# EDITAL DE LICITAÇÃO
## PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 005/2026
## PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 008/2026

O **CONSÓRCIO REGIONAL DE SAÚDE SUL DE MATO GROSSO – CORESS/MT**, mediante a utilização de recursos de tecnologia da informação – **INTERNET**, por meio do seu **PREGOEIRO OFICIAL**, designado pela ***RESOLUÇÃO Nº 018/2024***, de ***01*** de ***AGOSTO*** de ***2024***, torna público para conhecimento dos interessados que realizará Licitação na Modalidade **PREGÃO ELETRÔNICO**, **PARA REGISTRO DE PREÇOS** do tipo "**MENOR PREÇO UNITÁRIO POR ITEM**", mediante as condições estabelecidas no presente instrumento convocatório e seus anexos, que se subordinam às normas gerais das ***LEI Nº 14.133***, de ***1º DE ABRIL DE 2021***, e demais legislações complementares.

| | |
|---|---|
| **INÍCIO DO ACOLHIMENTO DAS PROPOSTAS ELETRÔNICAS E DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO:** | **DAS 08:00H ÀS 17:00H (HORÁRIO DE BRASÍLIA).<br>DIA 05/11/2026<br>AO DIA 18/11/2026** |
| **INÍCIO DA SESSÃO PÚBLICA:** | **DIA 19/11/2026 ÀS 15:00H (HORÁRIO DE BRASÍLIA).** |
| **INÍCIO DA DISPUTA:** | **DIA 19/11/2026 ÀS 15:10H (HORÁRIO DE BRASÍLIA).** |

**ENDEREÇO:** Sede do Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso, situada na Rua João Pessoa, Nº 1.357, Centro-A, no município de Rondonópolis/MT.

**SITE:** https://www.selcorp.com.br/.

**MEIOS PARA CONTATO:**
**FONE**: (66) 3423-1086
**E-MAIL**: licitacao@coressmt.com.br.
Dias e horários: Segunda à Sexta-feira, das **07H00MIN** às **17H00MIN** (**HORÁRIO DE MATO GROSSO**).

**OBS: SALVO RESSALVA EXPRESSA, OS HORÁRIOS ESTABELECIDOS NESTE EDITAL OBSERVARÃO O HORÁRIO DE BRASÍLIA (DF).**

**FUNDAMENTO LEGAL:** Regida pela ***LEI Nº 14.133***, de ***1º DE ABRIL DE 2021***, da ***LEI COMPLEMENTAR Nº 123*** de ***14 DE DEZEMBRO DE 2006***, ***LEI Nº 147*** de ***07 DE AGOSTO DE 2014*** e demais legislações complementares.

## 1. OBJETO DA LICITAÇÃO:

**1.1. O Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso – CORESS/MT, por meio do seu PREGOEIRO, torna público a abertura do PROCESSO ADMINISTRATIVO, na modalidade "PREGÃO ELETRÔNICO PARA FUTURA E EVENTUAL CONTRATAÇÃO DE EMPRESAS ESPECIALIZADAS NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, COMPREENDENDO CONSULTAS, EXAMES,**

**PROCEDIMENTOS E TRATAMENTOS NAS ÁREAS DE CARDIOLOGIA, DERMATOLOGIA, PSIQUIATRIA ADULTO E INFANTIL, PNEUMOLOGIA, RADIOLOGIA/DIAGNÓSTICO POR IMAGEM, INCLUINDO ULTRASSONOGRAFIAS COM DOPPLER, E GASTROENTEROLOGIA, DESTINADOS A ATENDER À DEMANDA DOS MUNICÍPIOS DE ALTO ARAGUAIA - MT, ALTO GARÇAS - MT, CAMPO VERDE - MT, POXORÉU - MT E PRIMAVERA DO LESTE - MT, ALÉM DOS DEMAIS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS, REFERENTE AOS ITENS ANTERIORMENTE FRACASSADOS, PELO PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES, COM POSSIBILIDADE DE PRORROGAÇÃO, NOS TERMOS DO ART. 105 DA LEI FEDERAL Nº 14.133/2021 E DEMAIS DISPOSITIVOS LEGAIS APLICÁVEIS", em conformidade com o TERMO DE REFERÊNCIA e demais condições estabelecidas no EDITAL e seus anexos.**

**1.2.** Em caso de discordância e/ou contradição existente entre as especificações deste objeto descritas na plataforma eletrônica e as especificações técnicas constantes neste **EDITAL** e seus anexos, prevalecerão as previstas neste instrumento convocatório.

**1.3** O Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso – CORESS/MT não aceitará alegações de suposta indução ao erro, na ocorrência de situações especificadas no **ITEM 1.2.**, razão pela qual a empresa licitante deverá se atentar unicamente as descrições do objeto contidas neste **EDITAL** e **TERMO DE REFERÊNCIA**.

## 2. DOS ANEXOS:

**2.1.** Integram o presente **EDITAL**, os seguintes **ANEXOS**:

**ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA**;

**ANEXO II – PROPOSTA DE PREÇOS**;

**ANEXO III – MODELO DE DECLARAÇÃO UNIFICADA**;

**ANEXO IV – MODELO DE DECLARAÇÃO RELATIVA À TRABALHO DE MENORES**;

**ANEXO V - MINUTA DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS**;

**ANEXO VI – MINUTA DO CONTRATO**;

**ANEXO VII – FICHA CADASTRAL**;

## 3. DA PARTICIPAÇÃO NA LICITAÇÃO:

**3.1. PODERÃO PARTICIPAR DESTE PREGÃO QUAISQUER EMPRESAS INTERESSADAS QUE ATENDAM TODAS AS EXIGÊNCIAS DESTE EDITAL E CUJA ATIVIDADE EMPRESARIAL ABRANJA O OBJETO DESTA LICITAÇÃO**, e desde que prévia e devidamente credenciada no sistema eletrônico do Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso – CORESS/MT, no **ENDEREÇO: https://www.selcorp.com.br/.**

**OBS: PARA VERIFICAÇÃO DA COMPATIBILIDADE ENTRE AS ATIVIDADES DA LICITANTE E O OBJETO LICITADO, SERVIRÃO PARA ANÁLISE O CÓDIGO CNAE, OU AS ATIVIDADES DESCRITAS NO CONTRATO SOCIAL, DESDE QUE SEJAM SEMELHANTES AO OBJETO DO CERTAME.**

## 4. DOS PEDIDOS DE ESCLARECIMENTOS E DA IMPUGNAÇÃO DO EDITAL:

**4.1.** Em até **03 (TRÊS) DIAS ÚTEIS** antes da data designada para a realização da sessão de abertura das propostas, ou seja, dia **11/11/2026** poderá ser feito **PEDIDO** de **ESCLARECIMENTOS** sobre este **EDITAL**, somente através da plataforma **https://www.selcorp.com.br/**.

**4.2.** Qualquer pessoa poderá impugnar este **EDITAL** de Pregão, até **03 (TRÊS) DIAS ÚTEIS** antes da data fixada para a realização da sessão pública do pregão eletrônico, ou seja, dia **11/11/2026**, devendo o Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso – CORESS/MT, através do **PREGOEIRO OFICIAL**, julgar e responder sobre a petição no prazo de **24 (VINTE E QUATRO) HORAS**. As **IMPUGNAÇÕES** deverão ser encaminhadas para o **E-MAIL**: **licitacao@coressmt.com.br**, em sua via original, devidamente assinada por quem tenha poderes para tal, respeitados os prazos, formas e condições em qualquer caso.

**4.3.** Cabe ao **PREGOEIRO**, auxiliado pelo **SETOR RESPONSÁVEL** pela elaboração do termo de referência, decidir, no prazo de **24 (VINTE E QUATRO) HORAS**, sobre a **IMPUGNAÇÃO** ou **PEDIDO** de **ESCLARECIMENTO INTERPOSTO**.

**4.4.** Caso procedente e acolhida a **IMPUGNAÇÃO** do **EDITAL**, seus vícios serão sanados e, caso afete a formulação das propostas, nova data será designada pela Administração para a realização do certame.

**4.5.** Os prazos limites para **PEDIDOS DE ESCLARECIMENTOS** e **IMPUGNAÇÃO**, devem respeitar o horário final do expediente do Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso – CORESS/MT


Rua João Pessoa, n.º 1.357, Centro A, Rondonópolis/MT – CEP:78.700-082.
Fone/Fax: (66) 3423 -1086 E-mail: licitacao@coressmt.com.br

(**17H00MIN - HORÁRIO DE MATO GROSSO**). **PEDIDOS RECEBIDOS APÓS O REFERIDO HORÁRIO SERÃO CONSIDERADOS COMO RECEBIDOS NO PRÓXIMO DIA DE EXPEDIENTE.**

## 5. DO CREDENCIAMENTO:

**5.1.** Para acesso ao sistema eletrônico, os interessados em participar do pregão deverão dispor de **CHAVE DE IDENTIFICAÇÃO** e de **SENHA PESSOAL** e intransferível, obtidas junto ao **SISTEMA** de **COMPRAS** do Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso – CORESS/MT, pelo **SITE** da plataforma: **https://www.selcorp.com.br/**.

**5.2.** É de exclusiva responsabilidade do **USUÁRIO O SIGILO DA SENHA**, bem como seu uso em qualquer transação efetuada diretamente ou por seu representante, **NÃO CABENDO** ao Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso – CORESS/MT, qualquer responsabilidade por eventuais danos decorrentes de uso indevido da senha, ainda que por terceiros.

**5.3.** O **CREDENCIAMENTO** junto ao provedor do sistema implica para o licitante:

**5.3.1.** Presunção de capacidade técnica para realização das transações inerentes ao Pregão na forma eletrônica;

**5.3.2. OBRIGAR-SE PELAS TRANSAÇÕES EFETUADAS EM SEU NOME NO SISTEMA ELETRÔNICO, ASSUMINDO COMO FIRMES E VERDADEIROS SEUS LANCES E PROPOSTAS**;

**5.3.3.** Dever de acompanhar as operações no sistema eletrônico, responsabilizando-se pelo ônus decorrentes da perda de negócios por inobservância de qualquer mensagem emitido pelo sistema eletrônico ou de sua desconexão.

**5.4.** As informações e/ou alterações relativas ao **CREDENCIAMENTO** e a outras dúvidas sobre o sistema poderão ser obtidas através do **SETOR DE LICITAÇÕES** do Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso – CORESS/MT.

**5.5.** Nos casos de **MICROEMPRESAS** e **EPP'S** que queiram receber os benefícios da ***LEI COMPLEMENTAR Nº 123/06***, deverão declarar sua condição no sistema.

**5.5.1.** A falsidade de declaração prestada objetivando os benefícios da ***LC Nº 123/06***, caracterizará o crime de que trata o ***ART. 299*** do ***CÓDIGO***

***PENAL***, sem prejuízo do enquadramento em outras figuras penais e das sanções previstas neste **EDITAL**.

**5.6. FICARÁ IMPEDIDO DE PARTICIPAR DO PRESENTE PROCEDIMENTO LICITATÓRIO QUALQUER LICITANTE QUE TENHA ALGUM FATO QUE O IMPEÇA DE TOMAR PARTE DO CERTAME OU QUE TENHA SIDO DECLARADO INIDÔNEO PARA LICITAR E CONTRATAR COM A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA.**

**5.7.** A simples apresentação da proposta por parte do licitante, corresponde à sua indicação de que inexistem fatos que impedem de participar da presente licitação, eximindo assim o **PREGOEIRO** do disposto no ***ART. 337-M*** do ***CÓDIGO PENAL***.

## 6. DA APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA E DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO:

**6.1. O ENVIO DA PROPOSTA ELETRÔNICA E DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO** será feito exclusivamente através do **SITE**: https://www.selcorp.com.br/. até o dia e horário previstos neste **EDITAL**, devendo a licitante confirmar em campo próprio do sistema, que cumpre plenamente os requisitos de **HABILITAÇÃO**, que sua proposta está em conformidade com as exigências do **EDITAL**, manifestando pleno conhecimento e aceitação das regras do certame.

**6.1.1.** A declaração falsa relativa ao cumprimento dos requisitos de **HABILITAÇÃO** e proposta sujeitará o licitante às sanções previstas no ***ART. 155*** da ***LEI Nº 14.133/21***.

**6.2.** A licitante, ao inserir sua proposta, informará nos campos próprios do sistema eletrônico, o seguinte:

**6.2.1. DESCRIÇÃO DO ITEM**, conforme **ANEXO II**.

**6.2.2. PREÇO UNITÁRIO E TOTAL** expressos em reais, incluindo todos os custos necessários à execução do objeto, tais como impostos encargos trabalhistas, previdenciários e comerciais, emolumentos, taxas, seguros, deslocamentos de pessoal e quaisquer outras despesas que incidam ou venham a incidir sobre o custo (direto ou indireto) do **CONTRATO**.

**6.2.3. PRAZO DE VALIDADE DA PROPOSTA** de no mínimo **60 (SESSENTA) DIAS**.

**6.2.3.1.** Caso o prazo de validade da proposta não for expressamente indicado na proposta eletrônica, será considerado como aceito, para efeito de julgamento, aqueles indicados no **ITEM 6.2.3**.

**6.2.3.2.** Caso seja informado prazo em desacordo com o mínimo estipulado, conforme for o caso, o **PREGOEIRO** é facultada a realização de diligências, e, não sendo alterados esses prazos, **DESCLASSIFICARÁ** a proposta da licitante.

**6.3. AS PROPOSTAS DEVERÃO SER LANÇADAS NA PLATAFORMA**.

**6.3.1.** As propostas poderão ser enviadas, substituídas ou excluídas até a data e hora marcadas para a abertura das mesmas.

**6.4.** Serão **DESCLASSIFICADAS** as propostas que não atenderem às exigências do presente **EDITAL** e seus anexos, bem como as que apresentem omissões ou irregularidades insanáveis.

**6.5.** Após a abertura das propostas, não caberá desistência das mesmas e os preços propostos serão de exclusiva responsabilidade das licitantes, não assistindo-lhes direito de pleitear qualquer alteração dos mesmos, sob a alegação de erro, omissão ou qualquer outro pretexto, salvo por motivo justo e comprovado decorrente de fato superveniente e aceito pelo **PREGOEIRO**.

**6.6.** O **PREGOEIRO** poderá solicitar das licitantes quaisquer outras informações que julgar pertinentes para o perfeito conhecimento e julgamento das propostas, respeitado o ***ART. 59, § 2º*** da ***LEI Nº 14.133 DE 2021***; sendo que estas deverão ser enviadas, no prazo estipulado pelo mesmo no sistema, através do **E-MAIL**, sob pena de **DESCLASSIFICAÇÃO** das propostas.

**6.6.1.** Caso não seja possível decidir de imediato sobre a aceitabilidade da proposta, ao **PREGOEIRO** poderá suspender o pregão e marcar nova data para sua continuidade, intimando todos os participantes via sistema eletrônico.

**6.7.** No julgamento das propostas, em favor da ampliação da disputa, o **PREGOEIRO** poderá sanar erros ou falhas que não alterem a substância das propostas, documentos e sua validade jurídica, mediante despacho fundamentado, acessível a todos, atribuindo-lhes validade e eficácia para fins de **CLASSIFICAÇÃO**.

**6.8.** A Proposta deve estar no idioma oficial do Brasil, sem rasuras, emendas ou entrelinhas, constando o preço de cada **ITEM**, expresso em reais (**R$**), com **02 (DOIS) DÍGITOS** após a vírgula no valor unitário, em algarismos arábicos, conforme mencionado acima, devendo todas as folhas ser rubricadas.

**6.9. ALÉM DA PROPOSTA DIGITAL, DEVERÁ SER VEICULADA NA PLATAFORMA EM CAMPO PRÓPRIO PROPOSTA EM PAPEL TIMBRADO, ASSINADA E COM CNPJ, CONFORME ANEXO II, TAIS INFORMAÇÕES ALI CONTIDAS TERÃO ACESSO E VISIBILIDADE A TODOS (INCLUSIVE A COMISSÃO DE PREGÃO) AO TÉRMINO DOS LANCES.**

## 7. DA SESSÃO DE DISPUTA DE LANCES:

**7.1.** Após a **CLASSIFICAÇÃO** das propostas, no horário previsto neste **EDITAL**, o **PREGOEIRO** dará início à fase competitiva, quando então os licitantes poderão encaminhar lances exclusivamente por meio do sistema eletrônico.

**7.2. TODAS AS PROPOSTAS CLASSIFICADAS SERÃO CONSIDERADAS LANCES NA FASE DE DISPUTAS E ORDENADAS POR VALOR, DE FORMA DECRESCENTE.**

**7.3.** Não serão aceitos **02 (DOIS)** ou mais lances de mesmo valor, prevalecendo sempre aquele que for recebido e registrado em primeiro lugar.

**7.3.1.** O licitante poderá encaminhar lance com valor superior ao menor lance registrado, desde que inferior ao seu último lance e diferente de qualquer lance válido.

**7.4.** Durante a sessão, os licitantes serão informados, em tempo real, do valor do **"MENOR LANCE UNITÁRIO POR ITEM"** registrado, sem identificação do autor dos lances.

**7.5.** Será adotado o envio de lances no pregão eletrônico o modo de disputa **"ABERTO** e **FECHADO"**, em que os licitantes apresentarão lances públicos e sucessivos, com prorrogações.

