



CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2020
INEXIGIBILIDADE Nº 02/2020
NÚMERO GERAL DE LICITAÇÃO Nº 27/2020

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2020 PARA CREDENCIAMENTO DE
PESSOAS JURÍDICAS E FÍSICAS PARA SERVIÇOS MÉDICOS
ESPECIALIZADOS

1 – PREÂMBULO

1.1 – O **CONSÓRCIO REGIONAL INTERMUNICIPAL DE SAÚDE – CRIS**, com fundamento no art. 25, caput, da Lei Nº 8.666, de 21 de junho de 1993, além do presente no processo administrativo de inexigibilidade nº 02/2020 e neste presente edital e seus Anexos, torna pública a abertura do credenciamento observadas as necessidades regionais, para pessoas físicas e jurídicas interessadas na prestação de serviços médicos especializados para os anos de 2020/2021.

2 – OBJETO

2.1 – Tem por objeto o **CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS E FÍSICAS PARA SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS** que deverão ser prestados em instalações do(a) **CREDENCIADO(A)** ou indicados e cedidos pelos Municípios Consorciados ou pelo **CRIS**.

3 – RELAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS, PROCEDIMENTOS E CONSULTAS

3.1 – Os descritos no Anexo IV deste Chamamento.

4 – CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO

4.1 – Poderão participar do Credenciamento as pessoas físicas e jurídicas da área de Saúde que mantenham, em seus quadros, profissionais das áreas especializadas respectivas que gozem de boa reputação profissional, desde que atendidos os requisitos dos itens 6 e 7, tais como exigidos neste instrumento; além disso, as pessoas jurídicas passíveis de credenciamento devem atender as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento satisfatório;

4.2 – Poderão participar pessoas físicas ou jurídicas, desde que atendidos os requisitos deste instrumento, vedados os que cumprem sanções previstas nos incisos III e IV do art. 87 da Lei nº 8.666/93.

4.3 - Poderão participar pessoas físicas ou jurídicas desde que regionalmente estabelecidas, considerando as especificidades de saúde dos atendidos.



4.3.1 – Para efeitos de regionalidade se entende as seguintes regiões de acordo com os Departamentos Regionais de Saúde – DRS do Estado de São Paulo:

a) DRS IX – Marília.

5 – FORMA DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO/PRAZO

5.1 – Os interessados poderão inscrever-se para o Credenciamento a partir de 19/05/2020, conforme publicação de extrato do presente edital no site www.cris.sp.gov.br, no Diário Eletrônico do CRIS e na página de licitações.

5.2 – Serão consideradas credenciadas as pessoas físicas ou jurídicas que apresentarem os Documentos enumerados no item 7 deste instrumento.

5.3 – Os interessados poderão solicitar a inscrição no Credenciamento, para o exercício de 2020/2021, a qualquer momento a partir de 19/05/2020, pelo período de 01 (um) ano, sendo suas inscrições proporcionalmente adequadas ao período remanescente de vigência do Credenciamento em 2020/2021.

5.4 – Os interessados poderão solicitar a inscrição a partir de 19/05/2019 e serão analisadas a cada trinta dias, de acordo com as necessidades do CRIS, sujeitando-se a efetiva demanda do serviço.

5.5 – Os modelos de formulários para cadastramento estarão disponíveis diretamente na sede administrativa do CRIS, conforme os anexos deste instrumento no site www.cris.sp.gov.br.

5.6– Os prazos de início e término de execução do objeto será de 20/06/2020 a 19/06/2021.

6 – FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

6.1 – Encaminhar na data prevista, a partir de 19/05/2020, os documentos relacionados no item 7 à Comissão Permanente de Licitação, de segunda a sexta-feira, das 08:00 horas às 17:00 horas, no endereço da Sede deste Consórcio, Rua Coroados, nº 995, Centro, telefone (14) 3441-5907, CEP 17.600-010, na Cidade e Comarca de Tupã–SP, em envelope fechado com as seguintes indicações:

CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS E FÍSICAS PARA PROCEDIMENTOS MÉDICOS DE DIAGNÓSTICO

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2020

INTERESSADO:

ESPECIALIDADE:

ENDEREÇO:

TELEFONE

PARA

CONTATO:



7 – DOCUMENTAÇÃO PARA HABILITAÇÃO

7.1 – Pessoa Jurídica:

- a) Requerimento, conforme Anexo I;
- b) Cópia da inscrição no CNPJ;
- c) Atos constitutivos, devidamente registrados;
- d) Declaração do credenciado de que não pesa contra si declaração de inidoneidade, expedida por Órgão da Administração Pública de qualquer esfera do Governo, de acordo com Anexo II;
- e) Declaração de que cumpre o disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição e na Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999 (Anexo III);
- f) Prova de regularidade fiscal com a Receita Federal (Receita Federal e Dívida Ativa da União).
- g) Prova de regularidade fiscal para com a Receita Estadual;
- h) Prova de regularidade fiscal para com a Receita Municipal da cidade sede da pessoa jurídica credenciada;
- i) Prova de regularidade para com a Seguridade Social (Certidão Negativa de Débito emitida pelo INSS);
- j) Prova de regularidade para com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (Certificado de Regularidade do FGTS);
- k) Cópia do comprovante de inscrição no Conselho Profissional correspondente (CRM ou equivalente), do(s) profissional(is) que executará(ão) os serviços, com a comprovação de vínculo na empresa;
- l) Título de Especialização ou Residência na área pleiteada, quando o caso.

OBSERVAÇÃO: a documentação solicitada poderá ser apresentada em xerox, sendo de inteira responsabilidade do interessado a veracidade dos documentos.

7.2 – Pessoa Física:

- a) Requerimento, conforme Anexo I;
- b) Cópia da Cédula de Identidade;
- c) Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF);
- d) Declaração do credenciado de que não pesa contra si declaração de inidoneidade, expedida por Órgão da Administração Pública de qualquer esfera do Governo, de acordo com Anexo II;
- e) Declaração de que cumpre o disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição e na Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999 (Anexo III);
- f) Prova de regularidade fiscal com a Receita Federal (Receita Federal e Dívida Ativa da União).
- g) Prova de regularidade fiscal para com a Receita Estadual;
- h) Prova de regularidade fiscal para com a Receita Municipal da cidade sede da pessoa jurídica credenciada;
- i) Prova de regularidade para com a Seguridade Social (Certidão Negativa de Débito emitida pelo INSS);
- j) Prova de regularidade para com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (Certificado de Regularidade do FGTS);



- k) Cópia do comprovante de inscrição no Conselho Profissional correspondente (CRM ou equivalente), do(s) profissional(is) que executará(ão) os serviços;
- l) Título de Especialização ou Residência na área pleiteada, quando o caso.

