



## Prefeitura Municipal de Cruz Machado – Estado do Paraná

Avenida Vitória, 251 – Centro – Cruz Machado – PR  
CEP: 84620-000 - CNPJ: 76.339.688/0001-09  
Fone (42) 3554-1222 - E-mail: licitacao@pmcm.pr.gov.br  
[www.pmcm.pr.gov.br](http://www.pmcm.pr.gov.br)



### ESTADO DO PARANÁ PREFEITURA MUNICIPAL DE CRUZ MACHADO

CNPJ 76.339.688/0001-09  
Avenida Vitória nº 251 CEP 84620-000 – Cruz Machado Pr.

#### AVISO

#### CRENCIAMENTO 001/2023

A Prefeitura Municipal de Cruz Machado – PR torna público que estará recebendo, documentação para o Credenciamento objetivando a, **contratação de médico anesthesiologista para consultas ambulatoriais no Centro de Saúde Dr Carlos Renato Passos e para realização de procedimentos anesthesiantes para a realização de cirurgias no Hospital Municipal Santa Terezinha.**, suprimindo assim as necessidades da Secretaria de Saúde desta municipalidade. Este credenciamento encontra-se fundamentado nas disposições contidas na Constituição Federal, Lei 8.666/93, Lei Estadual 15.608 e as demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, mediante a celebração de contrato de credenciamento de prestação de serviços, conforme as condições estabelecidas neste edital e em seus anexos.

Regem o presente processo a Lei Federal nº 8.666/93, observadas as alterações posteriores.

**O recebimento dos protocolos ocorrerão a partir do dia 15/02/2023 as 08:00 (nove) horas até dia 15/03/2023 às 08:00h. O credenciamento terá validade de 12 (doze) meses, podendo durante seu período de vigência receber novos credenciados que serão classificados nos prazos estimados no edital.**

O Edital completo poderá ser obtido pelos interessados na CPL, em meio magnético, mediante entrega de um CD vazio, de segunda a sexta-feira, no horário de 14:00 às 17:00 horas ou pelo endereço eletrônico <http://www.pmcm.pr.gov.br/>. É necessário que, ao fazer download do Edital, seja informado à Comissão Permanente de Licitação, via e-mail – [licitacao@pmcm.pr.gov.br](mailto:licitacao@pmcm.pr.gov.br) - ou via fax – (42)3554-1222, a retirada do mesmo, para que possam ser comunicadas possíveis alterações que se fizerem necessárias. A CPL não se responsabilizará pela falta de informações relativas ao procedimento àqueles interessados que não confirmarem, pelos meios expostos, a retirada do Edital. Quaisquer dúvidas contatar pelos telefones (42) 3554-1222 ramal 243.

Cruz Machado, 14 de fevereiro de 2023.

Prefeito Municipal



## CRENCIAMENTO 001/2023

### CRENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DA SAÚDE

#### 1 – PREÂMBULO:

A Prefeitura Municipal de Cruz Machado, o Prefeito Municipal Sr.º Antonio Luis Szaykowski, no uso das atribuições, torna público aos interessados que, promoverá **CHAMAMENTO PÚBLICO** para Credenciamento de **contratação de médico anestesiolista para consultas ambulatoriais no Centro de Saúde Dr Carlos Renato Passos e para realização de procedimentos anestésicos para a realização de cirurgias no Hospital Municipal Santa Terezinha**. Este credenciamento encontra-se fundamentado nas disposições contidas na Constituição Federal, Lei 8.666/93, Lei Estadual 15.608 e as demais e as demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, mediante a celebração de contrato de credenciamento de prestação de serviços, conforme as condições estabelecidas neste edital e em seus anexos.

#### 2 – OBJETO:

**2.1. CHAMAMENTO PÚBLICO** para Credenciamento objetivando a **contratação de médico anestesiolista para consultas ambulatoriais no Centro de Saúde Dr Carlos Renato Passos e para realização de procedimentos anestésicos para a realização de cirurgias no Hospital Municipal Santa Terezinha**, obedecidas às especificações e normas constantes do presente Edital.

2.2. Contratação de Serviços especializados de:

#### 2.3. CARGO: MÉDICO ANESTESIOLOGISTA

**Requisitos:** Ter idade mínima de 18 anos; diploma de Graduação e medicina devidamente registrado, expedido por instituição de ensino reconhecido pelo MEC, e registro no CRM.

