



INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSIST. AOS SERV. DE NOVA SANTA RITA - IMAS

Rua Padre Nicolau Flach, 21 – Centro – Nova Santa Rita/RS

CNPJ. 94.309.705/0001-39 – Telefone: 3479-2912

www.imasnovasantarita.com.br

**EDITAL CHAMAMENTO PÚBLICO 01/2019
REMOÇÃO HOSPITALAR (AMBULÂNCIAS)**

IMAS Nova Santa Rita/RS

Processo Administrativo n.º 078/2018

Edital de Chamamento Público para credenciamento de pessoas jurídicas para prestação de serviços de remoção de pacientes (beneficiários) entre hospitais credenciados ao IMAS.

O Instituto Municipal de Assistência aos Servidores de Nova Santa Rita comunica aos interessados que está procedendo ao Chamamento Público para fins de credenciamento de pessoas jurídicas, para prestação de serviços de remoção de pacientes, conforme determinações deste Edital e de seus Anexos.

1. CONDIÇÕES PARA CREDENCIAMENTO

1.1 As pessoas interessadas em prestar serviços de remoção Inter hospitalar de pacientes (beneficiários do IMAS) deverão apresentar os seguintes documentos:

- A.** Ato constitutivo: Estatuto ou Contrato Social de Constituição do Estabelecimento e, se houver última alteração do Contrato Social ou do Estatuto devidamente registrado;
- B.** Apresentar cópia do RG e CPF do Representante Legal que assinará o Termo de Credenciamento;
- C.** Comprovação de inscrição no cadastro nacional de pessoas jurídicas do ministério da fazenda (CNPJ/MF), compatível com as atividades especificadas no objeto do contrato social;
- D.** Declaração que atenda ao disposto no artigo 7º, inciso XXXIII, da Constituição da República, conforme o modelo aprovado pelo Decreto Federal n.º 4.358-02 – Anexo IV;
- E.** Declaração formal assinada pelo responsável legal, comprometendo-se a prestar os serviços estipulados no objeto deste edital, com a respectiva lista de profissionais, fazendo constar o número de inscrição, com registro ativo, junto ao Conselho competente, conforme modelo no Anexo V;
- F.** Certidão Negativa de Débitos relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União, no prazo de validade;
- G.** Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, no prazo de validade;
- H.** Certificado de Regularidade do FGTS, no prazo de validade;
- I.** Certidão Negativa de Tributos Estaduais, expedida pela Secretaria e/ou Delegacia da Fazenda Estadual, no prazo de validade;
- J.** Certidão Negativa de Débitos Municipais, da sede do estabelecimento, no prazo de validade;
- K.** Declaração de Responsabilidade Técnica do profissional responsável pelos serviços técnicos - Anexo VI;
- L.** Cadastro no CNES;
- M.** Licença e autorização de funcionamento da empresa emitido pela ANVISA;
- N.** Programa atualizado de manutenção, operação e controle dos veículos e relatório descritivo;
- O.** Alvará de Localização;



INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSIST. AOS SERV. DE NOVA SANTA RITA - IMAS

Rua Padre Nicolau Flach, 21 – Centro – Nova Santa Rita/RS

CNPJ. 94.309.705/0001-39 – Telefone: 3479-2912

www.imasnovasantarita.com.br

P. Declaração de dados Bancários – Anexo VIII (caráter informativo e de exclusividade do IMAS para ser entregue até dez dias após o credenciamento);

1.1.3 Serão aceitas Certidões Positivas com efeito de Negativas, da mesma forma para o item 6.3 deste Edital.

1.2 Os documentos constantes do item 1.1 poderão ser apresentados em original ou por cópia autenticada por tabelião ou servidor do IMAS que não seja membro da Comissão de Licitações. Aqueles que podem ser retirados pelo sistema informatizado (internet) ficarão sujeitos à verificação de sua autenticidade pela Administração.

1.3 O prazo para habilitação ao credenciamento inicia com a publicação deste Edital, não havendo limite de número de interessados a serem credenciados.

1.4 A documentação deverá ser entregue de segunda à sexta-feira, das 09h às 13h, na sede do IMAS, sito na Padre Nicolau Flach, n.º 21, Centro - Nova Santa Rita/RS.