7.3 – Os interessados poderão inscrever-se em mais de uma especialidade, desde que preenchidos os requisitos na respectiva área, ou optar parcialmente por atividade(s) relacionada(s) na tabela em anexo.

8 – PROCEDIMENTO DO CADASTRO

8.1 – Ao requerer a inscrição para cadastro, ou atualização deste, a qualquer tempo, o interessado fornecerá os elementos necessários à satisfação das exigências contidas no item 7 acima.

8.2 – Não será aceito cadastro com documentação incompleta. O cadastramento será feito pela ordem de chegada dos envelopes contendo os documentos de habilitação e poderá ser renovado anualmente.

8.3 – Os inscritos serão cadastrados por especialidade, segundo a avaliação técnica da documentação relacionada no item 7.

8.4 - O cadastramento será amplamente divulgado e estará permanentemente aberto aos interessados e pelo site www.cris.sp.gov.br.

8.5 - O CRIS procederá ao chamamento público dos interessados através da imprensa oficial do Estado pelo site www.cris.sp.gov.br e bem como em seu Diário Oficial Eletrônico, para a atualização dos registros existentes e para o ingresso de novos interessados.

9 – DO VALOR E PRAZO DA EXECUÇÃO

9.1 - A remuneração pela prestação dos serviços será regida pela Tabela de Procedimentos do CRIS.

9.2 - O prazo de execução será entre **20/06/2020 a 19/06/2021**, sendo que os Credenciamentos efetivados a partir desta data inaugural serão efetivados e pagos em proporcionalidade. Ressalta-se que, havendo necessidade e interesse, poderá haver aditamentos nos termos da Lei nº 8.666/93;

9.3 - A vigência do presente Instrumento fica vinculada à existência de recursos orçamentários nos termos fixados pelo inciso II, do art. 57 da Lei de Licitações.

9.4 - Para a execução do objeto e eventualmente os que vieram a este aderir, se o caso, com dotação própria, respectivamente para os exercícios de 2020/2021:



Dotação: 3.3.9.0.36.00000 – OUTROS SERV. DE TERCEIROS-PE FÍSICA
Dotação: 3.3.9.0.39.00000 – OUTROS SERV. DE TERCEIROS-PE JURÍDICA

9.5. A emissão dos empenhos será por estimativa mensal, suplementados ou anulados na medida das necessidades.

10 – DO LOCAL DE ATENDIMENTO

10.1 - Os atendimentos a que se referem no presente Edital deverão ser realizados em instalações do(a) Credenciado(a) na Cidade de Tupã ou em local indicado e cedido pelos Municípios Consorciados ou pelo CRIS.

10.1.1 – Para os fins do disposto no item anterior haverá o necessário deslocamento do credenciado para atendimento na cidade sede ou nos municípios Consorciados a critério do CRIS, com vistas ao melhor atendimento da respectiva especialidade, não podendo haver oposição por parte do credenciado.

10.2 – Quando do ato de requerimento de credenciamento cabe ao interessado, com vistas ao disposto nos itens anteriores, informar para qual dos municípios consorciados tem interesse em estar credenciado para os eventuais atendimentos, podendo ser um, alguns ou todos.

10.3 – A utilização do local de atendimento, indicado pelo interessado ao credenciamento, não implicará em qualquer forma de responsabilidade e ônus por parte do CRIS.

11 – DO CRITÉRIO DE REAJUSTE

11.1 – Os valores dos procedimentos indicados no item 9 não sofrerão reajuste no período de vigência do presente Credenciamento.

12 - DA FORMA DE FORNECIMENTO

12.1 - O Município Consorciado providenciará o encaminhamento do paciente, através de sistema informatizado para tanto, preenchendo devidamente os dados.

12.2 – O(A) Credenciado(a) deverá anotar a solicitação do atendimento, mediante requisição do serviço de saúde do Município Consorciado, através de impresso específico, bem como ter cadastro ativo no sistema informatizado de agendamento, acompanhando e disponibilizando agenda.

12.3 – O paciente será atendido no local indicado com apresentação do impresso referido, devendo o(a) Credenciado(a) registrar o atendimento e posterior devolução do documento ao CRIS.

12.4 – No caso das Consultas, o(a) Credenciado(a) deverá enviar a Contra-referência das consultas realizadas, para acompanhamento e sequência de atendimento pela Unidade requisitante.



12.5 – No caso dos Exames, o(a) Credenciado(a) deverá providenciar os laudos que serão entregues aos pacientes ou retirados pela localidade de origem, para acompanhamento e sequência de atendimento pela Unidade requisitante.

12.6 – No caso de sessões de terapia, a quantidade de atendimento dos retornos deverá ser determinada pelo(a) Credenciado(a), visando o efetivo tratamento do paciente.

12.7 – Fica determinado o prazo máximo de 08 (oito) dias para expedição dos laudos de rotina, exceto nos casos comprovados de urgência cujos resultados deverão ser restritos ao menor tempo possível.

12.8 – Os serviços de responsabilidade do(a) Credenciado(a) deverão ser realizados nas melhores condições de atendimento à população.

12.9 – A quantidade de consultas por mês será conforme demanda de acordo com a necessidade, sem que o Contratado(a) tenha direito a qualquer indenização ou compensação financeira, obedecida a legislação vigente.

12.10 – A quantidade de consultas mensais será informada pelo CRIS com antecedência mínima de 15 dias, onde, em igual prazo o prestador irá disponibilizar agenda.

12.11 – Para fins de operacionalização, em havendo mais de um credenciado para a mesma especialidade o fluxo de atendimento será compartilhado de forma proporcional.

