

CPSMIT

Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Itapipoca



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde



ANEXO II

**FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO CHAMADA
PÚBLICA Nº 001.2024.CPSMIT**

À Comissão de Licitação do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Itapipoca - CPSMIT.

Razão Social: _____

CNPJ: _____

E-mail: _____

Endereço: _____ CEP: _____

Pelo presente, manifestamos o nosso interesse em se CREDENCIAR junto ao Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Itapipoca - CPSMIT, para prestação de serviços de análises clínicas (exames laboratoriais), na forma do Edital de Chamada Pública Nº XXXXX.

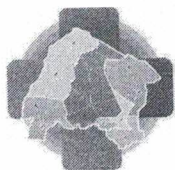
Nos credenciamos para a realização dos seguintes exames:

ESPECIFICAÇÕES	UNID	QUANT	VR. UNIT	VR. TOTAL

Declaramos inteira submissão aos preceitos legais em vigor, especialmente os da Lei nº 8.666/93 consolidada e alterada, e às cláusulas e condições constantes do Edital e do Termo de Referência, comprometendo-me a cumpri-las. Assumimos o compromisso de bem e fielmente executar os serviços, caso sejamos credenciados, seguindo as orientações emanadas da administração municipal.

Declaro, que a execução dos serviços ocorrerá de acordo com os valores fixados e em conformidade com as disposições do Anexo I - Termo de Referência.

Handwritten signature

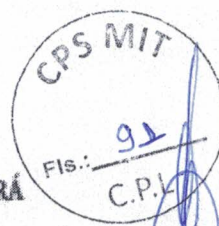


CPSMIT

Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Itapipoca



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde



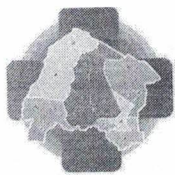
Declaro, que, nos valores apresentados acima, estão inclusos todos os tributos, encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, taxas, fretes, seguros, deslocamentos de pessoal, custos e demais despesas que possam incidir sobre a execução dos serviços.

Na oportunidade, solicitamos a juntada e análise dos documentos, em anexo, para fins de comprovação dos requisitos exigidos no instrumento convocatório.

Espera deferimento.

Cidade - (UF), de de 2023.

(Nome do representante legal)

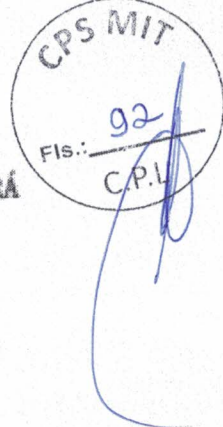


CPSMIT

Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Itapipoca



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde



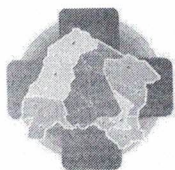
ANEXO III

DECLARAÇÃO

A empresa, inscrita no CNPJ sob o nº, sediada
....., por intermédio de seu representante legal, Sr.(a).....,
portador (a) da Carteira de Identidade nº....., CPF nº.....,
DECLARA, perante à Lei, que até a presente data, atende à norma do inciso XXXIII do artigo 7º da
Constituição Federal, com redação dada pela emenda constitucional nº 20/98, que proíbe trabalho
noturno, perigoso ou insalubre aos menores de 18 anos e de que qualquer trabalho a menores de
16 anos salvo na condição de aprendiz a partir de 14 anos.

Cidade - (UF), de de 2023.

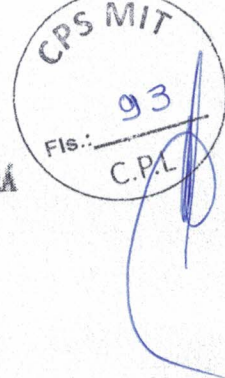
(Nome do representante legal)

**CPSMIT**

Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Itapipoca
AMONTADA-ITAPIPOCA-MIRAIMA-TRAIRI-TURURU-UMIRIM-URUBURETAMA



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde



ANEXO IV – MINUTA DO TERMO DE CREDENCIAMENTO

TERMO DE CREDENCIAMENTO PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ANÁLISES CLÍNICAS (EXAMES LABORATORIAIS) PARA ATENDER AS NECESSIDADES DO(A) CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE ITAPIPOCA – CPSMIT.

O Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Itapipoca – CPSMIT, pessoa jurídica de direito público interno, constituído sob a forma de associação de natureza autárquica, estabelecido à Avenida Anastácio Braga, 2405 – Fazendinha – Itapipoca – Ceará, inscrita no CNPJ(MF) sob nº 12.939.977/001-58, neste ato representado pelo Diretor Administrativo Financeiro, o Sr. XXXXXX (dados do diretor), doravante denominado CREDENCIANTE, e [...] (qualificar), inscrito no CNPJ (ou CPF/MF) sob o nº [...], CNES nº [...], doravante denominado CREDENCIADO, têm justo e acordado este Termo de Credenciamento, em conformidade com a Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações, e mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

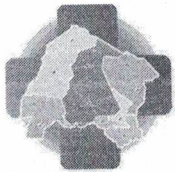
1.1. O presente chamamento público tem por objeto o credenciamento de pessoas jurídicas especializadas na área da saúde para prestação de serviços de análises clínicas (exames laboratoriais), conforme Anexo I deste Edital,.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO PRAZO

2.1. O prazo de vigência do credenciamento será até 31 de Dezembro de 2024, a contar de sua assinatura, podendo ser prorrogado, por interesse do CREDENCIANTE e anuência do CREDENCIADO, por iguais e sucessivos períodos, até o limite de sessenta meses.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

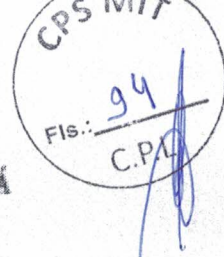
3.1. As empresas credenciadas serão remuneradas exclusivamente pelos atendimentos efetivamente realizados.

**CPSMIT**

Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Itapipoca
AMONTADA-ITAPIPOCA-MIRAIMA-TRAIRI-TURURU-UMIRIM-URUBURETAMA



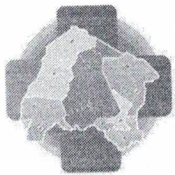
GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde



- 3.2. O pagamento será efetuado mensalmente, até o dia 05 (cinco) do mês posterior à prestação dos serviços, mediante nota fiscal/fatura, certidões vigentes e os documentos referentes aos serviços efetivamente prestados, discriminadas por cada município consorciado, nome e data do atendimento, que serão analisados pelo fiscal do contrato.
- 3.3. Os preços a serem pagos levarão em conta os valores já previamente fixados no Termo de Referência, oriundos da Tabela SUS.

CLÁUSULA QUARTA – DO LOCAL E DAS CONDIÇÕES PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

- 4.1. A execução dos serviços credenciados será feita de acordo com os seguintes critérios:
- 4.1.1. Os serviços serão prestados no estabelecimento da contratada;
- 4.1.2. Quando a prestação do serviço assim o exigir, a Credenciada deverá prestá-lo nas dependências da Policlínica Regional Dr. Francisco Pinheiro Alves.
- 4.2. Os serviços a serem executados serão aqueles constantes no Termo de Referência (Anexo I deste Instrumento), em face da solicitação da Contratante.
- 4.3. O pessoal e os materiais utilizados para a coleta dos exames serão de responsabilidade da credenciada, sendo também de sua responsabilidade exclusiva e integral os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais decorrentes do serviço, cujos ônus e obrigações, em nenhuma hipótese, poderão ser transferidos para o Consócio.
- 4.4. As empresas credenciadas deverão possuir condições tais que garantam a responsabilidade, presteza, segurança e eficácia da execução dos serviços, de modo a obter pleno resultado na realização dos serviços mencionados neste Edital de credenciamento.
- 4.5. Os serviços deverão manter, obrigatoriamente, nível de qualidade que garanta a possibilidade de diagnóstico seguro.
- 4.6. As empresas credenciadas se comprometem com a prestação de serviços, que consiste em coleta, análise e divulgação dos resultados referentes aos exames constantes da Tabela de Procedimentos/Valores SUS.
- 4.7. A tabela SUS, será utilizada como parâmetro para pagamento dos procedimentos realizados. Os valores acima dos estipulados como referência não serão aceitos.
- 4.8. Para a realização do serviço, o credenciado deverá receber do beneficiário a autorização emitida pelo(a) Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Itapipoca – CPSMIT, na qual constará o serviço a ser realizado.
- 4.9. O Consórcio reserva-se o direito de fiscalizar, de forma permanente, a prestação dos serviços pelos credenciados, podendo proceder no descumprimento das condições do

