**CHAMAMENTO PARA CREDENCIAMENTO Nº 02/2019**

**OBJETO:**

FORMAÇÃO DO CADASTRO DE FORNECEDORES E PRESTADORES DE SERVIÇOS MÉDICOS DO INSTITUTO ACQUA NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

**Local:** <http://www.institutoacqua.org.br/>

**Prazo: Inscrições para cadastramento aceitas até 10/04/2019.**

1. **PREÂMBULO**
   1. O **INSTITUTO ACQUA-**  Organização Social sem fins lucrativos, com sede na Avenida Lino Jardim, 905, Vila Bastos, Santo André/SP, inscrito no CNPJ nº 03.254.082/0001-99, considerando a necessidade de realizar contratações de bens e serviços necessários a administração e funcionamento das unidades de saúde no Estado da Paraíba, que lhe compete gerir por força de Contrato de Gestão vigente, torna pública a realização de **CADASTRO DE FORNECEDORES E PRESTADORES DE SERVIÇOS MÉDICOS,** nos seguintes termos.
   2. **As informações e critérios sobre o cadastramento estão disponibilizadas no site do Instituto ACQUA (**[**www.institutoacqua.org.br**](http://www.institutoacqua.org.br)**). Os documentos devem ser enviados através do e-mail:** [**compras.sp@acqua.org.br**](mailto:compras.sp@acqua.org.br) **até o prazo máximo de 10/04/2019 às 23h59.**
2. **DO OBJETO**
   1. O objeto deste Chamamento é a formação do Cadastro de Fornecedores e Prestadores de Serviços Médicos interessados em prestar serviços nas unidades administradas pelo Instituto ACQUA no Estado de Mato Grosso do Sul, nos termos dos Regulamentos de Compras e Serviços vigentes, e desde que atendidas as condições estabelecidas neste Chamamento.
   2. As contratações e compras realizadas estarão sujeitas ao disposto no Regulamento de Compras de Bens e Serviços do ACQUA, além das disposições contidas no artigo 37, caput, da Constituição Federal.
3. **DA HABILITAÇÃO**
   1. As especialidades disponíveis para cadastramento estão indicadas no **Anexo I** da presente;

3.2. Do Cadastramento e da Habilitação no Cadastro de Fornecedores.

* + 1. O cadastramento é de responsabilidade única e exclusiva da empresa interessada na habilitação, e será realizado mediante apresentação do formulário contido no **Anexo II** deste Chamamento, o qual deverá ser integralmente preenchido, assinado e anexado no link indicado.
    2. Juntamente com o formulário citado no item 3.2.1, deverá ser anexada a documentação constante no Check List do **Anexo III**, caso se trate de Empresa Médica prestadora de serviços médicos, ou a documentação constante do **Anexo IV**, caso se trate de Empresa com outra área de atuação.

1. **DOS IMPEDIMENTOS**

4.1. Respeitadas as normas vigentes e as condições constantes neste Chamamento e em seus Anexos, poderá participar do Cadastramento qualquer empresa legalmente estabelecida no País, com objeto similar ao constante no rol das especialidades buscadas, **exceto empresa**:

4.1.1. **Declarada inidônea** por órgão ou entidade da Administração Pública Direta ou Indireta, Federal, Estadual, Municipal ou do Distrito Federal;

4.1.2. Suspensa de contratar com Órgãos Públicos;

4.1.3. Concordatária ou em processo falimentar, sob concurso de credores, em dissolução ou em liquidação;

4.1.4. Submissa a concurso de credores, em liquidação ou em dissolução;

4.1.6. Cujos diretores, responsáveis legais ou técnicos, membros de conselho técnico, consultivo, deliberativo ou administrativo ou sócios das concorrentes tenham grau de parentesco com a Diretoria do ACQUA.

4.1.7. Também está vedada participação de qualquer entidade do terceiro setor, ou cooperativa, ou outra organização sem fins lucrativos, tais como Fundação, Associação, etc.