2.3.1. Contratação de Serviços especializados de:

| Nº item | Código material | descrição   | quantidade | Valor und | Valor total |
|---------|-----------------|---|------------|-----------|-------------|
| 1       | 184000024       | CÓD 31303153 TRAQUELECTOMIA/AMPUTAÇÃO/ CONIZAÇÃO (COM OU SEM CAF), PORTE 3 - 4C, CÓDIGO 31303153.                     | 12         | 471,79    | 5.661,48    |
| 2       | 184000025       | PROCEDIMENTO DE CESARIANA, PORTE 5 - 7C, CÓDIGO 31309054.   | 110        | 1.043,81  | 114.819,10  |
| 3       | 184000026       | HISTERECTOMIA TOTAL COM ANEXECTOMIA UNI OU BILATERAL QUALQUER VIA, PORTE 5 - 7C, CÓDIGO 31303129.                     | 12         | 1.043,81  | 12.525,72   |
| 4       | 184000027       | COD 31304010 - CIRURGIA ESTERILIZADORA FEM. PORTE 3 - 4C CODIGO 31304010.   | 12         | 471,79    | 5.661,48    |
| 5       | 184000028       | COD 31303102 - HISTERECTOMIA TOTAL QUALQUER VIA PORTE 5 - 7C, CODIGO 31303102.  | 12         | 1.043,81  | 12.525,72   |
| 6       | 184000038       | CURETAGEM GINECOLOGICA SEMIOTICA E/OU TERAPEUTICA COM OU SEM DILATAÇÃO DO COLO DO UTERO PORTE 1 - 3 A CODIGO 31303056 | 12         | 310,38    | 3.724,56    |
| 7       | 184000030       | COD. 31309062 - CURETAGEM POS ABORTAMENTO PORTE 2 - 3 C CODIGO 31309062   | 24         | 310,38    | 7.449,12    |
| 8       | 184000031       | COD 31302041 - COLPOPLASTIA ANTERIOR PORTE 2 - 3C CODIGO 31302041   | 12         | 310,38    | 3.724,56    |
| 9       | 184000032       | COD. 30602017 - BIOPSIA INCISIONAL DE MAMA PORTE 2 - 3 C CODIGO 30602017  | 12         | 310,38    | 3.724,56    |
| 10      | 184000039       | COD. 30602050 - DRENAGEM DE ABSCESSO DE MAMA PORTE 2 - 3 C, CODIGO 30602050.  | 12         | 310,38    | 3.724,56    |
| 11      | 184000033       | COD. 30602050 - DRENAGEM DE MAMA PORTE 5 - 7 C, CODIGO 30602050.  | 12         | 471,79    | 5.661,48    |
| 12      | 184000035       | COD. 31302084 - EXERESE DE CISTO VAGINAL PORTE 1 - 3 A, CODIGO 31302084.  | 12         | 202,37    | 2.428,44    |
| 13      | 184000040       | COD: 31305016 OFORECTOMIA OU OFOROSPLASIA UNILATERAL OU BILATERAL PORTE 3 - 4 C.                                      | 12         | 471,79    | 5.661,48    |
| 15      | 184000034       | COD. 31302050 - COLPOPLASTIA POSTERIOR COM PENIORRAFIA PORTE 3 - 4 C, codigo 31302050.                                | 12         | 471,79    | 5.661,48    |



## Prefeitura Municipal de Cruz Machado – Estado do Paraná

Avenida Vitória, 251 – Centro – Cruz Machado – PR  
CEP: 84620-000 - CNPJ: 76.339.688/0001-09  
Fone (42) 3554-1222 - E-mail: licitacao@pmcm.pr.gov.br  
www.pmc.m.pr.gov.br



|       |           |                               |               |       |            |
|-------|-----------|-------------------------------|---------------|-------|------------|
| 16    | 184000018 | CONSULTAS MEDICAS/ANESTÉSICAS | 6.000         | 77,00 | 462.000,00 |
| TOTAL |           |                               | R\$654.953,74 |       |            |

### 3 - APRESENTAÇÃO E ENTREGA DOS ENVELOPES:

3.1- O envelope “Documentação de Habilitação” deverá ser indevassável, fechado e entregue diretamente a Comissão de Licitações, no Departamento de Licitações. A Comissão de Licitações não se responsabiliza por envelopes enviados por qualquer meio e não entregues ao Departamento de Licitações até o dia e horário especificados abaixo:

**Prefeitura Municipal de Cruz Machado**

**Endereço: Av. Vitória, 251 - Centro**

**Auditório Municipal .**

**Data para entrega: 15/02/2023 as 08:00 (nove) horas até dia 15/03/2023 às 08:00h**

**Sessão Pública e Publicação do Resultado: 15/03/2023 as 9h**

**Vigência do Credenciamento: 01 ano**

3.2- O envelope deverá, ainda, indicar em sua parte externa e frontal os seguintes dizeres:

**PREFEITURA DO MUNICIPIO DE CRUZ MACHADO  
DEPARTAMENTO DE LICITAÇÕES  
CREDENCIAMENTO 001/2023  
PROPOSTA DE HABILITAÇÃO PARA CREDENCIAMENTO  
NOME DO PROPONENTE:**

3.3. A Prefeitura Municipal de Cruz Machado, através do Departamento de Licitações, somente considerará os envelopes “Documentação de Habilitação para Credenciamento” que forem entregues à Comissão De Licitações designada, no local, datas e horários definidos no item 3.1 deste edital.

### 4. DOS RECURSOS FINANCEIROS E DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

4.1. As despesas decorrentes com a realização dos contratos correrão por conta das seguintes dotações:

| Unid.Orç. | Código da Dotação        | Descrição da Despesa                               | Complemento do Elemento |
|-----------|--------------------------|--|-------------------------|
| 04.01     | 2.014.3.3.90.39.00.00.00 | Manutenção e Funcionamento do Hospital da Rede Pub | 3.3.90.39.05.00.00.00   |

### 5. DOCUMENTOS PARA HABILITAÇÃO

#### 5.1. HABILITAÇÃO PESSOA FÍSICA:

- Cópia do documento de Identificação RG (Registro Geral) e CPF (Cadastro de Pessoa Física);
- Documento de Identidade Profissional onde consta o número de inscrição junto à entidade profissional da área de atuação;
- Certificado de conclusão de curso de graduação: Diploma devidamente registrado no órgão ou entidade competente;
- Tabela de pontuação para julgamento e classificação (conforme ANEXO VIII), bem como as cópias dos Certificados de Conclusão de cursos indicados;
- Comprovante de endereço atualizado;
- Certidão que comprove adimplência junto ao Conselho Regional da Categoria;
- Documentos comprobatórios de experiência, de forma que possa ser facilmente compreendido e atestado sua veracidade;



