

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 005/2025.

O CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE – CIM Polinorte, no uso legal de suas atribuições estatutárias, de acordo com as disposições constantes na Lei Federal nº 11.107/05, Lei Federal nº 14.133/2021 e alterações, Lei Federal nº 8080/90, e demais legislações pertinentes, torna público que se acha aberto nesta Unidade, procedimento de CHAMAMENTO PÚBLICO PARA O CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, consubstanciados na realização de consultas médicas e exames especializados, por profissionais habilitados nas respectivas áreas (CONSULTAS E PROCEDIMENTOS EM SAÚDE) - Consulta em Gastroenterologista, Consulta em Otorrino, Consulta em Hematologista, Consulta em Alergista e Imunologista, Consulta em Mastologia, Consulta em Infectologista, Consulta em Pneumologia, Consulta em Reumatologia, Consulta em Geriatria, Exame de Ultrassonografias - Diversos segmentos, U.S Obstétrica Colorido e Pulsado com Doppler, U.S Doppler Colorido de Vasos, Laringoscopia, Videolaringoscopia, Retosigmoidoscopia, Audiometria, Estudo Urodinâmico, Eletroneuromiografia, Tomografia diversos segmentos, Ressonância Magnética - diversos segmentos para atender as necessidades da Unidade de Cuidado Integral à Saúde – Rede Cuidar Central Linhares, processo administrativo nº 551 de 11/08/2025, nos termos das condições estabelecidas neste Edital. Cidades – TCE-ES ID: 2025.501C2600003.17.0005.

O RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO PARA O CREDENCIAMENTO TERÁ INÍCIO A PARTIR DO DIA 27/08/2025 ATÉ O DIA 27/08/2026. A documentação deverá ser entregue na sede do Consórcio Público da Região Polinorte – CIM Polinorte, situada no seguinte endereço: Rua Martins Pescadores, s/nº, Ed. Gilson Amaro, Bairro Profª. Ericina, Ibiraçu/ES – Cep: 29.670-000, HORÁRIO: de segunda a sexta-feira, das 08h00min às 16h00min.

Os interessados em participar deste CHAMAMENTO PÚBLICO deverão entregar a documentação no a partir da data descrita no parágrafo anterior.

1. DO OBJETO

1.1. O presente edital visa ao credenciamento de pessoas jurídicas para a prestação de serviços de saúde, consubstanciados na realização de consultas médicas e exames especializados descritos e destacados no Apêndice II deste edital, a serem executados na Unidade de Cuidado Integral à Saúde - Rede Cuidar Central Linhares, Rua Wilson Durão, 1001, Bairro Três Barras, Linhares-ES.

- 1.2. A abertura e análise dos envelopes da documentação das interessadas, recebidos pelo

CIM Polinorte, serão realizadas pelos membros da Comissão de Licitação – Agentes de Contratação todas as terças-feiras, com início dos trabalhos sempre no horário das 08h30min até às 15h.

1.3. Só serão analisadas as documentações entregues na Sede do CIM Polinorte, até o dia 27/08/2026.

2. DAS CONDIÇÕES DA PARTICIPAÇÃO

2.1. Poderão participar deste edital as pessoas jurídicas que:

2.2. Ofereçam a prestação de serviços de saúde em algumas das especialidades descritas no Apêndice II deste Edital.

2.3. Preencham todos os requisitos deste Edital.

3. DA FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

3.1. Os documentos necessários à habilitação poderão ser apresentados em original, ou por qualquer processo de cópia autenticada por cartório competente ou por agente empregado público deste Consórcio, mediante a comparação entre o original e a cópia, atestar a autenticidade. (Lei 13.726/2018). As certidões geradas pela internet não necessitam de autenticação.

3.2. Fica dispensada a autenticação a que se refere o § 1º do caput deste artigo quando o advogado ou o contador da parte interessada declarar, sob sua responsabilidade pessoal, a autenticidade da cópia do documento. (Incluído pela Lei nº 13.874, de 2019).

3.3. Os documentos que dependam de validade e que não contenham prazo de validade especificado no próprio documento, em Lei ou neste Edital, devem ser expedidos no máximo até 90 (noventa) dias antes da data da entrega da documentação ao consórcio.

3.4. Será dispensado o reconhecimento de firma, caso o documento seja assinado manualmente da mesma forma que se apresenta no documento de identificação. Se assinado eletronicamente deverá enviar o arquivo digital para conferência.

3.5. A empresa terá um prazo de 5 (cinco) dias úteis a partir da convocação para assinatura do Termo de Credenciamento.

4. DA ENTREGA DOS DOCUMENTOS

4.1. Os interessados em participar do chamamento deverão apresentar a documentação em envelope fechado, no endereço indicado, como segue:

AO

CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE – CIM POLINORTE

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 005/2025.

CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA REDE CUIDAR

NOME DA EMPRESA: _____

5. DOS DOCUMENTOS PARA HABILITAÇÃO E CREDENCIAMENTO

Poderão se cadastrar os interessados que apresentarem os seguintes documentos:

a) Anexos II, III, IV, V e VI preenchidos corretamente e ASSINADOS pelo responsável da Empresa;

b) registro Comercial, no caso de empresa individual; ou Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor e suas alterações, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores; ou Inscrição do Ato Constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício;

c) prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ;

d) certidão negativa de débitos (CND) ou certidão positiva com efeitos de negativa de débitos (CPEND) relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União;

e) certidão negativa, ou certidão positiva com efeitos de negativa, junto à Fazenda Estadual da sede da credenciada;

f) certidão negativa, ou certidão positiva com efeitos de negativa junto a Fazenda Municipal da sede da credenciada;

g) certidão de regularidade para com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);

h) certidão negativa de falência ou recuperação judicial expedida nos últimos 30 (trinta) dias, contados da publicação do edital, pelo distribuidor da comarca do interessado;

i) prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa (CNDT), nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943;

j) alvará de localização e funcionamento vigente, expedido pelo município sede da empresa credenciada, com ramo de atividade pertinente ao objeto deste edital;

k) As empresas que se enquadram no disposto da (Lei nº 13874/2019) ficam dispensadas da apresentação dos referidos documentos supra citados;

l) documentos pessoais do representante legal e demais profissionais do prestador (RG, CPF/comprovante de residência);

m) declaração que contenha o nome do responsável técnico e dos profissionais que realizarão os atendimentos, com respectivas cópias autenticadas dos diplomas dos profissionais, devidamente reconhecida pelo MEC, títulos de suas especialidades (residência) e/ou pós graduação, com o número de registro profissional no Conselho Regional de Medicina do Estado do Espírito Santo, com certidão de quitação de sua anuidade atualizada;

6. DO PROCEDIMENTO

6.1. O Edital estará vigente para requerer credenciamento pelo período de 27/08/2025 até 27/08/2026.

6.2. Os interessados serão cadastrados por especialidade, segundo elementos constantes na documentação relacionada no presente instrumento.

6.3. A qualquer tempo poderá ser alterado, suspenso ou cancelado o cadastramento do interessado que deixar de satisfazer as exigências estabelecidas neste Edital ou descredenciado no caso de deixar de cumprir com as obrigações estabelecidas no termo de credenciamento constante do Apêndice I.

7. DOS CRITÉRIOS DE CREDENCIAMENTO

7.1. Os interessados que apresentarem toda a documentação exigida conforme estabelece este Edital serão cadastrados e poderão, posteriormente, serem convocados a assinarem o respectivo termo de credenciamento.

7.2. A empresa credenciada deverá disponibilizar todos os serviços ofertados pela mesma que constem da linha de cuidados da tabela de procedimentos do consórcio, sob pena de inabilitação ou de descredenciamento, caso venha a ser constatado que a empresa não aceitou credenciar todos os serviços que oferta no momento da seleção do presente edital, fazendo opção por aqueles que entendem que são mais bem remunerados.

7.3. A formalização do negócio jurídico com a pessoa jurídica convocada não garante que os serviços serão demandados, visto ser de escolha dos administrados.

7.4. Da Ordem de Contratação e Distribuição dos Serviços

7.4.1. O credenciamento previsto neste edital possui natureza não exclusiva e não concorrencial, sendo que todos os interessados que atenderem às exigências estabelecidas serão credenciados, sem ordem de classificação.

7.4.2. A contratação dos serviços será realizada conforme a demanda da REDE CUIDAR CENTRAL LINHARES/ES, de forma rotativa, alternada ou proporcional, conforme especialidade médica, localização do prestador, disponibilidade de agenda, tempo de espera para atendimento, e demais critérios de conveniência da gestão.