**7.5.1. A redução de lances por item será conforme a tabela abaixo:**

| Item | Redução de lances | Item | Redução de lances | Item | Redução de lances |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1,00 | 11 | 0,50 | 21 | 1,50 |
| 2 | 1,00 | 12 | 0,50 | 22 | 1,00 |
| 3 | 0,50 | 13 | 1,50 | 23 | 1,00 |
| 4 | 1,00 | 14 | 1,00 | 24 | 1,00 |
| 5 | 1,50 | 15 | 1,00 | 25 | 1,00 |
| 6 | 1,10 | 16 | 1,00 | 26 | 1,00 |

| Item | Redução de lances | Item | Redução de lances | Item | Redução de lances |
|---|---|---|---|---|---|
| 7 | 1,00 | 17 | 1,00 | 27 | 1,10 |
| 8 | 1,10 | 18 | 1,00 | 28 | 1,00 |
| 9 | 1,00 | 19 | 1,00 | | |
| 10 | 1,00 | 20 | 1,50 | | |

**7.6.** O tempo dos lances seguirá o disposto no ***ART. 33*** do ***DECRETO FEDERAL 10.024/2019***.

**7.7.** Se algum licitante der lance que esteja nitidamente em desacordo com a disputa, poderá tê-lo cancelado pelo **PREGOEIRO** através do sistema, justificando-o através de mensagem aos participantes.

**7.8.** Ao término do tempo randômico, o sistema anunciará a licitante com o **"MENOR PREÇO"**.

**7.9.** Será assegurado conforme ***LC Nº 123/06***, como critério de desempate, preferência de contratação para as **MICROEMPRESAS** e **EPP'S**, entendendo-se por **EMPATE FICTO** aquelas situações em que as propostas apresentadas por aquelas sejam iguais ou até **05%** superiores à proposta mais bem **CLASSIFICADA** e desde que a melhor oferta não seja de outra **ME** ou **EPP**.

**7.10.** Caso haja empate ficto, o próprio sistema informará a situação na tela e o procedimento se dará da seguinte forma:

**7.10.1.** A **MICROEMPRESA** ou **EPP** melhor **CLASSIFICADA** poderá apresentar proposta de preço inferior àquela considerada vencedora do certame, no prazo de até **05 (CINCO) MINUTOS**, sob pena de preclusão, situação em que será **ADJUDICADO** em seu favor o objeto licitado.

**7.10.2.** Não ocorrendo a contratação da **MICROEMPRESA** ou **EPP**, na forma do **ITEM ANTERIOR**, serão convocadas pelo sistema as remanescentes que porventura se enquadrem na hipótese do **ITEM 7.9.**, na ordem **CLASSIFICATÓRIA**, para o exercício do mesmo direito.

**7.11.** Na hipótese da não-contratação nos termos da ***LC Nº 123/06***, o objeto será arrematado em favor da proposta originariamente **VENCEDORA** do certame.

**7.11.1.** Após a etapa de lances, ao **PREGOEIRO** ainda poderá **"NEGOCIAR"** com a **VENCEDORA**, para que se obtenha preço melhor,

não se admitindo negociar condições diferentes daquelas previstas no **EDITAL**.

**7.12. NO CASO DE DESCONEXÃO DO PREGOEIRO, DURANTE A ETAPA DE LANCES, O SISTEMA ELETRÔNICO PODERÁ PERMANECER ACESSÍVEL AOS LICITANTES PARA A RECEPÇÃO DOS LANCES. O PREGOEIRO, QUANDO POSSÍVEL, DARÁ CONTINUIDADE À SUA ATUAÇÃO NO CERTAME, SEM PREJUÍZO DOS ATOS REALIZADOS.**

**7.12.1.** Quando a **DESCONEXÃO** persistir por tempo superior a **10 (DEZ) MINUTOS**, a sessão será **SUSPENSA** e terá reinício somente após comunicação formal do **PREGOEIRO** aos licitantes pelo sistema eletrônico.

**7.13. TODOS OS AVISOS DE SUSPENSÃO EM DECORRÊNCIA DE HORÁRIO DE EXPEDIENTE OU FATOS SUPERVENIENTES SERÃO INFORMADOS NO SISTEMA UTILIZADO, SENDO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE O ACOMPANHAMENTO POR PARTE DO LICITANTE.**

**7.14.** Todos e quaisquer avisos pertinentes ao certame serão postados no **CHAT** e/ou **ANEXADOS** no **CAMPO "RETIRADA DE EDITAIS"** do **PORTAL DE COMPRAS** do Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso – CORESS/MT e no **SITE**: https://www.selcorp.com.br/, não podendo o licitante alegar desconhecimento da informação, sob pena de decair seus direitos.

**7.15.** Se a arrematante for **HABILITADA**, será declarada **VENCEDORA** no sistema seguindo a fase recursal, nos termos do **ITEM 10**.

**7.16.** Caso não haja **RECURSO** e o preço for de mercado, o objeto será **ADJUDICADO** para o arrematante.

**7.17. SE A PROPOSTA DE MENOR PREÇO FOR INEXEQUÍVEL/EXCESSIVA OU A LICITANTE FOR INABILITADA, AO PREGOEIRO A DESCLASSIFICARÁ DE FORMA FUNDAMENTADA E EXAMINARÁ A PROPOSTA SUBSEQUENTE, NA ORDEM DE CLASSIFICAÇÃO, E ASSIM SUCESSIVAMENTE, ATÉ A APURAÇÃO DE UMA PROPOSTA QUE ATENDA TODAS AS CONDIÇÕES DO EDITAL.**

**7.18.** A **AUTORIDADE COMPETENTE** é a responsável pela **HOMOLOGAÇÃO** do certame.

## 8. DOS DOCUMENTOS PARA HABILITAÇÃO:

**8.1. O ENVIO DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO SERÁ FEITO EXCLUSIVAMENTE ATRAVÉS DO SITE: https://www.selcorp.com.br/**

**ANTERIORMENTE A ABERTURA DA SESSÃO PÚBLICA, ATÉ O DIA E HORÁRIO PREVISTOS NESTE EDITAL. OS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO DEVEM SER ANEXADOS EM ARQUIVO ÚNICO (PDF OU PASTA ZIPADA CONTENDO TODOS OS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO), JUNTAMENTE COM A PROPOSTA DE PREÇOS NA ABA LANÇAR PROPOSTAS.**

**8.1.1.** Em caso de necessidade de esclarecimentos complementares, poderão ser efetuadas diligências, na forma do ***ARTIGO 64*** da ***LEI Nº 14.133 DE 2021***.

**8.1.2.** É facultado ao **PREGOEIRO** e **EQUIPE** solicitar os documentos originais ou copias autenticada para sanar quaisquer dúvidas que por verntura ocorram, no prazo máximo de **05 (CINCO) DIAS UTEIS**.

**8.2.** Será considerada **HABILITADA** a proponente que apresentar os documentos relacionados nos **SUBITENS ABAIXO**, desde que atendidos os requisitos especificados nas observações deste **ITEM**.

**8.2.1. COMO CONDIÇÃO PRÉVIA AO EXAME DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO DO LICITANTE DETENTOR DA PROPOSTA CLASSIFICADA EM PRIMEIRO LUGAR, AO PREGOEIRO VERIFICARÁ O EVENTUAL DESCUMPRIMENTO DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO, ESPECIALMENTE QUANTO À EXISTÊNCIA DE SANÇÃO QUE IMPEÇA A PARTICIPAÇÃO NO CERTAME OU A FUTURA CONTRATAÇÃO, MEDIANTE A CONSULTA QUANTO À EXISTÊNCIA DE REGISTROS IMPEDITIVOS DA CONTRATAÇÃO, DISPONÍVEL ATRAVÉS DO LINK**: https://certidoes-apf.apps.tcu.gov.br/

## 8.3. HABILITAÇÃO JURÍDICA

**8.3.1. PARA FINS DE HABILITAÇÃO JURÍDICA, EXIGIR-SE-Á A APRESENTAÇÃO DOS SEGUINTES DOCUMENTOS:**

**8.3.2.** Registro comercial, no caso de empresa individual; ou;

**8.3.3.** Ato constitutivo e alterações subsequentes, ou contrato consolidado, devidamente registrado, em se tratando de sociedade comercial e, no caso de sociedade por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores; ou

**8.3.4.** Inscrição no Registro Civil de Pessoas Jurídicas do ato constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada dos nomes e endereços dos diretores em exercício.

**8.3.5.** Decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização

para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir.

**8.3.6.** Certidão simplificada ou de inteiro teor expedida pela Junta Comercial, emitida até **180 (CENTO E OITENTA) DIAS** da data de abertura do certame, para comprovação de enquadramento **ME** e **EPP**, nos casos onde os benefícios da ***LEI COMPLEMENTAR Nº 123/06*** podem ser aplicados.

## 8.4. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

**8.4.1.** Registro ou Inscrição de **PESSOA JURÍDICA** no **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA CRM** (**CERTIFICADO DE REGULARIDADE DE INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA**), em validade, com indicação do objeto social compatível com o objeto desta contratação, a qual poderá ser retirada no **SITE**: **https://portalservicos.cfm.org.br/portal/login/pessoa-juridica/MT**;

**8.4.2.** Do(s) profissional (is) responsável (is) pela execução dos serviços: (**CERTIFICADOS**) **FRENTE** x **VERSO**.

**8.4.2.1.** Comprovação de vínculo com o quadro permanente da empresa mediante:

**1)** A devida anotação na Carteira de Trabalho e Previdência Social (**CTPS**), no caso de ser empregado; ou

**2)** Contrato social, em se tratando de sócio ou diretor; ou

**3)** O contrato de prestação de serviços; ou

**4)** Declaração de contratação futura do pessoal técnico necessário para a realização do objeto da licitação, bem como da qualificação de cada membro da equipe técnica que se responsabilizará pelos trabalhos (com apresentação dos **ITENS 8.3.2.2**, **8.3.2.3** e **8.3.2.4**. de cada profissional membro da equipe técnica que será contratado), conforme previsão do ***ARTIGO 67***, ***INCISO III***, da ***LEI Nº 14.133 DE 2021***.

**8.4.2.2. DIPLOMA OU CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE NÍVEL SUPERIOR COMPATÍVEL COM O OBJETO CONTRATUAL**;

- **REGISTRO DA CARTEIRA PROFISSIONAL/COMPROVAÇÃO DA INSCRIÇÃO DOS PROFISSIONAIS JUNTO AO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA - CRM, EM VALIDADE, COM A INDICAÇÃO DO OBJETO SOCIAL QUE SEJA COMPATÍVEL COM O PROPÓSITO DESTA CONTRATAÇÃO.**

**8.4.2.3. CERTIFICADO DE ESPECIALISTA/RESIDÊNCIA HABILITADO JUNTO AO RESPECTIVO CONSELHO DE CLASSE**, compatível com o objeto contratual;

- **REGISTRO OU INSCRIÇÃO DE QUALIFICAÇÃO DE ESPECIALISTA PARA CADA ESPECIALIDADE MÉDICA - RQE, EM VALIDADE, COM A INDICAÇÃO DO OBJETO SOCIAL QUE SEJA COMPATÍVEL COM O PROPÓSITO DESTA CONTRATAÇÃO.**

**8.4.2.4. REGISTRO OU INSCRIÇÃO DE PESSOA FÍSICA JUNTO À ENTIDADE PROFISSIONAL DO LOCAL DE SUA ATIVIDADE**, conforme previsão do ***ARTIGO 67***, ***INCISO V***, da ***LEI Nº 14.133 DE 2021***.

**8.4.2.5. DEMAIS EXIGÊNCIAS ESTABELECIDAS NO ITEM 6., NO INCISO 6.1, NAS ALÍNEAS A, B, C, D** e **E, DO TERMO DE REFERÊNCIA, AS QUAIS SEJAM**:

**A) APRESENTAÇÃO DE, NO MÍNIMO, 01 (UM) ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA EXPEDIDO POR PESSOA JURÍDICA DE DIREITO PÚBLICO OU PRIVADO**, que comprovem a execução dos serviços **COMPATÍVEIS** com o objeto desta licitação;

- **OS ATESTADOS DE CAPACIDADE TÉCNICA DEVERÃO CONTER AS SEGUINTES INFORMAÇÕES: NOME DA EMPRESA EMISSORA, NOME DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL EMISSOR, NOME DA LICITANTE COM A DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E COMPROVAÇÃO DO QUANTITATIVO;**
- **NÃO SERÁ ACEITO ATESTADO EMITIDO PELA PRÓPRIA LICITANTE, SOB PENA DE INFRINGÊNCIA AO PRINCÍPIO DA MORALIDADE, POIS A LICITANTE NÃO POSSUI IMPESSOALIDADE NECESSÁRIA PARA ATESTAR SUA PRÓPRIA CAPACIDADE TÉCNICA.**

**B) ALVARÁ DE LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO**, fornecido pela Vigilância/Secretaria Municipal de Saúde ou Prefeitura;

**C) ALVARÁ SANITÁRIO EXPEDIDO PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA VIGENTE**, com **CNAE** e autorização para o serviço para o objeto pleiteado;

**D) REGISTRO NO CNES (CONSULTÓRIO/CLÍNICA/HOSPITAL) – CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**, a qual poderá ser retirada no **SITE**: http://cnes.datasus.gov.br/, sendo essencial que


Rua João Pessoa, n.º 1.357, Centro A, Rondonópolis/MT – CEP:78.700-082.
Fone/Fax: (66) 3423 -1086 E-mail: licitacao@coressmt.com.br

esteja **ATUALIZADO** para **ATENDIMENTO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS** e inclua a **IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE**, devendo constar as seguintes informações:

- **EQUIPAMENTOS COMPATÍVEIS COM OS SERVIÇOS PRETENDIDOS, PARA ATENDIMENTO SUS;**
- **PROFISSIONAIS MÉDICOS CADASTRADOS COM CBO (CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES) COMPATÍVEL COM OS PROCEDIMENTOS PRETENDIDOS;**

## 8.5. REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA

**A DOCUMENTAÇÃO RELATIVA À REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA CONSISTIRÁ NA APRESENTAÇÃO DE CERTIDÕES EXPEDIDAS PELOS ÓRGÃOS COMPETENTES, QUE ESTEJAM DENTRO DO PRAZO DE VALIDADE EXPRESSO NA PRÓPRIA CERTIDÃO, COMPROVADA MEDIANTE A APRESENTAÇÃO DOS SEGUINTES DOCUMENTOS (*ARTIGO 68* da *LEI Nº 14.133 DE 2021*)**:

**8.5.1.** Prova de **INSCRIÇÃO NO CADASTRO NACIONAL DE PESSOAS JURÍDICAS** (**CNPJ**) no ramo de atividade pertinente ao objeto da licitação;

**8.5.2.** Prova de **REGULARIDADE COM A FAZENDA FEDERAL**, que deverá ser comprovada através da apresentação de Certidão Negativa de Débitos relativos aos de Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, a qual poderá ser retirada no **SITE**: www.receita.fazenda.gov.br/Grupo2/Certidoes.htm; abrangendo inclusive a Regularidade perante o Instituto Nacional do Seguro Social (**INSS**);

**8.5.3.** Prova de **REGULARIDADE COM A FAZENDA ESTADUAL**, por meio de Certidão Negativa de Débito de Tributos Estaduais, a qual poderá ser retirada no **SITE**: www.sefaz.mt.gov.br, ou expedida pela Agência Fazendária da Secretaria de Estado de Fazenda do respectivo domicílio tributário;

**8.5.4.** Prova de **REGULARIDADE COM A FAZENDA MUNICIPAL**, por meio de Certidão Negativa de Débito de Tributos Municipais, expedida pela Prefeitura do respectivo domicílio tributário;

**8.5.5.** Prova de **REGULARIDADE RELATIVA AO FUNDO DE GARANTIA POR TEMPO DE SERVIÇO** (**FGTS**), por meio de Certificado de Regularidade do

FGTS (**CRF**), emitido pela Caixa Econômica Federal ou retirada no **SITE**: www.caixa.gov.br;

**8.5.6.** Nos termos da ***PORTARIA CONJUNTA INSS/RFB Nº 6***, de ***3 DE JUNHO DE 2008***, a prova de regularidade de inscrição e de recolhimento das **CONTRIBUIÇÕES DO CONTRIBUINTE INDIVIDUAL** para com a Previdência Social será efetuada mediante a apresentação da **DECLARAÇÃO DE REGULARIDADE DE SITUAÇÃO DO CONTRIBUINTE INDIVIDUAL** (**DRS-CI**), que é fornecida exclusivamente pelo Instituto Nacional do Seguro Social (**INSS**);

**8.5.7.** Prova de **REGULARIDADE TRABALHISTA** atestando a inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, por meio de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, emitido pelo Tribunal Superior do Trabalho ou através do **SITE**: www.tst.jus.br.

- **A PROVA DE REGULARIDADE DEVERÁ SER FEITA POR CERTIDÃO NEGATIVA OU CERTIDÃO POSITIVA COM EFEITOS DE NEGATIVA;**
- **CONSIDERA-SE POSITIVA COM EFEITOS DE NEGATIVA A CERTIDÃO DE QUE CONSTE A EXISTÊNCIA DE CRÉDITOS NÃO VENCIDOS, EM CURSO DE COBRANÇA EXECUTIVA EM QUE TENHA SIDO EFETIVADA A PENHORA; OU CUJA EXIGIBILIDADE ESTEJA SUSPENSA POR MORATÓRIA, OU DEPÓSITO DE SEU MONTANTE INTEGRAL, OU RECLAMAÇÕES E RECURSOS, NOS TERMOS DAS LEIS REGULADORAS DO PROCESSO TRIBUTÁRIO ADMINISTRATIVO OU CONCESSÃO DE MEDIDA LIMINAR EM MANDADO DE SEGURANÇA.**

## 8.6. QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO – FINANCEIRA

**8.6.1. CERTIDÃO NEGATIVA DE PEDIDO DE FALÊNCIA E CONCORDATA**, expedida pelo Cartório Distribuidor da Sede da Pessoa Jurídica, devidamente válida, caso não conste outro prazo de validade específico na referida certidão.