## Prefeitura Municipal de Cruz Machado – Estado do Paraná

Avenida Vitória, 251 – Centro – Cruz Machado – PR  
CEP: 84620-000 - CNPJ: 76.339.688/0001-09  
Fone (42) 3554-1222 - E-mail: licitacao@pmcm.pr.gov.br  
www.pmcmm.pr.gov.br



- h) Declaração do proponente de que não pesa contra si declaração de inidoneidade, de acordo com o **Modelo III**.
- i) **Certidão Negativa de Débitos** de Tributos Federais quanto aos Tributos e Contribuições Federais e também quanto à Dívida Ativa da União;
- j) **Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual** do domicílio ou sede do licitante, ou outra equivalente, na forma da lei;
- k) **Prova de regularidade com a Fazenda Municipal**;
- l) **Indicação do banco**, agência e conta corrente do licitante, para depósito dos valores referentes aos serviços objeto do credenciamento;
- m) Ficha de credenciamento, conforme anexo (**ANEXO II**);
- n) Declaração do solicitante de que está de acordo com as normas e tabelas de valores definidos no presente Edital, bem como de que realizará todos os procedimentos a que se propõe, e que qualquer alteração deverá ter a anuência expressa do Gestor Municipal (**ANEXO IV**);
- o) Declaração de legalidade da contratação (ANEXO V);
- p) **Declaração** conforme Acórdão 2745/2010 DO TCE-PR e Súmula Vinculante 13 do STF. (Anexo VI);

## 5.2. HABILITAÇÃO PESSOA JURÍDICA

### 5.2.1. Habilitação jurídica

- a) Registro comercial, no caso de empresa individual;
- b) Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor (e alterações contratuais), devidamente registrados, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;
- c) Inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício; Decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir.

### 5.2.2. A documentação relativa à regularidade fiscal e trabalhista, consistirá em: Prova de regularidade com as Fazendas:

- a) Prova de inscrição no **Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ)**;
- b) Federal e INSS, mediante a apresentação de certidão conjunta negativa de débitos relativos aos tributos federais e à dívida ativa da união, emitida pela Procuradoria da Fazenda Nacional na sede da empresa.
- c) Estadual mediante certidão negativa de tributos estadual emitida pela respectiva secretaria do estado do domicílio ou sede da proponente.
- d) Municipal mediante a apresentação de certidão negativa emitida pela respectiva secretaria do município do domicílio ou sede da proponente.
- e) Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), mediante CND (Certidão Negativa de Débitos) do FGTS.
- f) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas.

### 5.2.3. A documentação, relativa à qualificação econômico-financeira



a) Certidões Negativas de falência ou Recuperação Judicial ou Recuperação Extrajudicial nos termos da lei Federal nº 11.101/05, fornecidas pelos Cartórios Distribuidores Judiciais da sede da Proponente, emitidas em até no máximo 60 dias antes da data prevista para a abertura da Licitação.

#### 5.2.4. A documentação relativa à qualificação técnica e demais documentos:

- a) Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES da empresa;
- b) Declaração da licitante, assinada pelo seu representante legal, de que cumpre o disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal e Declaração de comprometimento de manter as condições de habilitação durante a vigência do contrato (conforme modelo - Anexo V).
- c) Declaração do proponente de que não pesa contra si declaração de inidoneidade, de acordo com o **Modelo III**.

#### 5.2.5. DOCUMENTOS PESSOAIS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO(S) SERVIÇO(S) PRESTADO(S):

- a) Cópia da cédula de identidade;
- b) Cópia do CPF;
- c) Cópia do comprovante de inscrição no CRM (Conselho Regional de Medicina)
- d) Cópia do diploma do profissional de saúde;
- e) Cópia do comprovante de especialidade na área pretendida;
- f) Documentos comprobatórios de experiência, de forma que possa ser facilmente compreendido e atestado sua veracidade;
- g) Declaração de credenciamento (**ANEXO IV**);
- h) **Declaração** conforme Acórdão 2745/2010 DO TCE-PR e Súmula Vinculante 13 do STF. (Anexo VI);
- i) Tabela de pontuação para julgamento (do profissional que prestará o serviço) e classificação (conforme ANEXO VIII), bem como as cópias dos Certificados de Conclusão de cursos indicados;

5.3. O processo deverá ser instruído com os documentos indicados, dos quais poderão ser apresentadas cópias simples, desde que acompanhadas do documento original, para que a Comissão dê a fé pública ao documento.