7.4.3. A ordem de execução dos serviços entre os credenciados poderá ser distribuída de acordo com as especialidades e ocorrendo mais de um credenciado para a mesma especialidade será distribuído equitativamente conforme a demanda REDE CUIDAR CENTRAL LINHARES/ES.

7.4.4. A prestação dos serviços será condicionada à autorização prévia da REDE CUIDAR CENTRAL LINHARES/ES, por meio do sistema informatizado disponibilizado pelo CIM Polinorte, conforme previsto no item 9.5 deste edital.

8. DA REGULARIDADE DA DOCUMENTAÇÃO

8.1. Toda a documentação apresentada pelo interessado ao CIM Polinorte quando de sua habilitação ao Edital de Chamamento Público Nº 001/2025 poderá, a qualquer momento, ser solicitada pelo CIM Polinorte para fins de averiguação de sua regularidade, além da obrigação de sempre manter atualizado um telefone para contato e um endereço eletrônico.

9. DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

9.1. Os serviços deverão ser prestados no estabelecimento do interessado, ou nas instalações cedidas por qualquer um dos entes consorciados, a fim de aproximar a prestação dos serviços de saúde da população dos municípios consorciados.

9.2. Ao CIM Polinorte reserva-se o direito de fiscalizar permanentemente, por meio de cada um dos municípios consorciados, a prestação dos serviços, podendo descredenciá-lo e rescindir o termo de credenciamento, em caso de má prestação de serviços verificada em processo administrativo específico, com garantia do contraditório e da ampla defesa.

9.3. O agendamento dos serviços será realizado de acordo com a demanda dos municípios consorciados ao CIM Polinorte.

9.4. Os serviços ora credenciados serão prestados em favor da população dos municípios consorciados ao CIM Polinorte, conforme necessidades, disponibilidades financeiras e autorização de cada um dos entes consorciados.

9.5. Os serviços prestados pelo interessado deverão ser previamente autorizados e encaminhados pelo município responsável, por meio do sistema informatizado disponibilizado pelo CIM Polinorte a cada um dos entes consorciados. Caso haja necessidade de complementação nos serviços inicialmente autorizados, tal complementação também precisará ser previamente autorizada, sob pena de ser inviabilizado o respectivo pagamento.

9.6. Da Ordem de Execução dos Serviços

9.6.1. A execução dos serviços será realizada conforme a ordem cronológica de credenciamento das empresas habilitadas por este edital, observada a disponibilidade do prestador, a demanda específica do município consorciado e a compatibilidade da especialidade ofertada.

9.6.2. A convocação para início da prestação dos serviços seguirá essa ordem, respeitando a data de homologação do credenciamento de cada empresa, sem prejuízo de posterior distribuição de demandas de forma alternada ou rotativa, sempre que necessário para garantir a continuidade, a equidade no atendimento e a economicidade da gestão pública.

9.6.3. A ordem de execução poderá ser temporariamente desconsiderada, por decisão motivada do CIM Polinorte, em caso de:

- I – recusa ou impossibilidade justificada do prestador em atender no prazo e local indicados;
- II – inoperância temporária do prestador ou ausência de profissional habilitado;
- III – necessidade de atendimento emergencial ou de maior complexidade técnica;
- IV – critérios técnicos e de desempenho, devidamente registrados e fundamentados pela equipe técnica do CIM Polinorte.

10. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA O CASO DE INADIMPLEMENTO DOS SERVIÇOS

10.1. Pela inexecução total ou parcial do objeto deste Edital, conforme o caso, o CIM Polinorte poderá aplicar ao credenciado as seguintes penalidades, sem prejuízo de outras medidas legais aplicáveis à espécie, garantida a prévia e a ampla defesa:

- I - advertência;
- II - multa de até dez por cento (10%) do valor do último faturamento mensal, salvo se a irregularidade decorrer de caso fortuito ou força maior, devidamente comprovado pelo credenciado e acatado pelo CIM Polinorte;
- III - suspensão temporária de participar de licitação ou credenciar com o CIM Polinorte ou com qualquer de seus municípios consorciados por até dois (02) anos; e
- IV - declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade.

10.2. As sanções previstas no item 10.1, incisos III e IV, poderão também ser aplicadas às pessoas jurídicas que, dentre outras condutas:

- a) injustificadamente retardarem a execução do objeto do termo de credenciamento;
- b) injustificadamente não mantiverem as condições estabelecidas no Edital ou no termo de credenciamento;
- c) fizerem declaração falsa ao CIM Polinorte ou a qualquer de seus entes consorciados;
- d) falharem ou fraudarem a execução do termo de credenciamento;
- e) praticarem atos ilícitos visando a frustrar os objetivos deste Edital e/ou do termo de credenciamento;

f) demonstrarem não possuir idoneidade para contratar com a Administração em virtude de atos ilícitos praticados.

10.3. O valor da multa poderá ser descontado dos pagamentos devidos pelo CIM Polinorte ao credenciado em razão dos serviços já prestados aos municípios consorciados em conformidade com as condições fixadas no termo de credenciamento.

11. DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO DOS TERMOS DE CREDENCIAMENTO

11.1. O prazo dos termos de credenciamento oriundos deste Edital será de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da sua assinatura, podendo ser prorrogado a critério do CIM Polinorte, mediante a celebração de Termo de Aditamento, por igual período e pelo prazo de máximo de sessenta (60) meses.

11.2. Para a prorrogação do termo de credenciamento deverão ser encaminhados ao CIM Polinorte os documentos atualizados constantes das letras “e” a “m” do Item 5 deste edital, referentes ao credenciado e ao local da prestação dos serviços.

12. DAS ALTERAÇÕES

12.1. Quaisquer das alterações dos termos de credenciamento serão objetos de Termo de Aditamento, na forma da legislação vigente, excetuando-se as alterações decorrentes dos itens 13 e 15 deste Edital.

12.2. Em caso de solicitação de inclusão de profissional em contrato vigente, deverão ser apresentados os documentos relacionados abaixo:

- a) Requerimento de Credenciamento (Anexo VII do edital) assinado e reconhecido firma pelo responsável legal da empresa;
- b) Relação atualizada do corpo clínico com informações de especialidade e registro no referido conselho, assinado pelo representante legal da empresa;
- c) Cópia dos documentos do profissional a ser incluído em conformidade com item 5 “O” do referido edital;

12.3. Em caso de solicitação de inclusão de procedimento e ou serviços em contrato vigente, deverá ser apresentado o Requerimento de Credenciamento (Anexo VII do edital) assinado e reconhecido firma pelo responsável legal da empresa;

12.4. Caso a empresa queira a exclusão de procedimento, deverá encaminhar um pedido e descredenciamento do procedimento ou serviço.

13. DO VALOR DE DESEMBOLSO DOS SERVIÇOS

13.1. Considerando a previsão de recursos para o objeto do credenciamento, estima-se para a execução dos serviços o valor de R\$ 236.999,52 (duzentos e trinta e seis mil novecentos e noventa e nove reais e cinquenta e dois reais).

13.2. Para os serviços a serem credenciados através deste Edital, os valores a serem pagos pelo CIM POLINORTE constarão no Apêndice II que integra este instrumento, os quais serão automaticamente reajustados na mesma proporção e data da revisão de valores da TABELA DE VALORES DE SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS EM SAÚDE – TVSPS), do CIM Polinorte.

13.3. fica vedado o reajuste anual do termo de credenciamento, salvo as situações de revisão de valores da própria tabela.

14. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

14.1. Os recursos financeiros a serem utilizados para pagamento das despesas advindas do presente termo de credenciamento correrão a conta de recursos constantes do orçamento do CIM Polinorte, nas rubricas: CIM Polinorte: Projeto/Atividade: **01 101 10 302 0003 2.008** -- Manutenção das atividades da Unidade Regional Rede Cuidar Central Linhares; Elemento de despesa: 33903900000 - – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica.

15. DOS VALORES DOS PROCEDIMENTOS

15.1. Os valores dos serviços objetos do termo de credenciamento constarão no Apêndice II, conforme TABELA DE VALORES DE SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS EM SAÚDE – TVSPS), do CIM Polinorte e passarão a ser parte integrante do presente termo de credenciamento, dos quais alguns serviços poderão sofrer alterações de valores ao longo da vigência do termo de credenciamento na forma prevista neste edital.

16. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

16.1. Ao Presidente do Consórcio Público da Região Polinorte - CIM Polinorte fica assegurado o direito de revogar ou anular o presente Edital em razão de interesse público, sem que caiba aos interessados quaisquer direitos a reclamação ou indenização.

16.2. Demais informações podem ser solicitadas por e-mail
pregao@cimpolinorte.es.gov.br
e no site: <https://cimpolinorte.es.gov.br/>.

16.3. Os casos omissos serão resolvidos à luz da Lei Federal nº 14.133/2021, Lei Federal 11.107/2005, Lei Federal nº 8.080/1990 e demais disposições estabelecidas no presente Edital.

16.4. Caso o Consórcio Público da Região Polinorte - CIM Polinorte não se utilize da prerrogativa de rescindir o termo de credenciamento, ao seu exclusivo critério, poderá suspender a sua execução e/ou sustar o pagamento das faturas, até que o Credenciado

APÊNDICE I

TERMO DE CREDENCIAMENTO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

TERMO DE CREDENCIAMENTO DA
EMPRESA _____, PARA
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS AO
CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO
POLINORTE – CIM POLINORTE.

O **CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE – CIM Polinorte**, pessoa jurídica de direito público, com sede a Rua Rua Martins Pescadores, s/n, Edifício Gilson Amaro, Ibirapu/ES, CEP: 29670-000, inscrita no CNPJ nº 02.618.132.0001-07, neste ato devidamente representado legalmente pelo seu Presidente o Sr. **MARCOS GERALDO GUERRA**, brasileiro, casado, inscrito no CPF sob o nº 690.019.527-04, doravante denominado **CIM Polinorte**.

CREDENCIADA:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, pessoa jurídica de direito privado, sediada em XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX/ES, sito Rua XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, nº XXX, XXXXXXXXXXXX CEP: XX.XXX.XXX, inscrita no **CNPJ sob nº XX.XXX.XXX/XXXX-XX**, tendo como representante legal o Sr. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, inscrita no CPF nº XXX.XXX.XXX-XX, residente e domiciliado à Rua XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, nº XXX, XXXXXXXXXXXX, XXXXXXXXXXXX/ES, CEP: XX.XXX-XXX doravante denominada simplesmente **CREDENCIADA**, com embasamento legal no processo de Chamamento Público nº **005/2025**, Processo Administrativo nº 1015/2024, Lei Federal nº 11.107/2005, Lei Federal nº 14.133/2021, Lei Federal 8.080/90 e demais legislações aplicáveis, observando que as partes, comprometem-se a observância das cláusulas e das condições a seguir pactuadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

1.1. O objeto do presente é a prestação de serviços na área de saúde, consubstanciados na realização de consultas médicas e exames especializados a serem executados por profissionais habilitados nas respectivas áreas, na sede da Unidade de Cuidado Integral à

CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

Alegre, Aracruz, Cariacica, Ibirapu, Fundão, João Neiva, Linhares, Santa Teresa, São Roque do Canaã, Santa Leopoldina, Sooretama, Rio Bananal e Viana.

Rua: Martins Pescadores, S/N, Bairro Ericina, Ibirapu – ES – Cep: 29.670-000
Tel: (27) 98125-0110 / (27) 98125-0143 – <http://www.cimpolinorte.es.gov.br/>

Saúde - Rede Cuidar Central Linhares, observados os requisitos, valores e especificações descritos neste instrumento, na forma e condições das Cláusulas seguintes.

1.2. Os serviços acima referidos, se encontram descritos e serão pagos observando-se os valores constantes da **TABELA DE VALORES DE SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS EM SAÚDE – TVSPS, do CIM Polinorte.**

CLÁUSULA SEGUNDA - DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1. Compete a CREDENCIADA:

2.1.1 Prestar os serviços descritos na cláusula primeira em local apropriado, devidamente equipado e/ou disponibilizado pelos municípios consorciados;

2.1.2. Recusar a prestação de qualquer serviço de saúde aos municípios consorciados sem prévia autorização dos Secretários Municipais de Saúde ou servidor municipal devidamente autorizado;

2.1.3. Fornecer aos usuários ou seu responsável, relatório do atendimento, laudo médico, atestado médico ou outro documento necessário para atender as necessidades do usuário;

2.1.4. Não considerar como nova consulta a entrega e avaliação de exames se esta ocorrer dentro de 30 (trinta) da consulta;

2.1.5. Preencher todos os campos dos formulários oriundos das Secretarias Municipais de Saúde, com os respectivos dados, códigos do CID, mapas de produção, e demais formulários exigidos pelo Ministério da Saúde;

2.1.6. Dispensar aos usuários, sem qualquer diferenciação, os mesmos tratamentos realizados com padrões técnicos e de conforto material dispensado aos seus demais clientes da **CREDENCIADA**;

2.1.7. Comunicar a **Central de Regulação da Rede Cuidar Central Linhares** os casos de suspensão do horário do atendimento de usuário, com no mínimo 72h (setenta e duas horas) de antecedência, para que seja possível a substituição do profissional ou comunicação de suspensão dos serviços aos usuários/pacientes, salvo o caso fortuito ou força maior, que deverão ser devidamente comprovados;

2.1.8. Comprometer-se a não cobrar diretamente dos usuários e/ou de seus responsáveis quaisquer quantias relacionadas direta ou indiretamente aos serviços objeto deste instrumento, durante a sua vigência;

2.1.9. Prestar ao **CIM Polinorte**, sempre que solicitado, informações e relatórios necessários a permitir a realização do acompanhamento e fiscalização do presente instrumento;

2.1.10. Observar no momento do atendimento que a autorização para a realização dos serviços médicos terá validade de no máximo 60 dias;

2.1.11. Garantir o atendimento do aumento da demanda, em caso de surto ou epidemia de doenças;

2.1.12. Informar diariamente por meio do sistema de gestão em saúde, disponibilizado pelo CIM Polinorte sem ônus para a CREDENCIADA, os atendimentos realizados;

2.1.13. Enviar mensalmente ao **CIM Polinorte** relatório com as autorizações de atendimentos, devidamente assinadas, com nome do paciente, atendimento realizado e respectivos valores, visando à conferência de faturamento e fiscalização da equipe da **CIM Polinorte** e ou do Município consorciado demandante dos serviços.

CLÁUSULA TERCEIRA - DO PREÇO E REAJUSTAMENTO

3.1. A **CREDENCIADA** se compromete à prestação dos serviços constantes do Anexo Único deste instrumento, nos valores definidos na tabela do **CIM Polinorte**, sendo vedada a cobrança extra de valores a qualquer título, conforme vedação constante da legislação do SUS e neste edital.

3.2. Os preços dos serviços poderão ser alterados sempre na mesma data e na mesma proporção em que ocorrer modificação da **TABELA DE VALORES DE SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS EM SAÚDE – TVSPS, do CIM Polinorte.**

CLÁUSULA QUARTA - DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

4.1. O Consórcio Público da Região Polinorte - **CIM Polinorte** pagará mensalmente à **CREDENCIADA** pelos serviços prestados, observando-se o seguinte:

a) Os fechamentos das produções deverão compor períodos entre o vigésimo dia do mês anterior até o vigésimo dia do mês posterior, podendo ter variações, conforme os dias úteis do mês;

b) A CONTRATADA deverá apresentar a Nota Fiscal até o dia 25 (vinte e cinco) de cada mês, sempre acompanhada de relatório de atendimento individualizado por município (onde conste nome completo do paciente, data do atendimento, município referente, tipo de consulta realizada e valor cobrado) e das guias de autorização/requisição que autorizaram os serviços;

c) Somente após conferir e atestar o serviço prestado poderá o CIM Polinorte efetuar o pagamento devido, que deverá ocorrer até o 10º dia do mês subsequente;

d) Havendo incorreções ou irregularidades no faturamento apresentado, o pagamento somente será efetuado após a correção da mesma;

e) Junto à nota fiscal deverão ser apresentadas as certidões de regularidade fiscal e trabalhista;

4.2. No caso do pagamento ocorrer mediante crédito em conta corrente bancária de titularidade da **CREDENCIADA**, o comprovante de depósito terá a validade como recibo de quitação para todos os efeitos.

4.3. Fica vedada a emissão de duplicatas e/ou boletos bancários de cobrança dos serviços prestados com prazo/data de vencimento das mesmas e inclusão de quaisquer multas e ou penalidades.