12.12 – Para fins de disponibilização de agenda referida nos itens anteriores, o Credenciado(a), com antecedência mínima de 60 dias, deverá indicar suas datas e horários, ressalvado os dois primeiros meses de atendimento em que a agenda deve ser disponibilizada no momento do requerimento de credenciamento.

13 – DO FATURAMENTO

13.1 – A competência para faturamento das guias de autorizações de consultas, exames e procedimentos será sempre mensal, exceto quando o início ou o fim de credenciamento não corresponda à integralidade de um mês.

13.2 – O(A) credenciado(a) deverá enviar em envelope fechado, ao CRIS, o relatório de produção mensal juntamente com as guias de autorizações por Município Consorciado a que prestou o serviço.

13.3 – O prazo de entrega dos documentos constantes no item anterior, será até o terceiro dia útil após o fechamento da competência.



13.4 – Após a validação dos documentos realizados pelo CRIS, este solicitará a emissão de nota fiscal individualizada por município, a ser entregue em até 48 horas da solicitação.

13.5 – Após o procedimento referido no item anterior encaminhará ao Município Consorciado, até o dia 15 (quinze) do mês subsequente ao do serviço prestado, a solicitação do repasse dos valores para pagamento do(a) credenciado(a).

13.6 – Os documentos recebidos após a data determinada no item 13.3, serão faturados na competência seguinte, bem como e as notas fiscais entregues fora do prazo do item 13.4.

13.7 – Serão rejeitadas as guias que não contenham assinatura do credenciado ou de seu representante e sem assinatura do paciente ou de seu responsável.

14 - DO PREÇO E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO.

14.1 – O valor dos atendimentos dos pacientes agendados para retorno, no caso de consultas e para procedimentos de diagnóstico, será calculado de acordo com o seguinte critério:

- a) retorno até 30 (trinta) dias = sem ônus para o CRIS.
- b) retorno com mais de 30 (trinta) dias = valor unitário integral.

14.2 – Não será pago o exame do mesmo tipo, para o mesmo paciente, realizado com intervalo de até 30 (trinta) dias, exceto em caso excepcional.

14.3 – O valor referente aos atendimentos do mês será pago obedecendo ao critério da proporcionalidade, calculado pelo valor unitário, conforme a quantidade realizada.

14.4 – Os pagamentos serão efetuados no prazo de 30 dias, contados da emissão da nota fiscal, ou conforme disponibilidade de repasses financeiros das Prefeituras Consorciadas e/ou transferência de recursos oriundos do Governo Estadual e/ou Federal.

14.5 – Não será efetuada nenhuma antecipação de pagamento do valor ou parte do valor a ser contratado, sem efetiva prestação do serviço.

14.6 – O pagamento poderá ser realizado através de TED, DOC, TEV ou depósito bancário para a conta corrente de titularidade do(a) credenciado(a) ou por emissão de cheque nominal.

14.7 - É vedada a cobrança de sobretaxas pelos credenciados, sendo motivo de descredenciamento.

14.9 - A remuneração será conforme Tabela, na forma do Anexo IV.

15 - DO CRÉDITO ORÇAMENTÁRIO



Para a execução do objeto e eventualmente os que vieram a este aderir, se o caso, quanto à categoria econômica e dotação, cita-se:

Órgão Orçamentário – Consórcio de Saúde
Unidade 01 – Administração
Dotação: 3.3.9.0.36.00000 – OUTROS SERV. DE TERCEIROS-PE FÍSICA
Dotação: 3.3.9.0.39.00000 – OUTROS SERV. DE TERCEIROS-PE JURÍDICA

16 – SANÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA O CASO DE INADIMPLENTO DOS SERVIÇOS

16.1. Pela inexecução total ou parcial na prestação dos serviços, o CRIS, poderá, garantida a prévia defesa, aplicar aos credenciados as sanções previstas no art. 87 da Lei nº. 8.666/93. Em caso de aplicação de multa, esta será de R\$ 5.000,00 pela inexecução parcial e de R\$ 10.000,00 pela inexecução total.

16.2. No caso de aplicação de multa referida no item anterior o credenciado expressamente autoriza a retenção do referido valor a título de pagamento da sanção pecuniária.

17 – RECURSOS

17.1 – É assegurado o direito de Recurso, nos termos do art. 109 da Lei nº 8666/93.

18 – DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1 – Esclarecimentos relativos ao presente e às condições para atendimento das obrigações necessárias ao cumprimento de seu objeto serão prestados pela Secretaria Executiva, de segunda a sexta-feira, em horário de expediente.

18.2 – Fica eleito o foro da Cidade e Comarca de Tupã, Estado de São Paulo, que será o único competente para dirimir questões decorrentes do Credenciamento.

19 – ANEXOS

19.1 – Integram o presente instrumento os seguintes anexos:

- I - Modelo de requerimento para credenciamento;
- II - Modelo de Declaração de Idoneidade;
- III - Modelo de Declaração de cumprimento à observância ao disposto no inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal;
- IV - Tabela de valores (consultas especializadas, diagnósticos e procedimentos);
- V - Informe da prestação de serviços;
- VI – Contrato de Execução de Serviços (Minuta);
- VII – Modelo de procuração.

Tupã, 18 de maio de 2020.

Alexandre Martinez Ignatius
Secretário Executivo



CONSÓRCIO REGIONAL INTERMUNICIPAL DE SAÚDE – CRIS
Arco Íris Bastos Herculândia Iacri Queiroz Rinópolis Tupã
Rua Coroados, nº 995 - CEP 17.600-010 - TEL. (14) 3496-4737 – Tupã
CNPJ – 07833463/0001-83

| |
|----------------------------------------------|
| CRIS Fls.: _____ Rubrica: _____ |
|----------------------------------------------|

ANEXO I

(Em papel timbrado)

Ao CONSÓRCIO REGIONAL INTERMUNICIPAL DE SAÚDE – CRIS,

_____ (nome jurídico completo),
abaixo qualificado, requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PESSOAS
JURÍDICAS E FÍSICAS PARA PROCEDIMENTOS MÉDICOS DE
DIAGNÓSTICO Nº 01/2020, divulgado pelo CONSÓRCIO REGIONAL
INTERMUNICIPAL DE SAÚDE – CRIS, objetivando a prestação de serviços na
especialidade de _____.

