dias de atraso, ressalvados os casos fortuitos e força maior, devidamente comprovados e aceitos pelo **CONTRATANTE**.

8.2 - Pela inexecução total ou parcial do Contrato, o CISNOP poderá, garantida a prévia defesa, aplicar à **CONTRATADA** as sanções previstas no art. 87 da Lei nº 8.666/93, sendo que em caso de multa esta corresponderá a 10 % sobre o valor do Contrato.

CLÁUSULA NONA – DOS CASOS DE RESCISÃO

9.1 - O presente Contrato será rescindido de pleno direito pelo **CONTRATANTE**, independentemente de notificação judicial ou extrajudicial, ocorrendo qualquer das hipóteses previstas no art. 78, da Lei nº 8.666/93, ressalvados os casos fortuitos e de força maior, devidamente comprovados e aceitos pelo **CONTRATANTE** ou ainda, no caso de cancelamento do credenciamento.

CLÁUSULA DÉCIMA – DOS RECURSOS FINANCEIROS E DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

10.1 - As despesas decorrentes dos serviços, objeto deste contrato, serão reconhecidas contabilmente com as dotações:

Dotação:

Conta despesa	Fonte	Natureza despesa	Funcional
000009/2018	0001 Recurso Liv re Cisnop	3.3.90.39.50.00 - SERVIÇO MÉDICO - HOSPITALAR, LABORATORIAL E..	10.302.0001.2001
000069/2018	0311 Sia/Sus	3.3.90.39.50.00 - SERVIÇO MÉDICO - HOSPITALAR, LABORATORIAL E..	10.302.0004.2004
000085/2018	0321 Conv ênio Comsus 050/2016	3.3.90.39.50.00 - SERVIÇO MÉDICO - HOSPITALAR LABORATORIAL E..	10.302.0007.2007

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS DISPOSIÇÕES SUPLETIVAS

10.1 - O presente Instrumento contratual rege-se pelas disposições expressas na Lei nº 8.666, de 21 de junho 1993, e pelos preceitos de direito público, aplicando-se-lhe supletivamente os princípios da Teoria Geral dos Contratos e as disposições de direito privado.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO FORO

10.2 - Fica eleito o Foro da Comarca de Cornélio Procópio, para dirimir quaisquer dúvidas ou questões oriundas do presente Contrato.



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO NORTE DO PARANÁ – CISNOP
CNPJ. 00.126.737/0001-55
Rua Justino Marques Bonfim, 17 – CJ Vitor Dantas – Cornélio Procópio-PR.
CEP: 86.300.000
Fone/fax (43)3520-0102 Site: www.cisnop.com.br

E, por estarem, **CONTRATANTE** e **CONTRATADA** de pleno acordo com o disposto neste instrumento, firmam-no, juntamente com duas testemunhas, em 03 (três) vias de igual teor e forma, obrigando-se por si e por seus herdeiros e sucessores, a cumpri-lo em todos os seus termos.

Cornélio Procópio, ____ de _____ de 20__.

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE
DO NORTE DO PARANÁ
Presidente CISNOP**

**CONTRATADO
Representante Legal**