1. **DO ACIONAMENTO DO CADASTRO RESERVA**
   1. Atendidas as condições de habilitação, e realizada a inclusão no cadastro de fornecedores do Instituto ACQUA, a empresa cadastrada torna-se   
      apta a participar dos processos seletivos de contratação direta instaurados pelo Instituto ACQUA, relativos a sua especialidade;
   2. O acionamento dos fornecedores cadastrados se dará mediante consulta realizada à todos os fornecedores da especialidade pretendida pelo Instituto, através do envio eletrônico de Carta Convite, a qual conterá todas as instruções necessárias a participação no processo seletivo.
2. **DISPOSIÇÕES FINAIS** 
   1. É dever do fornecedor cadastrado manter seus dados cadastrais e informações correlatas sempre atualizadas, notadamente o correio eletrônico para recebimento das Cartas Convites, fornecido no ato do cadastramento;
   2. A perda do prazo de apresentação de propostas, o descumprimento ou não aceitação dos termos da Carta Convite e/ou o não recebimento da correspondência no correio eletrônico por motivos não afestos ao Instituto ACQUA, implicarão no decaimento da possibilidade de participação no processo seletivo respectivo, sem qualquer direito ao fornecedor cadastrado, que não poderá alegar desconhecimento das Cláusulas deste Chamamento nº 002/2019;
   3. O fornecedor cadastrado que participar e vencer no processo seletivo, assinará contrato junto ao Instituto ACQUA, no qual se comprometerá a cumprir as obrigações que restarem entabuladas no instrumento firmado;
   4. Em caso de não aceitação dos termos do contrato, o Instituto ACQUA passará a convocação das empresas remanescentes, conforme ordem de classificação no processo seletivo, para aceitação do mesmo preço e condições ofertados pela 1ª (primeira) colocada;
   5. O Instituto ACQUA reserva-se o direito de revogar o presente Chamamento por razões de interesse público, suspender ou prorrogar o prazo de inscrições por motivo de oportunidade ou convivência, ou anulá-lo, no todo ou em parte, por vício ou ilegalidade.

Santo André/SP, 02 de abril de 2019.

**ANEXO I.**

DAS **ESPECIALIDADES** DISPONÍVEIS PARA CADASTRAMENTO

1. **SERVIÇOS MÉDICOS DISPONÍVEIS PARA CADASTRAMENTO:**
   1. Agência Transfusional (Hematologia e Hemoterapia);
   2. Anestesiologia;
   3. Cardiologia
   4. Cirurgia Geral;
   5. Clínica Médica;
   6. Cirurgia Vascular;
   7. Endoscopia;
   8. Ginecologia e Obstetrícia
   9. Infectologia;
   10. Intensivista Adulto;
   11. Medicina do Trabalho;
   12. Nefrologia;
   13. Ortopedia e traumatologia
   14. Pediatria;

1.33         Plantonistas Clínicos Gerais - 24 horas – Pronto Socorro

* 1. Ultrassonagrafia com doppler colorido
  2. Urologia;

1. **DEMAIS SERVIÇOS DISPONÍVEIS PARA CADASTRAMENTO:**
   1. Exames de Análises Clínicas e patologia clínica
   2. Locação de Computadores e impressoras;
   3. Serviço de Coleta e Tratamento de Resíduos Hospitalar (Comum e Infectante);
   4. Serviço de Dedetização;
   5. Serviço de Limpeza de Esgoto;
   6. Serviço de Limpeza Hospitalar;
   7. Serviço de Locação de Enxoval e Processamento de Roupa Hospitalar;
   8. Serviço de Manutenção de Ar condicionado;
   9. Serviço de Manutenção de Equipamentos Médicos Hospitalares (Engenharia Clínica);
   10. Serviço de Manutenção de Geradores;
   11. Serviço de Manutenção Predial
   12. Serviço de Nutrição (clinica e produção)
   13. Serviço de Segurança e Portaria;
   14. Serviço de Engenharia Clinica com gestão técnica
   15. Serviço de fornecimento de material cirúrgico de órteses e próteses