### 8.7. DEMAIS COMPROVAÇÕES

**8.7.1. DECLARAÇÃO UNIFICADA – ANEXO III;**

**8.7.2. DECLARAÇÃO RELATIVA À TRABALHO DE MENORES - ANEXO IV;**

**8.7.3. FICHA CADASTRAL - ANEXO VII;**

## 9. DO JULGAMENTO:

**9.1.** No julgamento das propostas, considerar-se-á **VENCEDORA** aquela licitante que **HABILITADA** e obedecendo a todas as condições deste **EDITAL**, apresentar o **"MENOR PREÇO UNITÁRIO POR ITEM"**.

**9.1.1.** Em caso de empate, a **VENCEDORA** será definida por sorteio, nos termos do ***DECRETO Nº 10.024/19***.

**9.2.** Caso o **PREGOEIRO** entenda que o preço apresentado seja inexequível, ela notificará o arrematante, via sistema, para que o mesmo comprove em **48 (QUARENTA E OITO) HORAS**, que o seu preço é exequível, **SOB PENA DE DESCLASSIFICAÇÃO**.

## 9.3. SERÃO DESCLASSIFICADAS AS PROPOSTAS QUE:

**A) FOREM LANÇADAS, MAS NÃO FOREM ANEXADAS;**

**B) NÃO FOREM CONFECCIONADAS EM PAPEL TIMBRADO, ASSINADA E COM CNPJ;**

**C) CONTIVEREM COTAÇÃO DE OBJETO DIVERSO DO REQUERIDO NESTA LICITAÇÃO;**

**D) NÃO ATENDAM ÀS EXIGÊNCIAS DO EDITAL E SEUS ANEXOS, QUE SEJAM OMISSAS OU APRESENTEM IRREGULARIDADES INSANÁVEIS OU DEFEITOS CAPAZES DE DIFICULTAR O SEU JULGAMENTO;**

**E) APRESENTAREM PREÇOS EXCESSIVOS, INCOMPATÍVEIS COM OS VALORES DE MERCADO OU MANIFESTAMENTE INEXEQUIBÍVEIS, CONSIDERANDO-SE, PARA FINS DE PRESUNÇÃO DE INEXEQUIBILIDADE, O PERCENTUAL INFERIOR A 70% (SETENTA POR CENTO) DO VALOR DE REFERÊNCIA ESTIMADO PELO CORESS/MT. NESSA HIPÓTESE, O LICITANTE DEVERÁ, NO PRAZO DE 02 (DOIS) DIAS ÚTEIS, APRESENTAR PLANILHA DETALHADA DE CUSTOS E FORMAÇÃO DE PREÇOS, COMPROVANDO A VIABILIDADE DA EXECUÇÃO, SOB PENA DE INABILITAÇÃO.**

**9.4. A DESCLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA SERÁ FUNDAMENTADA E REGISTRADA NO SISTEMA, COM ACOMPANHAMENTO EM TEMPO REAL POR TODOS OS PARTICIPANTES**.

## 10. DOS RECURSOS:

**10.1. DECLARADO** o **VENCEDOR**, qualquer licitante poderá, **EM ATÉ 15 (QUINZE) MINUTOS**, de forma motivada e em campo próprio do sistema, **MANIFESTAR** sua **INTENÇÃO** de **RECORRER**.


Rua João Pessoa, n.º 1.357, Centro A, Rondonópolis/MT – CEP:78.700-082.
Fone/Fax: (66) 3423 -1086 E-mail: licitacao@coressmt.com.br

**10.1.1.** A falta de **MANIFESTAÇÃO** da **INTENÇÃO** de **INTERPOR RECURSO**, na forma e prazo estipulado no **ITEM ANTERIOR**, implicará na decadência do direito de recurso, permitindo ao **PREGOEIRO ADJUDICAR** o objeto à licitante **VENCEDORA**.

**10.1.2.** A partir da **MANIFESTAÇÃO** da sua **INTENÇÃO** de **RECORRER**, lhe será concedido **AUTOMATICAMENTE** o prazo de **03 (TRÊS) DIAS CORRIDOS** para apresentar suas **RAZÕES** de **RECURSO**, podendo ser apresentado através do **E-MAIL**: licitacao@coressmt.com.br.

**10.1.3. APÓS A INTERPOSIÇÃO DAS RAZÕES, OS DEMAIS LICITANTES PODERÃO APRESENTAR CONTRARRAZÕES EM IGUAL PRAZO E FORMA, COMEÇANDO A CONTAR SEU PRAZO DO TÉRMINO DO PRAZO DO RECORRENTE, SEM NECESSIDADE DE INTIMAÇÃO.**

**10.2.** As razões e contrarrazões observarão os seguintes pressupostos para acolhimento:

**A) TEMPESTIVIDADE;**

**B) LEGITIMIDADE RECURSAL;**

**C) INTERESSE DE AGIR;**
**D) FORMA ESCRITA E PEDIDO DE NOVA DECISÃO;**

**E) FUNDAMENTAÇÃO, COM ESTRITA CONFORMIDADE COM A MOTIVAÇÃO APRESENTADA NA SESSÃO.**

**10.3. OS AUTOS DO PROCESSO PERMANECERÃO COM VISTA FRANQUEADA AOS INTERESSADOS, NO SETOR DE LICITAÇÕES, EM DIAS ÚTEIS, NO HORÁRIO DAS 07H00MIN ÀS 17H00MIN (HORÁRIO DE MATO GROSSO).**

**10.4.** Após o prazo de **RECEBIMENTO** das **RAZÕES** e **CONTRARRAZÕES**, ao **PREGOEIRO** não reconsiderando sua decisão, encaminhará os autos devidamente informados, no prazo de até **05 (CINCO) DIAS ÚTEIS** à **AUTORIDADE SUPERIOR**.

**10.4.1.** Eventuais recursos intempestivos ou meramente protelatórios (sem o mínimo de plausibilidade) poderão ser desconsiderados pelo **PREGOEIRO**, em seu juízo de admissibilidade e serão submetidos à análise da **AUTORIDADE SUPERIOR** no momento da **HOMOLOGAÇÃO** (***ACÓRDÃO Nº 1440/07, TCU***).

**10.5.** O acolhimento do **RECURSO** importará a invalidação apenas dos atos insuscetíveis de aproveitamento.

## 11. DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS:

**11.1.** As obrigações decorrentes deste Pregão consubstanciar-se-ão em **ATA DE REGISTRO DE PREÇOS**, cuja minuta consta em **ANEXO V**.

**11.2.** A **ATA DE REGISTRO DE PREÇOS** terá vigência de **12 (DOZE) MESES**, contados da data de sua assinatura, tendo validade e eficácia legal após a sua assinatura, podendo ser prorrogado nos termos da legislação vigente, por igual período (***ART. 84*** da ***LEI Nº 14.133 DE 2021***).

**11.3. O PRAZO** para assinatura da **ATA DE REGISTRO DE PREÇOS** será de **05 (CINCO) DIAS**, contados da convocação formal da adjudicatária.

**11.4.** A **ATA DE REGISTRO DE PREÇOS** deverá ser assinada pelo representante legal da **ADJUDICATÁRIA**, mediante apresentação do contrato social ou documento que comprove os poderes para tal investidura e cédula de identidade do representante, caso esses documentos não constem dos autos do processo licitatório, e uma vez atendidas as exigências do **SUBITEM ANTERIOR**.

**11.5.** A critério da administração, o prazo para assinatura da **ATA DE REGISTRO DE PREÇOS** poderá ser prorrogado, desde que ocorra motivo justificado, mediante solicitação formal da **ADJUDICATÁRIA** e aceito por este Consórcio.

**11.6.** Constituem motivos para o cancelamento da **ATA DE REGISTRO DE PREÇOS** as situações referidas nos ***ARTIGOS 28*** e ***29*** do ***DECRETO FEDERAL Nº 11.462/23***.

**11.7.** Fazem parte da **ATA DE REGISTRO DE PREÇOS**, independente de transcrição ou publicação, as disposições deste ato convocatório e seus anexos.

## 12. DAS SANÇÕES:

**12.1.** O licitante que ensejar o retardamento da execução do certame, não mantiver a proposta, falhar ou fraudar na execução do objeto licitado, comportar-se de modo inidôneo, fizer declaração falsa ou cometer fraude fiscal, garantido o direito prévio da citação e da ampla defesa, ficará impedido de licitar e contratar com o Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso – Coress/MT, pelo prazo de até **02 (DOIS)**


Rua João Pessoa, n.º 1.357, Centro A, Rondonópolis/MT – CEP:78.700-082.
Fone/Fax: (66) 3423 -1086 E-mail: licitacao@coressmt.com.br

**ANOS**, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a pena e também está sujeito as demais penalidades previstas da ***LEI Nº 14.133 DE 2021***.

**12.2.** A **PENALIDADE** será **OBRIGATORIAMENTE REGISTRADA** no **DIÁRIO OFICIAL DE CONTAS - TCE/MT** e no caso de suspensão de licitar, o Licitante deverá ser descredenciado por igual período, sem prejuízo das demais cominações.

**12.3.** No caso de **INADIMPLEMENTO**, a **LICITANTE/CONTRATADA** estará sujeita às seguintes **PENALIDADES**:

**12.3.1.** Advertência;

**12.3.2. MULTA DE ATÉ 0,3%** (**ZERO VÍRGULA TRÊS POR CENTO**) **POR DIA** de atraso na entrega do objeto, até o **02º (SEGUNDO) DIA**, calculados sobre o valor do **CONTRATO**;

**12.3.3. MULTA DE ATÉ 20%** (**VINTE POR CENTO**) sobre o saldo do **CONTRATO**, no caso de atraso superior a **02 (DOIS) DIAS** na execução do objeto, com a consequente **RESCISÃO CONTRATUAL**;

**12.3.4. MULTA DE ATÉ 20%** (**VINTE POR CENTO**) **SOBRE O VALOR DO CONTRATO**, no caso da **EMPRESA**, injustificadamente, desistir do Contrato ou der causa à sua **RESCISÃO**, bem como nos demais casos de **INADIMPLEMENTO CONTRATUAL**;

**12.3.5. SUSPENSÃO TEMPORÁRIA** de participação em licitação e impedimento de contratar com essa Administração por período não superior a **02 (DOIS) ANOS**; e

**12.3.6. DECLARAÇÃO DE INIDONEIDADE** para licitar ou contratar com a Administração Pública;

**12.3.7.** A **APLICAÇÃO DA SANÇÃO** prevista no **ITEM 12.3.1.**, não prejudica a incidência cumulativa das penalidades dos **ITENS 12.3.2.**, **12.3.3.**, **12.3.4.**, **12.3.5.**, principalmente sem prejuízo de outras hipóteses, em caso de reincidência de atraso na entrega do objeto licitado ou caso haja cumulação de inadimplemento, facultada a defesa prévia do interessado, no prazo de **10 (DEZ) DIAS ÚTEIS**.

**12.3.8.** A **ADMINISTRAÇÃO PODERÁ RESCINDIR UNILATERALMENTE O CONTRATO EM CASO DE DESCUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES PELA**


Rua João Pessoa, n.º 1.357, Centro A, Rondonópolis/MT – CEP:78.700-082.
Fone/Fax: (66) 3423 -1086 E-mail: licitacao@coressmt.com.br

**CONTRATADA**, sem prejuízo da aplicação das **PENALIDADES** previstas e da **RESPONSABILIZAÇÃO CIVIL** e **ADMINISTRATIVA**, **CONFORME *ARTS. 137* a *139* da *LEI Nº 14.133/2021***. Será garantido à **CONTRATADA** o **CONTRADITÓRIO** e a **AMPLA DEFESA**.

**12.4.** As **SANÇÕES** previstas nos **ITENS 12.3.1.**, **12.3.5.**, **12.3.6.**, poderão ser aplicadas conjuntamente com os **ITENS 12.3.2.**, **12.3.3.**, **12.3.4.**, facultada a defesa previa do interessado, no prazo de **05 (CINCO) DIAS ÚTEIS**.

**12.5.** Ocorrendo à **INEXECUÇÃO** de que trata o **ITEM 12.3.**, reserva-se ao órgão **CONTRATANTE** o direito de optar pela oferta que se apresentar como aquela **"MAIS VANTAJOSA"**, pela ordem de **CLASSIFICAÇÃO**.

**12.6.** A segunda **ADJUDICATÁRIA**, ocorrendo a hipótese do **ITEM ANTERIOR**, ficará sujeita às mesmas condições estabelecidas neste **EDITAL**.

## 13. DO PAGAMENTO:

**13.1. EXECUTADOS OS SERVIÇOS, A LICITANTE VENCEDORA DEVERÁ APRESENTAR, A(S) NOTA(S) FISCAL(IS)/FATURA(S), EMITIDA(S) PARA FINS DE LIQUIDAÇÃO E PAGAMENTO, ACOMPANHADA(S) DOS SEGUINTES DOCUMENTOS:**

**13.1.1.** Certificado de Regularidade de Situação do FGTS – (**CRF**), emitido pela Caixa Econômica Federal ou retirada no **SITE**: www.caixa.gov.br;

**13.1.2.** Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, emitido pelo Tribunal Superior do Trabalho ou através do **SITE**: www.tst.jus.br;

**13.1.3.** Certidões Negativas de Débitos junto às Fazendas Federal (abrangendo inclusive a Regularidade perante o Instituto Nacional do Seguro Social – (**INSS**), a qual poderá ser retirada no **SITE**: www.receita.fazenda.gov.br/Grupo2/Certidoes.htm, Estadual e Municipal, dos domicílios tributários das licitantes vencedoras.

**13.1.3.1.** O Contribuinte Individual fará prova de regularidade perante a Previdência Social mediante a apresentação Declaração de Regularidade de Situação do Contribuinte Individual – (**DRS-CI**).

**13.2.** O pagamento será efetuado pelo Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso – CORESS/MT **MENSALMENTE**, até o **10º (DÉCIMO) DIA ÚTIL SUBSEQUENTE** ao **MÊS** de prestação de serviços, contado da data de


Rua João Pessoa, n.º 1.357, Centro A, Rondonópolis/MT – CEP:78.700-082.
Fone/Fax: (66) 3423 -1086 E-mail: licitacao@coressmt.com.br

protocolização da **NOTA FISCAL/FATURA** e dos respectivos documentos comprobatórios, conforme indicado no **SUBITEM 24.1.**, mediante ordem bancária, emitida através do **BANCO DO BRASIL**, creditada em conta corrente da licitante **VENCEDORA**.

**13.3.** A **CONTRATADA** deverá indicar no corpo da **NOTA FISCAL/FATURA**, a descrição completa dos serviços prestados a este Consórcio, além do número da conta, agência e nome do banco onde deverá ser feito o pagamento.

**13.4.** Caso constatado alguma **IRREGULARIDADE** nas notas fiscais/faturas, estas serão devolvidas a **CONTRATADA**, para as necessárias correções, com as informações que motivaram sua rejeição, sendo o pagamento realizado após a reapresentação das notas fiscais/faturas.

**13.5.** O valor mensal deverá variar de acordo com os serviços efetivamente realizados.

**13.5.1.** Fica estabelecido que, para que não haja prejuízo à administração pública, só serão pagos, as **"CONSULTAS**, **EXAMES**, **PROCEDIMENTOS** e **TRATAMENTOS"** efetivamente realizados, sob pena de se causar enriquecimento ilícito do **CONTRATADO**.

**13.6.** Nenhum pagamento será efetuado à licitante **VENCEDORA**, na pendência de qualquer uma das situações acima especificadas.

