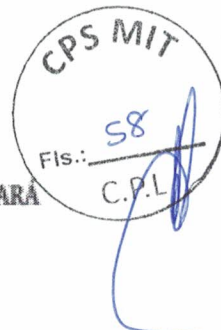


**CPSMIT**Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Itapipoca
AMONTADA-ITAPIPOCA-MIRAIMA-TRAIRI-TURURU-UMIRIM-URUBURETAMAGOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde**ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA**

O Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Itapipoca - CPSMIT, vêm apresentar o aludido Termo de Referência no qual constam as quantidades e especificações do(s) Serviço(s), com as necessárias motivações, as obrigações da empresa a ser contratada, dentre outros aspectos enfocados, tudo com a finalidade de embasar e justificar a referida contratação.

1. OBJETO: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA EM SERVIÇOS MÉDICOS DE CONSULTAS EM CARDIOLOGIA, NEUROLOGIA, CIRURGIA GERAL E ORTOPEDIA, REALIZAÇÃO DE EXAMES DE MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL, ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA, SISTEMA HOLTER 24 HORAS - 3 CANAIS, TESTE DE ESFORÇO OU TESTE ERGOMÉTRICO, ELETROENCEFALOGRAMA, BEM COMO PROCEDIMENTOS DE PEQUENAS CIRURGIAS E BIÓPSIAS DE PELE E PARTES MOLES, PARA OS PACIENTES ATENDIDOS PELA POLICLÍNICA DR. FRANCISCO PINHEIRO ALVES MANTIDA PELO CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE ITAPIPOCA-CE.

2. DAS QUANTIDADES E ESPECIFICAÇÕES DO OBJETO:

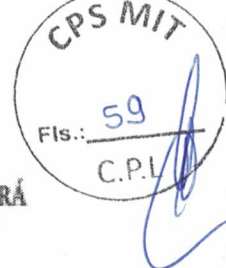
CONSULTAS MÉDICA E EXAMES EM CARDIOLOGIA	UNID.	QUANT. MÊS	QUANT. ANUAL	Valor unit.	Valor total
Consulta Médica Especializada realizada por Médico Cardiologista	Serviço	264	3.168		
Monitorização Ambulatorial de Pressão Arterial (equipamento do profissional)	Serviço	120	1.440		
Sistema Holter 24hs - 3 Canais (equipamento do profissional)	Serviço	120	1.440		
Ecocardiografia Transtorácica	Serviço	120	1.440		
Teste de Esforço ou Teste Ergométrico	Serviço	120	1.440		

CONSULTAS MÉDICAS E EXAMES EM NEUROLOGIA	UNID.	QUANT. MÊS	QUANT. ANUAL	Valor unit.	Valor total
Consulta Médica Especializada realizada por Médico Neurologista	Serviço	300	3.600		
Eletroencefalograma	Serviço	200	2.400		

CONSULTAS MÉDICAS E EXAMES EM OTORRINOLARINGOLOGIA	UNID.	QUANT. MÊS	QUANT. ANUAL	Valor unit.	Valor total
Consulta Médica Especializada realizada por Médico otorrinolaringologista	Serviço	264	3.168		
Exame de Nasofibroscoopia	Serviço	60	720		

CONSULTAS MÉDICAS EM PEDIATRIA	UNID.	QUANT. MÊS	QUANT. ANUAL	Valor unit.	Valor total
Consulta Médica Especializada realizada por médico Pediatra	Serviço	264	3.168		

CONSULTAS MÉDICAS EM TRAUMATO ORTOPEDIA	UNID.	QUANT. MÊS	QUANT. ANUAL	Valor unit.	Valor total
Consulta Médica Especializada realizada por médico Traumatista	Serviço	300	3.600		

**CPSMIT**Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Itapipoca
AMONTADA-ITAPIPOCA-MIRAIMA-TRAIRI-TURURU-UMIRIM-URUBURETAMAGOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde

CONSULTAS MÉDICAS E EXAMES EM GASTROENTEROLOGIA	UNID.	QUANT. MÊS	QUANT. ANUAL	Valor unit.	Valor total
Consulta Médica Especializada realizada por médico Gastroenterologista	Serviço	264	3.168		
Exame de endoscopia digestiva	Serviço	120	1.440		

CONSULTAS E PROCEDIMENTOS / CIRURGIA GERAL	UNID.	QUANT. MÊS	QUANT. ANUAL	Valor unit.	Valor total
Consulta Médica Especializada realizada por médico Cirurgião Geral	Serviço	264	3.168		
Exérese de tumor de pele e anexos / cisto sebáceo / Lipoma	Serviço	10	120		
Excisão de lesão e/ou sutura de ferimento da pele anexos e mucosa	Serviço	10	120		
Biópsia de pele e partes moles	Serviço	10	120		
Excisão e enxerto de pele (hemangioma, nevus ou tumor)	Serviço	10	120		
Excisão e sutura de linfangioma nevus	Serviço	10	120		

3. CRITÉRIO DE JULGAMENTO: Os lances e ofertas válidas de preços serão julgados pelo critério de **MENOR PREÇO GLOBAL**.

4. JUSTIFICATIVA: A presente contratação destina-se ao atendimento dos pacientes da Policlínica Dr. Francisco Pinheiro Alves, mantida pelo Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Itapipoca (CPSMIT), para desempenho de suas atividades e funções, proporcionando agilidade e qualidade aos serviços prestados à população dos municípios consorciados.