### 6. DO CREDENCIAMENTO E CONDIÇÕES PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS:

**6.1.** Estará habilitado para o Credenciamento, o pleiteante que possua parecer favorável da Comissão e credenciarem-se para este fim. Definidos habilitados e cotas o processo de Chamada Pública será encaminhado para abertura de Processo de Inexigibilidade. O credenciamento configurará uma relação contratual de prestação de serviços;

**6.2.** O Município reserva-se o direito de fiscalizar, de forma permanente, a prestação dos serviços pelos credenciados, podendo proceder ao descredenciamento, em caso de má prestação e descumprimento das cláusulas contratuais, verificada em processo administrativo específico, com garantia do contraditório;

**6.3.** Não poderá exercer a atividade por credenciamento a pessoa que se enquadre nas vedações do artigo 9º da lei 8.666/93, ou ainda, estiver em exercício de mandato eletivo ou com registro oficial de candidatura para qualquer desses cargos. O credenciado que venha se enquadrar nestas situações terá suspensa a respectiva atividade, enquanto perdurar o impedimento, considerando-se, também, o prazo de vigência estabelecido no instrumento legal de credenciamento;

**6.4.** As certidões que não contem expresse a data de validade considerar-se-á válida por 60 (sessenta) dias, contados a partir de data de emissão.

**6.5.** Cada candidato/empresa poderá efetuar somente 01 (uma) inscrição neste credenciamento;

**6.6.** O candidato deverá ter disponibilidade da carga horária semanal citada no Anexo I, como requisito mínimo a ser preenchido;

**6.7.** O Credenciamento será realizado em única etapa: Análise curricular, de caráter eliminatório e classificatórios, onde será avaliada experiência de exercício de atividade profissional na Administração Pública ou Privada em



empregos/cargos especializados na área específica a que se concorre, nível de formação e capacitação profissional;

6.8. A análise curricular compreende:

a) a investigação da veracidade das informações contidas na Ficha de credenciamento e documentação apresentada;

6.9. Para receber a pontuação relativa ao tempo de experiência na atividade para a qual se candidatou, o candidato deverá atender a uma das seguintes opções:

a) Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) acrescida de declaração do empregador que informe o período (com início e fim, se for o caso) com a descrição das atividades desenvolvidas, se realizado na área privada;

b) Certidão que informe o período (com início e fim, se for o caso) com a descrição das atividades desenvolvidas, se realizado na área pública.

c) Contrato de prestação de serviços ou Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) acrescido de declaração que informe o período (com início e fim, se for o caso) e a espécie do serviço realizado.

6.10. A declaração e a certidão mencionadas nas alíneas “a” e “b” do subitem anterior deverão ser emitidas por órgão de pessoal ou de recursos humanos;

6.11. A declaração mencionada na alínea “c” do subitem 6.9 deste edital deverá ser emitida pelo contratante;

6.12. Para efeito de pontuação não será considerada fração de ano nem sobreposição de tempo, salvo exclusivamente para critério de desempate conforme item 7.3, alínea b do referido edital.

6.13. Cada título será considerado apenas uma vez;

## 7. CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO PARA JULGAMENTO E CLASSIFICAÇÃO

7.1. No processo de credenciamento serão observados os seguintes critérios de pontuação para definição da classificação dos interessados:

7.1.1. Os candidatos habilitados serão classificados pelos critérios estabelecidos no quadro abaixo levando-se em consideração os seguintes aspectos:

- Formação profissional;
- Experiência profissional;

| ITEM  | PARÂMETROS      | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL |
|---|-----------------|----------------|-------------|
| Certificado de conclusão de curso de graduação: Diploma devidamente registrado no órgão ou entidade competente; | 01 Título       | 10             | 10 pontos   |
| Certificado, devidamente registrado, de curso de pós-graduação, doutorado, mestrado, afim ao cargo pretendido;  | 02 Títulos      | 10             | 20 pontos   |
| Experiência Profissional  | Até 1 ano       | 10 pontos      | 50 pontos   |
|   | 1 a 5 anos      | 30 pontos      |             |
|   | Acima de 5 anos |                |             |



## Prefeitura Municipal de Cruz Machado – Estado do Paraná

Avenida Vitória, 251 – Centro – Cruz Machado – PR  
CEP: 84620-000 - CNPJ: 76.339.688/0001-09  
Fone (42) 3554-1222 - E-mail: licitacao@pmmc.pr.gov.br  
www.pmmc.pr.gov.br



|  |          |                   |           |
|--|----------|-------------------|-----------|
|  |          | 50 pontos         |           |
| Curso de aperfeiçoamento relacionados à função pretendida. | 4 cursos | 5 pontos          | 20 pontos |
| <b>TOTAL</b>   |          | <b>100 PONTOS</b> |           |

7

7.2. A classificação proceder-se-á pela ordem crescente de pontuação obtida com base na análise curricular;

7.3. Na classificação final, entre credenciados com igual número de pontos, serão fatores de desempate:

- Maior pontuação na análise de Títulos (graduação/pós graduação);
- Maior pontuação na experiência profissional;
- Persistindo o empate, terá preferência o credenciado de maior idade;
- Sorteio;

## 8. DA PROPOSTA DE PREÇOS

8.1. Os preços constantes neste edital baseiam-se no Plano de Cargos e salários dos servidores públicos municipais, os quais serão pagos pela prestação de serviço mensal;

8.2. Prazo de vigência do credenciamento será de 12 (doze) meses;

## 9. DO PAGAMENTO

9.1 - O pagamento pelos serviços prestados pelo credenciamento será efetuado mensalmente no mês subsequente a prestação dos serviços, de acordo com os valores estipulados nas tabelas constante do anexo I, devidamente autorizados pela Secretaria em que estão subordinados os serviços;

## 10. DOS RECURSOS HUMANOS

10.1 - São de responsabilidade exclusiva e integral do **CRENCIADO**, incluídos encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes do vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações, em nenhuma hipótese, poderão ser transferidos ao Município ou a Secretaria de Saúde.