**13.7.** Nenhum pagamento isentará o **CONTRATADO** das suas responsabilidades e obrigações.

## 14. OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA:

**14.1.** A **CONTRATADA** ficará **OBRIGADA** a iniciar a prestação dos serviços **IMEDIATAMENTE**, a contar da assinatura de ordem de serviço assinada pelo Coress/MT;

**14.2.** Os **PROFISSIONAIS DEVERÃO** estar **HABILITADOS** junto ao conselho regional de medicina na especialidade dos **"ITENS PLEITEADO"**;

**14.3. OS SERVIÇOS DEVEM SER REALIZADOS NO MUNICÍPIO DE ORIGEM DE CADA ATENDIMENTO, SENDO ELES: "ALTO ARAGUAIA/MT, ALTO GARÇAS/MT, CAMPO VERDE/MT, POXORÉU/MT E PRIMAVERA DO**

**LESTE/MT", DEVENDO SER EXECUTADOS INTEGRALMENTE EM INSTALAÇÕES PRÓPRIAS DA CONTRATADA, REGULARMENTE LICENCIADAS E ADEQUADAS AO PLENO CUMPRIMENTO DAS EXIGÊNCIAS TÉCNICAS E SANITÁRIAS APLICÁVEIS, CONFORME ESPECIFICAÇÕES CONSTANTES NO TERMO DE REFERÊNCIA E DEMAIS ANEXOS DO EDITAL;**

**14.4.** Para execução dos serviços a **CONTRATADA** deverá fornecer aos seus profissionais, sem ônus para **CONTRATANTE**, todos os **MATERIAIS** e **EQUIPAMENTOS** de uso **PRÓPRIO** e **INDIVIDUAL** necessários para atendimento dos pacientes;

**14.5.** Para a execução dos serviços a **CONTRATADA** deverá arcar com os **GASTOS** decorrentes de **DESPESAS** como **HOSPEDAGEM**, **ALIMENTAÇÃO** e **TRANSPORTE** necessários para seus profissionais durante o atendimento, sem ônus para a **CONTRATANTE**;

**14.6.** Para executar os serviços, a **CONTRATADA** deverá disponibilizar pessoal com nível adequado de qualificação e **HABILITAÇÃO PROFISSIONAL** nas especialidades elencadas, reconhecido pelo órgão de classe: profissional de nível superior titular de diploma de médico, devidamente registrado no conselho regional de medicina na especialidade de atuação, conforme descrito nas exigências profissionais;

**14.7. OS SERVIÇOS DEVERÃO SER EXECUTADOS DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DO CORESS/MT E DENTRO DOS HORÁRIOS ESTABELECIDOS PELO SETOR DE REGULAÇÃO**;

**14.8.** Os **SERVIÇOS SERÃO PREVIAMENTE AUTORIZADOS** pela **CENTRAL DE REGULAÇÃO DO CORESS/MT**;

**14.9.** A **CONTRATADA** deverá manter-se **HABILITADA** junto aos respectivos órgãos de fiscalização da sua categoria, **SOB PENA** de **RESCISÃO CONTRATUAL**;

**14.10.** Os **ENCAMINHAMENTOS** deverão ser preenchidos em formulário próprio disponibilizado pelo Coress/MT;

**14.11.** A **CONTRATADA** responderá pelos serviços prestados ao paciente encaminhado pelo Consórcio, isentando integralmente o Coress/MT de todo e qualquer ato falho em que o paciente se sentir lesado;

**14.12.** Os **RELATÓRIOS MENSAIS OBRIGATÓRIOS** deverão ser entregues até o **05º DIA ÚTIL DO MÊS SUBSEQUENTE**, com período compreendido do

primeiro ao último dia útil do mês da realização, para conferência e **POSTERIOR CONFIRMAÇÃO** da emissão da nota fiscal;

**14.13.** A **CONTRATADA** deverá **FORNECER RELAÇÃO NOMINAL** (sem abreviação), com data de nascimento, data de agendamento, descrição por extenso do procedimento realizado para cada paciente no mês de referência, cartão nacional de saúde e nome do profissional executor devidamente assinado e carimbado;

**14.14.** A **CONTRATADA** deverá fornecer ao **SETOR REQUISITANTE**, informações pertinentes aos atendimentos, bem como atender as solicitações do Coress/MT, fornecendo informações referentes aos atendimentos;

**14.15.** A **CONTRATADA** deverá informar a **CONTRATANTE**, por escrito e imediatamente, sobre qualquer anormalidade verificada na execução dos serviços, bem como **QUALQUER FATO** que possa colocar em **RISCO** a **QUALIDADE** da execução dos serviços;

**14.16. RESPONSABILIZAR-SE INTEGRALMENTE** pelos seus profissionais, primando pela qualidade, desempenho, eficiência e produtividade, visando à execução dos trabalhos durante toda a vigência contratual, dentro dos prazos e condições estipulados;

**14.17.** Assumir quaisquer danos causados diretamente à **CONTRATANTE**, ou a terceiros, quando estes tenham sido ocasionados em decorrência da execução dos serviços**,** ou causados por seus representantes ou prepostos;

**14.18. RECRUTAR** e/ou **CONTRATAR**, sob sua inteira e exclusiva responsabilidade, o **CORPO TÉCNICO** em quantidade compatível com a perfeita execução dos serviços objeto desta licitação, cabendo-lhe efetuar todos os pagamentos de salários, os encargos sociais, previdenciários e trabalhistas, assim como taxas, impostos, transportes, alimentação e outras exigências legais ou regulamentares, fiscais e comerciais, inclusive responsabilidade decorrente de acidentes, indenizações e seguros e quaisquer outros, em decorrência da sua condição de empregadora e/ou **CONTRATANTE**, sem qualquer solidariedade da **CONTRATANTE**;

**14.19.** Assumir total responsabilidade, inclusive por seus sócios e colaboradores, em manter **ABSOLUTO** e **IRRESTRITO SIGILO** sobre o **CONTEÚDO** das **INFORMAÇÕES** que digam respeito à **CONTRATANTE**, que vier a ter conhecimento por força da prestação dos serviços ora

**CONTRATADOS**, vindo a responder, portanto, por todo e qualquer dano que o descumprimento da obrigação aqui assumida venha a ocasionar ao **CONTRATANTE**; e

**14.20.** Apresentar a **CONTRATANTE** a relação nominal dos profissionais indicados para os serviços, inclusive em caso de substituição, acompanhada dos respectivos títulos de especialização e respectivas atualizações de registro junto ao conselho regional de medicina, com cópia autenticada, de modo a compor arquivo de prontuários funcionais sempre à disposição da **CONTRATANTE**.

**14.21.** Fica o **CONTRATADO OBRIGADO** a **UTILIZAR** o **SISTEMA** de **PRONTUÁRIO ELETRÔNICO** conforme indicado pela **CONTRATANTE**.

## 15. OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATANTE:

**15.1.** Efetuar o **PAGAMENTO** ao **CONTRATADO** de acordo com o estabelecido na **ATA DE REGISTRO DE PREÇOS** ou **CONTRATO**;

**15.2.** Fornecer ao **CONTRATADO** todos os dados e informações que se façam necessárias ao bom desempenho dos serviços ora contratados;

**15.3.** Efetuar a autorização, em formulário próprio padronizado (guia de agendamento), para atendimento dos pacientes mediante carimbo e assinatura de funcionário do **CONTRATANTE** responsável;

**15.4.** Nenhuma outra **REMUNERAÇÃO** será devida ao **CONTRATADO**, a qualquer título ou natureza, decorrentes de encargos sociais, trabalhistas e previdenciários relativos ao cumprimento das obrigações estabelecidas no presente instrumento, pois, fica convencionado que não há relação de emprego entre o **CONTRATANTE** e o **CONTRATADO**, estando este **CONTRATO** disciplinado pelos ***ARTIGOS 593*** e ***SEGUINTES*** do ***CÓDIGO CIVIL***;

**15.5.** Nenhuma outra **REMUNERAÇÃO** será devida ao **CONTRATADO** decorrente de despesas como **HOSPEDAGEM**, **ALIMENTAÇÃO** e **TRANSPORTE** para a execução dos serviços **CONTRATADOS**.

## 16. DISPOSIÇÕES FINAIS:

**16.1.** O **PREGOEIRO** ou à **AUTORIDADE SUPERIOR** é facultado, em qualquer fase da licitação, a promoção de diligências destinadas a esclarecer ou complementar a instrução do processo, nos termos do ***ARTIGO 64*** da ***LEI Nº 14.133 DE 2021***.

**16.2.** As normas que disciplinam o certame serão sempre interpretadas em favor da ampliação da disputa entre os interessados, sem comprometimento da segurança do futuro **CONTRATO**.

**A) SALVO RESSALVA EXPRESSA, TODOS OS HORÁRIOS ESTABELECIDOS NESTE EDITAL OBSERVARÃO O HORÁRIO DE BRASÍLIA (DF).**

**B) SALVO RESSALVA EXPRESSA, TODOS OS PRAZOS EM DIAS ESTABELECIDOS NESTE EDITAL SERÃO CONSECUTIVOS.**

**C) SÓ SE INICIAM E VENCEM OS PRAZOS EM DIAS ÚTEIS.**

**D) OS PRAZOS EM HORAS ÚTEIS OBEDECEM AO HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DO CONSÓRCIO REGIONAL DE SAÚDE SUL DE MATO GROSSO – CORESS/MT (DAS 07H00MIN ÀS 17H00MIN – HORÁRIO DE MATO GROSSO).**

**16.3.** É **VEDADA** a subcontratação de outra empresa para o fornecimento do objeto da contratação, salvo a devida autorização por parte da Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso – CORESS/MT.

**16.4.** A **CONTRATADA** fica **OBRIGADA** a **ACEITAR**, nas mesmas condições contratuais, as alterações que se fizerem necessárias, nos termos do ***ART. 124*** da ***LEI Nº 14.133 DE 2021***.

**16.5. A PRESENTE LICITAÇÃO PODERÁ SER REVOGADA, POR MOTIVO DE INTERESSE PÚBLICO DECORRENTE DE FATO SUPERVENIENTE COMPROVADO, OU ANULADO, NO TODO OU EM PARTE, POR ILEGALIDADE, DE OFÍCIO OU PROVOCAÇÃO DE TERCEIROS, SEM QUE CAIBA AOS LICITANTES QUALQUER DIREITO A RECLAMAÇÃO OU INDENIZAÇÃO POR ESSES FATOS.**

**16.6.** As **EMPRESAS** licitantes são totalmente responsáveis pela fidelidade e legitimidade das informações e dos documentos apresentados em qualquer fase da licitação;

**16.7.** O **PREGOEIRO** com **EQUIPE DE APOIO** e **ASSESSORIA JURÍDICA**, no interesse público, poderá relevar simples omissões ou erros meramente formais observados na documentação e na proposta, desde que não contrariem a legislação vigente e não comprometam a lisura da licitação e a segurança jurídica na eventual contratação.

**16.7.1.** Em **QUALQUER MOMENTO**, será possível a promoção de diligência destinada a esclarecer ou a complementar a instrução do processo;

**16.8.** As **NORMAS** que disciplinam este pregão serão sempre interpretadas em favor do cumprimento do princípio da ampla concorrência entre os interessados, sem comprometimento da segurança da futura aquisição;

**16.9.** Fica eleito o foro da **COMARCA DE RONDONÓPOLIS**, Estado de Mato Grosso, para solucionar quaisquer questões oriundas desta licitação.

Rondonópolis/MT, 22 de outubro de 2026.

_____

**AUDIMAR ROCHA SANTOS**
Secretário Executivo
Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso - CORESS/MT

**DE ACORDO**:

_____

**JOÃO ISAACK MOREIRA CASTELO BRANCO**
Presidente do Conselho Diretor
Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso - CORESS/MT

# TERMO DE REFERÊNCIA Nº 008/2026

**INFORMAÇÕES PRIMÁRIAS:**

| ÓRGÃO(S) SOLICITANTE(S): | DESCRIÇÃO DE CATEGORIA DE INVESTIMENTO: |
|---|---|
| MUNICÍPIOS DE ALTO ARAGUAIA/MT, ALTO GARÇAS/MT, CAMPO VERDE/MT, POXORÉU/MT E PRIMAVERA DO LESTE/MT, ALÉM DOS DEMAIS | ( ) AQUISIÇÃO DE MATERIAIS<br>( ) AQUISIÇÃO DE MATERIAIS PERMANENTES<br>(X) CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS |


Rua João Pessoa, n.º 1.357, Centro A, Rondonópolis/MT – CEP:78.700-082.
Fone/Fax: (66) 3423 -1086 E-mail: licitacao@coressmt.com.br

| | |
|---|---|
| **MUNICÍPIOS CONSORCIADOS;** | |

## MODALIDADE E O TIPO DE LICITAÇÃO:

### 1. DA MODALIDADE E O TIPO DE LICITAÇÃO *LEI 14.133/21*:

| **MODALIDADE DE LICITAÇÃO *ART. 28, DA LEI Nº 14.133/21*: PREGÃO, CONCORRÊNCIA, CONCURSO, LEILÃO E DIÁLOGO COMPETITIVO.** | **TIPO DE LICITAÇÃO:** |
|---|---|
| (**X**) – **PREGÃO - *ART. 28, DA LEI Nº 14.133/21***;<br><br>( ) – **CONCORRÊNCIA - *ART. 29, DA LEI Nº 14.133/21***;<br><br>( ) – **CONCURSO - *ART. 30, DA LEI Nº 14.133/21***;<br><br>( ) – **LEILÃO - *ART. 31, DA LEI Nº 14.133/21***;<br><br>( ) – **DIÁLOGO COMPETITIVO – *ART. 32, DA LEI Nº 14.133/21***.<br><br>( ) – ***ART. 78. SÃO PROCEDIMENTOS AUXILIARES DAS LICITAÇÕES E DAS CONTRATAÇÕES REGIDAS POR ESTA LEI:***<br><br>**I - CREDENCIAMENTO;**<br>**II - PRÉ-QUALIFICAÇÃO;**<br>**III - PROCEDIMENTO DE MANIFESTAÇÃO DE INTERESSE;**<br>**IV - SISTEMA DE REGISTRO DE PREÇOS;**<br>**V - REGISTRO CADASTRAL.** | ***ART. 33, DA LEI Nº 14.133/21:***<br><br>(**X**) - **MENOR PREÇO UNITÁRIO**;<br><br>( ) - MAIOR DESCONTO;<br><br>( ) - MELHOR TÉCNICA OU CONTEÚDO ARTÍSTICO;<br><br>( ) - TÉCNICA E PREÇO;<br><br>( ) - MAIOR LANCE, NO CASO DE LEILÃO;<br><br>( ) - MAIOR RETORNO ECONÔMICO. |

### 2. DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL:

(**X**) ***LEI Nº 14.133/2021*** (Estabelece normas gerais de licitação e contratação para as Administrações Públicas diretas, autárquicas e fundacionais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios);

( ) - ***ART. 4º APLICAM-SE ÀS LICITAÇÕES E CONTRATOS DISCIPLINADOS POR ESTA LEI AS DISPOSIÇÕES CONSTANTES DOS ARTS. 42*** a ***49*** da ***LEI COMPLEMENTAR Nº 123***, de ***14 DE DEZEMBRO DE 2006***.

(**X**) - E demais disposições a serem estabelecidas no **EDITAL** de Licitação e em seus Anexos.

## 3. OBJETO:

**" PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS PARA FUTURA E EVENTUAL CONTRATAÇÃO DE EMPRESAS ESPECIALIZADAS NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, COMPREENDENDO CONSULTAS, EXAMES, PROCEDIMENTOS E TRATAMENTOS NAS ÁREAS DE CARDIOLOGIA, DERMATOLOGIA, PSIQUIATRIA ADULTO E INFANTIL, PNEUMOLOGIA, RADIOLOGIA/DIAGNÓSTICO POR IMAGEM, INCLUINDO ULTRASSONOGRAFIAS COM DOPPLER, E GASTROENTEROLOGIA, DESTINADOS A ATENDER À DEMANDA DOS MUNICÍPIOS DE ALTO ARAGUAIA - MT, ALTO GARÇAS - MT, CAMPO VERDE - MT, POXORÉU - MT E PRIMAVERA DO LESTE - MT, ALÉM DOS DEMAIS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS, PELO PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES, COM POSSIBILIDADE DE PRORROGAÇÃO, NOS TERMOS DO ART. 105 DA LEI FEDERAL Nº 14.133/2021 E DEMAIS DISPOSITIVOS LEGAIS APLICÁVEIS".**

## 4. JUSTIFICATIVA:

O presente processo licitatório destina-se à futura e eventual contratação de empresa especializada e tecnicamente capacitada na execução de serviços médicos, abrangendo CONSULTAS, EXAMES, PROCEDIMENTOS e TRATAMENTOS especializados de baixa, média e alta complexidade, nas áreas de CARDIOLOGIA, DERMATOLOGIA, PSIQUIATRIA ADULTO e INFANTIL, PNEUMOLOGIA, RADIOLOGIA/DIAGNÓSTICO POR IMAGEM, INCLUINDO ULTRASSONOGRAFIAS COM DOPPLER, e GASTROENTEROLOGIA, destinados a atender às demandas assistenciais dos MUNICÍPIOS de ALTO ARAGUAIA/MT, ALTO GARÇAS/MT, CAMPO VERDE/MT, POXORÉU/MT e PRIMAVERA DO LESTE/MT, bem como dos demais MUNICÍPIOS CONSORCIADOS integrantes do Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso – CORESS/MT.

Considerando a insuficiência da capacidade instalada para suprir integralmente as necessidades assistenciais nas supracitadas especialidades, evidenciada pela limitação técnico-operacional das empresas atualmente contratadas, revela-se imperiosa e inadiável a adoção da referida medida administrativa, com o fito de restabelecer


Rua João Pessoa, n.º 1.357, Centro A, Rondonópolis/MT – CEP:78.700-082.
Fone/Fax: (66) 3423 -1086 E-mail: licitacao@coressmt.com.br

a regularidade e a eficiência das redes assistenciais municipais, bem como prevenir o agravamento das demandas reprimidas no âmbito dos entes consorciados, com vistas a assegurar a efetividade, a continuidade e a estabilidade da execução das ações públicas em saúde, no âmbito da rede pública de saúde integrada ao Sistema Único de Saúde – SUS, além de promover a recomposição da capacidade instalada e a mitigação dos impactos advindos do déficit assistencial que afeta, de forma direta e continuada, a coletividade consorciada.

Registre-se que a iniciativa encontra-se devidamente respaldada em razão de necessidade pública concreta, atual e continuada, consubstanciada na carência de oferta regular de serviços médicos especializados nas áreas ora contempladas, cuja execução visa recompor a capacidade de atendimento, assegurar a universalidade e integralidade da atenção à saúde e garantir o cumprimento das diretrizes constitucionais e legais que regem o Sistema Único de Saúde – SUS.