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

CEP _____ CIDADE _____ ESTADO _____

PROFISSIONAL _____

RESPONSÁVEL: _____

CEP _____ CIDADE _____ ESTADO _____

Nº REG. CONSELHO DE CLASSE: _____

RG _____ CPF _____

ESPECIALIDADE _____

ATIVIDADES A SEREM PRESTADAS:

(Relacionar de acordo com a Tabela do CRIS, Anexo IV, os serviços pretendidos)

MUNICÍPIO(S) DE INTERESSE:

(Relacionar os Municípios ao qual tem interesse prestar serviços, considerando a possibilidade de deslocamento até a respectiva cidade)

Tupã - SP, ___ de _____ de 2.020.

(nome e assinatura do solicitante)



CONSÓRCIO REGIONAL INTERMUNICIPAL DE SAÚDE – CRIS
Arco Íris Bastos Herculândia Iacri Queiroz Rinópolis Tupã
Rua Coroados, nº 995 - CEP 17.600-010 - TEL. (14) 3496-4737 – Tupã
CNPJ – 07833463/0001-83

| |
|----------------|
| CRIS |
| Fls.: _____ |
| Rubrica: _____ |

ANEXO II

(Em papel timbrado do profissional ou empresa interessada)

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

Declaro(amos), para os fins de direito, na qualidade de Credenciado(s) do Cadastramento de Profissionais do CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2020, instaurado pelo CONSÓRCIO REGIONAL INTERMUNICIPAL DE SAÚDE – CRIS, que não sou (somos) declarado(s) inidôneo(s) para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente.

Tupã-SP, ___ de _____ de 2.020.

Assinatura do Responsável.



CONSÓRCIO REGIONAL INTERMUNICIPAL DE SAÚDE – CRIS
Arco Íris Bastos Herculândia Iacri Queiroz Rinópolis Tupã
Rua Coroados, nº 995 - CEP 17.600-010 - TEL. (14) 3496-4737 – Tupã
CNPJ – 07833463/0001-83

| |
|----------------|
| CRIS |
| Fls.: _____ |
| Rubrica: _____ |

ANEXO III

(Em papel timbrado do profissional ou empresa interessada)

DECLARAÇÃO DE OBSERVÂNCIA AO DISPOSTO NO INCISO XXXIII DO
ARTIGO 7º DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL

Declaro(amos), para os fins de direito, na qualidade de Credenciado(s) do Cadastro de Profissionais do CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2020, que cumpri(mos) o disposto no inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente.

Tupã, _____ de _____ de 2020.

Assinatura do Responsável Legal.



ANEXO IV

TABELA CRIS 2.020

VALORES UNITÁRIOS DOS SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS
OBRIGATÓRIOS

| | | | | |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------|-----------|
| Especialidade: | Médico | Área de atuação: ANESTESIA | Valor Proposto: | R\$ 82,00 |
| Titulação/Habilitação | Curso superior de Medicina e Residência Médica na área pleiteada | | | |
| Procedimentos obrigatórios: | Consulta pré-operatória | | | |

| | | | | |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------|-----------|
| Especialidade: | Médico | Área de atuação: PSIQUIATRIA | Valor Proposto: | R\$ 32,44 |
| Titulação/Habilitação | Curso superior de Medicina e Residência Médica ou Curso de Especialização na área pleiteada | | | |
| Procedimentos obrigatórios: | Consulta Médica | | | |

| | | | | |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------|-----------|
| Especialidade: | Médico | Área de atuação: OTORRINOLARINGOLOGIA | Valor Proposto: | R\$ 40,00 |
| Titulação/Habilitação | Curso Superior de Medicina e Residência Médica ou Curso de Especialização na área pleiteada | | | |
| Procedimentos obrigatórios: | Consulta Médica | | | |

| | | | | |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------|-----------|
| Especialidade: | Médico | Área de atuação: CARDIOLOGIA | Valor Proposto: | R\$ 40,00 |
| Titulação/Habilitação | Curso Superior de Medicina e Residência Médica na área pleiteada | | | |
| Procedimentos obrigatórios: | Consulta Médica | | | |

| | | | | |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------|-----------|
| Especialidade: | Médico | Área de atuação: PNEUMOLOGIA | Valor Proposto: | R\$ 40,00 |
| Titulação/Habilitação | Curso Superior de Medicina e Residência Médica ou Curso de Especialização na área pleiteada | | | |
| Procedimentos obrigatórios: | Consulta Médica | | | |



CONSÓRCIO REGIONAL INTERMUNICIPAL DE SAÚDE – CRIS
Arco Íris Bastos Herculândia Iacri Queiroz Rinópolis Tupã
Rua Coroados, nº 995 - CEP 17.600-010 - TEL. (14) 3496-4737 – Tupã
CNPJ – 07833463/0001-83

CRIS

Fls.: _____

Rubrica: _____

| | | | | |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------|--------------|
| Especialidade: | Médico | Área de atuação: REUMATOLOGISTA | Valor Proposto: | R\$ 40,00 |
| Titulação/Habilitação | Curso Superior de Medicina e Residência Médica ou Curso de Especialização na área pleiteada | | | |
| Procedimentos obrigatórios: | Consulta Médica | | | |

| | | | | |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------|--------------|
| Especialidade: | Médico | Área de atuação: ENDOCRINOLOGIA | Valor Proposto: | R\$ 40,00 |
| Titulação/Habilitação | Curso Superior de Medicina e Residência Médica ou Curso de Especialização na área pleiteada | | | |
| Procedimentos obrigatórios: | Consulta Médica | | | |

| | | | | |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|-----------|
| Especialidade: | Médico | Área de atuação: VASCULAR | Valor Proposto: | R\$ 40,00 |
| Titulação/Habilitação | Curso Superior de Medicina e Residência Médica na área pleiteada | | | |
| Procedimentos obrigatórios: | Consulta Médica | | | |

| | | | | |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|-----------|
| Especialidade: | Médico | Área de atuação: UROLOGIA | Valor Proposto: | R\$ 40,00 |
| Titulação/Habilitação | Curso Superior de Medicina e Residência Médica na área pleiteada | | | |
| Procedimentos obrigatórios: | Consulta Médica | | | |