## 11. FORMALIZAÇÃO:

11.1. Sendo homologado o pedido de credenciamento, será formalizado o termo próprio, através de Contrato.

## 12. DOS RECURSOS

12.1. Das decisões proferidas pela Comissão Permanente de Licitações caberão recursos no prazo de 05 (cinco) dias, nos termos do art. 109 da Lei nº 8.666/93 e alterações;

12.2. O recurso deverá ser interposto mediante petição impressa, devidamente arrazoada e subscrita pelo recorrente, obedecendo aos prazos previstos na Lei de Licitações;

## 13. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:

13.1. O credenciamento terá vigência de 12 (doze) meses, e o contrato terá vigência de 06 (seis) meses a partir da assinatura do contrato, prorrogável por igual período, até o limite legal de 60 meses, enquanto houver interesse da Administração Pública. O credenciamento de um serviço poderá ser, a qualquer tempo, alterado, suspenso ou cancelado, se o credenciado deixar de satisfazer as exigências deste Edital/contrato.



## Prefeitura Municipal de Cruz Machado – Estado do Paraná

Avenida Vitória, 251 – Centro – Cruz Machado – PR  
CEP: 84620-000 - CNPJ: 76.339.688/0001-09  
Fone (42) 3554-1222 - E-mail: licitacao@pmcm.pr.gov.br  
www.pmc.m.pr.gov.br



**13.2.** O Processo de monitoramento e fiscalização do Credenciamento será regulamentado por Instrução Normativa Específica por procedimento, a ser definida pela Secretaria Municipal de Saúde.

**13.3.** Ao Município reserva-se o direito de, justificadamente, anular ou revogar o presente edital, sem que caibam reclamações ou indenizações.

**13.4.** A participação dos interessados (as) deverá respeitar com rigor todas as especificações e condições apresentados no presente edital e nos anexos que fazem parte integrante deste, a saber:

ANEXO I: Termo de Referência

ANEXO II: Ficha de Credenciamento

ANEXO III: Declaração de Inidoneidade

ANEXO IV: Declaração de credenciamento

ANEXO V: Declaração de legalidade de contratação

ANEXO VI: **Declaração** conforme Acórdão 2745/2010 DO TCE-PR e Súmula Vinculante 13 do STF

ANEXO VII: Pontuação para julgamento e Classificação

ANEXO VIII: Minuta do Contrato

Cruz Machado, 14 de fevereiro de 2023

---

Antonio Luis Szaykowski  
Prefeito Municipal



## ANEXO I - TERMO DE REFERÊNCIA

### 1. OBJETO:

**1.1. CHAMAMENTO PÚBLICO** para Credenciamento objetivando a **contratação de profissional enfermeiro para prestar serviço no Centro de Saúde Dr Carlos Renato Passos, contratação de médico anesthesiologista para consultas ambulatoriais e realização de procedimentos anestésicos para realização de cirurgias no Hospital Municipal e profissional médico psiquiatra**, obedecidas às especificações e normas constantes do presente Edital.

### 2. JUSTIFICATIVA

Considerando que a rede protetora do Estado, o Sistema Único de Saúde, previsto no art. 198 da Constituição Federal, através da Lei nº 8.080/90, em seu art. 2º reafirma o preceito constitucional de que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

Considerando a observância dos preceitos assegurados na nossa Carta Magna e princípios norteadores do administrador público no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Considerando o dever desta Secretaria de Saúde de assegurar a continuidade de atendimentos à população, oferecendo condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos munícipes, proporcionando melhor qualidade de vida a população.

Devido ao vencimento dos contratos dos profissionais que prestavam atendimento, faz-se necessária a contratação de novos (as) profissionais para atuar e suprir a demanda do município, sendo indispensáveis tais serviços para um bom atendimento.

### 3. PLANILHA DE DESCRITIVOS, LOCAL E VALORES.

| ITEM | DESCRIPTIVO                           | LOCAL DE TRABALHO  | QUANTIDADE | Valor Mensal     | Valor Total    |
|------|---------------------------------------|--|------------|------------------|----------------|
| 2    | Profissional anesthesiologista médico | Centro de Saúde Dr Carlos Renato Passos e Hospital Santa Terezinha | 12 meses   | Conforme demanda | R\$ 654.953,74 |

### 4. PLANILHA DE DETALHAMENTO E ATRIBUIÇÕES DOS SERVIÇOS.

| ITEM | DESCRIPTIVO                           | DETALHAMENTO E ATRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS  |
|------|---------------------------------------|---|
| 1    | Profissional médico anesthesiologista | <ul style="list-style-type: none"><li>- Trabalhar no Centro Cirúrgico e ou local em que haja necessidade de acompanhamento de Anesthesiologista;</li><li>- Realizar avaliação pré-operatória ambulatorial;</li><li>- Realizar visita pré-anestésica;</li><li>- Conferir a preparação do material a ser utilizado na anestesia antes do início da mesma;</li><li>- Conferir adequado funcionamento de equipamentos de monitorização, ventilação mecânica e desfibrilação cardíaca antes do início do procedimento cirúrgico;</li><li>- Auxiliar no transporte de pacientes graves para o Centro Cirúrgico, quando solicitado;</li><li>- Indicar anestesia adequadamente conforme o procedimento cirúrgico e o estado físico do paciente;</li></ul> |



