



## EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 04/2006

O Município de Marau comunica aos interessados que está procedendo ao CHAMAMENTO PÚBLICO, no período de 13 a 29 de setembro de 2006, nos horários das 08:00 às 11:30 e das 13:30 às 17:00 horas, na Prefeitura Municipal de Marau, situada na Rua Irineu Ferlin, 355, Setor de Licitações, para fins de CREDENCIAMENTO de EMPRESAS prestarem serviços de REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO FISIOTERÁPICO, para atender os encaminhamentos da Secretaria Municipal de Saúde, com pagamento tendo como referência a Tabela RNHF.

### I – CONDIÇÕES PARA CREDENCIAMENTO:

1 - As Pessoas Jurídicas interessadas em prestar serviços de REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO FISIOTERÁPICO CONFORME TABELA (RNHF - 1998) - REFERENCIAL NACIONAL DE HONORÁRIOS FISIOTERAPÊUTICOS – CAPITULO XI – CÓDIGO 71.11.000-9, observando aos seguintes critérios:

a) Atendimento Fisioterapêutico na Clínica será pago R\$ 8,50 (oito reais e cinquenta centavos) /sessão equivalendo 14% do valor referencial da TABELA (RNHF - 1998) - REFERENCIAL NACIONAL DE HONORÁRIOS FISIOTERAPÊUTICOS – CAPITULO XI – CÓDIGO 71.11.000-9.

b) Atendimento Fisioterapêutico Domiciliar será pago R\$12,00 (Doze reais)/sessão equivalendo 20% do valor referencial da TABELA (RNHF - 1998) - REFERENCIAL NACIONAL DE HONORÁRIOS FISIOTERAPÊUTICOS – CAPITULO XI – CÓDIGO 71.11.000-9.

2 - As pessoas jurídicas interessadas deverão estar estabelecidas no Município de Marau, e apresentar a documentação abaixo, em original ou por cópia autenticada em tabelionato ou por servidor encarregado da recepção dos mesmos.

### II – DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS:

1 – Contrato Social devidamente registrado na Junta Comercial do Estado ou Cartório de Títulos e Documentos, onde conste, dentro dos seus objetivos, a prestação dos serviços acima indicados;

2 – Cartão do CNPJ;

3 – Certidão Negativa de Débitos (CND) para com o Município sede do estabelecimento;

4 – Certidão Negativa de Débitos (CND) com o INSS;

5 – Certidão Negativa de Débitos (CND) com o FGTS;

6 – Alvará de Localização fornecido pelo Município da sede da Pessoa Jurídica;

7 – Alvará de Funcionamento (Saúde), segundo legislação vigente;

8 – Relação dos exames e serviços que se propõe a realizar (Tabela RNHF);

9 – Capacidade máxima de atendimento (total e quantitativo à disposição do RNHF, bem como os horários de atendimento);

10 – Relação dos profissionais técnicos com respectivos registros no órgão competente.

11 – Proteção nos casos de Radiologia, Radioterapia, Medicina Nuclear e Radioisótopos (Laudo de Avaliação Radiométrica).

### III – CONDIÇÕES PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

1 – É vedado:

1.1 – O trabalho do credenciado em dependências ou setores próprios do Município;

1.2 – O credenciamento de profissionais pertencentes ao quadro permanente do Município.



2 – O Município reserva-se o direito de fiscalizar, de forma permanente, a prestação dos serviços pelos credenciados, podendo proceder ao descredenciamento, em casos má prestação, verificada em processo administrativo específico, com garantia do contraditório e da ampla defesa;

3 – O credenciamento, configurará uma relação contratual de prestação de serviços;

4 – O teto-máximo de exames ou consultas/mês, corresponderá à divisão da quantidade de procedimentos até o valor máximo de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), pelo número de empresas devidamente habilitadas no presente procedimento;

5 – Não poderá exercer atividade, por credenciamento, o profissional que for servidor público em exercício de cargo em comissão ou função gratificada, ou que estiver em exercício de mandato eletivo ou com registro oficial de candidatura para qualquer desses cargos;

6 – O credenciado que venha a se enquadrar nas situações previstas no item anterior, terá suspensa a respectiva atividade, enquanto perdurar o impedimento.

7 – O prestador Credenciado deverá realizar os procedimentos, em estabelecimento apropriado com localização no perímetro urbano da cidade de Marau/RS.

#### IV – DO PAGAMENTO

1 – O pagamento pelos serviços prestados pelo credenciado, será efetuado mensalmente, tendo em conta o número de procedimentos efetivamente realizados por encaminhamento do Município, multiplicado pelo valor correspondente da TABELA (RNHF - 1998) - REFERENCIAL NACIONAL DE HONORÁRIOS FISIOTERAPÊUTICOS – CAPITULO XI – CÓDIGO 71.11.000-9 , observando os seguintes critérios:

1.1 - Atendimento Fisioterapêutico na Clínica será pago R\$ 8,50 (oito reais e cinquenta centavos)/sessão equivalendo 14% do valor referencial da TABELA (RNHF-1998) - REFERENCIAL NACIONAL DE HONORÁRIOS FISIOTERAPÊUTICOS – CAPITULO XI – CÓDIGO 71.11.000-9.