2. IMPEDIMENTOS

2.1 Não poderá exercer a atividade, ainda que indiretamente, por meio do credenciamento, nos termos do art. 9º, inciso III e § 3º, da lei n.º 8.666, de 21 de junho de 1993, o profissional que for:

2.1.1. Servidor público do IMAS;

2.1.2 Agente político em exercício de mandato eletivo;

2.1.3 Sócio ou Administrador parente até o segundo grau de servidor na comissão de credenciamento e dos cargos de chefia do poder executivo no município;

2.1.4 Ocupante de cargo de chefia do poder executivo no município.

2.2 O credenciado que venha a se enquadrar nas situações previstas nos itens 2.1, terá suspenso o respectivo credenciamento, enquanto perdurar o impedimento.

3. RECURSOS E IMPUGNAÇÕES

3.1 Das decisões do presente credenciamento caberão recursos, nos termos do art. 109 da Lei n.º 8.666/93, devendo ser requeridos através do Protocolo do IMAS, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a contar da data de publicação das decisões.

3.2 Os pedidos de impugnação deverão ser protocolados junto ao protocolo na Sede do IMAS.

4. EXECUÇÃO DO SERVIÇO

4.1 A execução do serviço está detalhada no Anexo I – Projeto Básico, item 2.



INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSIST. AOS SERV. DE NOVA SANTA RITA - IMAS

Rua Padre Nicolau Flach, 21 – Centro – Nova Santa Rita/RS

CNPJ. 94.309.705/0001-39 – Telefone: 3479-2912

www.imasnovasantarita.com.br

4.2 Os beneficiários do IMAS deverão apresentar sua carteira de identificação do Instituto e documento oficial com foto. Não deverá ser realizado atendimento caso o beneficiário esteja com a sua carteira fora do prazo de validade ou sem os documentos descritos.

4.3 Os credenciados deverão manter, durante todo o período do credenciamento, as condições de habilitação exigidas no item 1 deste Edital.

4.4 Para pagamento, o Credenciado deverá enviar ao IMAS os documentos descritos no projeto básico no item 4.1. Na falta destes requisitos, não será liberado o pagamento.

4.5 Não será admitido o atendimento a pacientes por profissional não credenciado ao IMAS, ou seja, que não conste na lista de profissionais do item 1.1, E deste edital.

4.7 Os serviços contratados deverão ser realizados em conformidade com a Resolução 03 de 1996 que regula o Sistema de Assistência à Saúde do IMAS e atualizações posteriores, Termo de Credenciamento assinado entre as partes e o Edital de Chamamento Público 01 de 2019 e seus anexos.

5. REMUNERAÇÃO

5.1 Pelos serviços prestados, a CREDENCIADA (O) será remunerada exclusivamente de acordo com o disposto no Anexo II – Tabela de Valores do Edital 01/2019 do IMAS, não podendo reclamar do Instituto qualquer outro valor a esse título.

5.2 A divulgação da tabela atualizada será publicada no sítio do IMAS e em veículo de publicação dos atos administrativos do Instituto.

5.3 Os valores serão atualizados no prazo de 12 meses a contar da publicação deste Edital através de Tabela de Valores - Anexo II, pelo índice inflacionário do Índice Geral de Preços do Mercado – IGPM sobre a Tabela Própria.

6. VIGÊNCIA

6.1 O Edital 01/2019 para prestação de serviços de remoção de pacientes (beneficiários) entre hospitais credenciados ao IMAS ficará aberto por prazo indeterminado, a critério da administração pública.

6.2 O prazo de vigência do Termo de Credenciamento será de 60 (sessenta) meses contados da data da sua assinatura, podendo haver o encerramento da prestação do serviço, por iniciativa qualquer das partes, caso não haja interesse na continuidade dos serviços, mediante comunicação prévia expressa com 30 (trinta) dias de antecedência.

7. PAGAMENTO

7.1 A nota fiscal deverá ser emitida até o último dia útil do mês da prestação dos serviços, sendo o pagamento efetuado via boleto bancário com data de vencimento no dia 20 do mês subsequente.



INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSIST. AOS SERV. DE NOVA SANTA RITA - IMAS

Rua Padre Nicolau Flach, 21 – Centro – Nova Santa Rita/RS

CNPJ. 94.309.705/0001-39 – Telefone: 3479-2912

www.imasnovasantarita.com.br

7.2 Para que possa receber os valores estipulados neste edital, o credenciado deverá apresentar os seguintes documentos:

7.2.1 Formulário onde deverá constar assinatura do médico assistente do hospital de origem e do médico assistente do hospital de destino, bem como a assinatura dos profissionais que trabalharam na remoção do beneficiário, modelo anexo VIII;

7.2.2 Justificativa do médico assistente do hospital de origem informando a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário e a definição do tipo de ambulância, A, B ou D, a ser utilizada para a remoção;

7.2.3 Documento assinado pelo paciente ou responsável que comprove o consentimento da remoção, modelo anexo IX;

7.2.4 Certidão Negativa de Débito Trabalhista, Certificado de Regularidade do FGTS, Certidão Negativa de Tributos Estaduais, expedida pela Secretaria e/ou Delegacia da Fazenda Estadual, Certidão Negativa de Débito Municipal, na sede do estabelecimento, Certidão de Débitos relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União, todas no prazo de validade, sendo aceitas as certidões positivas com efeito de negativas.

8. RESCISÃO

8.1 Quaisquer das partes poderão denunciar o presente, desde que notifique a outra com antecedência de 30 (trinta) dias. O descredenciamento não quita débitos que porventura ainda não estejam saldados.

8.2 O credenciamento poderá ser rescindido por iniciativa do IMAS, sem necessidade de notificação, interpelação ou qualquer comunicação ao credenciado, se este exigir do beneficiário qualquer pagamento adicional pela prestação de serviços oferecida, que não esteja expressamente prevista na legislação do Instituto e/ou no Termo de Credenciamento, ou se ocorrer inobservância de quaisquer das cláusulas, condições ou obrigações decorrentes das aqui previstas.

8.3 Pela inexecução das condições previstas neste Edital, o IMAS poderá aplicar as seguintes penalidades, sem prejuízo das demais sanções legalmente estabelecidas, devendo ser respeitado o devido processo legal e o princípio do contraditório e da ampla defesa:

8.3.1 Advertência;

8.3.1.1 O prestador de serviço que cumprir parcialmente os itens deste Edital, será notificado e advertido para se adequar.

8.3.2 Multa;

8.3.2.2 Em caso de inexecução ou irregularidade em relação ao item “execução do serviço” deste Edital, poderá ser aplicada multa de 15% (quinze por cento) calculada sobre o valor total corrigido, cobrado no faturamento pelo serviço mensal.

8.3.3 A ocorrência das hipóteses previstas nos subitem 8.3.2 poderá ser acompanhada das sanções previstas nos incisos III e IV da Lei Federal 8.666/93, conforme segue:



INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSIST. AOS SERV. DE NOVA SANTA RITA - IMAS

Rua Padre Nicolau Flach, 21 – Centro – Nova Santa Rita/RS

CNPJ. 94.309.705/0001-39 – Telefone: 3479-2912

www.imasnovasantarita.com.br

8.3.3.1 Suspensão de contratar ou se credenciar com o Instituto pelo prazo de 02 (dois) anos no caso de inexecução do Termo de Credenciamento e itens do Edital;

8.3.3.2 Declaração de inidoneidade para licitar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes de punição ou até que seja promovida a reabilitação após o ressarcimento da Administração dos prejuízos resultantes da inexecução parcial ou total do Termo de Credenciamento e itens do Edital.

9. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

9.1. As despesas decorrentes deste credenciamento correrão à conta das seguintes dotações orçamentárias:

2085 Manutenção Assistência Médica, Odontológica e Hospitalar

Rubrica da despesa - 339039610000

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1 Os participantes que tiverem a documentação homologada serão convocados pela administração para assinar o Termo de Credenciamento, no prazo de 10 (dez) dias úteis, podendo ser prorrogado uma vez, pelo mesmo período, desde que requerido de forma motivada e durante o transcurso do respectivo prazo.

10.2 O corpo clínico e funcionários da empresa credenciada não ficarão sujeitos a vínculo empregatício com o IMAS, nem submetidos a controle de jornada de trabalho ou a qualquer subordinação para o desempenho das tarefas relativas ao presente Edital.

10.3 O credenciado é responsável pela entrega mensal, no faturamento do IMAS, dos documentos constantes no item 7.3 deste Edital.

10.4 O credenciado é responsável pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução dos serviços prestados.

10.5 O credenciado é responsável pelos danos causados diretamente à Administração ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução dos serviços, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização ou o acompanhamento pelo órgão interessado.