## Prefeitura Municipal de Cruz Machado – Estado do Paraná

Avenida Vitória, 251 – Centro – Cruz Machado – PR  
CEP: 84620-000 - CNPJ: 76.339.688/0001-09  
Fone (42) 3554-1222 - E-mail: licitacao@pmcm.pr.gov.br  
www.pmc.m.pr.gov.br



Departamento de  
**COMPRAS E  
LITIGAÇÕES**  
CRUZ MACHADO  
Administração 2020-2024  
para todos

- Realizar anestesia em diferentes especialidades cirúrgicas;
- ao final do procedimento cirúrgico, transferir pacientes para recuperação pós anestésica, Unidade de Terapia Intensiva ou outro local em que haja necessidade de acompanhamento de anesthesiologista;
- Preencher ficha de anestesia e demais documentos hospitalares necessários à adequada assistência;
- Realizar rígido controle dos fármacos anestésicos utilizados;
- Participar de reuniões de discussão de caso;
- Executar outras tarefas afins;

10

## ANEXO II

### Ficha de Credenciamento

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 001/2023

OBJETO: **CHAMAMENTO PÚBLICO** para Credenciamento objetivando a **contratação de profissional enfermeiro para prestar serviço no Centro de Saúde Dr Carlos Renato Passos, contratação de médico anesthesiologista para consultas ambulatoriais e realização de procedimentos anestésicos para realização de cirurgias no Hospital Municipal e profissional médico psiquiatra**, obedecidas às especificações e normas constantes do presente Edital.

NOME: \_\_\_\_\_

CPF Nº \_\_\_\_\_

RG Nº \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FILIAÇÃO:

Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO:



**Prefeitura Municipal de Cruz Machado – Estado do Paraná**

Avenida Vitória, 251 – Centro – Cruz Machado – PR  
CEP: 84620-000 - CNPJ: 76.339.688/0001-09  
Fone (42) 3554-1222 - E-mail: licitacao@pmcm.pr.gov.br  
www.pmc.m.pr.gov.br



Departamento de  
**COMPRAS E  
LITIGAÇÕES**  
CRUZ MACHADO  
Administração 2020-2024  
para todos

(Rua, Praça, Avenida...) \_\_\_\_\_  
Nº \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ TELEFONES:  
Comercial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

11

**ESPECIALIDADE:**

| ITEM | FUNÇÃO | VALOR DO SERVIÇO |
|------|--------|------------------|
|      |        |                  |

**DADOS BANCÁRIOS:**

Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Conta  
Corrente: \_\_\_\_\_ LOCAL,

DATA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PROPONENTE

**ANEXO III**

**DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE**

À PREFEITURA MUNICIPAL DE CRUZ MACHADO - PR.

A Licitante \_\_\_\_\_ (qualificação) abaixo firmada, DECLARA para os devidos fins de direito, na qualidade de solicitante de cadastramento de, objetivando a **contratação de profissional enfermeiro para prestar serviço no Centro de Saúde Dr Carlos Renato Passos, contratação de médico anesthesiologista para consultas ambulatoriais e realização de procedimentos anestésicos para realização de cirurgias no Hospital Municipal e profissional médico psiquiatra**, nos termos do Chamamento Público nº. **001/2023**, que não foi declarada inidônea para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Cruz machado (PR), em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.



## Prefeitura Municipal de Cruz Machado – Estado do Paraná

Avenida Vitória, 251 – Centro – Cruz Machado – PR  
CEP: 84620-000 - CNPJ: 76.339.688/0001-09  
Fone (42) 3554-1222 - E-mail: licitacao@pmcm.pr.gov.br  
www.pmc.m.pr.gov.br



Departamento de  
**COMPRAS E  
LITIGAÇÕES**  
CRUZ MACHADO  
Administração 2020-2024  
para todos

(assinatura do solicitante)

\_\_\_\_\_  
(nome do solicitante)

12

### ANEXO IV

#### DECLARAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

#### EDITAL DE CREDENCIAMENTO N.º 001/2023

Eu, , portador da Cédula de Identidade RG nº e inscrito no CPF nº declaro que:

- Estou ciente de que o meu possível credenciamento não gera direito subjetivo à minha efetiva contratação pela Secretaria de Saúde de Cruz machado /PR;
- Conheço e aceito, incondicionalmente, as regras do presente edital, bem como me responsabilizo por todas as informações contidas no projeto, caso venha a ser contratado, após apresentar a documentação exigida no item 5.
- Estou ciente de que, caso venha ser contratado, os pagamentos sofrerão os descontos previstos em lei.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.



**Prefeitura Municipal de Cruz Machado – Estado do Paraná**

Avenida Vitória, 251 – Centro – Cruz Machado – PR  
CEP: 84620-000 - CNPJ: 76.339.688/0001-09  
Fone (42) 3554-1222 - E-mail: licitacao@pmcm.pr.gov.br  
www.pmc.m.pr.gov.br



Departamento de  
**COMPRAS E  
LITIGAÇÕES**  
CRUZ MACHADO  
para todos

CRUZ MACHADO (PR), em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

13

*(assinatura do solicitante)*

\_\_\_\_\_  
*(nome do solicitante)*

**ANEXO V**

**DECLARAÇÃO**

EDITAL DE CREDENCIAMENTO N.º 001/2023.

Eu, , portador da Cédula de Identidade RG nº e inscrito no CPF nº , DECLARO, sob as penas da lei, que não sou servidor público municipal de Cruz Machado/PR e não possuo qualquer impedimento legal em contratar com o Município de Cruz machado.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

CRUZ MACHADO (PR), em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.