1.2 - Atendimento Fisioterapêutico Domiciliar será pago R\$ 12,00 (doze reais)/sessão equivalendo 20% do valor referencial da TABELA (RNHF - 1998) - REFERENCIAL NACIONAL DE HONORÁRIOS FISIOTERAPÊUTICOS – CAPITULO XI – CÓDIGO 71.11.000-9.

2 – O pagamento somente será efetuado mediante a **prestação de contas** da seguinte forma:

2.1 - Relatório contendo o nome do paciente, endereço completo, telefone, número de sessões de fisioterapia realizadas no mês de referencia. Relatório este separado por tipo de serviço realizado (serviço prestado na clinica e serviço prestado no domicilio do Paciente).

2.2 - Devera ser anexado ao relatório também a seguinte documentação:

a) Cópia do formulário de encaminhamento;

b) Boletim de referencia/contra referencia ;

c) Ficha de atendimento ambulatorial – FAA, devidamente preenchida contendo data por sessão, assinatura do paciente por sessão e assinatura do profissional que realizou o serviço por sessão.

2.3 - Na Nota Fiscal deverá ser destacando o valor do Imposto de Renda a ser retido na fonte.

#### V – DO PESSOAL DO CREDENCIADO

É de responsabilidade exclusiva e integral do credenciado, a utilização de pessoal para execução dos respectivos procedimentos, incluídos encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes do vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações, em nenhuma hipótese, poderão ser transferidos para o Município ou para o Ministério da Saúde.



## **VI – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

As despesas decorrentes do presente Credenciamento, correrão a conta da seguinte dotação orçamentária: Secretaria Municipal de Saúde 103031182530 Ampliação das especialidades médicas 33903950 Serviços médico-hospitalares, odontológicos, laboratoriais. Código reduzido da despesa 1458. Fonte de recurso 40 ASPS.

## **VII - FORMALIZAÇÃO**

O credenciamento será formalizado, mediante Termo próprio, contendo as cláusulas e condições previstas neste Edital.

## **VIII - INFORMAÇÕES**

Maiores informações, poderão ser obtidas junto à Secretaria Municipal da Saúde, na Avenida Presidente Vargas, nº 1660, ou pelos fones (54) 3342-3136/4547/5681, ou ainda diretamente no Setor de Licitações pelo fone (54) 3342-9520.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL DE MARAU  
Aos 13 dias do mês de setembro de 2006.

**IVANIR RONCATTO**  
Sec. Municipal de Administração

**VILMAR PERIN ZANCHIN**  
Prefeito Municipal de Marau

**Vezero e Dallamaria Advogados & Associados**  
Departamento Jurídico



## TERMO DE CREDENCIAMENTO

**O MUNICÍPIO DE MARAU**, Pessoa Jurídica de Direito Público Interno, CNPJ nº. 87.599.122/0001-24, com sede na Rua Irineu Ferlin, 355, na cidade de Marau - RS, neste ato representado pelo Prefeito Municipal, Senhor **VILMAR PERIN ZANCHIN**, brasileiro, casado, residente e domiciliado na Rua Francisco Sá, 86, Marau – RS, doravante denominado **CRENCIANTE** e ....., inscrito no CNPJ/MF sob nº ....., com sede na ..... nº ..... na cidade de ....., doravante denominado **CRENCIADO**, têm justo e acordado este Termo de Credenciamento, em conformidade com a Lei 8.666 de 21 de junho de 1993 e suas alterações, mediante as seguintes cláusulas e condições:

### CLAUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente Termo tem por objeto a prestação de serviços de *REALIZAÇÃO DE SERVIÇO DE FISIOTERAPIA CONFORME TABELA (RNHF- 1998) - REFERENCIAL NACIONAL DE HONORÁRIOS FISIOTERAPÊUTICOS – CAPITULO XI – CÓDIGO 71.11.000-9*, observando os seguintes critérios:

a) Atendimento Fisioterapêutico na Clínica será pago R\$ 8,50 (oito reais e cinquenta centavos)/sessão equivalendo 14% do valor referencial da TABELA (RNHF - 1998) - REFERENCIAL NACIONAL DE HONORÁRIOS FISIOTERAPÊUTICOS – CAPITULO XI – CÓDIGO 71.11.000-9.

b) Atendimento Fisioterapêutico Domiciliar será pago R\$ 12,00 (doze reais)/sessão equivalendo 20% do valor referencial da TABELA (RNHF - 1998) - REFERENCIAL NACIONAL DE HONORÁRIOS FISIOTERAPÊUTICOS – CAPITULO XI – CÓDIGO 71.11.000-9.

### CLÁUSULA SEGUNDA – DO PRAZO

O prazo de vigência do Credenciamento será de 12 (doze) meses, a contar de sua assinatura, podendo ser prorrogado por interesse do CRENCIANTE e anuência do CRENCIADO, por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 (sessenta) meses (art. 57, II, da Lei 8.666/93).