Informações e Pedidos de Esclarecimento serão prestados na sede do IMAS, sito na Rua Padre Nicolau Flach, n.º 21, Centro - Nova Santa Rita/RS, pelo e-mail imas@terra.com.br ou telefone (51) 3479-2912. As informações e atualizações deste chamamento estarão divulgadas no sítio, no link Editais e Avisos/Pregão e no Mural na sede do IMAS

Nova Santa Rita – RS, 11 de abril de 2019.

Solange Lewandoski Laubine
Presidente do IMAS Nova Santa Rita



ANEXO I

PROJETO BÁSICO – CHAMAMENTO PÚBLICO 01/2019

1. OBJETO

- 1.1** Constitui objeto o credenciamento de Pessoa Jurídica para prestação de serviços de remoção de pacientes (beneficiários) entre hospitais credenciados ao IMAS, conforme descrito abaixo:

DESCRIÇÃO
Ambulância TIPO A para transporte inter-hospitalares em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo.
Ambulância de suporte básico TIPO B para transporte inter-hospitalares de pacientes com risco de vida conhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica durante transporte até o destino.
Ambulância de suporte avançado TIPO D para transporte inter-hospitalares de pacientes de alto risco que necessitam de cuidados médicos intensivos – deve contar com os equipamentos médicos necessários para esta função.

2. EXECUÇÃO DO SERVIÇO

- 2.1** A lista de prestadores de serviços credenciados por este edital será amplamente divulgada aos beneficiários e aos Hospitais Credenciados.
- 2.2** Será autorizada a remoção do paciente apenas quando caracterizada e justificada por escrito pelo médico assistente a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem e, quando couber, deverá constar o nome do médico assistente que receberá o beneficiário no hospital de destino.
- 2.3** Quando utilizado o serviço o mesmo será remunerado conforme o anexo II - Tabela de Valores, mediante apresentação da autorização da remoção e justificativa do médico assistente do hospital de origem definindo o tipo de ambulância, A, B ou D, e documento assinado pelo paciente ou responsável que comprove o consentimento da remoção.
- 2.4** As dimensões e outras especificações da ambulância deverão obedecer à Legislação Vigente além das normas da ANVISA e ABNT:
- 2.4.1** As ambulâncias TIPO A e B devem ter os seguintes profissionais: técnico em enfermagem e motorista/socorrista;
- 2.4.2** A ambulância TIPO D deve ter os seguintes profissionais: técnico em enfermagem, motorista/socorrista e médico intensivista.



INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSIST. AOS SERV. DE NOVA SANTA RITA - IMAS

Rua Padre Nicolau Flach, 21 – Centro – Nova Santa Rita/RS

CNPJ. 94.309.705/0001-39 – Telefone: 3479-2912

www.imasnovasantarita.com.br

3. PRAZO E VALIDADE

3.1 O prazo de vigência do Termo de Credenciamento será de 60 (sessenta) meses, contados da data da sua assinatura, podendo haver o encerramento da prestação do serviço, por iniciativa qualquer das partes, caso não haja interesse na continuidade dos serviços, mediante comunicação prévia expressa, devendo cumprir os serviços agendados ou iniciados se forem do interesse do beneficiário.

4. PAGAMENTO

4.1 Para que possa receber os valores estipulados na Tabela de Valores, o credenciado deverá apresentar os seguintes documentos:

4.1.1 Formulário onde deverá constar assinatura do médico assistente do hospital de origem e do médico assistente do hospital de destino, bem como a assinatura dos profissionais que trabalharam na remoção do beneficiário;

4.1.2 Justificativa do médico assistente do hospital de origem informando a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário e a definição do tipo de ambulância, A, B ou D, a ser utilizada para a remoção;

4.1.3 Documento assinado pelo paciente ou responsável que comprove o consentimento da remoção.

4.1.4 Certidão Negativa de Débito Trabalhista, Certificado de Regularidade do FGTS, Certidão Negativa de Tributos Estaduais, expedida pela Secretaria e/ou Delegacia da Fazenda Estadual, Certidão Negativa de Débito Municipal, na sede do estabelecimento, Certidão de Débitos relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União, todas no prazo de validade, sendo aceitas as certidões positivas com efeito de negativas.

4.2 Pelos serviços prestados, o CREDENCIADO será remunerado exclusivamente de acordo com o disposto no Anexo II – Tabela de Valores do Edital 01/2019 do IMAS, não podendo reclamar do Instituto qualquer outro valor a esse título.

Nova Santa Rita – RS, 11 de abril de 2019.