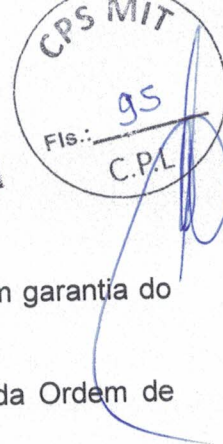


CPSMIT

Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Itapipoca
AMONTADA-ITAPIPOCA-MIRAIMA-TRAIRI-TURURU-UMIRIM-URUBURETAMA



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde



edital e do contrato, que deverá ser verificada em processo administrativo específico, com garantia do contraditório e da ampla defesa.

4.10. Os serviços deverão ser iniciados em até 05 (cinco) dias, a contar da emissão da Ordem de Serviços para início, e executados pelo período de 12 (doze) meses.

4.11. A escolha do credenciado será feita exclusivamente pelo usuário, tomador do serviço, que receberá lista dos credenciados quando autorizado o serviço pelo Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Itapipoca – CPSMIT.

CLÁUSULA SEXTA – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

6.1. As despesas oriundas deste credenciamento correrão à conta da seguinte dotação orçamentária: XXXXXXXX, elemento de despesa nº XXXXXXXXXXXXXXXX:

CLÁUSULA SÉTIMA – FISCALIZAÇÃO

7.1. O CREDENCIANTE realizará a fiscalização dos serviços decorrentes desse termo, que designará servidor para tanto, no qual observará o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas no contrato, e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados.

CLÁUSULA OITAVA - DO DESCREDENCIAMENTO

8.1. Ocorrerá o descredenciamento quando:

8.1.1. Por algum motivo a(s) entidade(s) credenciada(s) deixar(em) de atender as condições estabelecidas no Edital e no(s) contrato(s) administrativo(s) de prestação de serviços.

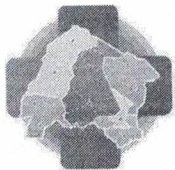
8.1.2. Na recusa injustificada da(s) entidade(s) credenciada(s) em assinar(em) o(s) termo de credenciamento(s), o(s) contrato(s), aceitar(em) ou retirar(em) o instrumento equivalente dentro do prazo estabelecido, implicando em seu imediato descredenciamento e na suspensão do direito de licitar com a Administração Pública de acordo com os prazos previstos em lei.

8.1.3. Por decisão do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Itapipoca - CPSMIT em revogar o presente chamamento público por razões de interesse público decorrente de fato superveniente comprovado, pertinente e suficiente para justificar tal conduta, ou anulá-lo por ilegalidade de ofício ou por provocação de terceiros, mediante parecer escrito e devidamente fundamentado.

8.1.4. Por rescisão do contrato entre a credenciada e o Consórcio.

8.2. O descredenciamento do prestador deverá respeitar o contraditório e a ampla defesa.

Ree

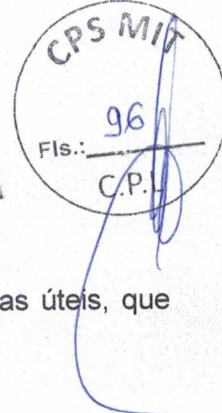


CPSMIT

Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Itapipoca
AMONTADA-ITAPIPOCA-MIRAIMA-TRAIRI-TURURU-UMIRIM-URUBURETAMA



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde



8.2.1. Da decisão relativa ao descredenciamento caberá recurso no prazo de 5 (cinco) dias úteis, que deverá ser dirigido ao XXXXXXXX e protocolizado durante o horário de expediente.

CLÁUSULA NONA - FORO

9.1. Fica eleito o foro da Comarca sede do Município CREDENCIANTE para dirimir as dúvidas oriundas deste Termo, quando não solvidas administrativamente.

E, por estarem justos e acordados, assinam o presente termo, em 3 (três) vias de igual teor e forma.

Itapipoca-Ce, XX de XXXX de 20XX.

Nome do(a) Diretor(a)
**Diretor Administrativo Financeiro do
CPSMIT
CREDENCIANTE**

Representante Legal
CREDENCIADO(A)

TESTEMUNHAS:

NOME E CPF:

NOME E CPF:

Ze