Sob tal perspectiva, o contexto fático delineado configura afronta direta aos princípios estruturantes do Sistema Único de Saúde – SUS, especialmente aos da universalidade, integralidade e continuidade da atenção, previstos no ***ART. 196*** da ***CONSTITUIÇÃO FEDERAL*** e nos ***ARTS. 2º*** e ***7º*** da ***LEI Nº 8.080/1990***, impondo à Administração Pública consorciada o encargo jurídico inafastável de adotar providências imediatas, eficazes e tempestivas voltadas à recomposição da capacidade assistencial especializada, bem como à preservação da continuidade e da regularidade dos serviços médicos essenciais, em estrita observância ao dever constitucional de tutela da saúde pública.

Impõe-se, portanto, a fiel observância do postulado constitucional em apreço, que consubstancia a efetivação concreta do direito fundamental à saúde, reconhecido como direito público subjetivo de aplicação imediata, configurando-se como expressão direta da dignidade da pessoa humana e instrumento de realização do mínimo existencial em matéria de saúde pública, no âmbito da gestão associada exercida pelo CORESS/MT, que atua sob o regime jurídico de direito público, exercendo função administrativa de natureza essencial e caráter contínuo.

Em face de sua natureza cogente e força vinculante, o preceito constitucional de tutela da saúde impõe à Administração consorciada o dever jurídico inafastável de observância aos princípios da supremacia do interesse público, da continuidade administrativa, da eficiência e da responsabilidade estatal, princípios estes que norteiam e vinculam a conduta administrativa sob o regime jurídico de direito público, vedando omissões, procrastinações ou moratórias capazes de comprometer a regularidade, a efetividade e a permanência das ações e serviços públicos de saúde, especialmente no âmbito do Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso – CORESS/MT, cuja missão institucional, de inequívoca relevância social, não comporta interrupções nem admite descontinuidade.

À luz do ordenamento jurídico pátrio, a situação descrita enquadra-se como hipótese legítima de atuação consorciada, nos termos do ***ART. 241*** da ***CONSTITUIÇÃO FEDERAL***, regulamentado pela ***LEI Nº 11.107/2005*** e pelo ***DECRETO Nº 6.017/2007***, diplomas que autorizam a gestão compartilhada de serviços públicos entre entes federativos, inclusive para a execução de ações específicas formalmente demandadas pelos Municípios Consorciados, em perfeita consonância com os princípios da cooperação federativa, da eficiência, da economicidade e da continuidade do serviço público.

No âmbito da gestão consorciada intermunicipal, compete ao CORESS/MT, na qualidade de consórcio público de direito público, instaurar e conduzir o presente processo licitatório em nome dos entes consorciados, consoante dispõem os ***ARTS. 8º*** e ***9º*** da ***LEI Nº 11.107/2005*** e o Contrato de Consórcio Público vigente, o qual lhe outorga atribuição específica para a gestão associada de serviços públicos de saúde, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS e com os princípios constitucionais da descentralização, eficiência e racionalização administrativa.

Em observância ao princípio da adequação procedimental e à natureza do objeto licitado, optou-se pela adoção da modalidade Pregão Eletrônico para Registro de Preços, prevista no ART. 78 da LEI Nº 14.133/2021, por se tratar de serviço comum, de execução eventual e condicionada à solicitação formal e previamente quantificada pelos entes consorciados. Embora processado pelo Consórcio, o certame, em sua fase de instauração, destina-se precipuamente à

recomposição da capacidade operacional das SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE dos MUNICÍPIOS de ALTO ARAGUAIA/MT, ALTO GARÇAS/MT, CAMPO VERDE/MT, POXORÉU/MT e PRIMAVERA DO LESTE/MT, bem como das demais SECRETARIAS MUNICIPAIS CONSORCIADAS, assegurando continuidade, eficiência, economicidade e racionalidade na execução dos serviços especializados, preservando, assim, o interesse público primário e a adequada alocação dos recursos públicos.

A contratação por meio de Sistema de **REGISTRO DE PREÇOS** garante, ademais:

**A) A PADRONIZAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS;**

**B) A OTIMIZAÇÃO E RACIONALIZAÇÃO DOS RECURSOS PÚBLICOS;**

**C) O ATENDIMENTO CONFORME DEMANDA EFETIVA;**

**D) A MITIGAÇÃO DE RISCOS ASSISTENCIAIS E OPERACIONAIS;**

**E) O INCREMENTO DA COMPETITIVIDADE;**

**F) A RACIONALIZAÇÃO PROCEDIMENTAL E A ECONOMICIDADE ADMINISTRATIVA.**

A contratação isolada por cada **MUNICÍPIO IMPLICARIA**, de maneira inequívoca:

**A) PERDA DE ESCALA E DE PADRONIZAÇÃO;**

**B) ELEVAÇÃO DE CUSTOS E REDUÇÃO DA COMPETITIVIDADE;**

**C) FRAGMENTAÇÃO ADMINISTRATIVA E OPERACIONAL;**

**D) AUSÊNCIA DE UNIFORMIDADE ASSISTENCIAL;**

**E) LIMITAÇÃO DA CAPACIDADE DE CONTROLE E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS.**

A execução consorciada revela-se, portanto, como solução administrativa mais adequada, eficiente e economicamente vantajosa, assegurando continuidade, integração e estabilidade na execução das ações públicas de saúde.
Cumpre consignar que a ausência de contratação imediata acarretaria riscos expressivos, entre os quais se destacam:

**A) RISCO ASSISTENCIAL, COM AGRAVAMENTO DAS FILAS DE ESPERA E INTERRUPÇÕES DE TRATAMENTOS ESPECIALIZADOS;**

**B) RISCO SANITÁRIO, COM AUMENTO DE HOSPITALIZAÇÕES EVITÁVEIS E DETERIORAÇÃO DOS INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS;**

**C) RISCO ADMINISTRATIVO, CONSISTENTE NA RUPTURA DA CONTINUIDADE DOS SERVIÇOS ESSENCIAIS;**

**D) RISCO INSTITUCIONAL, ATINENTE À RESPONSABILIZAÇÃO ADMINISTRATIVA DOS GESTORES; E**

**E) RISCO ORÇAMENTÁRIO, RELACIONADO À ELEVAÇÃO DE CUSTOS FUTUROS EM RAZÃO DA REDUÇÃO DA OFERTA DE SERVIÇOS MÉDICOS NAS REGIÕES.**

Diante do exposto, resta amplamente demonstrada, sob os prismas jurídico, técnico e fático, a necessidade de deflagração do presente processo licitatório, destinado à contratação de empresa especializada para a execução de serviços médicos nas áreas de CARDIOLOGIA, DERMATOLOGIA, PSIQUIATRIA ADULTO e INFANTIL, PNEUMOLOGIA, RADIOLOGIA/DIAGNÓSTICO POR IMAGEM, INCLUINDO ULTRASSONOGRAFIAS COM DOPPLER, e GASTROENTEROLOGIA, em regime de execução consorciada, sob pena de grave comprometimento da continuidade, da regularidade e da qualidade da assistência médica prestada à população consorciada, com prejuízos diretos ao interesse público e à efetividade das políticas públicas de saúde regional.

## 5. OBJETO/DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E REQUISITOS:

1. **DIPLOMA OU CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE NÍVEL SUPERIOR COMPATÍVEL COM O OBJETO CONTRATUAL**;

- Registro da carteira profissional/comprovação da inscrição dos profissionais junto ao conselho regional de medicina (**CRM**), com a indicação do objeto social que seja compatível com o propósito desta contratação.

2. **CERTIFICADO DE ESPECIALISTA/RESIDÊNCIA HABILITADO JUNTO AO RESPECTIVO CONSELHO DE CLASSE, COMPATÍVEL COM O OBJETO CONTRATUAL;**

   - Registro ou inscrição de qualificação de especialista para cada especialidade médica (**RQE**), em validade, com a indicação do objeto social que seja compatível com o propósito desta contratação.

3. **APRESENTAÇÃO DE, NO MÍNIMO, 1 (UM) ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA EXPEDIDO POR PESSOA JURÍDICA DE DIREITO PÚBLICO OU PRIVADO, QUE COMPROVEM A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS COMPATÍVEIS COM O OBJETO DESTA LICITAÇÃO;**

   - **OS ATESTADOS DE CAPACIDADE TÉCNICA DEVERÃO CONTER AS SEGUINTES INFORMAÇÕES**: nome da empresa emissora, nome do profissional responsável emissor, nome da licitante com a descrição dos serviços e comprovação do quantitativo;

   - **NÃO SERÁ ACEITO ATESTADO EMITIDO PELA PRÓPRIA LICITANTE**, sob pena de infringência ao princípio da moralidade, pois a licitante não possui impessoalidade necessária para atestar sua própria capacidade técnica.

## 6. JUSTIFICATIVA – PESQUISA MERCADOLÓGICA:

Em rigorosa observância à necessidade de estimativa prévia de preços, condição indispensável à adequada instrução do procedimento licitatório, e em fiel cumprimento aos princípios da legalidade e da eficiência, formaliza-se a presente justificativa destinada ao balizamento dos valores de referência da contratação em pauta.

O balizamento ora apresentado apoia-se no ***ARTIGO 11*** da ***LEI Nº 14.133/2021***, dispositivo que impõe a realização de pesquisa de preços como etapa fundamental para a seleção da proposta mais vantajosa e para a garantia da adequada aplicação dos recursos públicos.

Foram adotadas, para a definição dos valores de referência, fontes de reconhecida idoneidade, consistindo em:


Rua João Pessoa, n.º 1.357, Centro A, Rondonópolis/MT – CEP:78.700-082.
Fone/Fax: (66) 3423 -1086 E-mail: licitacao@coressmt.com.br

I. **PESQUISA DE PREÇO EXTRAÍDA NA ÍNTEGRA DO TRIBUNAL DE CONTAS, CONFORME O RADAR DE CONTROLE PÚBLICO DE COMPRAS PÚBLICAS DO TCE/MT**.

II. **ORÇAMENTOS APRESENTADOS POR PRESTADORES DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS, ASSEGURANDO A CONFORMIDADE DOS VALORES ESTIMADOS COM AS PRÁTICAS MERCADOLÓGICAS VIGENTES E A REALIDADE OPERACIONAL DO SEGMENTO ECONÔMICO DIRETAMENTE VINCULADO AO OBJETO DA FUTURA LICITAÇÃO.**

Procedeu-se à apuração dos valores de referência com o propósito de aferir o menor valor exequível, entendido como aquele que, além de compatível com a realidade mercadológica local, assegure condições efetivas para a execução integral e adequada do objeto, em estrita observância aos princípios da economicidade e da obtenção da proposta mais vantajosa para a Administração Pública.

A metodologia adotada encontra respaldo no ***ARTIGO 23***, ***INCISO V***, da ***LEI Nº 14.133/2021***, e alinha-se às diretrizes consolidadas pelo ***TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO***, consubstanciadas nos ***ACÓRDÃOS Nº 1.793/2011*** e ***Nº 3.137/2020***.

Por conseguinte, a presente justificativa materializa o compromisso irrevogável desta Administração Pública com a observância plena dos princípios constitucionais da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, assegurando que o procedimento licitatório seja conduzido com absoluta integridade, elevado rigor técnico e observância irrestrita aos deveres de transparência, em conformidade com o ordenamento jurídico e alinhado às melhores práticas de governança pública.

## CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

### CONSULTAS MÉDICAS, EXAMES E PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS EM CARDIOLOGIA

**1.** A **CONTRATADA** obriga-se a prestar, de forma contínua, regular e rigorosamente conforme a demanda previamente autorizada pela Central de Regulação competente, serviços médicos especializados em **CARDIOLOGIA**, no âmbito territorial do **MUNICÍPIO DE PRIMAVERA DO LESTE/MT**, observando, com estrita observância, as normas sanitárias e regulamentares em vigor, os protocolos clínicos aplicáveis e as diretrizes emanadas do Sistema Único de Saúde – SUS, assegurando a plena integralidade, continuidade e resolutividade da assistência


Rua João Pessoa, n.º 1.357, Centro A, Rondonópolis/MT – CEP:78.700-082.
Fone/Fax: (66) 3423 -1086 E-mail: licitacao@coressmt.com.br

cardiovascular, em consonância com os princípios da universalidade, da equidade e da eficiência administrativa.

**2.** A **CONTRATADA** deverá disponibilizar, de modo a assegurar a integração assistencial e a efetividade do atendimento especializado, consultas médicas na área de cardiologia, exames e procedimentos diagnósticos e terapêuticos próprios da especialidade, avaliações clínicas detalhadas, atendimentos eletivos e de acompanhamento especializado, bem como a emissão de relatórios, laudos e pareceres médicos, todos previamente autorizados e regulados sob controle técnico da Central de Regulação competente, destinados a atender à demanda reprimida do **MUNICÍPIO DE PRIMAVERA DO LESTE/MT**, bem como dos demais **MUNICÍPIOS CONSORCIADOS**, observadas as normas sanitárias e assistenciais vigentes.

**3.** A **CONTRATADA** deverá executar os serviços exclusivamente em **ESTRUTURA PRÓPRIA**, situada no **MUNICÍPIO DE PRIMAVERA DO LESTE/MT**, devidamente licenciada, registrada e autorizada pelos órgãos competentes, dispondo de instalações adequadas, infraestrutura física compatível, equipamentos médico-diagnósticos calibrados e certificados, insumos indispensáveis e equipe multiprofissional tecnicamente habilitada, garantindo integral observância aos requisitos sanitários, de segurança e de qualidade exigidos para a prestação de serviços especializados em saúde cardiovascular.

**4.** A **CONTRATADA** deverá contemplar, na execução dos serviços, a demanda reprimida do **MUNICÍPIO DE PRIMAVERA DO LESTE/MT**, bem como dos demais **MUNICÍPIOS CONSORCIADOS**, em estrita consonância com os encaminhamentos e autorizações emanados da Central de Regulação competente, assegurando o atendimento referenciado, ordenado e humanizado aos usuários do Sistema Único de Saúde, em conformidade com os princípios de integralidade e universalidade do SUS.

**5.** A **CONTRATADA** deverá assegurar a devida contra-referência dos usuários classificados como casos de baixa ou média complexidade, cuja condução e acompanhamento possam ser adequadamente realizados no âmbito da Atenção Básica, mediante relatórios clínicos sintéticos, recomendações terapêuticas e orientações médicas pertinentes, de modo a garantir a continuidade e integralidade do cuidado e o retorno ordenado do paciente à rede de atenção primária.

**6.** A **CONTRATADA** deverá comunicar, de forma tempestiva, formal e devidamente registrada, à Central de Regulação competente, quaisquer intercorrências clínicas, complicações assistenciais, recusas justificadas, falhas técnicas ou demais situações excepcionais que possam comprometer a continuidade, a qualidade ou a segurança do atendimento prestado, assegurando a rastreabilidade e a transparência dos registros assistenciais.

**7.** A **CONTRATADA** deverá pautar a execução dos serviços pela ética médica, pela responsabilidade técnica do corpo clínico habilitado e pela observância irrestrita às normas, resoluções e diretrizes emanadas dos Conselhos Profissionais competentes, especialmente aquelas expedidas pelo **CONSELHO FEDERAL** e pelo **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA**, que disciplinam o exercício da medicina, a conduta ética dos profissionais e os deveres inerentes à boa prática assistencial.

**8.** A **CONTRATADA** compromete-se a cooperar com o **CONSÓRCIO REGIONAL DE SAÚDE SUL DE MATO GROSSO – CORESS/MT**, sempre que formalmente demandada, na elaboração, revisão e implementação de protocolos assistenciais em saúde cardiovascular, bem como na realização de campanhas educativas, ações de prevenção, capacitações técnicas, mutirões especializados e demais atividades integradas, visando ampliar o acesso da população aos serviços cardiológicos contratados, fortalecer a rede regional de atenção à saúde e promover a integralidade, a eficiência e a efetividade das ações em saúde pública.

| ITEM N.º | CÓDIGO TCE/MT | DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE | TIPO | MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO | QUANT. TOTAL | VALOR MÁXIMO UNIT. | VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | 0004216 (CÓD: 1) | SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO CONSULTA MEDICA CARDIOLOGIA | CONSULTA | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 1.000 | R$ 210,15 | R$ 210.150,00 |
| 02 | 00065585 (CÓD: 1) | SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO CONSULTA DE CARDIOLOGIA PEDIATRA | CONSULTA | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 800 | R$ 196,66 | R$ 157.328,00 |
| 03 | 00057415 (CÓD: 1) | SERVICO DE EXAME - ELETROCARDIOGRAMA | EXAME | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 500 | R$ 58,33 | R$ 29.165,00 |
| 04 | 0004574 (CÓD: 1) | SERVICO DE EXAME - DE ECOCARDIOGRAMA PEDIATRICO | EXAME | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 500 | R$ 207,08 | R$ 103.540,00 |
| 05 | 00035833 (CÓD: 1) | SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - ECOCARDIOGRAMA ADULTO | PROCEDIMENTO | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 400 | R$ 306,66 | R$ 122.664,00 |


Rua João Pessoa, n.º 1.357, Centro A, Rondonópolis/MT – CEP:78.700-082.
Fone/Fax: (66) 3423 -1086 E-mail: licitacao@coressmt.com.br

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 06 | 0002270 (CÓD: 1) | SERVICO DE EXAME - DO TIPO TESTE ERGOMETRICO, TESDE DE ESFORCO OU TESTE SOBRE ESTRESSE FISICO | EXAME | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 780 | R$ 218,33 | R$ 170.297,40 |
| 07 | TCEMT0000231 (CÓD: 1) | SERVICO DE EXAME - EXAME MAPA | EXAME | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 350 | R$ 208,33 | R$ 72.915,50 |
| 08 | TCEMT0000233 (CÓD: 1) | SERVICO DE EXAME - EXAME HOLTER 24 HORAS | EXAME | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 350 | R$ 226,66 | R$ 79.331,00 |
| **VALOR TOTAL** | | | | | | **R$ 945.390,90** | |

## CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

### CONSULTAS MÉDICAS E PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS EM DERMATOLOGIA

**1.** A **CONTRATADA** obriga-se a prestar, de forma contínua, regular e rigorosamente conforme a demanda previamente autorizada pela Central de Regulação competente, serviços médicos especializados em **DERMATOLOGIA**, no âmbito territorial do **MUNICÍPIO DE PRIMAVERA DO LESTE/MT**, observando integralmente as normas sanitárias e regulamentares em vigor, os protocolos clínicos aplicáveis e as diretrizes emanadas do Sistema Único de Saúde – SUS, assegurando a plena integralidade, continuidade e resolutividade da assistência dermatológica, em consonância com os princípios da universalidade, da equidade e da eficiência administrativa.

