



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO**

**ESTADO DO PARANÁ**

CNPJ N.º 76.002.641/0001-47

## **EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 005/2016**

A **Secretaria Municipal da Saúde do Município de Rio Negro** torna público para o conhecimento dos interessados, que estará recebendo em sua sede, situada na Praça João Pessoa, n. 131, Centro, até **25/07/2016**, **DOCUMENTAÇÃO E PROPOSTAS DE PESSOAS JURÍDICAS PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**, para a prestação de serviços de **forma complementar** ao SUS, conforme adiante elencada e de acordo com as condições estabelecidas neste Edital.

### **1 – DO OBJETO**

O objeto do presente Edital é a contratação de Unidades Privadas de Saúde, com ou sem fins lucrativos e filantrópicas, prestadoras de serviços, interessadas em firmar contrato com a Prefeitura Municipal de Rio Negro, conforme disposto na Constituição Federal, Leis 8.666/93, 8.080/90 e 8.142/90, Normas Operacionais nº 01/96 (NOB 01/96), Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS – 01/02) e as demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, mediante a celebração de **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS FISIOTERÁPICOS (FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA e MOTORA)**.

**1.1** - Prestação de Serviços fisioterápicos (fisioterapia respiratória e motora) para atendimento domiciliar, 01 vez ao dia, de segunda a sábado, exceto feriados, a ser executado por profissional devidamente capacitado, em paciente com quadro de distrofia neuromuscular e fazendo uso de traqueostomia, adolescente com 15 anos de idade.

**Local da Prestação dos Serviços:** Devido ao seu quadro clínico a prestação do serviço deverá ser realizada no domicílio do paciente, localizado na área rural do Município de Rio Negro/PR, na localidade de Areia Fina, distante 26km da sede do Município, com tempo de trânsito(ida e volta) de aproximadamente 90(noventa) minutos. Salientamos que o transporte do profissional será realizado pela Secretaria Municipal da Saúde.

**Da qualificação dos Profissionais:** Os profissionais que prestarão os serviços através da **pessoa jurídica credenciada** deverão possuir diploma de ensino superior em fisioterapia, certificado de especialização de acordo com a área de serviços fisioterápicos a serem prestados, bem como possuírem registro no Conselho Regional de Fisioterapia.

### **2 – CONDIÇÕES PARA CREDENCIAMENTO**

2.1. Os interessados poderão inscrever-se para o Credenciamento a partir da primeira publicação do presente instrumento.

2.2. Serão considerados credenciados as clínicas, **peças jurídicas**, que apresentarem os Documentos enumerados no item 3.1 deste instrumento.

2.3. Os interessados poderão ter acesso ao Edital através da retirada de cópia na Secretaria Municipal de Saúde de Rio Negro, ou pelo site [www.rionegro.pr.gov.br](http://www.rionegro.pr.gov.br).

2.4. Os interessados deverão encaminhar os documentos relacionados no item 3.1 à Secretaria Municipal de Saúde de Rio Negro, situada na Praça João Pessoa, nº. 131, Centro, no horário das 09h às 11h30minh e das 14h às 17h de segunda a sexta-feira, no Departamento de Compras, em envelope fechado com as seguintes indicações:

**PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 005/2016.**

### **3 – DOCUMENTAÇÃO REFERENTE À HABILITAÇÃO**

3.1. Para credenciamento– Pessoa Jurídica – deverão apresentar os seguintes documentos:

- a) Requerimento para credenciamento conforme modelo anexo;



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO**

**ESTADO DO PARANÁ**

CNPJ N.º 76.002.641/0001-47

- b) Cartão do CNPJ;
- c) Contrato social devidamente registrado na Junta Comercial do Estado ou no Cartório de Títulos e Documentos, onde conste, dentro dos seus objetivos, a prestação dos serviços acima indicados;
- d) Nome do Responsável Técnico acompanhado do registro do mesmo no respectivo conselho;
- e) Documentos de RG e CPF do Responsável Técnico;
- f) Diploma do Curso e certificado de especialização;**
- g) Registro no Conselho Regional de Fisioterapia;
- h) Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES;
- i) Certidão negativa de débitos federais;
- j) Certidão negativa de débito com o FGTS;
- k) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto Lei n.º 5452, de 1º de maio de 1943. **(CNDT)**.
- l) Certidão negativa de débito com o Município sede do estabelecimento;
- m) Alvará de localização fornecido pelo Município da sede da pessoa jurídica e do Responsável Técnico;
- n) Licença Sanitária do estabelecimento;
- o) Declaração firmada pelo Responsável legal, que as informações prestadas são verdadeiras, sob pena de responder judicialmente pelas inconsistências das informações;

## **4 – CONDIÇÕES PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

- a) O encaminhamento dos procedimentos será de responsabilidade do Serviço Social da Secretaria Municipal de Saúde, que deverá também acompanhar e controlar a execução do contrato.
- b) Os serviços fisioterápicos de atendimento domiciliar serão 01 vez ao dia, de segunda a sábado, exceto feriados, a ser executado por profissional devidamente capacitado, em paciente com quadro de distrofia neuromuscular e fazendo uso de traqueostomia, adolescente com 14 anos de idade.