5. FORMA DE EXECUÇÃO DO OBJETO:

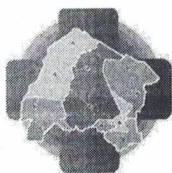
5.1 - A execução dos serviços objeto deste Termo de Referência dar-se-á através de atendimento presencial, de acordo com as necessidades do CPSMIT.

6. PRAZO DE EXECUÇÃO DO OBJETO: A execução dos serviços licitados se dará mediante expedição de ORDENS DE SERVIÇOS, por parte da Administração, ao licitante vencedor, de acordo com a conveniência e oportunidade Administrativa, a necessidade e disponibilidade financeira do CPSMIT.

7. DA VIGÊNCIA DO CONTRATO: O Contrato produzirá seus jurídicos e legais efeitos a partir da data de sua assinatura, **até 31 de dezembro de 2023**, ou até exaurir-se o objeto deste instrumento.

8. DOS ACRÉSCIMOS OU SUPRESSÕES: Poderá haver acréscimo ou supressão de até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial do contrato nos quantitativos licitados.

9. PAGAMENTO - O pagamento será efetuado até 30 (trinta) dias contados da data da apresentação da nota fiscal/fatura devidamente atestada pelo gestor da contratação, mediante crédito em conta corrente em nome da contratada.



CPSMIT

Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Itapipoca

AMONTADA-ITAPIPOCA-MIRAIMA-TRAIRI-TURURU-UMIRIM-URUBURETAMA



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde

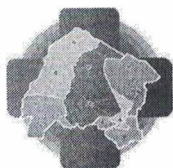


10. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: As despesas decorrentes desta contratação, serão oriundas de recursos oriundos dos repasses do Contrato de Rateio (Entes Consorciados – Municípios e Estado do Ceará), consignada na Dotação Orçamentária nº: 0101.10.302.0403.2.003 - Gerenciamento da Policlínica - Elemento De despesa: **3.3.90.39.00 - Serviços Pessoa Jurídica**, Consignado no Orçamento de 2023.

Itapipoca, 03 de fevereiro de 2023.

Jessica Matos de Freitas
JÉSSICA MATOS DE FREITAS

Diretora Administrativa Financeiro do CPSMIT

**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 II – MINUTA DA PROPOSTA DE PREÇOS

Ao
CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE ITAPIPOCA
Att. Comissão Permanente de Licitação
REF. PREGÃO Nº 23.02.01.PP.CPSMIT

Item	Detalhamento dos Serviços	Unid.	Quant; Mensal	Quant; Anual	Vr. Unit.	Vr. Total Mensal	Vr. Total Global
						VL. GLOBAL	

Observação: Para todos os **itens** deverão ser cotados com valores unitários e totais.

- Declaramos que, nos valores apresentados acima, estão inclusos todos os tributos, encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, taxas, seguros, deslocamentos de pessoal, custos e demais despesas que possam incidir sobre a execução do objeto, inclusive a margem de lucro e que cumpre também à todas as obrigações contidas no Edital.

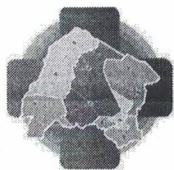
- Declaramos ainda que, assumimos inteira responsabilidade pela execução dos serviços, objeto desse Edital e que serão executados conforme exigência editalícia e contratual e que serão iniciados dentro do prazo de até 05(cinco) dias úteis contados a partir da data de recebimento da Ordem de Serviço.

- VALOR GLOBAL DA PROPOSTA R\$: _____ (POR EXTENSO)
- PRAZO DE EXECUÇÃO DO OBJETO: Conforme Edital.
- VALIDADE DA PROPOSTA: 60 (SESENTA) dias.

PROPONENTE: _____
ENDEREÇO : _____ Nº _____, BAIRRO: _____
CIDADE _____ UF _____ CEP: _____ - TELEFONE: _____
BANCO _____ AGÊNCIA _____ CONTA BANCÁRIA _____

_____ (CE), ____ de _____ de 2023.

Assinatura

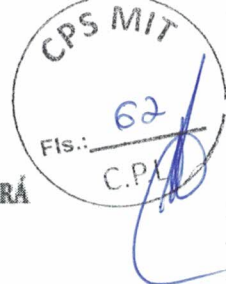


CPSMIT

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



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde



ANEXO III - MODELOS DE DECLARAÇÕES

III.I.) 1º Modelo de Declaração:

DOCUMENTO EXIGIDO NO CREDENCIAMENTO

DECLARAÇÃO

(NOME E QUALIFICAÇÃO DO FORNECEDOR), DECLARA sob as penas da lei, para todos os fins de direito a que se possa prestar, especialmente para fazer prova em processo licitatório, junto ao Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Itapipoca, Estado do Ceará, o seguinte: (1) que dá ciência de que cumpre plenamente os requisitos de habilitação constantes do instrumento convocatório; (2) que tem pleno conhecimento de todos os parâmetros e elementos do Edital Nº 23.02.01.PP.CPSMIT, e dos serviços a serem Contratadas no presente certame licitatório; e (3) que sua proposta atende integralmente aos requisitos constantes neste edital.