**2.** A **CONTRATADA** deverá disponibilizar, de modo a assegurar a integração assistencial e a efetividade do atendimento especializado, consultas médicas dermatológicas e procedimentos clínicos e terapêuticos próprios da especialidade, voltados à prevenção, diagnóstico e tratamento das afecções cutâneas e doenças de pele, incluindo avaliações clínicas detalhadas, atendimentos eletivos e de acompanhamento especializado, bem como a emissão de relatórios, laudos e pareceres médicos, todos previamente autorizados e regulados sob controle técnico da Central de Regulação competente, destinados a atender à demanda reprimida do **MUNICÍPIO DE PRIMAVERA DO LESTE/MT**, bem como dos demais **MUNICÍPIOS CONSORCIADOS**, observadas as normas sanitárias e assistenciais vigentes.

**3.** A **CONTRATADA** deverá executar os serviços exclusivamente em **ESTRUTURA PRÓPRIA**, situada no **MUNICÍPIO DE PRIMAVERA DO LESTE/MT**, devidamente licenciada, registrada e autorizada pelos órgãos competentes, dispondo de instalações adequadas, infraestrutura física compatível, equipamentos médico-diagnósticos em perfeito estado de conservação, insumos indispensáveis e equipe multiprofissional tecnicamente habilitada, garantindo integral observância aos requisitos

sanitários, de segurança e de qualidade exigidos para a prestação dos serviços especializados em saúde dermatológica.

**4.** A **CONTRATADA** deverá contemplar, na execução dos serviços, a demanda reprimida do **MUNICÍPIO DE PRIMAVERA DO LESTE/MT**, bem como dos demais **MUNICÍPIOS CONSORCIADOS,** em estrita consonância com os encaminhamentos e autorizações emanados da Central de Regulação competente, assegurando o atendimento referenciado, ordenado e humanizado aos usuários do Sistema Único de Saúde, em conformidade com os princípios de integralidade e universalidade do SUS.

**5.** A **CONTRATADA** deverá assegurar a devida contra-referência dos usuários classificados como casos de baixa ou média complexidade, cuja condução e acompanhamento possam ser adequadamente realizados no âmbito da Atenção Básica, mediante relatórios clínicos sintéticos, recomendações terapêuticas e orientações médicas pertinentes, de modo a garantir a continuidade e integralidade do cuidado e o retorno ordenado do paciente à rede de atenção primária.

**6.** A **CONTRATADA** deverá comunicar, de forma tempestiva, formal e devidamente registrada, à Central de Regulação competente, quaisquer intercorrências clínicas, complicações assistenciais, recusas justificadas, falhas técnicas ou demais situações excepcionais que possam comprometer a continuidade, a qualidade ou a segurança do atendimento prestado, assegurando a rastreabilidade e a transparência dos registros assistenciais.

**7.** A **CONTRATADA** deverá pautar a execução dos serviços pela ética médica, pela responsabilidade técnica do corpo clínico habilitado e pela observância irrestrita às normas, resoluções e diretrizes emanadas dos Conselhos Profissionais competentes, especialmente aquelas expedidas pelo **CONSELHO FEDERAL** e pelo **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA**, que disciplinam o exercício da medicina, a conduta ética dos profissionais e os deveres inerentes à boa prática assistencial.

**8.** A **CONTRATADA** compromete-se a cooperar com o **CONSÓRCIO REGIONAL DE SAÚDE SUL DE MATO GROSSO – CORESS/MT**, sempre que formalmente demandada, na elaboração, revisão e implementação de protocolos assistenciais em saúde dermatológica, bem como na realização de campanhas educativas, ações de prevenção, capacitações técnicas, mutirões especializados e demais atividades integradas, visando ampliar o acesso da população aos serviços

dermatológicos contratados, fortalecer a rede regional de atenção à saúde e promover a integralidade, a eficiência e a efetividade das ações em saúde pública.

| ITEM N.º | CÓDIGO TCE/MT | DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE | TIPO | MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO | QUANT. TOTAL | VALOR MÁXIMO UNIT. | VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 09 | 0004218 (CÓD: 1) | SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO CONSULTA MEDICA DERMATOLOGIA | CONSULTA | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 850 | R$ 205,92 | R$ 175.032,00 |
| 10 | 310026-0 (CÓD: 1) | SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO BIOPSIA DA PELE | PROCEDIMENTO | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 600 | R$ 151,22 | R$ 90.732,00 |
| 11 | 312927-6 (CÓD: 1) | SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO ENDO - LASER-CRIOTERAPIA-DIATERMIA | PROCEDIMENTO | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 400 | R$ 65,00 | R$ 26.000,00 |
| 12 | 00086464 (CÓD: 1) | SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - CAUTERIZACAO QUIMICA DE PEQUENAS LESOES DE PELE | PROCEDIMENTO | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 400 | R$ 79,53 | R$ 31.812,00 |
| **VALOR TOTAL** | | | | | | **R$ 323.576,00** | |

## CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

### CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS EM PSIQUIATRIA

**1.** A **CONTRATADA** obriga-se a prestar, de forma contínua, regular e rigorosamente conforme a demanda previamente autorizada pela Central de Regulação competente, serviços médicos especializados em **PSIQUIATRIA**, no âmbito territorial do **MUNICÍPIO DE CAMPO VERDE/MT**, observando integralmente as normas sanitárias e regulamentares em vigor, os protocolos clínicos aplicáveis e as diretrizes emanadas do Sistema Único de Saúde – SUS, assegurando a plena integralidade, continuidade e resolutividade da assistência em saúde mental, em consonância com os princípios da universalidade, da equidade e da eficiência administrativa.

**2.** A **CONTRATADA** deverá disponibilizar, de modo a assegurar a integração assistencial e a efetividade do atendimento especializado, consultas médicas psiquiátricas e atendimentos clínico-terapêuticos próprios da especialidade, voltados à avaliação, diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais, emocionais e comportamentais, com foco na estabilização do quadro clínico, acompanhamento medicamentoso e promoção da saúde mental, todos previamente autorizados e regulados sob controle técnico da Central de Regulação competente, destinados a atender à demanda reprimida do **MUNICÍPIO DE CAMPO VERDE/MT**, bem como dos demais **MUNICÍPIOS**

**CONSORCIADOS**, observadas as normas sanitárias e assistenciais vigentes.

**3.** A **CONTRATADA** deverá executar os serviços exclusivamente em **ESTRUTURA PRÓPRIA**, situada no **MUNICÍPIO DE CAMPO VERDE/MT**, devidamente licenciada, registrada e autorizada pelos órgãos competentes, dispondo de instalações adequadas, infraestrutura física compatível, ambiente acolhedor e equipe multiprofissional tecnicamente habilitada, garantindo integral observância aos requisitos sanitários, de segurança e de qualidade exigidos para a prestação de serviços especializados em saúde mental.

**4.** A **CONTRATADA** deverá contemplar, na execução dos serviços, a demanda reprimida do **MUNICÍPIO DE CAMPO VERDE/MT**, bem como dos demais **MUNICÍPIOS CONSORCIADOS**, em estrita consonância com os encaminhamentos e autorizações emanados da Central de Regulação competente, assegurando o atendimento referenciado, ordenado, humanizado e integral aos usuários do Sistema Único de Saúde, em conformidade com os princípios da integralidade e universalidade do SUS.

**5.** A **CONTRATADA** deverá assegurar a devida contra-referência dos usuários cujos quadros clínicos apresentem estabilização terapêutica e possibilidade de acompanhamento na **ATENÇÃO BÁSICA** ou nos **CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS**, mediante relatórios clínicos sintéticos, recomendações terapêuticas e orientações médicas pertinentes, de modo a garantir a continuidade e integralidade do cuidado, observando o fluxo de rede e a hierarquização dos serviços de saúde.

**6.** A **CONTRATADA** deverá comunicar, de forma tempestiva, formal e devidamente registrada, à Central de Regulação competente, quaisquer intercorrências clínicas, agravamentos de quadro, recusas justificadas, falhas técnicas ou demais situações excepcionais que possam comprometer a continuidade, a qualidade ou a segurança do atendimento prestado, assegurando a rastreabilidade e a transparência dos registros assistenciais.

**7.** A **CONTRATADA** deverá pautar a execução dos serviços pela ética médica, pela responsabilidade técnica do corpo clínico habilitado e pela observância irrestrita às normas, resoluções e diretrizes emanadas dos Conselhos Profissionais competentes, especialmente aquelas expedidas pelo **CONSELHO FEDERAL** e pelo **CONSELHO REGIONAL DE**

**MEDICINA**, que disciplinam o exercício da medicina, a conduta ética dos profissionais e os deveres inerentes à boa prática psiquiátrica e assistencial.

**8.** A **CONTRATADA** compromete-se a cooperar com o **CONSÓRCIO REGIONAL DE SAÚDE SUL DE MATO GROSSO – CORESS/MT**, sempre que formalmente demandada, na elaboração, revisão e implementação de protocolos assistenciais em saúde mental, bem como na realização de campanhas educativas, ações de prevenção, capacitações técnicas, mutirões especializados e demais atividades integradas, visando ampliar o acesso da população aos serviços psiquiátricos contratados, fortalecer a rede regional de atenção psicossocial e promover a integralidade, a eficiência e a efetividade das ações em saúde pública.

| ITEM N.º | CÓDIGO TCE/MT | DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE | TIPO | MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO | QUANT. TOTAL | VALOR MÁXIMO UNIT. | VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 13 | 0004217 (CÓD: 1) | SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO CONSULTA MEDICA PSIQUIATRIA | CONSULTA | CAMPO VERDE - MT | 1.000 | R$ 266,73 | R$ 266.730,00 |
| **VALOR TOTAL** | | | | | | | **R$ 266.730,00** |

## CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

### CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS EM PSIQUIATRIA ADULTO E INFANTIL

**1.** A **CONTRATADA** obriga-se a prestar, de forma contínua, regular e rigorosamente conforme a demanda previamente autorizada pela Central de Regulação competente, serviços médicos especializados em **PSIQUIATRIA**, abrangendo o atendimento psicossocial de pacientes **ADULTOS** e **INFANTOJUVENIS**, no âmbito territorial do **MUNICÍPIO DE ALTO GARÇAS/MT**, observando integralmente as normas sanitárias e regulamentares em vigor, os protocolos clínicos aplicáveis e as diretrizes emanadas do Sistema Único de Saúde – SUS, assegurando a plena integralidade, continuidade e resolutividade da assistência em saúde mental, em consonância com os princípios da universalidade, da equidade e da eficiência administrativa.

**2.** A **CONTRATADA** deverá disponibilizar, de modo a assegurar a integração assistencial e a efetividade do atendimento especializado, consultas médicas psiquiátricas e atendimentos clínico-terapêuticos próprios da especialidade, voltados à avaliação, diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais, emocionais e comportamentais, com foco na estabilização do quadro clínico, acompanhamento medicamentoso e promoção da saúde mental, todos previamente

autorizados e regulados sob controle técnico da Central de Regulação competente, destinados a atender à demanda reprimida do **MUNICÍPIO DE ALTO GARÇAS/MT**, bem como dos demais **MUNICÍPIOS CONSORCIADOS**, observadas as normas sanitárias e assistenciais vigentes.

**3.** A **CONTRATADA** deverá executar os serviços exclusivamente em **ESTRUTURA PRÓPRIA**, situada no **MUNICÍPIO DE ALTO GARÇAS/MT**, e/ou em **ESTRUTURAS DISPONIBILIZADAS PELA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE**, abrangendo as instalações integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS, compreendendo: **ATENÇÃO PRIMÁRIA:** Unidades Básicas de Saúde – UBS, Estratégias Saúde da Família – ESF; **ATENÇÃO SECUNDÁRIA:** Ambulatórios de Especialidades, Policlínicas e Unidades de Pronto Atendimento – UPA; **ATENÇÃO TERCIÁRIA:** Hospitais e demais Unidades Públicas Municipais de Saúde. A execução dos serviços deverá observar integralmente as normas sanitárias e regulamentares vigentes, os protocolos clínicos aplicáveis à especialidade de **PSIQUIATRIA** e as diretrizes assistenciais e de segurança do paciente, assegurando a adequação estrutural, a qualidade técnica e a conformidade operacional das atividades desenvolvidas, de modo a garantir a efetividade e a continuidade da atenção em saúde mental.

**4.** A **CONTRATADA** deverá contemplar, na execução dos serviços, a demanda reprimida do **MUNICÍPIO DE ALTO GARÇAS/MT**, bem como dos demais **MUNICÍPIOS CONSORCIADOS**, em estrita consonância com os encaminhamentos e autorizações emanados da Central de Regulação competente, assegurando o atendimento referenciado, ordenado, humanizado e integral aos usuários do Sistema Único de Saúde, em conformidade com os princípios da integralidade e universalidade do SUS.

**5.** A **CONTRATADA** deverá assegurar a devida contra-referência dos usuários cujos quadros clínicos apresentem estabilização terapêutica e possibilidade de acompanhamento na **ATENÇÃO BÁSICA** ou nos **CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS**, mediante relatórios clínicos sintéticos, recomendações terapêuticas e orientações médicas pertinentes, de modo a garantir a continuidade e integralidade do cuidado, observando o fluxo de rede e a hierarquização dos serviços de saúde.

**6.** A **CONTRATADA** deverá comunicar, de forma tempestiva, formal e devidamente registrada, à Central de Regulação competente,

quaisquer intercorrências clínicas, agravamentos de quadro, recusas justificadas, falhas técnicas ou demais situações excepcionais que possam comprometer a continuidade, a qualidade ou a segurança do atendimento prestado, assegurando a rastreabilidade e a transparência dos registros assistenciais.

**7.** A **CONTRATADA** deverá pautar a execução dos serviços pela ética médica, pela responsabilidade técnica do corpo clínico habilitado e pela observância irrestrita às normas, resoluções e diretrizes emanadas dos Conselhos Profissionais competentes, especialmente aquelas expedidas pelo **CONSELHO FEDERAL** e pelo **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA**, que disciplinam o exercício da medicina, a conduta ética dos profissionais e os deveres inerentes à boa prática psiquiátrica e assistencial.

**8.** A **CONTRATADA** compromete-se a cooperar com o **CONSÓRCIO REGIONAL DE SAÚDE SUL DE MATO GROSSO – CORESS/MT**, sempre que formalmente demandada, na elaboração, revisão e implementação de protocolos assistenciais em saúde mental, bem como na realização de campanhas educativas, ações de prevenção, capacitações técnicas, mutirões especializados e demais atividades integradas, visando ampliar o acesso da população aos serviços psiquiátricos contratados, fortalecer a rede regional de atenção psicossocial e promover a integralidade, a eficiência e a efetividade das ações em saúde pública.

| ITEM N.º | CÓDIGO TCE/MT | DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE | TIPO | MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO | QUANT. TOTAL | VALOR MÁXIMO UNIT. | VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14 | 0004217 (CÓD: 1) | SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO CONSULTA MEDICA PSIQUIATRIA | CONSULTA | ALTO GARÇAS - MT | 1.000 | R$ 165,38 | R$ 165.380,00 |
| 15 | 0004563 (CÓD: 1) | SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO CONSULTA MEDICA DE PSIQUIATRIA INFANTIL | CONSULTA | ALTO GARÇAS - MT | 1.000 | R$ 170,58 | R$ 170.580,00 |
| **VALOR TOTAL** | | | | | | **R$ 335.960,00** | |

## CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

### CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS EM PSIQUIATRIA ADULTO E INFANTIL

**1.** A **CONTRATADA** obriga-se a prestar, de forma contínua, regular e rigorosamente conforme a demanda previamente autorizada pela Central de Regulação competente, serviços médicos especializados em **PSIQUIATRIA**, abrangendo o atendimento psicossocial de pacientes **ADULTOS** e **INFANTOJUVENIS**, no âmbito territorial do **MUNICÍPIO DE**


Rua João Pessoa, n.º 1.357, Centro A, Rondonópolis/MT – CEP:78.700-082.
Fone/Fax: (66) 3423 -1086 E-mail: licitacao@coressmt.com.br

**PRIMAVERA DO LESTE/MT**, observando integralmente as normas sanitárias e regulamentares em vigor, os protocolos clínicos aplicáveis e as diretrizes emanadas do Sistema Único de Saúde – SUS, assegurando a plena integralidade, continuidade e resolutividade da assistência em saúde mental, em consonância com os princípios da universalidade, da equidade e da eficiência administrativa.