### CLÁUSULA TERCEIRA – DA FORMA E DO PRAZO DO PAGAMENTO

I – Para o pagamento será observado o limite de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) mensais, divididos em partes iguais entre as empresas credenciadas.

II -. Os serviços contratados por este Termo, serão pagos de acordo com o número de atendimentos efetuados, até o 5º dia útil após a apresentação da Nota Fiscal, tendo como referencia a TABELA (RNHF – 1998) - REFERENCIAL NACIONAL DE HONORÁRIOS FISIOTERAPÊUTICOS – CAPITULO XI – CÓDIGO 71.11.000-9, observando os seguintes critérios:

a) Atendimento Fisioterapêutico na Clínica será pago R\$ 8,50 (Oito reais e cinquenta centavos)/sessão equivalendo 14% do valor referencial da TABELA (RNHF - 1998) - REFERENCIAL NACIONAL DE HONORÁRIOS FISIOTERAPÊUTICOS – CAPITULO XI – CÓDIGO 71.11.000-9.

b) Atendimento Fisioterapêutico Domiciliar será pago R\$ 12,00 (doze reais)/sessão equivalendo 20% do valor referencial da TABELA (RNHF - 1998) - REFERENCIAL NACIONAL DE HONORÁRIOS FISIOTERAPÊUTICOS – CAPITULO XI – CÓDIGO 71.11.000-9.

III - O CRENCIADO deverá apresentar Nota Fiscal de Serviço, acompanhada da documentação abaixo relacionada para ser visada pela fiscalização do CRENCIANTE, no primeiro dia útil do mês subsequente ao da prestação dos serviços.



IV - O pagamento somente será efetuado mediante prestação de contas da seguinte forma:

a) - Relatório contendo o nome do paciente, endereço completo, telefone, número de sessões de fisioterapia realizadas no mês de referencia. Relatório este separado por tipo de serviço realizado (serviço prestado na clinica e serviço prestado no domicilio do Paciente).

b) - Devera ser anexado ao relatório também a seguinte documentação:

1 - Cópia do formulário de encaminhamento;

2 - Boletim de referencia/contra referencia ;

3 - Ficha de atendimento ambulatorial – FAA, devidamente preenchida contendo data por sessão, assinatura do paciente por sessão e assinatura do profissional que realizou o serviço por sessão.

c) - Na Nota Fiscal deverá ser destacando o valor do Imposto de Renda a ser retido na fonte.

#### **CLÁUSULA QUARTA – DAS CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO**

I – O Credenciamento caracteriza uma relação contratual de prestação de serviços;

II – O CREDENCIADO deverá manter, durante a vigência deste Termo, todas as condições de habilitação exigidas para a sua celebração;

III – É de responsabilidade exclusiva e integral do CREDENCIADO, a utilização de pessoal para a execução dos respectivos procedimentos, incluindo encargos trabalhistas, previdenciários, sociais e fiscais resultantes de vínculo empregatício ou comercial;

IV – As sessões devem ser encaminhadas mensalmente pelo setor de encaminhamento num teto máximo de 10 (dez) sessões por mês por paciente, mesmo para os pacientes com tratamento permanente.

V - É vedado:

a) O trabalho do CREDENCIADO em dependências ou setores próprios municipais;

b) Não poderá fazer parte do quadro social ou de empregados do CREDENCIADO, sob pena de rescisão deste Termo, servidor público, contratado sob qualquer título, ocupante de cargo eletivo ou com registro de candidatura a cargo eletivo ou com registro oficial de candidatura a cargo no Município CREDENCIANTE;

c) A transferência dos direitos e obrigações decorrentes desse Termo.

#### **CLÁUSULA QUINTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

As despesas decorrentes do presente Credenciamento, correrão a conta da seguinte dotação orçamentária: Secretaria Municipal de Saúde 103031182530 Ampliação das especialidades médicas 33903950 Serviços médico-hospitalares, odontológicos, laboratoriais. Código reduzido da despesa 1458. Fonte de recurso 40 ASPs.

#### **CLÁUSULA SEXTA – DA FISCALIZAÇÃO**

O CREDENCIANTE realizará, subsidiariamente, fiscalização dos serviços decorrentes desse Termo ficará a cargo da Secretaria Municipal de Saúde, que se designará servidor para tanto, não excluindo ou restringindo a responsabilidade do CREDENCIADO na prestação do serviço, objeto desse Termo.



### **CLÁUSULA SÉTIMA – DA RESCISÃO**

A rescisão desse Termo, poderá se dar numa das seguintes hipóteses:

- a) Por decorrência do seu prazo de vigência;
- b) Por solicitação do CREDENCIADO;
- c) Por acordo entre as partes;
- d) Unilateralmente pelo CREDENCIANTE, após o devido processo legal, no caso de descumprimento de condição estabelecida no edital ou Termo de Credenciamento.

### **CLÁUSULA OITAVA – DO FORO**

Fica designado o Foro da Comarca de Marau/RS, para dirimir as dúvidas oriundas deste Termo, quando não resolvidas administrativamente.

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

Marau, ..... de ..... de 2006.

.....  
Credenciado

Vilmar Perin Zanchin  
Credenciante