| | | | | |
|-----------------------------|----------------------------|------------------------------------------|------------------------|-----------|
| Especialidade: | Médico | Área de atuação: CLINICO GERAL | Valor Proposto: | R\$ 20,88 |
| Titulação/Habilitação | Curso Superior de Medicina | | | |
| Procedimentos obrigatórios: | Consulta Médica | | | |

| | | | | |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------|-----------|
| Especialidade: | Médico | Área de atuação: DERMATOLOGIA | Valor Proposto: | R\$ 31,39 |
| Titulação/Habilitação | Curso Superior de Medicina e Residência Médica ou Curso de Especialização na área pleiteada | | | |
| Procedimentos obrigatórios: | Consulta Médica | | | |

| | | | | |
|-----------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|-----------|
| Especialidade: | Médico | Área de atuação: NEUROLOGIA | Valor Proposto: | R\$ 37,67 |
| Titulação/Habilitação | Curso Superior de Medicina e Residência Médica na área | | | |



| | |
|-----------------------------|-----------------|
| | pleiteada |
| Procedimentos obrigatórios: | Consulta Médica |

| | | | | |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------|-----------|
| Especialidade: | Médico | Área de atuação: GASTROENTEROLOGIA | Valor Proposto: | R\$ 47,09 |
| Titulação/Habilitação | Curso Superior de Medicina e Residência Médica na área pleiteada | | | |
| Procedimentos obrigatórios: | Consulta Médica | | | |

| | | | | |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------|-----------|
| Especialidade: | Médico | Área de atuação: ORTOPEDIA | Valor Proposto: | R\$ 31,39 |
| Titulação/Habilitação | Curso Superior de Medicina e Residência Médica na área pleiteada | | | |
| Procedimentos obrigatórios: | Consulta Médica | | | |

| | | | | |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|-----------|
| Especialidade: | Médico | Área de atuação: PEDIATRA | Valor Proposto: | R\$ 31,39 |
| Titulação/Habilitação | Curso Superior de Medicina e Residência Médica na área pleiteada | | | |
| Procedimentos obrigatórios: | Consulta Médica | | | |

| | | | | |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------|-----------|
| Especialidade: | Médico | Área de atuação: OFTALMOLOGIA | Valor Proposto: | R\$ 38,61 |
| Titulação/Habilitação | Curso Superior de Medicina e Residência Médica na área pleiteada | | | |
| Procedimentos obrigatórios: | Consulta Médica Oftalmológica | | | |

| | | | | |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------|-----------|
| Especialidade: | Médico | Área de atuação: GINECOLOGISTA | Valor Proposto: | R\$ 38,72 |
| Titulação/Habilitação | Curso Superior de Medicina e Residência Médica em Ginecologia/Obstetrícia | | | |
| Procedimentos obrigatórios: | -Consulta Médica -Consulta Pré-Natal -Consulta Puerperal -Coleta de Material p/exame citopatológico de colo Uterino -Colposcopia -Teste Rápido de Gravidez | | | |

| | | | | |
|-----------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------|-----------|
| Especialidade: | Médico | Área de atuação: CIRURGIA PLASTICA AMBULATORIAL | Valor Proposto: | R\$ 45,00 |
| Titulação/Habilitação | Curso Superior de Medicina e Residência Médica na área | | | |



CONSÓRCIO REGIONAL INTERMUNICIPAL DE SAÚDE – CRIS
Arco Íris Bastos Herculanãdia Iacri Queiroz Rinópolis Tupã
Rua Coroados, nº 995 - CEP 17.600-010 - TEL. (14) 3496-4737 – Tupã
CNPJ – 07833463/0001-83

| |
|----------------|
| CRIS |
| Fls.: _____ |
| Rubrica: _____ |

| | |
|-----------------------------|-----------------------------------------|
| | pleiteada. |
| Procedimentos obrigatórios: | Consulta Médica para avaliação da lesão |

| | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------|-----------|
| Especialidade: | Médico | Área de atuação: CIRURGIA PLÁSTICA AMBULATORIAL | Valor Proposto: | R\$ 57,55 |
| Titulação/Habilitação | Curso Superior de Medicina e Residência Médica na área pleiteada. | | | |
| Procedimentos obrigatórios: | Biópsia e exereses de lesões cutâneas | | | |

| ADICIONAL POR DESLOCAMENTO | | | | | | |
|-----------------------------------|-------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| TUPÃ | HERCULÂNDIA | ARCO-ÍRIS | IACRI | BASTOS | QUEIROZ | RINÓPOLIS |
| 0 km | 16,4 km | 21,4 km | 22,6 km | 24,7 km | 36,2 km | 41,2 km |
| R\$ 0,00 | R\$ 53,06 | R\$ 53,06 | R\$ 53,06 | R\$ 53,06 | R\$ 53,06 | R\$ 53,06 |



ANEXO V

INFORME DO INÍCIO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS CONFORME EDITAL
PARA CREDENCIAMENTO 01/2020

A finalidade do presente é informar a esse Consórcio que a partir da assinatura do termo contratual, estaremos iniciando a prestação dos serviços para credenciamento, aos pacientes encaminhados pelos Municípios Consorciados.

Endereço _____ para _____ atendimento:

Telefone _____ para _____ contato:

Endereço _____ eletrônico:

A média de atendimentos possíveis por semana, dias da semana e horário para atendimento:

_____.

Assumimos o compromisso de utilizarmos os impressos do CRIS que a mim(nós) serão cedidos, bem como utilizar o sistema informatizado de agendamento de consultas.

