

# Prefeitura de **CAUCAIA**



## CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 2019.08.19.003

### EDITAL nº 2019.08.19.003

A **Secretaria de SAÚDE do Município de Caucaia**, através da **CONTROLADORIA GERAL DO MUNICÍPIO**, situada na Rua Francisco Sales, 127, Centro, Cidade Caucaia/CE, receberá no período de 20 de agosto de 2019 a 31 de dezembro de 2019, no horário de expediente ao público, das **08:00 às 14:00 horas**, **CREDENCIAMENTO DE PESSOAS FÍSICAS PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS A FIM DE EXECUTAR E DESENVOLVER AÇÕES DE PREVENÇÃO, PROGRAMAS, PROJETOS E SERVIÇOS DEFINIDOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE E DESENVOLVIDOS ATRAVÉS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAUCAIA-CE**, conforme especificações constantes do anexo I, parte integrante deste processo.

#### **1.0 – DO OBJETIVO**

1.1- O presente Chamamento Público tem como objetivo o **CREDENCIAMENTO DE PESSOAS FÍSICAS PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS A FIM DE EXECUTAR E DESENVOLVER AÇÕES DE PREVENÇÃO, PROGRAMAS, PROJETOS E SERVIÇOS DEFINIDOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE E DESENVOLVIDOS ATRAVÉS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAUCAIA-CE**, conforme especificações constantes do anexo I, parte integrante deste processo.

#### **2.0 – DAS CONDIÇÕES GERAIS**

2.1- A participação neste credenciamento implica a aceitação plena e irrevogável das normas constantes neste instrumento.

2.2- As inscrições para o referido credenciamento deverão ser realizadas, **EXCLUSIVAMENTE**, por meio eletrônico, através do site oficial da Prefeitura Municipal de Caucaia ([www.caucaia.ce.gov.br](http://www.caucaia.ce.gov.br)).

2.2.1- Ao finalizar a inscrição nos moldes do item 2.2 acima o sistema emitirá o respectivo comprovante, que deverá ser impresso pelo interessado.

2.2.2- O sistema só admitirá a inscrição de um único CPF por **PROGRAMA**.

2.2.3- Após a inscrição, com o comprovante impresso, o interessado deverá juntar a esse, toda a documentação exigida nos itens 3.2 e 3.3 deste Edital;

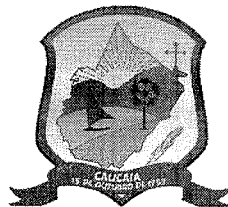
2.2.4- O interessado deverá entregar a documentação exigida, na sede da **CONTROLADORIA GERAL DO MUNICÍPIO**, situada na Rua Francisco Sales, 127, Centro, Cidade Caucaia/CE, no horário das 8h às 14h, de segunda a sexta-feira, em até 2 (dois) dias úteis após a realização da inscrição.

2.2.5- Os documentos apresentados fora do prazo estabelecido no item 2.2.4 acima, não serão recebidos.

2.3- Não poderão participar do presente chamamento pessoas físicas que:

**PREFEITURA DE CAUCAIA/CE**

Rodovia CE 090, 1076 - KM 1 - Itambé - Caucaia/CE - Fone: (85) 33428138 - CEP: 61.600-970  
CNPJ: 07.616.162/0001-06 - CGF: 06.920.270-2



# Prefeitura de CAUCAIA



2.3.1- Estejam com seus cadastros cancelados, suspensos e/ou que tenham sido declarados impedidos de se cadastrarem ou contratarem com a Administração Pública, enquanto durar o impedimento;

2.3.2- Tenham sido declarados inidôneos para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurar o motivo determinante da punição ou até que seja promovida a reabilitação.

2.4- A Secretaria de SAÚDE do Município de Caucaia, poderá revogar o presente chamamento público por razões de interesse público decorrente de fato superveniente comprovado, pertinente e suficiente para justificar tal conduta, devendo anulá-lo por ilegalidade de ofício ou por provocação de terceiros, mediante parecer escrito e devidamente fundamentado.

2.5- A habilitação no credenciamento não implicará na obrigatoriedade de contratação por parte da Secretaria de SAÚDE do Município de Caucaia, que somente fará para atender a demanda efetivamente comprovada.

2.6- Os casos omissos serão decididos pela Secretaria de SAÚDE do Município de Caucaia.