## Prefeitura Municipal de Cruz Machado – Estado do Paraná

Avenida Vitória, 251 – Centro – Cruz Machado – PR  
CEP: 84620-000 - CNPJ: 76.339.688/0001-09  
Fone (42) 3554-1222 - E-mail: licitacao@pmcm.pr.gov.br  
www.pmc.m.pr.gov.br



Departamento de  
**COMPRAS E  
LITIGAÇÕES**  
CRUZ MACHADO  
Administração 2020-2024 para todos

(assinatura do solicitante)

\_\_\_\_\_  
(nome do solicitante)

14

## ANEXO VI

### DECLARAÇÃO

....., inscrita no CNPJ N° ....., sediada na rua ....., cidade ..... / Paraná, por intermédio de seu representante legal, o(a) Sr(a)....., portador(a) da Carteira de Identidade n° ..... e do CPF n° ..... DECLARA sob as penas da lei que não possui em seu quadro societário cônjuge, parentes em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, de autoridades ou servidores comissionados da própria pessoa jurídica, conforme Acórdão 2745/2010 do Tribunal de Contas do Paraná e Súmula Vinculante 13, do STF.

Por ser verdade, firmo a presente declaração para que produza os efeitos legais, ciente de que a falsidade de seu conteúdo pode implicar na imputação de sanções civis, administrativas, bem como na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, conforme transcrição abaixo:



## Prefeitura Municipal de Cruz Machado – Estado do Paraná

Avenida Vitória, 251 – Centro – Cruz Machado – PR  
CEP: 84620-000 - CNPJ: 76.339.688/0001-09  
Fone (42) 3554-1222 - E-mail: licitacao@pmcm.pr.gov.br  
www.pmc.m.pr.gov.br



Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante. Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular.

15

....., de ..... de 2023.

Representante Legal

### ANEXO VII

#### PONTUAÇÃO PARA JULGAMENTO E CLASSIFICAÇÃO

No processo de credenciamento serão observados os seguintes critérios de pontuação para definição da classificação dos interessados

| ITEM  | PARÂMETROS | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL |
|---|------------|----------------|-------------|
| Certificado de conclusão de curso de graduação: Diploma devidamente registrado no órgão ou entidade competente; | 01 Título  | 10             | pontos      |



**Prefeitura Municipal de Cruz Machado – Estado do Paraná**

Avenida Vitória, 251 – Centro – Cruz Machado – PR  
CEP: 84620-000 - CNPJ: 76.339.688/0001-09  
Fone (42) 3554-1222 - E-mail: licitacao@pmcm.pr.gov.br  
www.pmc.m.pr.gov.br



Departamento de  
**COMPRAS E  
LITIGAÇÕES**  
CRUZ MACHADO  
para todos  
Administração 2020-2024

|  |                 |           |        |
|--|-----------------|-----------|--------|
| Certificado, devidamente registrado, de curso de pós-graduação, doutorado, mestrado, afim ao cargo pretendido; | 02 Títulos      | 10        | pontos |
| Experiência Profissional   | Até 1 ano       | 10 pontos | pontos |
|  | 1 a 5 anos      | 30 pontos |        |
|  | Acima de 5 anos | 50 pontos |        |
| Curso de aperfeiçoamento relacionados à função pretendida.   | 4 cursos        | 5 pontos  | pontos |
| <b>TOTAL</b>   |                 |           |        |

\_\_\_\_\_  
**Representante**

**ANEXO IX – MINUTA CONTRATO**

**CONTRATO SOB N° -- /20--**  
**PROCESSO N° -- /20--**  
**INEXIGIBILIDADE N° -- /20--**

**CONTRATANTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE CRUZ MACHADO**, Estado do Paraná, pessoa jurídica de direito público, sito à Avenida Vitória 251, neste ato representada por seu Prefeito Municipal em exercício Senhor Euclides Pasa, residente e domiciliado nesta cidade, portador do CPF nº 353.180.319-00 e RG 2.263.701, a seguir denominada CONTRATANTE, e

**CONTRATADO: NOME**, residente da cidade de --/--, sito a (ENDEREÇO), inscrito no R.G. sob nº XXX e CPF XXX, neste ato denominado simplesmente "CONTRATADO", na presença das testemunhas no final assinado, pelas partes contratantes, fica acertado e ajustado o presente contrato, que se regerá nos termos da Lei nº 8.666/93, de 21 de junho de 1993, assim como pelas condições do Edital de Inexigibilidade N° 0--/20-- pelas cláusulas a seguir expressas, definidoras de direitos, obrigações e responsabilidades das partes.



## CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

### (OBJETO)

### (PLANILHA DE SERVIÇOS)

## CLÁUSULA SEGUNDA - DO PREÇO E DO PAGAMENTO

Pelos serviços objeto ora contratados, a CONTRATANTE pagará a CONTRATADA o valor estimado de **R\$ 00.000,00 (XXXX)**, sendo efetuado de acordo com os serviços prestados, no **período de 00 (XXX) meses**.

**Parágrafo Único** - O pagamento será creditado em favor da empresa Contratada, através de ordem bancária na conta do banco indicado na proposta. Devendo para isto, ficar explicitado o nome do banco, agência, localidade e número da conta corrente em que deverá ser efetivado o crédito, após a aceitação e atestado das Notas Fiscais/Faturas.