Atenciosamente,

Tupã, ___ de _____ de 2.020

Assinatura do representante da
Empresa interessada



ANEXO VI

**CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2020 PARA CREDENCIAMENTO DE
PESSOAS JURÍDICAS E FÍSICAS PARA SERVIÇOS MÉDICOS
ESPECIALIZADOS**

CONTRATO Nº ____/2020
LICITAÇÃO Nº ____/2020
INEXIGIBILIDADE Nº ____/2020

(M I N U T A)

Pelo presente contrato, o CONSÓRCIO REGIONAL INTERMUNICIPAL DE SAÚDE – CRIS, constituído sob forma de Consórcio Público, com personalidade jurídica de direito público, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 07833463/0001-83, estabelecido à Rua Coroados, nº 995 - CEP 17.600-010, Centro, na cidade de Tupã, Estado de São Paulo, neste ato representado por seu Secretário Executivo, Sr. _____, _____, portador da Cédula de Identidade RG nº _____ e do CPF nº _____, e de outro _____, a (qualificação) _____ pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº _____, com sede na Rua/Avenida _____, nº _____, em _____, Estado de _____, neste ato representada por _____ (nacionalidade), (estado civil), (profissão), portador do RG nº _____ e do CPF nº _____, (CRM ou equivalente), residente e domiciliado(a) na cidade de _____, a iniciar a prestação dos Serviços de _____ - objeto do Credenciamento nº 01/2019 CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS E FÍSICAS PARA SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS, nos termos da Lei nº 8.666/93 e alterações subsequentes, Lei nº 8.080/90, Lei nº 8.142/90 e legislação pertinente, nas condições e termos seguintes:

1. Do Objeto.

1.1. O presente Contrato de Serviços visa atender ao Credenciamento nº 01/2020 que tem por objeto o CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS E FÍSICAS PARA SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS, para a prestação de serviços complementares ao CRIS, no ano de 2.019/2.020, nas seguintes especialidades da tabela CRIS 2020:

| | | | | |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------|-----------|
| Especialidade: | Médico | Área de atuação: ANESTESIA | Valor Proposto: | R\$ 82,00 |
| Titulação/Habilitação | Curso superior de Medicina e Residência Médica na área pleiteada | | | |
| Procedimentos obrigatórios: | Consulta pré-operatória | | | |

| | | | | |
|-----------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------|-----------|
| Especialidade: | Médico | Área de atuação: PSIQUIATRIA | Valor Proposto: | R\$ 32,44 |
| Titulação/Habilitação | Curso superior de Medicina e Residência Médica ou Curso de | | | |



CONSÓRCIO REGIONAL INTERMUNICIPAL DE SAÚDE – CRIS
Arco Íris Bastos Herculândia Iacri Queiroz Rinópolis Tupã
Rua Coroados, nº 995 - CEP 17.600-010 - TEL. (14) 3496-4737 – Tupã
CNPJ – 07833463/0001-83

CRIS

Fls.: _____

Rubrica: _____

| | |
|-----------------------------|----------------------------------|
| | Especialização na área pleiteada |
| Procedimentos obrigatórios: | Consulta Médica |

| | | | | |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------|-----------|
| Especialidade: | Médico | Área de atuação: OTORRINOLARINGOLOGIA | Valor Proposto: | R\$ 40,00 |
| Titulação/Habilitação | Curso Superior de Medicina e Residência Médica ou Curso de Especialização na área pleiteada | | | |
| Procedimentos obrigatórios: | Consulta Médica | | | |

| | | | | |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------|-----------|
| Especialidade: | Médico | Área de atuação: CARDIOLOGIA | Valor Proposto: | R\$ 40,00 |
| Titulação/Habilitação | Curso Superior de Medicina e Residência Médica na área pleiteada | | | |
| Procedimentos obrigatórios: | Consulta Médica | | | |

| | | | | |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------|-----------|
| Especialidade: | Médico | Área de atuação: PNEUMOLOGIA | Valor Proposto: | R\$ 40,00 |
| Titulação/Habilitação | Curso Superior de Medicina e Residência Médica ou Curso de Especialização na área pleiteada | | | |
| Procedimentos obrigatórios: | Consulta Médica | | | |

| | | | | |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------|-----------|
| Especialidade: | Médico | Área de atuação: REUMATOLOGISTA | Valor Proposto: | R\$ 40,00 |
| Titulação/Habilitação | Curso Superior de Medicina e Residência Médica ou Curso de Especialização na área pleiteada | | | |
| Procedimentos obrigatórios: | Consulta Médica | | | |

| | | | | |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------|-----------|
| Especialidade: | Médico | Área de atuação: ENDOCRINOLOGIA | Valor Proposto: | R\$ 40,00 |
| Titulação/Habilitação | Curso Superior de Medicina e Residência Médica ou Curso de Especialização na área pleiteada | | | |
| Procedimentos obrigatórios: | Consulta Médica | | | |

| | | | | |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|-----------|
| Especialidade: | Médico | Área de atuação: VASCULAR | Valor Proposto: | R\$ 40,00 |
| Titulação/Habilitação | Curso Superior de Medicina e Residência Médica na área pleiteada | | | |
| Procedimentos | Consulta Médica | | | |



obrigatórios:

| | | | | |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|-----------|
| Especialidade: | Médico | Área de atuação: UROLOGIA | Valor Proposto: | R\$ 40,00 |
| Titulação/Habilitação | Curso Superior de Medicina e Residência Médica na área pleiteada | | | |
| Procedimentos obrigatórios: | Consulta Médica | | | |

| | | | | |
|-----------------------------|----------------------------|------------------------------------------|------------------------|-----------|
| Especialidade: | Médico | Área de atuação: CLINICO GERAL | Valor Proposto: | R\$ 20,88 |
| Titulação/Habilitação | Curso Superior de Medicina | | | |
| Procedimentos obrigatórios: | Consulta Médica | | | |

| | | | | |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------|-----------|
| Especialidade: | Médico | Área de atuação: DERMATOLOGIA | Valor Proposto: | R\$ 31,39 |
| Titulação/Habilitação | Curso Superior de Medicina e Residência Médica ou Curso de Especialização na área pleiteada | | | |
| Procedimentos obrigatórios: | Consulta Médica | | | |

| | | | | |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|-----------|
| Especialidade: | Médico | Área de atuação: NEUROLOGIA | Valor Proposto: | R\$ 37,67 |
| Titulação/Habilitação | Curso Superior de Medicina e Residência Médica na área pleiteada | | | |
| Procedimentos obrigatórios: | Consulta Médica | | | |

| | | | | |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------|-----------|
| Especialidade: | Médico | Área de atuação: GASTROENTEROLOGIA | Valor Proposto: | R\$ 47,09 |
| Titulação/Habilitação | Curso Superior de Medicina e Residência Médica na área pleiteada | | | |
| Procedimentos obrigatórios: | Consulta Médica | | | |