CLÁUSULA QUINTA - DAS DOTAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS

5.1. Os recursos financeiros a serem utilizados para pagamento das despesas advindas do presente termo de credenciamento correrão a conta de recursos constantes do orçamento do **CIM Polinorte**, nas rubricas: CIM Polinorte: Projeto/Atividade: **01 101 10 302 0003 2.008**- Manutenção das atividades da Unidade Regional Rede Cuidar Central Linhares; Elemento de despesa: **33903900000** - – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica.

CLÁUSULA SEXTA - DO AMPARO LEGAL

6.1. O presente termo de credenciamento encontra-se amparado no disposto no caput do artigo 74 da Lei Federal nº 14.133/2021 e alterações posteriores.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA VIGÊNCIA

7.1. O presente instrumento vigorará pelo **prazo de até 24 (vinte e quatro) meses**, a contar da data da sua assinatura, podendo ser prorrogado por prazos iguais e sucessivos por manifestação expressa do **CIM Polinorte** até o limite de 60 (sessenta) meses.

CLÁUSULA OITAVA - DO DESCREDENCIAMENTO

8.1. Ocorrerá descredenciamento do prestador de serviços, nos seguintes casos:

a) Não cumprimento ou cumprimento irregular de cláusulas do presente termo;

b) Paralisação dos serviços sem justa causa e sem prévia comunicação ao CIM Polinorte;

CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

Alegre, Aracruz, Cariacica, Ibirapu, Fundão, João Neiva, Linhares, Santa Teresa, São Roque do Canaã, Santa Leopoldina, Sooretama, Rio Bananal e Viana.

Rua: Martins Pescadores, S/N, Bairro Ericina, Ibirapu – ES – Cep: 29.670-000
Tel: (27) 98125-0110 / (27) 98125-0143 – <http://www.cimpolinorte.es.gov.br/>

c) Por decisão da Câmara Setorial de Saúde do CIM Polinorte, motivados pela má qualidade dos serviços prestados, em relação aos atendimentos realizados e a ética profissional;

d) Por interesse do CIM Polinorte, no caso dos serviços deixarem de integrar o plano de atendimento aos municípios consorciados, ou ainda, a **TABELA DE VALORES DE SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS EM SAÚDE – TVSPS, do CIM Polinorte**.

8.2. Quando o credenciamento ocorrer pelos motivos expressos nas letras “a”, “b”, “c” a **CREDENCIADA** ficará impedida de prestar serviço ao **CIM Polinorte** pelo prazo não inferior a 12 (doze) meses, sem prejuízos das demais sanções previstas em edital;

8.3. Caso o credenciamento previsto no item 8.1 seja levado a efeito, caberá a **CREDENCIADA**, durante o prazo da notificação e até a data do efetivo credenciamento, manter o atendimento aos usuários.

CLÁUSULA NONA - DAS RESPONSABILIDADES

9.1. Compete a CREDENCIADA:

a) Utilizar na execução dos serviços credenciados, pessoal habilitado, e sob a sua supervisão direta;

b) Providenciar a imediata correção das deficiências apresentadas pelo **CIM Polinorte**, quando do atendimento e prestação dos serviços;

c) Responsabilizar-se diretamente por todas as despesas diretas e indiretas relativas aos serviços prestados, tais como: salário, encargos sociais, fiscais, trabalhistas, previdenciários, indenizações e quaisquer outros que forem devidas aos seus empregados no desempenho do serviço descrito na cláusula primeira, isentando o **CIM Polinorte** de qualquer vínculo empregatício com os mesmos;

d) Responsabilizar-se por danos e/ou prejuízos pessoais, morais e ou materiais verificados nos atendimentos e nas prestações dos serviços aos usuários do **CIM Polinorte**, sejam eles causados pela **CREDENCIADA** por meio de seus empregados ou terceiros;

e) Atualizar seus dados cadastrais junto ao **CIM Polinorte**, comprometendo-se a comunicar por escrito, eventuais mudanças de número de telefone, endereço e e-mail, em até 30 (trinta) dias após a alteração dos mesmos;

f) Responsabilizar-se por toda e qualquer informação fornecida ao **CIM Polinorte**, em razão dos serviços prestados aos seus usuários, respondendo, deste modo, pela inobservância de normas legais, bem como pela inexistência das referidas informações;

CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

Alegre, Aracruz, Cariacica, Ibirapu, Fundão, João Neiva, Linhares, Santa Teresa, São Roque do Canaã, Santa Leopoldina, Sooretama, Rio Bananal e Viana.

Rua: Martins Pescadores, S/N, Bairro Ericina, Ibirapu – ES – Cep: 29.670-000
Tel: (27) 98125-0110 / (27) 98125-0143 – <http://www.cimpolinorte.es.gov.br/>

g) Disponibilizar para o **CIM Polinorte** os dados assistenciais dos atendimentos prestados, observadas as questões éticas e o sigilo profissional, na forma prevista na legislação do SUS.

9.2. Compete ao CIM Polinorte:

a) Avaliar, por intermédio dos municípios consorciados, a qualidade do atendimento e dos serviços prestados;

b) Designar responsável para acompanhamento e fiscalização do presente termo;

c) Efetuar os pagamentos nas condições pactuadas.

CLÁUSULA DÉCIMA - DO ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO

10.1. Os serviços prestados serão acompanhados e fiscalizados em conjunto pela Rede Cuidar Central Linhares e pelo CIM Polinorte, os quais poderão solicitar relatórios, informações e esclarecimentos sempre que julgar necessário a solução de denúncias, dúvidas ou divergências.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS ALTERAÇÕES

11.1. Em caso de solicitação de inclusão de profissional em contrato vigente, deverão ser apresentados os documentos relacionados abaixo:

- a) Requerimento de Credenciamento (Anexo do edital) assinado pelo responsável legal da empresa;
- b) Relação atualizada do corpo clínico com informações de especialidade e registro no referido conselho, assinado pelo representante legal da empresa;
- c) Cópia dos documentos do profissional a ser incluído em conformidade com item 5 "O" do referido edital;

11.2. Em caso de solicitação de inclusão de procedimento e ou serviços em contrato vigente, deverá ser apresentados o Requerimento de Credenciamento (Anexo VII do edital) assinado e reconhecido firma pelo responsável legal da empresa.

11.3 – Em caso de pedido de exclusão de procedimento ou profissional, a Credenciada deverá requerer a exclusão através de requerimento direcionado ao CIM Polinorte.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

Alegre, Aracruz, Cariacica, Ibirapu, Fundão, João Neiva, Linhares, Santa Teresa, São Roque do Canaã, Santa Leopoldina, Sooretama, Rio Bananal e Viana.

Rua: Martins Pescadores, S/N, Bairro Ericina, Ibirapu – ES – Cep: 29.670-000
Tel: (27) 98125-0110 / (27) 98125-0143 – <http://www.cimpolinorte.es.gov.br/>

12.1. Os tributos e contribuições que forem devidos em decorrência direta ou indireta do presente instrumento, ou de sua execução, constituem ônus de responsabilidade do contribuinte, assim definido na legislação tributária.

12.2. A **CREDENCIADA** autoriza o **CIM Polinorte** a divulgar seu nome, endereço e telefone aos municípios consorciados e seus usuários.

12.3. O presente instrumento não é firmado em caráter de exclusividade, podendo a **CREDENCIADA** operar com quaisquer outras instituições.

12.4. Fica vedado a **CREDENCIADA** transferir a terceiros, no todo ou em parte, os direitos e as obrigações estabelecidas neste instrumento.

12.5. O termo de credenciamento obedecerá às disposições, no que couber às normas da Lei Federal nº 14.133/2021 e da Lei nº 8.080/1990, e demais normas do Sistema Único de Saúde e princípios gerais da administração pública, sem prejuízo de outras exigências ajustadas pelas partes.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO FORO

13.1. Para dirimir toda e qualquer controvérsia oriunda deste instrumento, ou de seu objeto, as partes elegem como competente o foro da Comarca Ibiraçu/ES, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem certas e ajustadas, as partes por si, assinam o presente em três vias de igual teor e forma, para os devidos efeitos legais.

Ibiraçu/ES, XX de XXXXXXXX de XXXX.

MARCOS GERALDO GUERRA

PRESIDENTE DO CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

CIM POLINORTE

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CONTRATADA

CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

Alegre, Aracruz, Cariacica, Ibiraçu, Fundão, João Neiva, Linhares, Santa Teresa, São Roque do Canaã, Santa Leopoldina, Sooretama, Rio Bananal e Viana.