**2.** A **CONTRATADA** deverá disponibilizar, de modo a assegurar a integração assistencial e a efetividade do atendimento especializado, consultas médicas psiquiátricas e atendimentos clínico-terapêuticos próprios da especialidade, voltados à avaliação, diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais, emocionais e comportamentais, com foco na estabilização do quadro clínico, acompanhamento medicamentoso e promoção da saúde mental, todos previamente autorizados e regulados sob controle técnico da Central de Regulação competente, destinados a atender à demanda reprimida do **MUNICÍPIO DE PRIMAVERA DO LESTE/MT**, bem como dos demais **MUNICÍPIOS CONSORCIADOS**, observadas as normas sanitárias e assistenciais vigentes.

**3.** A **CONTRATADA** deverá executar os serviços exclusivamente em **ESTRUTURA PRÓPRIA**, situada no **MUNICÍPIO DE PRIMAVERA DO LESTE/MT**, e/ou em **ESTRUTURAS DISPONIBILIZADAS PELA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE**, abrangendo as instalações integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS, compreendendo: **ATENÇÃO PRIMÁRIA:** Unidades Básicas de Saúde – UBS, Estratégias Saúde da Família – ESF; **ATENÇÃO SECUNDÁRIA:** Ambulatórios de Especialidades, Policlínicas e Unidades de Pronto Atendimento – UPA; **ATENÇÃO TERCIÁRIA:** Hospitais e demais Unidades Públicas Municipais de Saúde. A execução dos serviços deverá observar integralmente as normas sanitárias e regulamentares vigentes, os protocolos clínicos aplicáveis à especialidade de **PSIQUIATRIA** e as diretrizes assistenciais e de segurança do paciente, assegurando a adequação estrutural, a qualidade técnica e a conformidade operacional das atividades desenvolvidas, de modo a garantir a efetividade e a continuidade da atenção em saúde mental.

**4.** A **CONTRATADA** deverá contemplar, na execução dos serviços, a demanda reprimida do **MUNICÍPIO DE PRIMAVERA DO LESTE/MT**, bem como dos demais **MUNICÍPIOS CONSORCIADOS**, em estrita consonância com os encaminhamentos e autorizações emanados da Central de Regulação competente, assegurando o atendimento referenciado,

ordenado, humanizado e integral aos usuários do Sistema Único de Saúde, em conformidade com os princípios da integralidade e universalidade do SUS.

**5.** A **CONTRATADA** deverá assegurar a devida contra-referência dos usuários cujos quadros clínicos apresentem estabilização terapêutica e possibilidade de acompanhamento na **ATENÇÃO BÁSICA** ou nos **CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS**, mediante relatórios clínicos sintéticos, recomendações terapêuticas e orientações médicas pertinentes, de modo a garantir a continuidade e integralidade do cuidado, observando o fluxo de rede e a hierarquização dos serviços de saúde.

**6.** A **CONTRATADA** deverá comunicar, de forma tempestiva, formal e devidamente registrada, à Central de Regulação competente, quaisquer intercorrências clínicas, agravamentos de quadro, recusas justificadas, falhas técnicas ou demais situações excepcionais que possam comprometer a continuidade, a qualidade ou a segurança do atendimento prestado, assegurando a rastreabilidade e a transparência dos registros assistenciais.

**7.** A **CONTRATADA** deverá pautar a execução dos serviços pela ética médica, pela responsabilidade técnica do corpo clínico habilitado e pela observância irrestrita às normas, resoluções e diretrizes emanadas dos Conselhos Profissionais competentes, especialmente aquelas expedidas pelo **CONSELHO FEDERAL** e pelo **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA**, que disciplinam o exercício da medicina, a conduta ética dos profissionais e os deveres inerentes à boa prática psiquiátrica e assistencial.

**8.** A **CONTRATADA** compromete-se a cooperar com o **CONSÓRCIO REGIONAL DE SAÚDE SUL DE MATO GROSSO – CORESS/MT**, sempre que formalmente demandada, na elaboração, revisão e implementação de protocolos assistenciais em saúde mental, bem como na realização de campanhas educativas, ações de prevenção, capacitações técnicas, mutirões especializados e demais atividades integradas, visando ampliar o acesso da população aos serviços psiquiátricos contratados, fortalecer a rede regional de atenção psicossocial e promover a integralidade, a eficiência e a efetividade das ações em saúde pública.

| ITEM N.º | CÓDIGO TCE/MT | DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE | TIPO | MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO | QUANT. TOTAL | VALOR MÁXIMO UNIT. | VALOR MÁXIMO TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|


Rua João Pessoa, n.º 1.357, Centro A, Rondonópolis/MT – CEP:78.700-082.
Fone/Fax: (66) 3423 -1086 E-mail: licitacao@coressmt.com.br

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | **(12 MESES)** |
| 16 | 0004217 (CÓD: 1) | SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO CONSULTA MEDICA PSIQUIATRIA | CONSULTA | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 1.200 | R$ 165,38 | R$ 198.456,00 |
| 17 | 0004563 (CÓD: 1) | SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO CONSULTA MEDICA DE PSIQUIATRIA INFANTIL | CONSULTA | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 1.200 | R$ 170,58 | R$ 204.696,00 |
| **VALOR TOTAL** | | | | | | **R$ 403.152,00** | |

## CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

### CONSULTAS MÉDICAS E EXAMES ESPECIALIZADOS EM PNEUMOLOGIA

**1.** A **CONTRATADA** obriga-se a prestar, de forma contínua, regular e rigorosamente conforme a demanda previamente autorizada pela Central de Regulação competente, serviços médicos especializados em **PNEUMOLOGIA**, abrangendo o atendimento clínico e funcional de pacientes com doenças respiratórias agudas e crônicas, no âmbito territorial do **MUNICÍPIO DE PRIMAVERA DO LESTE/MT**, observando integralmente as normas sanitárias e regulamentares em vigor, os protocolos clínicos aplicáveis e as diretrizes emanadas do Sistema Único de Saúde – SUS, assegurando a plena integralidade, continuidade e resolutividade da assistência pneumológica, em consonância com os princípios da universalidade, da equidade e da eficiência administrativa.

**2.** A **CONTRATADA** deverá disponibilizar, de modo a assegurar a integração assistencial e a efetividade do atendimento especializado, consultas médicas pneumológicas e exames clínico-funcionais próprios da especialidade, voltados à avaliação, diagnóstico e tratamento das doenças do aparelho respiratório, com foco na estabilização clínica, melhora da função pulmonar e promoção da saúde respiratória, incluindo patologias como asma, bronquite, doença pulmonar obstrutiva crônica – DPOC, infecções pulmonares e distúrbios respiratórios do sono, todos previamente autorizados e regulados sob controle técnico da Central de Regulação competente, destinados a atender à demanda reprimida do **MUNICÍPIO DE PRIMAVERA DO LESTE/MT**, bem como dos demais **MUNICÍPIOS CONSORCIADOS**, observadas as normas sanitárias e assistenciais vigentes.

**3.** A **CONTRATADA** deverá executar os serviços exclusivamente em **ESTRUTURA PRÓPRIA**, situada no **MUNICÍPIO DE PRIMAVERA DO LESTE/MT**, e/ou em **ESTRUTURAS DISPONIBILIZADAS PELA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE**, abrangendo as instalações integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS, compreendendo: **ATENÇÃO PRIMÁRIA:** Unidades Básicas de Saúde – UBS,

Estratégias Saúde da Família – ESF; **ATENÇÃO SECUNDÁRIA:** Ambulatórios de Especialidades, Policlínicas e Unidades de Pronto Atendimento – UPA; **ATENÇÃO TERCIÁRIA:** Hospitais e demais Unidades Públicas Municipais de Saúde. A execução dos serviços deverá observar integralmente as normas sanitárias e regulamentares vigentes, os protocolos clínicos aplicáveis à especialidade de **PNEUMOLOGIA** e as diretrizes assistenciais e de segurança do paciente, assegurando a adequação estrutural, a qualidade técnica e a conformidade operacional das atividades desenvolvidas, de modo a garantir a efetividade e a continuidade da atenção em saúde respiratória.

**4.** A **CONTRATADA** deverá contemplar, na execução dos serviços, a demanda reprimida do **MUNICÍPIO DE PRIMAVERA DO LESTE/MT**, bem como dos demais **MUNICÍPIOS CONSORCIADOS**, em estrita consonância com os encaminhamentos e autorizações emanados da Central de Regulação competente, assegurando o atendimento referenciado, ordenado, humanizado e integral aos usuários do Sistema Único de Saúde, em conformidade com os princípios da integralidade e universalidade do SUS.

**5.** A **CONTRATADA** deverá assegurar a devida contra-referência dos usuários cujos quadros clínicos apresentem estabilização terapêutica e possibilidade de acompanhamento pela Atenção Básica, mediante relatórios clínicos sintéticos, recomendações terapêuticas e orientações médicas pertinentes, de modo a garantir a continuidade e integralidade do cuidado, observando o fluxo de rede e a hierarquização dos serviços de saúde, em estrita consonância com as diretrizes assistenciais do Sistema Único de Saúde – SUS e os protocolos regulatórios estabelecidos.

**6.** A **CONTRATADA** deverá comunicar, de forma tempestiva, formal e devidamente registrada, à Central de Regulação competente, quaisquer intercorrências clínicas, agravamentos de quadro, recusas justificadas, falhas técnicas ou demais situações excepcionais que possam comprometer a continuidade, a qualidade ou a segurança do atendimento prestado, assegurando a rastreabilidade e a transparência dos registros assistenciais.

**7.** A **CONTRATADA** deverá pautar a execução dos serviços pela ética médica, pela responsabilidade técnica do corpo clínico habilitado e pela observância irrestrita às normas, resoluções e diretrizes emanadas dos Conselhos Profissionais competentes, especialmente aquelas expedidas pelo **CONSELHO FEDERAL** e pelo **CONSELHO REGIONAL DE**

**MEDICINA**, que disciplinam o exercício da medicina, a conduta ética dos profissionais e os deveres inerentes à boa prática pneumológica e assistencial.

**8. A CONTRATADA** compromete-se a cooperar com o **CONSÓRCIO REGIONAL DE SAÚDE SUL DE MATO GROSSO – CORESS/MT**, sempre que formalmente demandada, na elaboração, revisão e implementação de protocolos assistenciais em saúde respiratória, bem como na realização de campanhas educativas, ações de prevenção, capacitações técnicas, mutirões especializados e demais atividades integradas, visando ampliar o acesso da população aos serviços pneumológicos contratados, fortalecer a rede regional de atenção em saúde e promover a integralidade, a eficiência e a efetividade das ações em saúde pública.

| ITEM N.º | CÓDIGO TCE/MT | DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE | TIPO | MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO | QUANT. TOTAL | VALOR MÁXIMO UNIT. | VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 18 | 0004455 (CÓD: 1) | SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO CONSULTA MEDICA PNEUMOLOGIA | CONSULTA | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 1.000 | R$ 173,33 | R$ 173.330,00 |
| 19 | 00085021 (CÓD: 1) | SERVICO DE EXAME - DO TIPO EXAMES DE ESPIROMETRIA COM BRONCODILATADOR E EQUIPAMENTOS INCLUSOS | EXAME | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 500 | R$ 174,11 | R$ 87.055,00 |
| **VALOR TOTAL** | | | | | | | **R$ 260.385,00** |

## CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

### EXAMES ESPECIALIZADOS EM ULTRASSONOGRAFIAS DE DOPPLER

**1.** A **CONTRATADA** obriga-se a prestar, de forma contínua, regular e rigorosamente conforme a demanda previamente autorizada pela Central de Regulação competente, serviços médicos especializados em **RADIOLOGIA/DIAGNÓSTICO POR IMAGEM**, consistentes na realização de exames de **ULTRASSONOGRAFIA DA BOLSA ESCROTAL**, **COM DOPPLER**, destinados à avaliação morfofuncional das estruturas testiculares, epididimárias e do plexo pampiniforme, no âmbito territorial do **MUNICÍPIO DE PRIMAVERA DO LESTE/MT**, observando integralmente as normas sanitárias e regulamentares em vigor, os protocolos técnicos aplicáveis e as diretrizes emanadas do Sistema Único de Saúde – SUS, assegurando a plena integralidade, continuidade e resolutividade da assistência diagnóstica, em consonância com os princípios da universalidade, da equidade e da eficiência administrativa.


Rua João Pessoa, n.º 1.357, Centro A, Rondonópolis/MT – CEP:78.700-082.
Fone/Fax: (66) 3423 -1086 E-mail: licitacao@coressmt.com.br

**2.** A **CONTRATADA** deverá disponibilizar, de modo a assegurar a integração assistencial e a efetividade do atendimento especializado, exames de ultrassonografia com Doppler da bolsa escrotal, voltados à avaliação, diagnóstico e acompanhamento de afecções testiculares e anexas, incluindo orquites, epididimites, torções, varicoceles, hidroceles e tumorações, todos previamente autorizados e regulados sob controle técnico da Central de Regulação competente, destinados a atender à demanda reprimida do **MUNICÍPIO DE PRIMAVERA DO LESTE/MT**, bem como dos demais **MUNICÍPIOS CONSORCIADOS**, observadas as normas sanitárias e assistenciais vigentes.

**3.** A **CONTRATADA** deverá executar os serviços exclusivamente em **ESTRUTURA PRÓPRIA**, situada no **MUNICÍPIO DE PRIMAVERA DO LESTE/MT**, e/ou em **ESTRUTURAS DISPONIBILIZADAS PELA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE**, abrangendo as instalações integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS, compreendendo: **ATENÇÃO SECUNDÁRIA:** Ambulatórios de Especialidades, Policlínicas e Unidades de Pronto Atendimento – UPA; **ATENÇÃO TERCIÁRIA:** Hospitais e demais Unidades Públicas Municipais de Saúde. A execução dos serviços deverá observar integralmente as normas sanitárias e regulamentares vigentes, os protocolos técnicos aplicáveis à especialidade de **RADIOLOGIA/DIAGNÓSTICO POR IMAGEM** e **ULTRASSONOGRAFIA**, bem como as diretrizes assistenciais e de segurança do paciente, assegurando a adequação estrutural, a qualidade técnica e a conformidade operacional das atividades desenvolvidas, de modo a garantir a efetividade e a continuidade da atenção diagnóstica especializada.

**4.** A **CONTRATADA** deverá contemplar, na execução dos serviços, a demanda reprimida do **MUNICÍPIO DE PRIMAVERA DO LESTE/MT**, bem como dos demais **MUNICÍPIOS CONSORCIADOS**, em estrita consonância com os encaminhamentos e autorizações emanados da Central de Regulação competente, assegurando o atendimento referenciado, ordenado, humanizado e integral aos usuários do Sistema Único de Saúde, em conformidade com os princípios da integralidade e universalidade do SUS.

**5.** A **CONTRATADA** deverá assegurar a devida contra-referência dos usuários cujos exames apresentem achados clínicos relevantes, mediante laudos médicos descritivos, conclusões diagnósticas e recomendações clínicas pertinentes, devidamente inseridos no sistema regulatório, de modo a garantir a continuidade e integralidade do cuidado, observando o fluxo de rede e a hierarquização dos serviços de saúde, em estrita

consonância com as diretrizes assistenciais do Sistema Único de Saúde – SUS e os protocolos regulatórios estabelecidos.

**6.** A **CONTRATADA** deverá comunicar, de forma tempestiva, formal e devidamente registrada, à Central de Regulação competente, quaisquer intercorrências clínicas, falhas técnicas, recusas justificadas ou demais situações excepcionais que possam comprometer a continuidade, a qualidade ou a segurança do atendimento prestado, assegurando a rastreabilidade e a transparência dos registros assistenciais.

**7.** A **CONTRATADA** deverá pautar a execução dos serviços pela ética médica, pela responsabilidade técnica do corpo clínico habilitado e pela observância irrestrita às normas, resoluções e diretrizes emanadas dos Conselhos Profissionais competentes, especialmente aquelas expedidas pelo **CONSELHO FEDERAL** e pelo **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA**, que disciplinam o exercício da medicina, a conduta ética dos profissionais e os deveres inerentes à boa prática radiológica e assistencial.