| | | | | |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------|-----------|
| Especialidade: | Médico | Área de atuação: ORTOPEDIA | Valor Proposto: | R\$ 31,39 |
| Titulação/Habilitação | Curso Superior de Medicina e Residência Médica na área pleiteada | | | |
| Procedimentos obrigatórios: | Consulta Médica | | | |

| | | | | |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|-----------|
| Especialidade: | Médico | Área de atuação: PEDIATRA | Valor Proposto: | R\$ 31,39 |
| Titulação/Habilitação | Curso Superior de Medicina e Residência Médica na área pleiteada | | | |



| | |
|-----------------------------|-----------------|
| | pleiteada |
| Procedimentos obrigatórios: | Consulta Médica |

| | | | | |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------|-----------|
| Especialidade: | Médico | Área de atuação: OFTALMOLOGIA | Valor Proposto: | R\$ 38,61 |
| Titulação/Habilitação | Curso Superior de Medicina e Residência Médica na área pleiteada | | | |
| Procedimentos obrigatórios: | Consulta Médica Oftalmológica | | | |

| | | | | |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------|-----------|
| Especialidade: | Médico | Área de atuação: GINECOLOGISTA | Valor Proposto: | R\$ 38,72 |
| Titulação/Habilitação | Curso Superior de Medicina e Residência Médica em Ginecologia/Obstetrícia | | | |
| Procedimentos obrigatórios: | -Consulta Médica -Consulta Pré-Natal -Consulta Puerperal -Coleta de Material p/exame citopatológico de colo Uterino -Colposcopia -Teste Rápido de Gravidez | | | |

| | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------|-----------|
| Especialidade: | Médico | Área de atuação: CIRURGIA PLASTICA AMBULATORIAL | Valor Proposto: | R\$ 45,00 |
| Titulação/Habilitação | Curso Superior de Medicina e Residência Médica na área pleiteada. | | | |
| Procedimentos obrigatórios: | Consulta Médica para avaliação da lesão | | | |

| | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------|-----------|
| Especialidade: | Médico | Área de atuação: CIRURGIA PLASTICA AMBULATORIAL | Valor Proposto: | R\$ 57,55 |
| Titulação/Habilitação | Curso Superior de Medicina e Residência Médica na área pleiteada. | | | |
| Procedimentos obrigatórios: | Biópsia e exereses de lesões cutâneas | | | |

2. Das responsabilidades da credenciada

2.1 A Credenciada se responsabiliza em manter em seu quadro funcional profissional da área da saúde detentor de boa reputação profissional, bem como conservar durante a vigência deste Termo os requisitos atendidos no item 7 do edital de Credenciamento nº 01/2020, além das condições e dos critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento satisfatório.



2.2. O(A) Credenciado(a) deverá anotar a solicitação do atendimento, mediante requisição do serviço de saúde do Município Consorciado, através de impresso específico, **bem como ter cadastro ativo no sistema informatizado de agendamento, acompanhando e disponibilizando agenda.**

2.3. O paciente será atendido no local indicado com apresentação do impresso referido, devendo o(a) Credenciado(a) registrar o atendimento e posterior devolução do documento ao CRIS.

2.4. No caso das Consultas, o(a) Credenciado(a) deverá enviar a Contra-referência das consultas realizadas, para acompanhamento e sequência de atendimento pela Unidade requisitante.

2.5. No caso dos Exames, o(a) Credenciado(a) deverá providenciar os laudos que serão entregues aos pacientes ou retirados pela localidade de origem, para acompanhamento e sequência de atendimento pela Unidade requisitante.

2.6. No caso de sessões de terapia, a quantidade de atendimento dos retornos deverá ser determinada pelo(a) Credenciado(a), visando o efetivo tratamento do paciente.

2.7. Fica determinado o prazo máximo de 08 (oito) dias para expedição dos laudos de rotina, exceto nos casos comprovados de urgência cujos resultados deverão ser restritos ao menor tempo possível.

2.8. Os serviços de responsabilidade do(a) Credenciado(a) deverão ser realizados nas melhores condições de atendimento à população.

2.9. A quantidade de consultas por mês será conforme demanda de acordo com a necessidade, sem que o Contratado(a) tenha direito a qualquer indenização ou compensação financeira, obedecida a legislação vigente.

2.10. A quantidade de consultas mensais será informada pelo CRIS com antecedência mínima de 15 dias, onde, em igual prazo o prestador irá disponibilizar agenda.

2.11. Para fins de operacionalização, em havendo mais de um credenciado para a mesma especialidade o fluxo de atendimento será compartilhado de forma proporcional.

2.12. Para fins de disponibilização de agenda referida nos itens anteriores, o Credenciado(a), com antecedência mínima de 60 dias, deverá indicar suas datas e horários, ressalvado os dois primeiros meses de atendimento em que a agenda deve ser disponibilizada no momento do requerimento de credenciamento.

3. Do faturamento e do pagamento.



3.1. A competência para faturamento das guias de autorizações de consultas, exames e procedimentos será sempre mensal, exceto quando o início ou o fim de credenciamento não corresponda à integralidade de um mês.

3.2. O(A) credenciado(a) deverá enviar em envelope fechado, ao CRIS, o relatório de produção mensal juntamente com as guias de autorizações por Município Consorciado a que prestou o serviço.

3.3. **O prazo de entrega dos documentos constantes no item anterior, será o terceiro dia útil após o fechamento da competência.**

3.4. **Após a validação dos documentos realizado pelo CRIS, este solicitará a emissão de nota fiscal individualizada por município, a ser entregue em até 48 horas da solicitação.**

3.5. **Os documentos recebidos após a datas determinadas nos itens anteriores serão faturados na competência seguinte.**

3.6. O valor dos serviços objetos desse contrato para o exercício de 2.019/2.020 será fixado de acordo com as necessidades das Secretarias e Departamentos Municipais de Saúde dos Consorciados, sendo que os procedimentos devem atender a Tabela CRIS 2.019, isto é, valor é conforme uso efetivo.