## CLÁUSULA TERCEIRA - DO LOCAL E DAS ESPECIFICAÇÕES

Os serviços deverão ser realizados nos locais designados pela **Secretaria Municipal de Saúde**.

## CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

- a) Executar os serviços especificados em Plano de Trabalho, de acordo com as determinações da CONTRATANTE;
- b) Todos os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do serviço serão de exclusiva responsabilidade da CONTRATADA;
- c) A CONTRATADA fica obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões de até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato.
- d) A CONTRATADA terá o prazo de 24 (vinte e quatro) horas após o recebimento da Ordem de Serviços para iniciar a prestação dos serviços;
- e) A CONTRATADA assumirá integral responsabilidade pela boa execução dos serviços contratados;
- f) Não será permitida a cessão ou a subcontratação no todo ou em parte do objeto do presente Contrato;
- g) Obedecer rigorosamente à programação de execução dos serviços nos prazos estipulados;

## CLÁUSULA QUINTA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

Efetuar o pagamento a CONTRATADA no valor, forma e prazos ajustados.

## CLÁUSULA SEXTA - DO PRAZO

A vigência deste contrato será de **00 (xxx)** meses a partir da data de assinatura.

## CLÁUSULA SÉTIMA - DAS PENALIDADES

A inexecução parcial ou total do contrato acarretará a aplicação, nos termos do disposto na Lei Federal nº 8.666/93, das seguintes penalidades:

- a) Advertência;
- b) Pela inexecução parcial: multa de 20% do valor da parcela não executada do contrato;



## Prefeitura Municipal de Cruz Machado – Estado do Paraná

Avenida Vitória, 251 – Centro – Cruz Machado – PR  
CEP: 84620-000 - CNPJ: 76.339.688/0001-09  
Fone (42) 3554-1222 - E-mail: licitacao@pmcm.pr.gov.br  
www.pmc.m.pr.gov.br



c) Pela inexecução total: multa de 30% do valor total do contrato;

d) Para cada falta injustificada: multa de 5% sobre o valor mensal, além do desconto das horas não trabalhadas. O limite é de 02 faltas injustificadas durante todo o período da contratação sob pena de rescisão contratual por inexecução parcial e incidência na multa prevista na alínea 'b';

e) As faltas justificadas, que não sejam por motivo de caso fortuito ou força maior (doença, morte em família, etc.), serão limitadas a 02 durante todo o período da contratação, sob pena de rescisão contratual por inexecução parcial e incidência na multa prevista na alínea 'b';

**Parágrafo Único** - As penalidades previstas neste item serão aplicadas sem prejuízo das demais sanções previstas na lei 8.666/1.993, sendo que são independentes e a aplicação de uma não exclui as outras.

### CLÁUSULA OITAVA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes da execução do presente contrato correrão por conta da dotação orçamentária n°.

| Unid.Orç. | Projeto/Atividade | Elemento de Despesa |
|-----------|-------------------|---------------------|
| --        | --                | --                  |

### CLÁUSULA NONA - DA FISCALIZAÇÃO

Fica responsável pela fiscalização, objeto deste Contrato, a servidora Denise Wollinger .

### CLÁUSULA DÉCIMA - DA RESCISÃO

A CONTRATANTE poderá rescindir o presente contrato na ocorrência de quaisquer hipóteses previstas nos Artigos 77, 78 e 79 e seus incisos, e, neste caso, aplicar também, as sanções previstas na Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações.

**Parágrafo Único** – A rescisão do contrato também poderá ocorrer se a CONTRATADA:

- Receber avaliações desfavoráveis.
- Faltar mais que 02 (duas) vezes, interromper a atividade em andamento, atrasar constantemente;
- Cobrar qualquer honorário relativos aos trabalhos executados em vista do Edital de Credenciamento;
- Designar outra pessoa para executar o serviço contratado, seja no todo ou em parte;
- Não cumprir integralmente o estabelecido no Edital do Credenciamento 0--/20--;
- Apresentar documentos que contenham informações inverídicas.

### CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DOS EVENTUAIS DANOS

A CONTRATADA responderá pelos danos causados a terceiros que resultem de sua imperícia ou negligência.

### CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO FORO

Para dirimir quaisquer questões decorrentes do presente contrato, que não possam ser resolvidos pela mediação administrativa, as partes elegem o foro da Comarca de União da Vitória/PR.

E por assim justas e de acordo, firmam o presente instrumento, em 03 (três) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo nomeadas e indicadas, para que surta seus jurídicos e legais efeitos em juízo e fora dele.



**Prefeitura Municipal de Cruz Machado – Estado do Paraná**

Avenida Vitória, 251 – Centro – Cruz Machado – PR  
CEP: 84620-000 - CNPJ: 76.339.688/0001-09  
Fone (42) 3554-1222 - E-mail: licitacao@pmcm.pr.gov.br  
www.pmc.m.pr.gov.br



**Cruz Machado, -- de -- de 20--.**

19

---

**Euclides Pasa**

**Prefeitura Municipal de Cruz Machado**

**CONTRATANTE**

---

**(EMPRESA**

**CNPJ: XX.XXX.XXX/XXXX-XX**

**CONTRATADA**

**TESTEMUNHAS:**

**NOME:** \_\_\_\_\_

**NOME:** \_\_\_\_\_

**CPF:** \_\_\_\_\_

**CPF:** \_\_\_\_\_