Rua: Martins Pescadores, S/N, Bairro Ericina, Ibiraçu – ES – Cep: 29.670-000
Tel: (27) 98125-0110 / (27) 98125-0143 – <http://www.cimpolinorte.es.gov.br/>

APÊNDICE II**3. DOS SERVIÇOS E VALORES (TABELA DE VALORES DE SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS EM SAÚDE – TVSPS) DO CIM POLINORTE:**

Atualizada em 03/02/2025.

CODIGO CBO/SUS	PROCEDIMENTOS	CIM POLINORTE
225165	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - GASTROENTEROLOGISTA	R\$ 55,00
225275	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - OTORRINOLARINGOLOGISTA	R\$ 55,00
225110	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - ALERGISTA E IMUNOLOGISTA	R\$ 55,00
225103	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - INFECTOLOGISTA	R\$ 55,00
225127	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - PNEUMOLOGISTA	R\$ 55,00
225136	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - REUMATOLOGISTA	R\$ 55,00
225180	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - GERIATRA	R\$ 55,00
	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - MASTOLOGIA	R\$ 55,00
	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - HEMATOLOGISTA	R\$ 55,00

ULTRASSONOGRAFIAS		
2000001	ULTRASSONOGRAFIA MORFOLOGICA	R\$ 130,00
02.05.02.017-8	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	R\$ 80,00
02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 72,00
02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 72,00

CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

Alegre, Aracruz, Cariacica, Ibirapu, Fundão, João Neiva, Linhares, Santa Teresa, São Roque do Canaã, Santa Leopoldina, Sooretama, Rio Bananal e Viana.

Rua: Martins Pescadores, S/N, Bairro Ericina, Ibirapu – ES – Cep: 29.670-000
Tel: (27) 98125-0110 / (27) 98125-0143 – <http://www.cimpolinorte.es.gov.br/>

02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R\$ 72,00
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO	R\$ 72,00
02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 72,00
02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL	R\$ 72,00
02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	R\$ 72,00
02.05.02.011-9	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 72,00
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	R\$ 72,00
02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA	R\$ 72,00
02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$ 100,00
02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	R\$ 72,00
02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	R\$ 72,00
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	R\$ 90,00
02.09.04.002-5	LARINGOSCOPIA	R\$47,14
02.09.04.004-1	VIDEOLARINGOSCOPIA	R\$45,50
02.09.01.005-3	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	R\$70,00
026778899	AUDIOMETRIA COMPLETA INFANTIL	R\$45,00
028363839	AUDIOMETRIA COMPLETA ADULTO	R\$38,00
	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE 2 MEMBROS	R\$ 451,00
	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE 4 MEMBROS	R\$ 906,00
TOMOGRAFIAS		
02.06.01.001-0	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 160,00
02.06.01.002-8	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 160,00
02.06.01.003-6	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 160,00
02.06.01.004-4	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES	R\$ 160,00
02.06.01.005-2	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO (PARTES MOLES, FARINGE, LARINGE)	R\$ 200,00

CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

Alegre, Aracruz, Cariacica, Ibirapu, Fundão, João Neiva, Linhares, Santa Teresa, São Roque do Canaã, Santa Leopoldina, Sooretama, Rio Bananal e Viana.

Rua: Martins Pescadores, S/N, Bairro Ericina, Ibirapu – ES – Cep: 29.670-000
Tel: (27) 98125-0110 / (27) 98125-0143 – <http://www.cimpolinorte.es.gov.br/>

02.06.01.006-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	R\$ 180,00
02.06.01.007-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO	R\$ 170,00
02.06.02.001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 160,00
02.06.02.002-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	R\$ 160,00
02.06.02.003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX	R\$ 180,00
02.06.03.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEM SUPERIOR	R\$ 180,00
02.06.03.002-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 160,00
02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Pelve / Bacia / ABDOMEM INFERIOR	R\$ 180,00
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTOIDES OU OUVIDOS	R\$ 160,00
028674105	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE OSSOS TEMPORAIS	R\$ 160,00
029738106	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ORBITA	R\$ 180,00
029834094	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS ADICIONAIS	R\$ 50,00
RESSONÂNCIAS		
02.07.01.002-1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	R\$ 400,00
02.07.01.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	R\$ 400,00
02.07.01.004-8	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 400,00
02.07.01.005-6	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA	R\$ 400,00
02.07.01.006-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO	R\$ 400,00
02.07.01.007-2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TURCICA	R\$ 400,00
02.07.02.001-9	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CORAÇÃO/ AORTA C/ CINE	R\$ 400,00
02.07.02.002-7	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$ 400,00
02.07.02.003-5	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX	R\$ 400,00

CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

Alegre, Aracruz, Cariacica, Ibirapu, Fundão, João Neiva, Linhares, Santa Teresa, São Roque do Canaã, Santa Leopoldina, Sooretama, Rio Bananal e Viana.

Rua: Martins Pescadores, S/N, Bairro Ericina, Ibirapu – ES – Cep: 29.670-000
Tel: (27) 98125-0110 / (27) 98125-0143 – <http://www.cimpolinorte.es.gov.br/>

02.07.03.001-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEM SUPERIOR	R\$ 400,00
02.07.03.002-2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA/ PÉLVE/ABDOMEM INFERIOR	R\$ 400,00
02.07.03.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$ 400,00
02.07.03.004-9	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONÂNCIA	R\$ 400,00
02.11.09.001-8	AVALIAÇÃO URODINÂMICA COMPLETA	R\$87,00

CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

Alegre, Aracruz, Cariacica, Ibirapu, Fundão, João Neiva, Linhares, Santa Teresa, São Roque do Canaã, Santa Leopoldina, Sooretama, Rio Bananal e Viana.

Rua: Martins Pescadores, S/N, Bairro Ericina, Ibirapu – ES – Cep: 29.670-000
Tel: (27) 98125-0110 / (27) 98125-0143 – <http://www.cimpolinorte.es.gov.br/>

ANEXO I

TERMO DE REFERÊNCIA – PROCESSO 551/2025

1. OBJETO:

Credenciar pessoas jurídicas para prestarem de forma complementar, os serviços na área de saúde, consubstanciados na realização de consultas médicas e exames especializados a serem executados por profissionais habilitados nas respectivas áreas, na sede da Unidade de Cuidado Integral à Saúde - Rede Cuidar Central Linhares, observados os requisitos, valores e especificações descritos neste instrumento a saber: Consulta em Gastroenterologista, Consulta em Otorrino, Consulta em Hematologista, Consulta em Alergista e Imunologista, Consulta em Mastologia, Consulta em Infectologista, Consulta em Pneumologia, Consulta em Reumatologia, Consulta em Geriatria.

2. JUSTIFICATIVA:

Considerando a necessidade de atendimento da demanda na área de saúde cuja capacidade instalada nos municípios integrantes da Rede Cuidar não se mostra suficiente para o atendimento especializado à população, dentro do que preconizam os princípios do SUS;

Considerando que a gestão da referida Rede é de responsabilidade deste Consórcio a execução de serviços complementares, para atenderem às demandas dos municípios com base nos valores da tabela própria do CIM POLINORTE, a qual foi ratificada em reunião da Câmara Setorial de Saúde;

Considerando os termos do art. 24 da Lei Orgânica do SUS (Lei nº. 8.080/90) de que quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada, de forma complementar, observando as normas de direito público;

Considerando que a opção dos gestores pela edição de uma tabela própria de valores a ser praticada no âmbito regional para a remuneração dos serviços em apreço impede a existência de concorrência, já que não há que se falar em disputa de preços;

CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

Alegre, Aracruz, Cariacica, Ibirapu, Fundão, João Neiva, Linhares, Santa Teresa, São Roque do Canaã, Santa Leopoldina, Sooretama, Rio Bananal e Viana.

Rua: Martins Pescadores, S/N, Bairro Ericina, Ibirapu – ES – Cep: 29.670-000
Tel: (27) 98125-0110 / (27) 98125-0143 – <http://www.cimpolinorte.es.gov.br/>

Por fim, considerando que a figura do Credenciamento, precedido de Chamamento Público, é compreendido pela doutrina e jurisprudência, remansosamente, como hipótese de inexigibilidade de licitação (v.g.: TCU - Acórdão 1215/2013 Plenário: “*É possível a utilização do credenciamento para a prestação de serviços privados de saúde no âmbito do SUS ante as suas peculiaridades, que envolvem, entre outras, preço pré-fixado e nível de demanda superior à oferta.*”);

Justifica-se o presente processo de Chamamento Público para credenciamento de pessoas jurídicas para prestarem de forma complementar, os serviços na área de saúde conforme delineados neste Termo e Em observância à RESOLUÇÃO CIR nº 028/2022 - Região Central Norte de Saúde do Estado do Espírito Santo, que aprova a criação de quatro micro-polos de saúde na região central norte do Espírito Santo, pela Comissão Intergestores Regional (CIR), incluindo o município de Linhares e o serviço do **MICRO POLO DE LINHARES** será ofertado na Rede Cuidar Central Linhares.