Pelo que, por ser a expressão da verdade, firma a presente, sob as penas da Lei.

Local (UF), de de

.....
DECLARANTE/Carimbo

III.II.) 2º Modelo de Declaração:

DOCUMENTO EXIGIDO NO CREDENCIAMENTO

PROCURAÇÃO

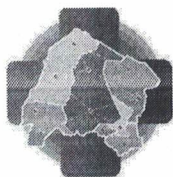
OUTORGANTE: <NOME DA EMPRESA, CNPJ e ENDEREÇO> neste ato representada por seu (titular, sócio, diretor ou representante), Sr.<NOME>, qualificação (nacionalidade, estado civil, profissão, RG e CPF)

OUTORGADO: <NOME DO CREDENCIADO> qualificação (nacionalidade, estado civil, profissão, RG, CPF e endereço).

PODERES: O outorgante confere ao outorgado pleno e gerais poderes para representá-lo junto ao Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Itapipoca, Estado do Ceará, relativo ao pregão promovido através do Edital nº podendo o mesmo, assinar propostas, atas, entregar durante o procedimento os documentos de credenciamento, envelopes de proposta de preços e documentos de habilitação, assinar toda a documentação necessária, como também formular ofertas e lances verbais de preços e praticar todos os demais atos pertinentes ao certame em nome da Outorgante que se fizerem necessários ao fiel cumprimento deste mandato, inclusive interpor recursos, ciente de que por força do artigo 675 do Código Civil está obrigado a satisfazer todas as obrigações contraídas pelo outorgado.

....., de de.....

.....
OUTORGANTE (reconhecer a firma da assinatura)



CPSMIT

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



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde



III.III.) 3º Modelo de Declaração:

DOCUMENTO EXIGIDO NA HABILITAÇÃO

DECLARAÇÃO

Ao
Pregoeiro do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Itapipoca - CPSMIT
REF. PREGÃO Nº 23.02.01.PP.CPSMIT

(NOME E QUALIFICAÇÃO DO FORNECEDOR), DECLARA:

a) sob as penas da lei, para todos os fins de direito a que se possa prestar, especialmente para fins de prova em processo licitatório, junto ao Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Itapipoca, Estado do Ceará, que, em cumprimento ao estabelecido na Lei Federal nº 9.854, de 27/10/1999, publicada no DOU de 28/10/1999, e ao inciso XXXIII, do artigo 7º, da Constituição Federal, que não emprega em trabalho noturno, perigoso ou insalubre menores de dezoito(18) anos, e em qualquer trabalho menores de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos.

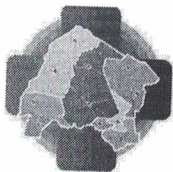
b) sob as penas da lei, para todos os fins de direito a que se possa prestar, especialmente para fins de prova em processo licitatório, junto ao Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Itapipoca, Estado do Ceará, que concorda integralmente com os termos deste edital e seus anexos;

c) que inexistente qualquer fato superveniente impeditivo de nossa habilitação para participar no presente certame licitatório, bem assim que ficamos ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores, nos termos do art. 32, §2º, da Lei n.º 8.666/93.

Pelo que, por ser a expressão da verdade, firma a presente, sob as penas da Lei.

Local(UF), de de

.....
DECLARANTE



CPSMIT

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



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde



III.IV.) 4º Modelo de Declaração:

**DECLARAÇÃO PARA MICRO EMPRESA
E EMPRESA DE PEQUENO PORTE**

QUALIFICAÇÃO COMO ME/EPP - (LEI Nº 123/06 e LEI 147/14)

Ao
Pregoeiro do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Itapipoca - CPSMIT
REF. PREGÃO Nº 23.02.01.PP.CPSMIT

A empresa _____ (razão social do licitante), com endereço na
_____ (endereço completo), inscrita no CNPJ/MF sob o número
_____, vem, pelo seu representante legal infra-assinado declarar, sob as penas da Lei, que
cumpre os requisitos estabelecidos no artigo 3º e 4º da **Lei Complementar nº 123**, de 14 de dezembro de 2006
com as alterações introduzidas pela **Lei Complementar nº 147**, de 07 de agosto de 2014 e, que a empresa está
apta a usufruir do tratamento favorecido estabelecido nos artigos 42 ao 49 da referida Lei.

..... (CE), de 2023.

Assinatura(s) do(s) Representante(s) Legal(is) da Firma

11