Solange Lewandoski Laubine
Presidente IMAS Nova Santa Rita



INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSIST. AOS SERV. DE NOVA SANTA RITA - IMAS

Rua Padre Nicolau Flach, 21 – Centro – Nova Santa Rita/RS

CNPJ. 94.309.705/0001-39 – Telefone: 3479-2912

www.imasnovasantarita.com.br

ANEXO II

TABELA DE VALORES PARA REMOÇÃO DE PACIENTES ENTRE HOSPITAIS CREDENCIADOS

TIPO	DESCRIÇÃO	VALOR DO KM
A	Ambulância TIPO A para transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo.	R\$12,00
B	Ambulância de suporte básico TIPO B para transporte interhospitalar de pacientes com risco de vida conhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica durante transporte até o destino.	R\$12,00
D	Ambulância de suporte avançado TIPO D para transporte interhospitalar de pacientes de alto risco que necessitam de cuidados médicos intensivos – deve contar com os equipamentos médicos necessários para esta função.	R\$30,00



ANEXO III

MINUTA TERMO DE CREDENCIAMENTO

O Instituto Municipal de Assistência aos Servidores de Nova Santa Rita, RS, pessoa jurídica de direito público, CNPJ n.º 94.309.705/0001-39 com sede na Rua Padre Nicolau Flach, n.º 21, representada por sua Presidente, Sr.ª Solange Lewandoski Laubine, doravante IMAS e, de outro lado, _____, CNPJ _____, sito no endereço _____, contato pelos telefones _____ e emails _____, representada por seu representante legalmente instituído, Sr.(ª) _____, CPF de n.º _____, doravante denominada simplesmente CREDENCIADA (O), celebram este Termo de Credenciamento para a prestação dos serviços constantes no Edital de Chamamento Público 01/2019 do IMAS, que se regerá pela Resolução 03 de 1996 e atualizações, que regula o Sistema de Assistência à Saúde do IMAS, Processo Administrativo **078/2018** e das seguintes cláusulas e condições:

1. DO OBJETO

1.1 O presente Termo tem por objeto a realização, pela (o) CREDENCIADA (O), da prestação de serviços de remoção de pacientes (beneficiários) entre hospitais credenciados ao IMAS através do Edital 01/2019 e de seus Anexos.

2. PRAZO DE VIGÊNCIA

2.1 O prazo de vigência deste Termo de Credenciamento será de 60 (sessenta) meses, contados da data de assinatura.

3. DA REMUNERAÇÃO

3.1 Pelos serviços prestados, a CREDENCIADA (O) será remunerada exclusivamente de acordo com o disposto no Anexo II – Tabela de Valores do Edital de Chamamento Público 01/2019 do IMAS, não podendo reclamar do Instituto qualquer outro valor a esse título.

4. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES

4.1 Os valores serão atualizados no prazo de 12 meses a contar da publicação deste Edital através de Tabela de Valores - Anexo II, pelo índice inflacionário do Índice Geral de Preços do Mercado – IGPM sobre a Tabela Própria.

5. DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

5.1 São obrigações do IMAS:

I- efetuar o pagamento conforme estabelecidos na Tabela de Valores – Anexo II respeitado o item 7 – Pagamento, do Edital de Chamamento Público 01/2019;

II – orientar e dar ampla divulgação a seus beneficiários sobre o conteúdo do credenciamento, disponibilizando informações acerca dos serviços;



INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSIST. AOS SERV. DE NOVA SANTA RITA - IMAS

Rua Padre Nicolau Flach, 21 – Centro – Nova Santa Rita/RS

CNPJ. 94.309.705/0001-39 – Telefone: 3479-2912

www.imasnovasantarita.com.br

5.2 São obrigações do(a) CREDENCIADO(A):

I – Responder pela qualidade e aferição técnica dos serviços prestados;

II – Atuar com zelo e profissionalismo no atendimento dos pacientes;

III – Manter, em arquivo e por período não inferior a cinco anos, o cadastro atualizado de todos os pacientes atendidos, contendo todos os dados para posterior verificação dos órgãos de fiscalização e de controle externo, exceto quanto às informações profissionais sigilosas.

6 DAS GLOSAS

6.1 O IMAS apontará e justificará as glosas nos documentos que compõem a conta, através do relatório de Glosas ao prestador de serviços, que poderá contestá-lo, deixando a disposição do Instituto todos os documentos originais para apreciação da Direção Técnica quando houver divergências.