O serviço do **MICRO POLO DE LINHARES** será ofertado na Rede Cuidar e a carteira de consultas que oferecermos hoje é composta por 8 Especialidades Médicas, e essa carteira passará para 16 especialidades, conforme justificativa da Gerente de Unidade de Saúde Elisabeth Lima do Nascimento anexado aos autos do processo.

3. DOS SERVIÇOS E VALORES (TABELA DE VALORES DE SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS EM SAÚDE – TVSPS) DO CIM POLINORTE:

Atualizada em 03/02/2025.

CODIGO CBO/SUS	PROCEDIMENTOS	CIM POLINORTE
225165	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - GASTROENTEROLOGISTA	R\$ 55,00
225275	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - OTORRINOLARINGOLOGISTA	R\$ 55,00
225110	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - ALERGISTA E IMUNOLOGISTA	R\$ 55,00
225103	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - INFECTOLOGISTA	R\$ 55,00

CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

Alegre, Aracruz, Cariacica, Ibirapu, Fundão, João Neiva, Linhares, Santa Teresa, São Roque do Canaã, Santa Leopoldina, Sooretama, Rio Bananal e Viana.

225127	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - PNEUMOLOGISTA	R\$ 55,00
225136	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - REUMATOLOGISTA	R\$ 55,00
225180	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - GERIATRA	R\$ 55,00
	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - MASTOLOGIA	R\$ 55,00
	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - HEMATOLOGISTA	R\$ 55,00

ULTRASSONOGRAFIAS		
2000001	ULTRASSONOGRAFIA MORFOLOGICA	R\$ 130,00
02.05.02.017-8	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	R\$ 80,00
02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 72,00
02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 72,00
02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R\$ 72,00
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO	R\$ 72,00
02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 72,00
02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	R\$ 72,00
02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	R\$ 72,00
02.05.02.011-9	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 72,00
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	R\$ 72,00
02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	R\$ 72,00
02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$ 100,00
02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	R\$ 72,00
02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	R\$ 72,00
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	R\$ 90,00
02.09.04.002-5	LARINGOSCOPIA	R\$47,14

CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

Alegre, Aracruz, Cariacica, Ibirapu, Fundão, João Neiva, Linhares, Santa Teresa, São Roque do Canaã, Santa Leopoldina, Sooretama, Rio Bananal e Viana.

Rua: Martins Pescadores, S/N, Bairro Ericina, Ibirapu – ES – Cep: 29.670-000
Tel: (27) 98125-0110 / (27) 98125-0143 – <http://www.cimpolinorte.es.gov.br/>

02.09.04.004-1	VIDEOLARINGOSCOPIA	R\$45,50
02.09.01.005-3	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	R\$70,00
026778899	AUDIOMETRIA COMPLETA INFANTIL	R\$45,00
028363839	AUDIOMETRIA COMPLETA ADULTO	R\$38,00
	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE 2 MEMBROS	R\$ 451,00
	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE 4 MEMBROS	R\$ 906,00
TOMOGRAFIAS		
02.06.01.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 160,00
02.06.01.002-8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 160,00
02.06.01.003-6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 160,00
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES	R\$ 160,00
02.06.01.005-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO (PARTES MOLES, FARINGE, LARINGE)	R\$ 200,00
02.06.01.006-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	R\$ 180,00
02.06.01.007-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO	R\$ 170,00
02.06.02.001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 160,00
02.06.02.002-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	R\$ 160,00
02.06.02.003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX	R\$ 180,00
02.06.03.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEM SUPERIOR	R\$ 180,00
02.06.03.002-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 160,00
02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Pelve / BACIA / ABDOMEM INFERIOR	R\$ 180,00
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTOIDES OU OUVIDOS	R\$ 160,00
028674105	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE OSSOS TEMPORAIS	R\$ 160,00

CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

Alegre, Aracruz, Cariacica, Ibirapu, Fundão, João Neiva, Linhares, Santa Teresa, São Roque do Canaã, Santa Leopoldina, Sooretama, Rio Bananal e Viana.

Rua: Martins Pescadores, S/N, Bairro Ericina, Ibirapu – ES – Cep: 29.670-000
Tel: (27) 98125-0110 / (27) 98125-0143 – <http://www.cimpolinorte.es.gov.br/>

029738106	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ORBITA	R\$ 180,00
029834094	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS ADICIONAIS	R\$ 50,00
	RESSONÂNCIAS	
02.07.01.002-1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	R\$ 400,00
02.07.01.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	R\$ 400,00
02.07.01.004-8	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 400,00
02.07.01.005-6	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA	R\$ 400,00
02.07.01.006-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO	R\$ 400,00
02.07.01.007-2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TURCICA	R\$ 400,00
02.07.02.001-9	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CORAÇÃO/ AORTA C/ CINE	R\$ 400,00
02.07.02.002-7	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$ 400,00
02.07.02.003-5	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX	R\$ 400,00
02.07.03.001-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEM SUPERIOR	R\$ 400,00
02.07.03.002-2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA/ PÉLVE/ABDOMEM INFERIOR	R\$ 400,00
02.07.03.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$ 400,00
02.07.03.004-9	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONÂNCIA	R\$ 400,00
02.11.09.001-8	AVALIAÇÃO URODINÂMICA COMPLETA	R\$87,00

4. DAS RESPONSABILIDADES:

4.1. Compete a CONTRATADA:

- a) Prestar os serviços para o qual se credenciar NA SEDE DA REDE CUIDAR CENTRAL LINHARES;

CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

Alegre, Aracruz, Cariacica, Ibirapu, Fundão, João Neiva, Linhares, Santa Teresa, São Roque do Canaã, Santa Leopoldina, Sooretama, Rio Bananal e Viana.

Rua: Martins Pescadores, S/N, Bairro Ericina, Ibirapu – ES – Cep: 29.670-000
Tel: (27) 98125-0110 / (27) 98125-0143 – <http://www.cimpolinorte.es.gov.br/>

- b) Nenhum serviço poderá ser prestado pela CONTRATADA sem prévia autorização da autoridade competente;
- c) São competentes para assinarem as autorizações a Gerente de Unidade de Cuidado Integral à Saúde, desde que notificado à CONTRATADA;
- d) Deverá ser fornecido aos usuários ou seu responsável, relatório do atendimento, laudo médico, atestado médico ou outro documento necessário para atender as necessidades do usuário;
- e) Não considerar como nova consulta a entrega e avaliação de exames, se esta ocorrer dentro de 30 (trinta) dias da consulta;
- f) Preencher todos os campos dos formulários oriundos da Rede Cuidar ou do Consórcio, com os respectivos dados, códigos de CID, mapas de produção, e demais formulários exigidos pelo Ministério da Saúde;
- g) A CONTRATADA deverá dispensar aos usuários, sem qualquer diferenciação, os mesmos tratamentos realizados com padrões técnicos e de conforto material dispensado aos seus demais clientes, sempre observados os princípios que regem o Sistema Único de Saúde;
- h) Comunicar a CENTRAL DE REGULAÇÃO DA REDE CUIDAR os casos de suspensão do horário do atendimento de usuário, com antecedência suficiente para ser avisado aos respectivos usuários, salvo os casos de urgência, que não poderão ser repetitivos;
- i) A CONTRATADA se compromete a não efetivar, sob qualquer hipótese, cobranças de quaisquer valores relacionadas aos serviços objeto deste instrumento diretamente dos usuários e/ou de seus responsáveis, durante a sua vigência;
- j) Prestar ao CIM POLINORTE, sempre que solicitado, informações e relatórios necessários a permitir a realização do acompanhamento e fiscalização do presente instrumento.
- k) Observar no momento do atendimento, que a autorização para realização dos serviços médicos terá validade de no máximo 60 (sessenta) dias;
- l) Informar diariamente os atendimentos realizados, por meio do sistema de gestão em saúde, disponibilizado pelo CIM POLINORTE sem ônus para a CONTRATADA;
- m) Enviar mensalmente ao CIM POLINORTE relatório com as autorizações de atendimentos, devidamente assinadas, com nome do paciente, atendimento realizado e respectivos valores, visando à conferência de faturamento e fiscalização da Equipe de Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde.
- n) executar suas atividades em local, dias e horários pré-estabelecidos pela REDE CUIDAR.
- o) o descumprimento das obrigações implicará em descredenciamento da CONTRATADA.

CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

Alegre, Aracruz, Cariacica, Ibirapu, Fundão, João Neiva, Linhares, Santa Teresa, São Roque do Canaã, Santa Leopoldina, Sooretama, Rio Bananal e Viana.

Rua: Martins Pescadores, S/N, Bairro Ericina, Ibirapu – ES – Cep: 29.670-000
Tel: (27) 98125-0110 / (27) 98125-0143 – <http://www.cimpolinorte.es.gov.br/>

4.2. Compete ao CIM Polinorte:

- a) Avaliar, por intermédio dos municípios, a qualidade do atendimento e dos serviços prestados;
- b) Designar responsável para acompanhamento e fiscalização do presente termo;
- c) Efetuar os pagamentos nas condições pactuadas;

5. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

5.1. Considerando a previsão de recursos para o objeto do credenciamento, estima-se para a execução dos serviços o valor de **R\$1.900.000,00 (Um milhão, novecentos reais)**.

5.2. Os recursos financeiros a serem utilizados para pagamento das despesas advindas do presente termo de credenciamento correrão a conta de recursos constantes do orçamento do **CIM Polinorte**, nas rubricas: CIM Polinorte: Projeto/Atividade: 01101.1030200012.006 - Manutenção das atividades da Unidade Regional Rede Cuidar Central Linhares; Elemento de despesa: 33903900 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica.

6. DO PAGAMENTO:

6.1. Os fechamentos das produções deverão compor períodos entre o vigésimo dia do mês anterior até o vigésimo dia do mês posterior, podendo ter variações, conforme os dias úteis do mês.

6.2. A CONTRATADA deverá apresentar a Nota Fiscal até o dia 25 (vinte e cinco) de cada mês, sempre acompanhada de relatório de atendimento individualizado por município (onde conste nome completo do paciente, data do atendimento, município referente, tipo de consulta realizada e valor cobrado) e das guias de autorização/requisição que autorizaram os serviços.

6.3. O pagamento será feito até o dia 10 (dez) do mês subsequente, desde que aceite pelo CIM POLINORTE e que a Nota Fiscal e Relatório estejam conforme as especificações aqui contidas.

6.4. As notas fiscais/faturas que apresentarem incorreções serão devolvidas à Empresa e seu vencimento ocorrerá em 10 (dez) dias após a data de sua reapresentação válida.

6.5. Os valores de cada procedimento/exame devem ser estritamente aqueles apresentados na tabela de serviços e valores, sem qualquer majoração, sob pena de rejeição da Nota Fiscal.

7. DO ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO:

7.1. Os Serviços prestados serão acompanhados e fiscalizados, em conjunto, pela REDE CUIDAR e pelo CIM Polinorte, os quais poderão solicitar relatórios, informações e esclarecimentos sempre que julgar necessário a solução de denúncias, dúvidas ou divergências.

8. DO PRAZO CONTRATUAL:

8.1. O prazo de duração do Termo de Credenciamento será até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data de assinatura, podendo ser prorrogado na forma do Artigo 74, da Lei Federal 14.133/2021, e alterações posteriores, mediante termos aditivos.

9. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

9.1. O Consórcio CIM Polinorte/ES reserva para si o direito de não aceitar ou receber qualquer serviço em desacordo com o previsto no Termo de Referência, ou em desconformidade com as normas legais ou técnicas pertinentes ao objeto;

9.2. Naquilo que for omissivo o presente Termo de Referência, reger-se-á pela lei Federal nº 14.133/2021;

9.3. Fica eleito o Foro da Comarca de Ibirapu/ES, para dirimir possíveis litígios decorrentes deste procedimento licitatório.

10. RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DO TERMO DE REFERÊNCIA

10.1. Ana Luiza Zanotti.

Ibirapu/ES, 12 de agosto de 2025.

ANA LUIZA ZANOTTI
Supervisor de Contratos
CIM POLINORTE/ES

CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

Alegre, Aracruz, Cariacica, Ibirapu, Fundão, João Neiva, Linhares, Santa Teresa, São Roque do Canaã, Santa Leopoldina, Sooretama, Rio Bananal e Viana.

Rua: Martins Pescadores, S/N, Bairro Ericina, Ibirapu – ES – Cep: 29.670-000
Tel: (27) 98125-0110 / (27) 98125-0143 – <http://www.cimpolinorte.es.gov.br/>

ANEXO II

DADOS DA EMPRESA:

RAZÃO SOCIAL:

CNPJ/MF:

NOME FANTASIA:

REPRESENTANTE LEGAL:

ENDEREÇO DO LOCAL DE ATENDIMENTO:

COMPLEMENTO:

CIDADE:

ESTADO:

CEP:

EMAIL:

TELEFONES

FAX:

CONTA CORRENTE:

AGÊNCIA:

BANCO:

Ibiraçu, ____ de ____ de ____

Assinatura do Representante Legal

CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

Alegre, Aracruz, Cariacica, Ibiraçu, Fundão, João Neiva, Linhares, Santa Teresa,
São Roque do Canaã, Santa Leopoldina, Sooretama, Rio Bananal e Viana.

Rua: Martins Pescadores, S/N, Bairro Ericina, Ibiraçu – ES – Cep: 29.670-000
Tel: (27) 98125-0110 / (27) 98125-0143 – <http://www.cimpolinorte.es.gov.br/>

ANEXO III

TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA

DECLARO, pelo presente termo, estar ciente que:

1) A conta bancária mencionada no Anexo I preferencialmente deve ser da Caixa Econômica Federal, pois no caso da mesma ser em outro banco será descontado tarifa bancária.

2) Os serviços estipulados neste termo de credenciamento serão pagos mediante as seguintes condições:

I - Apresentação pelo interessado dos seguintes componentes:

a) Informar a execução dos serviços prestados, através do Sistema de Gestão do consórcio que será disponibilizado para todos os prestadores da Rede Cuidar.

b) A Requisição (chequinho), emitido pela Rede Cuidar, autorizando o atendimento do paciente encaminhado, deverá ser encaminhada para este Consórcio juntamente com a nota fiscal.

c) A Requisição (chequinho) emitida pelo solicitante, só será aceita e paga pelo Consórcio, se a execução dos serviços estiver dentro do prazo de validade, **devidamente assinada** e carimbada pelo Gestor da Rede Cuidar (ou pessoa delegada por ele), pelo responsável pela sua emissão e pelo paciente.

d) A nota fiscal deverá ser preenchida corretamente, sem rasuras e deverá ser de igual valor ao faturamento apresentado pelo Sistema de Gestão do Consórcio do período a ser pago.

II - O interessado apresentará mensalmente ao CIM POLINORTE, até o dia 20 (vinte) de cada mês, a documentação elencada no Inciso I, relativa aos serviços efetivamente prestados nos 30 dias anteriores, com a emissão da respectiva nota fiscal até o dia 25 do mesmo mês. Após a validação dos documentos, realizada pelo CIM POLINORTE, o interessado receberá até o 10º dia do mês subsequente o valor da fatura apresentada;

III - Se a documentação descrita no inciso I for entregue fora do prazo estabelecido no inciso II o pagamento do interessado poderá ocorrer junto com o pagamento da próxima fatura. Neste caso, o interessado não terá direito ao recebimento de juros, multa ou atualizações financeiras sobre o valor da fatura;

CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

Alegre, Aracruz, Cariacica, Ibirapu, Fundão, João Neiva, Linhares, Santa Teresa, São Roque do Canaã, Santa Leopoldina, Sooretama, Rio Bananal e Viana.

Rua: Martins Pescadores, S/N, Bairro Ericina, Ibirapu – ES – Cep: 29.670-000
Tel: (27) 98125-0110 / (27) 98125-0143 – <http://www.cimpolinorte.es.gov.br/>

IV - O pagamento está condicionado à validade e regularidade das Certidões Negativas de Débito Trabalhista, das Fazendas Federal, Estadual e Municipal e do Certificado de Regularidade do FGTS;

V - Caso o interessado se cadastre ao SIMPLES NACIONAL, durante a vigência de seu termo de credenciamento, deverá informar por escrito e com antecedência ao CIM POLINORTE.