**ANEXO II.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | | | CADASTRO DE FORNECEDORES | | | | | | | | | | | | | | **DADOS DA EMPRESA** | | | | | | | | | | | | | | | **( ) EMPRESA MÉDICA ( ) EMPRESA PRESTADORA DE SERVIÇOS** | | | | | | | | | | | | | | | NOME DA EMPRESA: | | | | | | | | | | | | | | | ENDEREÇO: | | | | | | | | | | | Nº | | CEP: | | BAIRRO: | | | CIDADE: | | | | | | | | | ESTADO: | | | REPRESENTANTE DA EMPRESA: | | | | | | | | | | | | | | | CNPJ: | | | | E-MAIL: | | | | | | | | | | | TELEFONE: | | | | CELULAR: | | | | | | | | | | | **ESPECIALIDADE** | | | | | | | | | | | | | | | ÁREA(S) DE ATUAÇÃO: | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | **Declaro, para todos os fins de direito, que não me enquadro em nenhum dos impedimentos ou restrições listadas no Ponto 4 do Chamamento de Credenciamento de Fornecedores nº 002/2019 do Instituto ACQUA.** | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | | | |  | |  |  | |  | ASSINATURA DO RESPONSÁVEL | | | |  | DATA | | | |  | |  |  | | **PREENCHIMENTO DO INSTITUTO ACQUA** | | | | | | | | | | | | | | | DATA DE RECEBIMENTO: | | | | | DATA DE REGISTRO DO CADASTRO NO SISTEMA: | | | | | | | | | | NOME: |  |  |  |  | NOME: |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  | | **ANEXOS** | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  |  | Anexo II do Chamamento nº 002/2019 | | | |  |  | | Procuração | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  |  | Anexo III ou VI do Chamamento nº 002/2019 | | | | | |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  | | **OUTRAS INFORMAÇÕES** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |

**ANEXO III.**

CHECK LIST DA DOCUMENTAÇÃO PARA CADASTRO DE **EMPRESAS MÉDICAS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Cópia do Contrato Social da empresa e todas suas alterações, registradas na Junta Comercial |
|  |  |  |
|  |  | Cópia do RG, CPF dos sócios |
|  |  |  |
|  |  | Cópia do cartão do CNPJ da empresa |
|  |  |  |
|  |  | Certidão Negativa de Débitos Municipais |
|  |  |  |
|  |  | Certidão Negativa de Débitos Estaduais |
|  |  |  |
|  |  | Cópia da Certidão Negativa de Débitos Federais |
|  |  |  |
|  |  | Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas |
|  |  |  |
|  |  | Certidão de Regularidade do FGTS |
|  |  |  |
|  |  | Enquadramento no Simples Nacional, registrado na Junta Comercial |
|  |  |  |
|  |  | Certidão Negativa de Falência ou Recuperação Judicial, expedida pelo distribuidor cível da Comarca onde está situada a matriz da empresa |
|  |  |  |
|  |  | Declaração que não emprega menor de idade, salvo na condição de menor aprendiz |
|  |  |  |
|  |  | Quitação da anuidade e certidão de regularidade junto ao CRM MS, da empresa |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Alvará Sanitário |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Alvará de Funcionamento |

**ANEXO IV**

CHECK LIST DA DOCUMENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE **EMPRESAS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Cópia do RG, CPF do empresário |
|  |  |  |
|  |  | Cópia do cartão do CNPJ da empresa |
|  |  |  |
|  |  | Cópia do Contrato Social ou Ato constitutivo ou Declaração de MEI da empresa **e todas** suas alterações, registrados na Junta Comercial |
|  |  |  |
|  |  | Certidão Negativa de Débitos Municipais |
|  |  |  |
|  |  | Certidão Negativa de Débitos Estaduais |
|  |  |  |
|  |  | Cópia da Certidão Negativa de Débitos Federais |
|  |  |  |
|  |  | Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas |
|  |  |  |
|  |  | Certidão de Regularidade do FGTS |
|  |  |  |
|  |  | Enquadramento no Simples Nacional, registrado na Junta Comercial |
|  |  |  |
|  |  | Certidão Negativa de Falência ou Recuperação Judicial, expedida pelo distribuidor cível da Comarca onde está situada a matriz da empresa |
|  |  |  |
|  |  | Declaração que não emprega menor de idade, salvo na condição de menor aprendiz |
|  |  |  |
|  |  | Alvará de funcionamento |