7. DA RESCISÃO

7.1 Este Termo poderá ser rescindido a qualquer tempo, mediante notificação prévia de 30 dias, desde que atendido interesse público e da Administração.

7.2 Será rescindido o presente Termo, independente de notificação judicial ou extrajudicial, sem qualquer direito à indenização, por parte da CREDENCIADA (O), se esta:

I – Não cumprir regularmente quaisquer das obrigações assumidas neste Termo;

II – Fusionar, cindir ou incorporar-se a outra empresa;

III – Falir ou requerer recuperação judicial ou extrajudicial;

IV – Executar os serviços com imperícia técnica;

V – Demonstrar incapacidade, desaparecimento, inidoneidade técnica ou má-fé;

VI – Atrasar injustificadamente a execução dos serviços.

8. DAS PENALIDADES

8.1 Pela inexecução das condições previstas neste Edital, o IMAS poderá aplicar as seguintes penalidades, sem prejuízo das demais sanções legalmente estabelecidas, devendo ser respeitado o devido processo legal e o princípio do contraditório e da ampla defesa:

8.1.2 - Advertência;

8.1.2.1 O prestador de serviço que cumprir parcialmente os itens deste Edital, será notificado e advertido para se adequar.

8.1.3 Multa;

8.1.3.1 Em caso de inexecução ou irregularidade em relação ao item “execução do serviço” deste Edital, poderá ser aplicada multa de 15% (quinze por cento) calculada sobre o valor total corrigido, cobrado no faturamento pelo serviço mensal.

8.2 A ocorrência das hipóteses previstas no subitem 8.1.3 poderá ser acompanhada das sanções previstas nos incisos III e IV da Lei Federal 8.666/93, conforme segue:



INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSIST. AOS SERV. DE NOVA SANTA RITA - IMAS
Rua Padre Nicolau Flach, 21 – Centro – Nova Santa Rita/RS
CNPJ. 94.309.705/0001-39 – Telefone: 3479-2912
www.imasnovasantarita.com.br

8.2.1 Suspensão de contratar ou se credenciar com o Instituto pelo prazo de 02 (dois) anos no caso de inexecução do Termo de Credenciamento e itens do Edital;

8.2.2 Declaração de inidoneidade para licitar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes de punição ou até que seja promovida a reabilitação após o ressarcimento da Administração dos prejuízos resultantes da inexecução parcial ou total do Termo de Credenciamento e itens do Edital.

9. DA DOTACÃO ORÇAMENTÁRIA

9.1 As despesas decorrentes deste credenciamento correrão à conta das seguintes dotações orçamentárias:

2085 Manutenção Assistência Médica, Odontológica e Hospitalar
Rubrica da despesa - 339039610000

10. DOS PRINCÍPIOS BÁSICOS DO ATENDIMENTO E NORMAS LEGAIS APLICÁVEIS

10.1 Aplicam-se a esse Termo de Credenciamento as disposições contidas no Edital de Chamamento Público 01/2019 do IMAS e o Regulamento Administrativo deste Instituto, vigente à época.

11. DO FORO DE ELEICÃO

11.1 Para questões ou litígios decorrentes do presente credenciamento fica eleito o Foro da Comarca de Canoas, com exclusão de qualquer outro, por mais especializado que seja.

E, por estarem assim justos e acordados, assinam o presente instrumento, em duas vias de iguais teor e forma.

Nova Santa Rita – RS, ____ de _____ de 201__.

CREDENCIADA (O)
CPF:

Solange Lewandoski Laubine
Presidente do IMAS



INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSIST. AOS SERV. DE NOVA SANTA RITA - IMAS
Rua Padre Nicolau Flach, 21 – Centro – Nova Santa Rita/RS
CNPJ. 94.309.705/0001-39 – Telefone: 3479-2912
www.imasnovasantarita.com.br

ANEXO IV
DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DO DISPOSTO NO INCISO XXXIII DO ART.
7º DA CONSTITUIÇÃO FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988.

MODELO

DECLARAÇÃO

Ref.: Edital 01/2019

....., inscrito no CNPJ nº.....,
por intermédio de seu representante legal o(a) Sr(a)....., portador(a) da
Carteira de Identidade nº..... e do CPF nº, **DECLARA**, para
fins do disposto no o 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de
outubro de 1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou
insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.

Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz ().