3.7. O valor dos atendimentos dos pacientes agendados para retorno, no caso de consultas ou procedimentos, será calculado de acordo com o seguinte critério:-

- a) retorno até 30 (trinta) dias = sem ônus para o CRIS.
- b) retorno com mais de 30 (trinta) dias = valor unitário integral.

3.8. Não será pago o exame do mesmo tipo, para o mesmo paciente, realizado com intervalo de até 30 (trinta) dias, exceto em caso excepcional, referendado pelo Município Consorciado.

3.9. O valor referente aos atendimentos do mês será pago obedecendo ao critério da proporcionalidade, calculado pelo valor unitário, conforme a quantidade realizada.

3.10. **Os pagamentos serão efetuados no prazo de 30 dias**, contados da emissão da nota fiscal, ou conforme disponibilidade de repasses financeiros das Prefeituras Consorciadas e/ou transferência de recursos oriundos do Governo Estadual e/ou Federal.

3.11. Não será efetuada nenhuma antecipação de pagamento do valor ou parte do valor a ser contratado, sem efetiva prestação do serviço.

3.12. O pagamento poderá ser realizado através de TED, DOC, TEV ou depósito bancário para a conta corrente de titularidade do(a) credenciado(a) ou por emissão de cheque nominal.



3.13. O pagamento pelos serviços, ora credenciados, será individualizado pela natureza da prestação, complexidade e especialidade das respectivas Áreas Médicas e Odontológicas.

3.14. É vedada a cobrança de sobretaxas pelos credenciados, sendo motivo de descredenciamento, permitindo novos credenciamentos a qualquer momento.

4. Da dotação orçamentária.

4.1. As despesas decorrentes do credenciamento deste Chamamento correrão por conta de recursos da seguinte dotação orçamentária:

Órgão Orçamentário – Consórcio de Saúde

Unidade 01 – Administração

Dotação: 3.3.9.0.36.00000 – OUTROS SERV. DE TERCEIROS-PE FÍSICA

Dotação: 3.3.9.0.39.00000 – OUTROS SERV. DE TERCEIROS-PE JURÍDICA

5. Das penalidades.

5.1. Pela inexecução total ou parcial do contrato a Administração poderá, garantida a prévia defesa, aplicar ao contratado as seguintes sanções:

I - advertência;

II - multa;

III - suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração, por prazo não superior a 2 (dois) anos;

IV - declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública.

5.2. Pela inexecução parcial a multa é R\$ 5.000,00 pela inexecução total é de R\$ 10.000,00.

5.3. O atraso injustificado na execução do contrato sujeitará o contratado à multa prevista no item anterior a razão 2% por dia de atraso.

6. Da rescisão e do descredenciamento.

6.1. A inexecução total ou parcial do contrato enseja a sua rescisão, na forma prevista nos artigos 77 e 78 da Lei Federal nº 8.666/93.

6.2. Do mesmo modo enseja a sua rescisão nos casos descritos no artigo 79 da Lei Federal nº 8.666/93.

6.3. O profissional cadastrado poderá requerer seu descredenciamento a qualquer tempo, independentemente da causa, desde que comunicado a intenção no descredenciamento com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

7. Das disposições gerais.



7.1. Caberá à Secretaria/Diretoria de Saúde, a qual o credenciado presta os serviços a fiscalização da prestação dos serviços através de planilha própria, conforme cada área de atendimento.

7.2. O presente Contrato terá prazo de execução a partir de ____/____/____ até ____/____/____.

7.3. O presente Contrato não caracteriza nenhum vínculo empregatício.

7.4. A qualquer tempo o Termo de Credenciamento/Contrato poderá ser alterado, visando adequar o serviço às condições de execução previstas pelo CRIS.

7.5. O Termo de Credenciamento poderá ser suspenso ou cancelado, se ficar demonstrado que o Credenciado deixou de satisfazer as exigências estabelecidas para o cadastramento, bem como se não atender as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento satisfatório, oportunidade em que haverá imediata abertura para inscrição de novos credenciados.

7.6. Poderá ainda ser suspenso o credenciamento, a critério do CRIS durante o processo que investigue quaisquer irregularidades praticadas pelo credenciado e que sejam denunciadas por quaisquer dos Municípios Consorciados ou por usuários.

7.7. O CRIS poderá também suspender o processo de cadastramento caso o cadastrado se encontre na situação do item anterior, por procedimento executado em razão de cadastramento anterior.

7.8. Integram e completam o presente Contrato, para todos os fins de direito, obrigando as partes em todos os seus termos, as normas contidas na Lei nº 8.666/93 e alterações subsequentes, Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90 e demais condições expressas no Credenciamento nº 01/2.019, juntamente com seus anexos.

7.9. Os casos omissos serão analisados administrativamente, nos próprios autos.

7.10. Será competente o Foro da Comarca de Tupã, Estado de São Paulo, para dirimir as dúvidas ou lides advindas do presente Termo de Contrato, com renúncia de qualquer outro por mais privilegiado seja.

Tupã, ____ de _____ de _____

CONTRATANTE

CONTRATADO



(em papel timbrado/personalizado da empresa prestadora)

ANEXO VII

CREENCIAMENTO Nº 01/2020

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE (EMPRESA): _____, com sede na Rua/Avenida _____, nº ____, Bairro _____, na cidade de _____, Estado de _____, registrado no CNPJ sob o nº _____, neste ato representado por seu proprietário Sr. _____, portador do RG nº _____ e do CPF/MF nº _____, residente e domiciliado à Rua/Avenida _____, nº _____, _____, na Cidade de _____, Estado de _____;

OUTOGADO (REPRESENTANTE DA EMPRESA): Sr.(a) _____, nacionalidade _____, estado civil _____, profissão/função _____, RG _____, CPF _____, residente e domiciliado à Rua/Avenida _____, nº ____, Bairro _____, Cidade _____, Estado de _____, CEP _____ - _____, tel. () _____;

PODERES: Com fins específicos de representação no Processo de Credenciamento do CONSÓRCIO REGIONAL INTERMUNICIPAL DE SAÚDE, conforme Edital nº 01/2.019.

_____, ____ de _____ de 2020

ASSINATURA DO OUTORGANTE.