## **5 – DO PAGAMENTO**

O pagamento pelos serviços prestados será efetuado mensalmente, até o 5º dia útil do mês subsequente à prestação dos serviços pelo valor máximo estipulado neste edital, mediante apresentação de nota fiscal de prestação de serviços, devidamente vistada por servidor municipal, lotado na secretaria da saúde.

## **6 – DO NÚMERO DE PROCEDIMENTOS**

A quantidade de procedimentos a ser realizados foi previamente mensurada em 304 (trezentos e quatro) sessões pelo período de 12 (doze) meses, considerando 1 atendimento por dia, de segunda a sábado, exceto feriados, e o valor máximo dos atendimentos será de **R\$ 45,00** (quarenta e cinco reais) por sessão, totalizando **R\$ 13.680,00** (treze mil, seiscentos e oitenta reais).

6.1 – Caso haja necessidade de internamento do paciente a ser atendido, os procedimentos serão suspensos, e o prestador dos serviços receberá pagamento somente pelas sessões realizadas. O usuário passará por avaliação a cada 03 meses, podendo o contrato ser extinto, caso cessar a necessidade do procedimento.



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO**

**ESTADO DO PARANÁ**

CNPJ N.º 76.002.641/0001-47

## **7 – DA INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO**

Uma vez habilitado o estabelecimento, o processo será encaminhado à Secretaria Municipal de Administração e Finanças que verificará a regularidade do processo adotando as ações cabíveis aos procedimentos de inexigibilidade de licitação, previstos no art. 26 da lei 8.666/93 para formalização do contrato de credenciamento.

## **8 – INFORMAÇÕES**

Maiores informações poderão ser obtidas junto à Secretaria Municipal da Saúde, pelo fone (47) 3645-3637 (Departamento de Compras da Secretaria da Saúde) ou na Prefeitura Municipal, pelo fone (47) 3642-5556 (Departamento de Licitações).

Município de Rio Negro, 24 de junho de 2016.

**SIMONE ANGELICA VITORINO GONDRO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO**

**ESTADO DO PARANÁ**

CNPJ N.º 76.002.641/0001-47

## **REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO – PESSOA JURÍDICA (MODELO – DEVERÁ SER IMPRESSO EM PAPEL TIMBRADO DO PRESTADOR DE SERVIÇO)**

À Secretaria Municipal de Saúde do Município de Rio Negro

O interessado, abaixo qualificado, requer sua inscrição como Credenciado para prestação de serviços de **atendimento fisioterápicos (fisioterapia respiratória e motora)**, conforme estabelecido pelo Edital de Credenciamento n.º 005/2016, anexando a este requerimento os seguintes documentos:

- b) Cartão do CNPJ;
- c) Contrato social devidamente registrado na Junta Comercial do Estado ou no Cartório de Títulos e Documentos, onde conste, dentro dos seus objetivos, a prestação dos serviços acima indicados;
- d) Nome do Responsável Técnico acompanhado do registro do mesmo no respectivo conselho;
- e) Documentos de RG e CPF do Responsável Técnico;
- f) Diploma do Curso e certificado de especialização;**
- g) Registro no Conselho Regional de Fisioterapia;
- h) Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES;
- i) Certidão negativa de débitos federais;
- j) Certidão negativa de débito com o FGTS;
- k) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto Lei n.º 5452, de 1º de maio de 1943. **(CNDT)**.
- l) Certidão negativa de débito com o Município sede do estabelecimento;
- m) Alvará de localização fornecido pelo Município da sede da pessoa jurídica e do Responsável Técnico;
- n) Licença Sanitária do estabelecimento;
- o) Declaração firmada pelo Responsável legal, que as informações prestadas são verdadeiras, sob pena de responder judicialmente pelas inconsistências das informações;

Razão Social: \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Nome do Responsável Legal \_\_\_\_\_

R.G. n.º \_\_\_\_\_ CPF n.º \_\_\_\_\_

Município de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

.....  
Assinatura devidamente identificada

Nome



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO**

**ESTADO DO PARANÁ**

CNPJ N.º 76.002.641/0001-47

## **MINUTA DE CONTRATO PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS N.º 0XX/2016**

Pelo presente Contrato de Prestação de Serviços, de um lado o **Município de Rio Negro - Paraná**, inscrito no CNPJ sob n.º 76.002.641/0001-47, aqui representado por seu Prefeito Municipal, Sr. Milton José Paizani, portador da carteira de identidade n.º 1.977.640-9/SSP/PR, e CPF n.º 616.319.819-00, residente e domiciliado nesta cidade de Rio Negro, adiante denominado **CONTRATANTE** e de outro lado como **CONTRATADA**, ....., inscrita no CNPJ sob n.º ....., situado à rua ....., representada neste ato por seu(ua) sócio administrador(a) ..... inscrito(a) CPF sob n.º ..... e RG sob número ....., residente e domiciliado(a) na rua ....., tem justo e acordado o adiante exposto em cláusulas e condições:

### **CLÁUSULA PRIMEIRA:**

**OBJETO : PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS FISIOTERAPICOS**

<b>Procedimento Fisioterápico</b>	<b>Valor Unitário</b>	<b>Qtde</b>	<b>Valor Total</b>
Prestação de Serviços para atendimento fisioterápico (fisioterapia respiratória e motora) para atendimento domiciliar a paciente com quadro de distrofia neuromuscular e usuário de traqueostomia.	R\$	304	R\$

### **CLÁUSULA SEGUNDA: OBRIGAÇÕES**

#### **I - DO CONTRATANTE**

- Acompanhar e controlar a execução dos serviços, através do Serviço Social da Secretaria da Saúde;
- Efetuar o pagamento até o 5º dia útil do mês subsequente ao da prestação de serviços;
- Disponibilizar o transporte de ida e volta, para o profissional designado para a prestação de serviços;

#### **II - DA CONTRATADA:**

- Realizar as sessões requisitadas, no domicílio do paciente;
- Remeter ao final de cada mês a Secretaria de Saúde as notas fiscais de prestação de serviços;
- Abster-se de cobrar qualquer valor, sob qualquer título, do paciente assistido pelo presente contrato.

### **CLÁUSULA TERCEIRA: VALOR CONTRATUAL E PAGAMENTO**

Atribui-se ao presente contrato, conforme proposta de preços apresentada pelo contratado o valor global de R\$ ..... (.....).

**Parágrafo Primeiro:** As despesas referentes ao presente termo correrão pela seguinte dotação orçamentária:

### **CLÁUSULA QUARTA: PRAZO**

O presente contrato tem duração de 12 (doze) a contar da data de sua assinatura.

### **CLÁUSULA QUINTA: RESCISÃO**

Constituem motivos para rescisão do presente contrato, o não cumprimento de qualquer das suas cláusulas ou condições, bem como os motivos previstos na Lei 8.666/93.

**§ Único** - Em caso de rescisão contratual, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo ao assistido será observado o prazo de 30 a 60 dias para ocorrer a rescisão.

### **CLÁUSULA SEXTA: FORO**

As partes elegem o foro da Comarca de Rio Negro para dirimir qualquer questão referente ao presente contrato.



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO**

**ESTADO DO PARANÁ**

CNPJ N.º 76.002.641/0001-47

E por assim haverem livremente acordado, as partes assinam o presente em três vias, para um só efeito legal, juntamente com duas testemunhas.

Rio Negro, ..... de ..... de 2016.

**MILTON JOSÉ PAIZANI**  
**PREFEITO MUNICIPAL**  
**CONTRATANTE**

CONTRATADA

Testemunhas:

.....  
Simone Angélica Vitorino Gondro  
Secretária Municipal da Saúde

.....  
Wilson Scheuer  
Secretário Municipal da Fazenda



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO**

**ESTADO DO PARANÁ**

CNPJ N.º 76.002.641/0001-47

## **MODELO DE DECLARAÇÃO – PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA**

### DECLARAÇÃO

(Razão Social ..... ) com sede a (.....endereço completo.....) através de seu Responsável Legal, Sr.....inscrito no R.G. nº .....( ) e no CPF/MF n.º (.....) DECLARA para fins de credenciamento junto a Secretaria Municipal da Saúde do Município de Rio Negro, Estado do Paraná que as informações prestadas são verdadeiras, sob pena de responder judicialmente pelas inconsistências das informações

Município de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

Assinatura devidamente identificada

Nome:



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRO**

**ESTADO DO PARANÁ**

CNPJ N.º 76.002.641/0001-47

MODELO DEVERÁ SER DIGITADA EM PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA

## **PROPOSTA DE PREÇOS**

(local e data) ....., de ..... de 2016.

RAZÃO SOCIAL:.....

END.: .....

CIDADE: ..... ESTADO: .....

TELEFONE/EMAIL.....

CNPJ:.....

À  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
REF.: PROPOSTA PARA PARTICIPAÇÃO DO  
EDITAL DE CREDENCIAMENTO N.º 005/2016

Prezados Senhores:

Apresentamos e submetemos a apreciação de Vossas Senhorias nossa proposta de preços, relativa a **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS FISIOTERÁPICOS**, conforme edital de credenciamento:

<b>Procedimento Fisioterápico</b>	<b>Valor Unitário</b>	<b>Qtde</b>	<b>Valor Total</b>
Prestação de Serviços para atendimento fisioterápico (fisioterapia respiratória e motora) para atendimento domiciliar a paciente com quadro de distrofia neuromuscular e usuário de traqueostomia.	R\$	304	R\$

O prazo da prestação dos serviços será de 12(doze) meses a partir da assinatura do contrato.

O prazo de validade da proposta de preços é de 60 (sessenta) dias.

-----  
(assinatura, carimbo e/ou identificação digitada do nome do representante legal)