2.7- Fica eleito o foro da Comarca de Caucaia, Estado do Ceará para dirimir quaisquer conflitos provenientes deste Credenciamento.

2.8- As divulgações bem como, a publicação de aviso do presente Chamamento, dar-se-á mediante aviso de publicação do Diário Oficial do Município – DOM.

## 3.0 – DA HABILITAÇÃO

3.1- Para habilitar-se ao credenciamento, o interessado deverá requerê-lo através de carta-proposta junto à Secretaria de SAÚDE do Município de Caucaia, declarando conhecer e concordar com os termos do Edital, apresentando a seguinte documentação, **que deverá ser apresentada em original ou por cópia devidamente autenticada em cartório competente ou conferidas por servidor desta Prefeitura Municipal.**

3.1.1 - Os documentos de habilitação ficarão retidos nos autos, e deverão ser apresentados em cópias conferidas por servidor desta Prefeitura Municipal mediante originais, ou em cópias autenticadas por cartório competente.

## 3.2- DOCUMENTOS PARA HABILITAÇÃO

3.2.1- Documento oficial de identificação;

3.2.2- Cadastro Nacional de Pessoa Física – CPF;

3.2.3- Comprovante de endereço devidamente atualizado, sendo aceito até o terceiro mês anterior a este procedimento;

3.2.3.1- Caso o comprovante de endereço seja em nome de outro titular, devido a residência da pessoa não ser própria, este deverá vir acompanhado de declaração de que o mesmo reside no endereço com reconhecimento de firma do emitente.

PREFEITURA DE CAUCAIA/CE

Rodovia CE 090, 1076 - KM 1 - Itambé - Caucaia/CE - Fone: (85) 33428138 - CEP: 61.600-970  
CNPJ: 07.616.162/0001-06 - CGF: 06.920.270-2



3.2.4- Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, Estadual e Municipal do domicílio ou sede do posto.

- a) A comprovação de quitação para com a Fazenda Federal deverá ser feita através da Certidão Negativa de Tributos e Contribuições Federais e da Dívida Ativa da União, emitida nos moldes da Portaria Conjunta PGFN/RFB nº 1.751, de 02.10.2014;
- b) A comprovação de regularidades com a Fazenda Estadual será feita através da Certidão Negativa de Débitos Estaduais, fornecida pela Secretaria da Fazenda;
- c) A comprovação de regularidade com a Fazenda Municipal será feita através da Certidão Negativa de Tributos Municipais.

3.2.5- Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhista – CNDT.

### **3.3 – QUALIFICAÇÃO TÉCNICA**

I) ATESTADOS DE DESEMPENHO ANTERIOR, fornecido por pessoa jurídica de direito público ou privado, que comprove que o preposto esteja realizando ou tenha realizado atividade/serviço compatível com a respectiva função. (Declaração).

### **4.0 – DA APROVAÇÃO DA PROPOSTA DE CREDENCIAMENTO**

4.1- A CONTROLADORIA GERAL DO MUNICÍPIO poderá durante a análise da documentação, convocar os interessados para quaisquer esclarecimentos porventura necessários;

4.2- Todas as propostas serão aceitas. Entretanto, aquelas propostas cujo interessado não tenha apresentado os documentos em tempo hábil ou que o interessado esteja fora dos padrões exigidos para a função inscrita, serão consideradas como DESCLASSIFICADAS;

4.3 - Após a análise da documentação, a CONTROLADORIA GERAL DO MUNICÍPIO comunicará a Secretaria de SAÚDE, o resultado para divulgação, de acordo com a classificação do credenciamento;

4.4 – A classificação das propostas obedecerá à ordem cronológica de inscrição de cada interessado;

4.5 - A aprovação ou não da proposta de credenciamento será comunicada aos interessados no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos, durante a divulgação do resultado;

4.6 - A apresentação da proposta de credenciamento implica na plena concordância e aceitação dos termos e condições previstas neste instrumento, inclusive com relação ao preço estipulado pela Administração para a prestação dos serviços constantes no anexo I, parte integrante deste processo.

### **5.0 – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E ELEMENTO DE DESPESA**

5.1 – As despesas decorrentes deste Termo de Credenciamento serão pagas com recursos oriundos do orçamento da Secretaria de SAÚDE e de acordo com a seguinte classificação orçamentária: **0621** - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE; **0631** - HOSPITAL MUNICIPAL DR.