VI – Dados para emissão da nota fiscal:

DADOS PARA EMISSÃO DE NOTA FISCAL

Nome: Consórcio Público da Região Polinorte - CIM Polinorte

Endereço: Rua Martins Pescadores, s/nº, Ed. Gilson Amaro, Bairro Profª. Ericina, Ibiraçu/ES – Cep: 29.670-000

CNPJ: 02.618.132/0001-07

Inscrição Estadual: isento

Impostos: Somente deverá ser destacado na nota fiscal o I.R.R.F de 1,5%. Lembramos que o mesmo somente deverá ser destacado se for superior a R\$10,00. - Não recolhemos PIS/COFINS, CSLL.

Obs: no caso de empresa optante pelo Simples Nacional, não há o destaque do imposto mencionado acima.

Ibiraçu, ____ de _____ de _____

Assinatura do Representante Legal

CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

Alegre, Aracruz, Cariacica, Ibiraçu, Fundão, João Neiva, Linhares, Santa Teresa, São Roque do Canaã, Santa Leopoldina, Sooretama, Rio Bananal e Viana.

Rua: Martins Pescadores, S/N, Bairro Ericina, Ibiraçu – ES – Cep: 29.670-000
Tel: (27) 98125-0110 / (27) 98125-0143 – <http://www.cimpolinorte.es.gov.br/>

ANEXO IV - MODELO DECLARAÇÃO

CREDENCIAMENTO 005/2025

Ao Departamento de Licitação do Consócio Público de Saúde CIM POLINORTE

1 - DADOS DA SOLICITANTE:

Razão Social:

CNPJ:

Endereço:

Cidade:

UF:

Representante legal:

CPF:

Telefone:

Celular:

E-mail:

(NOME DA PESSOA JURÍDICA), conforme dados cadastrais acima, DECLARA,
para os devidos fins:

- 1) QUE não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz a partir de 14 anos, nos termos do art. 7º, XXXIII, da Constituição Federal e art. 68, VI, da Lei Federal 14.133/2021;
- 2) QUE até a presente data inexistem fatos impeditivos para sua habilitação/credenciamento, estando ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores;

CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

Alegre, Aracruz, Cariacica, Ibirapu, Fundão, João Neiva, Linhares, Santa Teresa, São Roque do Canaã, Santa Leopoldina, Sooretama, Rio Bananal e Viana.

Rua: Martins Pescadores, S/N, Bairro Ericina, Ibirapu – ES – Cep: 29.670-000
Tel: (27) 98125-0110 / (27) 98125-0143 – <http://www.cimpolinorte.es.gov.br/>

- 3) QUE não recebeu do CIMPOLINORTE ou de qualquer outra entidade da Administração Direta ou Indireta, em âmbito Federal, Estadual e Municipal, suspensão temporária de participação em licitação e/ou impedimento de contratar com a Administração, assim como não ter recebido declaração de inidoneidade para licitar e/ou contratar com a Administração Federal, Estadual e Municipal.
- 4) QUE recebeu todos os documentos e informações, sendo orientado acerca de todas as regras, direitos e obrigações previstas no Edital de Credenciamento nº 001/2025, acatando-as em sua totalidade;
- 5) QUE tem conhecimento dos serviços para os quais solicita credenciamento e que os realizará de forma satisfatória;
- 6) QUE tem conhecimento das formas de seleção e convocação para a prestação dos serviços, bem como das formas e condições de pagamento;
- 7) QUE concorda e aceita em prestar os serviços para os quais se credencia pelos preços estipulados na Tabela de Valores prevista no Anexo I – Termo de Referência;
- 8) QUE atende à reserva de cargos prevista em lei para pessoa com deficiência ou para reabilitado da Previdência Social e às regras de acessibilidade previstas na legislação, conforme disposto no inciso IV art. 63º da Lei nº 14.133, de 1 de abril de 2021;
- 9) QUE possui aptidão financeira para a execução do Contrato e que os valores do serviço compreendem a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de entrega das propostas;
- 10) QUE todos os documentos entregues a este Consórcio são autênticos e condizem com o original, sob as penas da Lei penal e, sem prejuízo das sanções administrativas e cíveis.

Local e data.

Nome do representante legal CPF

Nome da empresa

CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

Alegre, Aracruz, Cariacica, Ibirapu, Fundão, João Neiva, Linhares, Santa Teresa, São Roque do Canaã, Santa Leopoldina, Sooretama, Rio Bananal e Viana.

Rua: Martins Pescadores, S/N, Bairro Ericina, Ibirapu – ES – Cep: 29.670-000
Tel: (27) 98125-0110 / (27) 98125-0143 – <http://www.cimpolinorte.es.gov.br/>

ANEXO V

MODELO DE DECLARAÇÃO DE OPÇÃO PELO SIMPLES NACIONAL

(Obs: apenas quando aplicável ao caso)

(Nome da empresa), com sede (endereço completo), inscrita no CNPJ sob o nº..... DECLARA ao CIM POLINORTE, para fins de não incidência na fonte do Imposto sobre a Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ), a que se refere o art. 64 da Lei nº. 9.430, de 27 de dezembro de 1996, que é regularmente inscrita no Regime Especial Unificado de Arrecadação de Tributos e Contribuições das Microempresas e das Empresas de Pequeno Porte - Simples Nacional, de que trata o art. 12 da Lei Complementar nº. 123, de 14 de dezembro de 2006, desde o dia...../...../.....

Ibiraçu, ____ de _____ de _____

Assinatura do Representante Legal

ANEXO VI**TERMO DE CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS**

Profissional responsável técnico:

Nº Documento Profissional:

Órgão

emissor:

CPF nº:

Especialidade:

Os serviços/profissionais abaixo assinalados estão disponíveis à REDE CUIDAR CENTRAL LINHARES, gerida pelo CIM POLINORTE de acordo com todas as cláusulas do Edital Credenciamento nº 005/2025

ITEM	CODIGO CBO/SUS	PROCEDIMENTOS	CIM POLINORTE

OBS: INSERIR AQUI SERVIÇOS CONSTANTES DA TABELA DO CONSÓRCIO QUE SERÃO OBJETO DO TERMO DE CREDENCIAMENTO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS AOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS

Ibiraçu, ____ de ____ de ____

Assinatura do Representante Legal**CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE**

Alegre, Aracruz, Cariacica, Ibiraçu, Fundão, João Neiva, Linhares, Santa Teresa, São Roque do Canaã, Santa Leopoldina, Sooretama, Rio Bananal e Viana.

Rua: Martins Pescadores, S/N, Bairro Ericina, Ibiraçu – ES – Cep: 29.670-000
Tel: (27) 98125-0110 / (27) 98125-0143 – <http://www.cimpolinorte.es.gov.br/>

ANEXO VII

INCLUSÃO OU EXCLUSÃO DE SERVIÇOS

Profissional responsável técnico:

Nº Documento Profissional:

emissor:

CPF nº:

Especialidade:

Órgão

Inclusão de profissional abaixo assinalados estão disponíveis ao CIM Polinorte de acordo com todas as cláusulas do termo de credenciamento nº 005/2025:

1 - ...

**INSERIR AQUI O(S) NOME(S) E DOCUMENTOS DO(S) PROFISSIONAL(IS) PARA
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA REDE CUIDAR**

Inclusão de procedimento dos serviços abaixo assinalados estão disponíveis ao CIM Polinorte de acordo com todas as cláusulas do termo de credenciamento nº 03/2023:

1 - ...

**INSERIR AQUI SERVIÇOS CONSTANTES DA TABELA DO CONSÓRCIO QUE SERÃO OBJETO
DO TERMO DE CREDENCIAMENTO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS AOS MUNICÍPIOS
CONSORCIADOS**

Exclusão dos serviços abaixo assinalados disponíveis aos entes ao CIM Polinorte de acordo com todas as cláusulas do termo de credenciamento:

1 - ...

INSERIR OS SERVIÇOS QUANDO NECESSÁRIO DESCREDENCIAR.

Ibiraçu, ____ de ____ de ____

Assinatura do Representante Legal

CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

Alegre, Aracruz, Cariacica, Ibiraçu, Fundão, João Neiva, Linhares, Santa Teresa, São Roque do Canaã, Santa Leopoldina, Sooretama, Rio Bananal e Viana.

Rua: Martins Pescadores, S/N, Bairro Ericina, Ibiraçu – ES – Cep: 29.670-000
Tel: (27) 98125-0110 / (27) 98125-0143 – <http://www.cimpolinorte.es.gov.br/>