.....
(data)

.....
(representante legal)

(Observação: em caso afirmativo, assinalar a ressalva acima)



ANEXO VI
DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

DADOS PROFISSIONAIS			
Nome:			
Conselho Regional:	N.º do Registro:	CPF:	RG:
Endereço Residencial:		N.º:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	CEP:	Fone:
E-mail:			

DADOS DO ESTABELECIMENTO			
Razão Social:			
Endereço:		N.º:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	CEP:	Fone:
CNPJ:		Setor ou Área Assumida:	

DECLARAÇÃO
<p>Declaro, no pleno exercício de minhas atividades, que assumo a Responsabilidade Técnica, comprometendo-me a:</p> <p>a) responder pelas ações e/ou omissões transgressoras das normas sanitárias e técnicas que venham a ocorrer no estabelecimento;</p> <p>b) fornecer aos Servidores do IMAS todas as informações e solicitações relativas aos serviços;</p> <p>c) comunicar ao IMAS, de imediato e por escrito, quando da cessação da responsabilidade técnica.</p>

DATA E ASSINATURA	
<p>_____</p> <p>Local e Data</p>	<p>_____</p> <p>Assinatura do Responsável</p>



INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSIST. AOS SERV. DE NOVA SANTA RITA - IMAS
Rua Padre Nicolau Flach, 21 – Centro – Nova Santa Rita/RS
CNPJ. 94.309.705/0001-39 – Telefone: 3479-2912
www.imasnovasantarita.com.br

ANEXO VII
FORMULÁRIO DADOS BANCÁRIOS

Nome da Pessoa Jurídica:

CNPJ: _____

N.º BANCO	
BANCO	
N.º DA AGÊNCIA	
N.º DA CONTA	

Nova Santa Rita, _____ de _____ de _____.

Assinatura
Nome
CNPJ



INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSIST. AOS SERV. DE NOVA SANTA RITA - IMAS

Rua Padre Nicolau Flach, 21 – Centro – Nova Santa Rita/RS

CNPJ. 94.309.705/0001-39 – Telefone: 3479-2912

www.imasnovasantarita.com.br

**ANEXO VIII
FICHA DE ATENDIMENTO**

AMBULÂNCIA				HORÁRIO	
RESPONSÁVEL			HOSPITAL		
NOME PACIENTE				IDADE	SEXO
ENDEREÇO			CIDADE		
BAIRRO			TELEFONE		

SINAIS VITAIS							CLASSIFICAÇÃO DE CHAMADAS	
HORA	T.A.	T.AX	F.C.	F.R	SPO2	HGT	() 01 EMERGÊNCIA	() UTI MOVEL
							() 02 URGÊNCIA	() CASO CLÍNICO
							() 03 REMOÇÃO	() PSIQUIÁTRICOS
							() 04 INTERNAÇÃO	() PRONTO ATEND.
							() 05 CONSULTA	() TRANSFERÊNCIA

ASS. COREN TEC. ENFERMAGEM _____
CARIMBO

RESUMO CLÍNICO	

MED. MATERIAL	VIA	QUANT.	OBS.

ORIGEM	HORA SAÍDA
DESTINO	HORA CHEGADA
Ass. CRM e Carimbo do Medico Autorizou a Remoção	
Ass. Responsável Paciente	
Ass. CRM e Carimbo do Medico Acompanhou a remoção (quando necessário)	
Ass. CRM e Carimbo do Medico que Recebeu Paciente HOSPITAL DESTINO	

ASS. MOTORISTA RESPONSÁVEL PELA REMOÇÃO _____



INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSIST. AOS SERV. DE NOVA SANTA RITA - IMAS
Rua Padre Nicolau Flach, 21 – Centro – Nova Santa Rita/RS
CNPJ. 94.309.705/0001-39 – Telefone: 3479-2912
www.imasnovasantarita.com.br

ANEXO IX

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro para os devidos fins que fomos informados dos riscos relacionados à remoção terrestre do paciente, o (a) Sr.(a) _____, e compreendemos todas as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços, sabendo que durante o trajeto poderão ocorrer situações imprevisíveis, autorizando a remoção do Hospital origem _____ até o hospital destino _____, ficando previamente autorizado seu retorno, caso não seja uma transferência definitiva, mas sim para realização de procedimento/exame não realizado no hospital de origem.

Assinatura do beneficiário
ou responsável (informar CPF e grau de parentesco)