# Prefeitura de **CAUCAIA**



ABELARDO GADELHA DA ROCHA; 0641 - HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA TEREZINHA. Projeto/Atividade: 06.21.10.301.0013.2.023 - Programa Saúde Perto das Comunidades; 06.21.10.302.0014.2.028 - Programa de Reinserção e Humanização; 06.31.10.302.0014.2.027 - Programa de Assistência Hospitalar; 06.41.10.302.0014.2.915 - Programa de Assistência Hospitalar Materno/Infantil. Elemento de Despesa: 3.3.90.36.00 - Fonte: 1.111.000,00.

## **6.0 – DA CONTRATAÇÃO**

6.1- Os serviços prestados serão contratados por meio de CONTRATO ADMINISTRATIVO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, onde se estabelecerão com clareza e precisão os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, conforme minuta constante do anexo III deste edital;

6.2- O prazo do contrato será estipulado de acordo com os preceitos legais, porém, determinado em função das reais necessidades dos serviços.

6.3- A convocação para formalização do termo contratual dar-se-á pela ordem de inscrição no referido credenciamento, realizada presencialmente na Secretaria Municipal de SAÚDE.

6.4- O(a) contratado(a) é responsável pelos danos causados, diretamente à Secretaria Municipal de SAÚDE e aos beneficiários, ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do Contrato, não reduzindo ou excluindo essa responsabilidade a fiscalização ou acompanhamento por parte da Contratante.

6.5- O(a) contratado(a) se compromete a comparecer à Secretaria Municipal de SAÚDE, no prazo de até 5 (cinco) dias após a publicação da convocação no DOM para assinatura do contrato. Caso não o faça no prazo estipulado ficará subentendida a sua desistência.

6.6- Na contagem dos prazos estabelecidos neste Edital, será obedecido o previsto no art. 110, da Lei nº 8.666/93 e suas alterações posteriores;

6.7- O prazo de execução é de acordo com o Termo de Referência, anexo I do edital;

6.8- Todos os serviços objeto deste Chamamento Público serão executados nos locais previamente estabelecidos pela Secretaria Municipal de SAÚDE.

## **7.0 – ESCLARECIMENTOS E IMPUGNAÇÃO AO EDITAL**

7.1- Este Edital deverá ser lido e interpretado na íntegra. Após o prazo legal não serão aceitas alegações de desconhecimento;

7.2 - Se o pedido de esclarecimento e/ou recurso for sobre o resultado preliminar quanto a situação de desclassificação ou posição de classificação, o interessado deverá apresentar sua solicitação, no prazo máximo de 02 (dois) dias após a divulgação do Resultado Preliminar.

7.3 - Os pedidos de esclarecimentos ou impugnações ao edital deverão ser protocolados na CONTROLADORIA GERAL DO MUNICÍPIO, situada na Rua Francisco Sales, 127, Centro, Cidade Caucaia/CE, e atender, obrigatoriamente, às seguintes exigências:

7.3.1- Documento elaborado em uma via, rubricado em todas as folhas e numerado;

### **PREFEITURA DE CAUCAIA/CE**



# Prefeitura de **CAUCAIA**



7.3.2- Alegações fundamentadas, e se for o caso, pedido instruído com documentação/provas que se fizerem necessárias;

7.3.3- A petição deverá estar acompanhada de cópia xerográfica do documento de identidade de seu signatário;

7.4- A CONTROLADORIA GERAL DO MUNICÍPIO não se responsabilizará por pedidos de esclarecimentos ou impugnações protocolizadas fora do prazo, e em local diverso do mencionado neste Edital.

7.5- Os interessados em participar do certame obrigam-se a acompanhar as publicações referentes às impugnações e esclarecimentos no Diário Oficial do Município – DOM e portal do TCE/CE: <http://municipios.tce.ce.gov.br/licitacoes/>.

## **8 – DOS ANEXOS DO EDITAL**

- |           |   |                           |
|-----------|---|---------------------------|
| ANEXO I   | - | TERMO DE REFERÊNCIA       |
| ANEXO II  | - | MODELOS DE CARTA PROPOSTA |
| ANEXO III | - | MINUTA DO CONTRATO        |

Caucaia/CE, 19 de agosto de 2019.

**GLAI JONES ALVES FEITOSA**  
Gestor de Despesas de SAÚDE do Município de Caucaia