**8.** A **CONTRATADA** compromete-se a cooperar com o **CONSÓRCIO REGIONAL DE SAÚDE SUL DE MATO GROSSO – CORESS/MT**, sempre que formalmente demandada, na elaboração, revisão e implementação de protocolos assistenciais em diagnóstico por imagem, bem como na realização de campanhas educativas, ações de prevenção, capacitações técnicas, mutirões especializados e demais atividades integradas, visando ampliar o acesso da população aos serviços de ultrassonografia contratados, fortalecer a rede regional de atenção em saúde e promover a integralidade, a eficiência e a efetividade das ações em saúde pública.

| ITEM N.º | CÓDIGO TCE/MT | DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE | TIPO | MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO | QUANT. TOTAL | VALOR MÁXIMO UNIT. | VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 20 | 00016757 (CÓD: 1) | SERVICO DE EXAME – DO TIPO ULTRASSONOGRAFIA DA BOLSA ESCROTAL, COM DOPPLER | EXAME | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 500 | R$ 244,96 | R$ 122.480,00 |
| **VALOR TOTAL** | | | | | | | **R$ 122.480,00** |

## CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

### EXAMES E PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS EM GASTROENTEROLOGIA

**1.** A **CONTRATADA** obriga-se a prestar, de forma contínua, regular e rigorosamente conforme a demanda previamente autorizada pela

Central de Regulação competente, serviços médicos especializados em **GASTROENTEROLOGIA**, consistentes na realização de exames do tipo **ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA**, destinados à avaliação morfofuncional e diagnóstica das vias digestivas superiores, compreendendo esôfago, estômago e duodeno, no âmbito territorial do **MUNICÍPIO DE POXORÉU/MT**, observando integralmente as normas sanitárias e regulamentares em vigor, os protocolos técnicos aplicáveis e as diretrizes emanadas do Sistema Único de Saúde – SUS, assegurando a plena integralidade, continuidade e resolutividade da assistência diagnóstica, em consonância com os princípios da universalidade, da equidade e da eficiência administrativa.

**2.** A **CONTRATADA** deverá disponibilizar, de modo a assegurar a integração assistencial e a efetividade do atendimento especializado, exames gastroenterológicos do tipo esofagogastroduodenoscopia, voltados à avaliação diagnóstica e terapêutica das vias digestivas superiores, incluindo a identificação e o acompanhamento de patologias esofágicas, gástricas e duodenais, abrangendo esofagites, gastrites, úlceras pépticas, refluxo gastroesofágico, neoplasias e demais alterações estruturais e funcionais, todos previamente autorizados e regulados sob controle técnico da Central de Regulação competente, destinados a atender à demanda reprimida do **MUNICÍPIO DE POXORÉU/MT**, bem como dos demais **MUNICÍPIOS CONSORCIADOS**, observadas as normas sanitárias e assistenciais vigentes.

**3.** A **CONTRATADA** deverá executar os serviços exclusivamente em **ESTRUTURA PRÓPRIA**, situada no **MUNICÍPIO DE POXORÉU/MT**, e/ou em **ESTRUTURAS DISPONIBILIZADAS PELA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE**, abrangendo as instalações integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS, compreendendo: **ATENÇÃO PRIMÁRIA:** Unidades Básicas de Saúde – UBS, Estratégias Saúde da Família – ESF; **ATENÇÃO SECUNDÁRIA:** Ambulatórios de Especialidades, Policlínicas e Unidades de Pronto Atendimento – UPA; **ATENÇÃO TERCIÁRIA:** Hospitais e demais Unidades Públicas Municipais de Saúde. A execução dos serviços deverá observar integralmente as normas sanitárias e regulamentares vigentes, os protocolos técnicos aplicáveis à especialidade de **GASTROENTEROLOGIA**, bem como as diretrizes assistenciais e de segurança do paciente, assegurando a adequação estrutural, a qualidade técnica e a conformidade operacional das atividades desenvolvidas, de modo a garantir a efetividade e a continuidade da atenção diagnóstica especializada.

**4.** A **CONTRATADA** deverá contemplar, na execução dos serviços, a demanda reprimida do **MUNICÍPIO DE POXORÉU/MT**, bem como dos demais **MUNICÍPIOS CONSORCIADOS**, em estrita consonância com os encaminhamentos e autorizações emanados da Central de Regulação competente, assegurando o atendimento referenciado, ordenado, humanizado e integral aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, em conformidade com os princípios da integralidade e universalidade.

**5.** A **CONTRATADA** deverá assegurar a devida contra-referência dos usuários cujos exames apresentem achados clínicos relevantes, mediante laudos médicos descritivos, conclusões diagnósticas e recomendações clínicas pertinentes, devidamente inseridos no sistema regulatório, de modo a garantir a continuidade e integralidade do cuidado, observando o fluxo de rede e a hierarquização dos serviços de saúde, em estrita consonância com as diretrizes assistenciais do Sistema Único de Saúde – SUS e os protocolos regulatórios estabelecidos.

**6.** A **CONTRATADA** deverá comunicar, de forma tempestiva, formal e devidamente registrada, à Central de Regulação competente, quaisquer intercorrências clínicas, falhas técnicas, recusas justificadas ou demais situações excepcionais que possam comprometer a continuidade, a qualidade ou a segurança do atendimento prestado, assegurando a rastreabilidade e a transparência dos registros assistenciais.

**7.** A **CONTRATADA** deverá pautar a execução dos serviços pela ética médica, pela responsabilidade técnica do corpo clínico habilitado e pela observância irrestrita às normas, resoluções e diretrizes emanadas dos Conselhos Profissionais competentes, especialmente aquelas expedidas pelo **CONSELHO FEDERAL** e pelo **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA**, que disciplinam o exercício da medicina, a conduta ética dos profissionais e os deveres inerentes à boa prática gastroenterológica e assistencial.

**8.** A **CONTRATADA** compromete-se a cooperar com o **CONSÓRCIO REGIONAL DE SAÚDE SUL DE MATO GROSSO – CORESS/MT**, sempre que formalmente demandada, na elaboração, revisão e implementação de protocolos assistenciais em saúde digestiva, bem como na realização de campanhas educativas, ações de prevenção, capacitações técnicas, mutirões especializados e demais atividades integradas, visando ampliar o acesso da população aos serviços gastroenterológicos contratados,


Rua João Pessoa, n.º 1.357, Centro A, Rondonópolis/MT – CEP:78.700-082.
Fone/Fax: (66) 3423 -1086 E-mail: licitacao@coressmt.com.br

fortalecer a rede regional de atenção em saúde e promover a integralidade, a eficiência e a efetividade das ações em saúde pública.

| ITEM N.º | CÓDIGO TCE/MT | DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE | TIPO | MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO | QUANT. TOTAL | VALOR MÁXIMO UNIT. | VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 21 | 429793-8 (CÓD: 1) | SERVICO DE EXAME - TIPO ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA | EXAME | POXORÉU - MT | 1.200 | R$ 326,24 | R$ 391.488,00 |
| **VALOR TOTAL** | | | | | | | **R$ 391.488,00** |

## CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

### SERVIÇOS DE ULTRASSONOGRAFIA PARA ATENDIMENTO À UPA 24 HORAS

**1.** A **CONTRATADA** obriga-se a prestar, de forma contínua, regular e conforme a demanda assistencial, serviços especializados de **ULTRASSONOGRAFIA** destinados ao atendimento dos usuários da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24 HORAS DO MUNICÍPIO DE PRIMAVERA DO LESTE/MT**, assegurando suporte diagnóstico adequado e oportuno aos casos de urgência e emergência atendidos na unidade, em observância às normas sanitárias e regulamentares vigentes, aos protocolos assistenciais aplicáveis e às diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

**2.** A **CONTRATADA** deverá assegurar a **disponibilidade dos serviços de ultrassonografia conforme a demanda assistencial da UPA durante as 24 (vinte e quatro) horas de funcionamento da unidade**, não podendo a realização dos exames ficar condicionada exclusivamente a horários fixos previamente determinados, devendo o atendimento ocorrer sempre que regularmente solicitado e autorizado, de acordo com a necessidade clínica dos pacientes atendidos.

Essa parte é essencial porque é exatamente a adequação solicitada pelo Município: o ofício diz que a ultrassonografia não pode ficar condicionada a horários fixos e deve ocorrer conforme a necessidade assistencial ao longo das 24 horas.

**3.** A **CONTRATADA** deverá garantir a realização dos exames solicitados e a respectiva **emissão e disponibilização dos laudos médicos em tempo compatível com a urgência dos casos atendidos**, de modo a permitir a definição diagnóstica e a adoção tempestiva da conduta clínica pela equipe assistencial da UPA 24 Horas, observados os protocolos e critérios clínicos aplicáveis.

Isso também vem diretamente da solicitação da Secretaria.

**4.** A execução dos serviços deverá ocorrer de forma integrada ao fluxo assistencial da **UPA 24 HORAS DE PRIMAVERA DO LESTE/MT**, mediante solicitação e autorização da unidade competente, cabendo à **CONTRATADA** disponibilizar os profissionais, equipamentos, materiais, insumos e demais recursos necessários à adequada realização dos exames, conforme as condições e responsabilidades estabelecidas neste Termo de Referência.

**5.** A **CONTRATADA** deverá assegurar à Administração da **UPA 24 HORAS** a devida governabilidade sobre o processo de **solicitação, autorização e execução dos exames de ultrassonografia**, garantindo os meios necessários ao acompanhamento e controle dos atendimentos realizados.

**6.** A **CONTRATADA** deverá disponibilizar à Administração da UPA e ao **CONSÓRCIO REGIONAL DE SAÚDE SUL DE MATO GROSSO – CORESS/MT**, quando solicitado, **relatórios gerenciais contendo informações relativas à produção dos exames, solicitações realizadas, atendimentos executados, tempos de resposta e demais dados necessários ao acompanhamento do fluxo assistencial**, garantindo a rastreabilidade dos pedidos e a adequada fiscalização da execução contratual.

Os itens 5 e 6 reproduzem a exigência material do ofício quanto à governabilidade da UPA e ao acesso a relatórios para controle da produção, tempos de resposta e fluxo assistencial.

**7.** A **CONTRATADA** deverá manter equipe técnica devidamente habilitada e profissionais legalmente qualificados para a realização e emissão dos respectivos laudos, observando as normas, resoluções e diretrizes dos Conselhos Profissionais competentes, bem como todas as exigências sanitárias e assistenciais aplicáveis à prestação dos serviços de diagnóstico por imagem.

**8.** A **CONTRATADA** deverá comunicar, de forma tempestiva, formal e devidamente registrada, à Administração da UPA e ao **CORESS/MT**, quaisquer intercorrências, indisponibilidades, falhas técnicas ou situações excepcionais que possam comprometer a realização dos exames ou a liberação dos respectivos laudos, adotando imediatamente as providências necessárias à manutenção da continuidade do serviço.

| ITEM N.º | CÓDIGO TCE/MT | DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE | TIPO | MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO | QUANT. TOTAL | VALOR MÁXIMO UNIT. | VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 22 | 00014372 (cód.: 1) | ULTRASSONOGRAFIA ABDOMEN SUPERIOR - UPA | EXAME | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 1.100 | R$ 114,37 | R$ 125.807,00 |


Rua João Pessoa, n.º 1.357, Centro A, Rondonópolis/MT – CEP:78.700-082.
Fone/Fax: (66) 3423 -1086 E-mail: licitacao@coressmt.com.br

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 23 | 00035665 (cód.: 1) | ULTRASSONOGRAFIA ABDOMEN INFERIOR - UPA | EXAME | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 1.100 | R$ 126,83 | R$ 139.513,00 |
| 24 | 280419-0 (cód.: 1) | ULTRASSONOGRAFIA ABDOMEN TOTAL - UPA | EXAME | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 1.430 | R$ 172,68 | R$ 246.932,40 |
| 25 | TCEMT0000421 (cód.: 1) | ULTRASSONOGRAFIA APARELHO URINÁRIO/VIAS URINÁRIAS - UPA | EXAME | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 1.100 | R$ 155,96 | R$ 171.556,00 |
| 26 | 00014369 (cód.: 1) | ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA SIMPLES - UPA | EXAME | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 1.100 | R$ 140,87 | R$ 154.957,00 |
| 27 | TCEMT0000246 (cód.: 1) | ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (ABDOMINAL) - UPA | EXAME | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 1.144 | R$ 212,42 | R$ 243.008,48 |
| 28 | TCEMT0000245 (cód.: 1) | ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL - UPA | EXAME | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 660 | R$ 145,12 | R$ 95.779,20 |
| **VALOR TOTAL** | | | | | | **R$ 1.177.553,08** | |

## 7. OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA:

1. A **CONTRATADA** ficará **OBRIGADA** a iniciar a prestação dos serviços **IMEDIATAMENTE**, a contar da assinatura de ordem de serviço assinada pelo **CORESS/MT**;
2. A **CONTRATADA** ficará **OBRIGADA** a iniciar a prestação dos serviços **IMEDIATAMENTE**, a contar da assinatura de ordem de serviço assinada pelo **CORESS/MT**;
3. A **CONTRATADA** deverá manter-se **HABILITADA** junto aos respectivos órgãos de fiscalização da sua categoria, **SOB PENA** de **RESCISÃO CONTRATUAL**;
4. A **CONTRATADA** deverá manter seu cadastro no **CNES** atualizado durante toda a vigência do **CONTRATO**, **SOB PENA DE RESCISÃO CONTRATUAL**;
5. **OS SERVIÇOS DEVEM SER REALIZADOS NO MUNICÍPIO DE ORIGEM DE CADA ATENDIMENTO, SENDO ELES: "ALTO ARAGUAIA/MT", "ALTO GARÇAS/MT", "CAMPO VERDE/MT", "POXORÉU/MT" E "PRIMAVERA DO LESTE/MT", DEVENDO SER EXECUTADOS INTEGRALMENTE EM INSTALAÇÕES PRÓPRIAS DA CONTRATADA, REGULARMENTE LICENCIADAS E ADEQUADAS AO PLENO CUMPRIMENTO DAS EXIGÊNCIAS TÉCNICAS E SANITÁRIAS APLICÁVEIS;**
6. Para execução dos serviços a **CONTRATADA** deverá fornecer aos seus profissionais, sem ônus para **CONTRATANTE**, todos os **MATERIAIS**

e **EQUIPAMENTOS** de uso **PRÓPRIO** e **INDIVIDUAL** necessários para atendimento dos pacientes;

7. Para a execução dos serviços a **CONTRATADA** deverá arcar com os **GASTOS** decorrentes de **DESPESAS** como **HOSPEDAGEM**, **ALIMENTAÇÃO** e **TRANSPORTE** necessários para seus profissionais durante o atendimento, sem ônus para a **CONTRATANTE**;

8. Para executar os serviços, a **CONTRATADA** deverá disponibilizar pessoal com nível adequado de qualificação e **HABILITAÇÃO PROFISSIONAL** nas especialidades elencadas, reconhecido pelo **ÓRGÃO DE CLASSE**: profissional de nível superior titular de diploma de médico, devidamente registrado no conselho regional de medicina na especialidade de atuação, conforme descrito nas exigências profissionais;

9. **OS SERVIÇOS DEVERÃO SER EXECUTADOS DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DO CORESS/MT E DENTRO DOS HORÁRIOS ESTABELECIDOS PELO SETOR DE REGULAÇÃO;**
10. Os **SERVIÇOS SERÃO PREVIAMENTE AUTORIZADOS** pela **CENTRAL DE REGULAÇÃO DO CORESS/MT**;

11. Os **ENCAMINHAMENTOS** deverão ser preenchidos em **FORMULÁRIO PRÓPRIO DISPONIBILIZADO** pelo **CORESS/MT**;

12. A **CONTRATADA** responderá pelos serviços prestados ao paciente encaminhado pelo Consórcio, isentando integralmente o **CORESS/MT** de todo e qualquer ato falho em que o paciente se sentir lesado;

13. Os **RELATÓRIOS MENSAIS OBRIGATÓRIOS** deverão ser entregues até o **05º DIA ÚTIL DO MÊS SUBSEQUENTE**, com período compreendido do primeiro ao último dia útil do mês da realização, para conferência e **POSTERIOR CONFIRMAÇÃO** da emissão da nota fiscal;

14. A **CONTRATADA** deverá **FORNECER RELAÇÃO NOMINAL** (sem abreviação), com **DATA DE NASCIMENTO**, **DATA DE AGENDAMENTO**, **DESCRIÇÃO POR EXTENSO DO PROCEDIMENTO REALIZADO** para cada paciente no mês de referência, **CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE** e **NOME DO PROFISSIONAL** executor devidamente assinado e carimbado;

15. A **CONTRATADA** deverá fornecer ao **SETOR REQUISITANTE**, informações pertinentes aos atendimentos, bem como atender as solicitações do **CORESS/MT**, fornecendo informações referentes aos atendimentos;

16. A **CONTRATADA** deverá informar a **CONTRATANTE**, por escrito e imediatamente, sobre qualquer anormalidade verificada na execução dos serviços, bem como **QUALQUER FATO** que possa colocar em **RISCO** a **QUALIDADE** da execução dos serviços;

17. **RESPONSABILIZAR-SE INTEGRALMENTE** pelos seus profissionais, primando pela **QUALIDADE**, **DESEMPENHO**, **EFICIÊNCIA** e **PRODUTIVIDADE**, visando à execução dos trabalhos durante toda a vigência contratual, dentro dos prazos e condições estipulados;

18. Assumir **QUAISQUER DANOS CAUSADOS** diretamente à **CONTRATANTE**, ou a **TERCEIROS**, quando estes tenham sido ocasionados em decorrência da execução dos serviços, ou causados por seus representantes ou prepostos;

19. **RECRUTAR** e/ou **CONTRATAR**, sob sua inteira e exclusiva responsabilidade, o **CORPO TÉCNICO** em quantidade compatível com a perfeita execução dos serviços objeto desta licitação, **CABENDO-LHE EFETUAR TODOS** os **PAGAMENTOS DE SALÁRIOS**, os **ENCARGOS SOCIAIS**, **PREVIDENCIÁRIOS** e **TRABALHISTAS**, assim como **TAXAS**, **IMPOSTOS**, **TRANSPORTES**, **ALIMENTAÇÃO** e **OUTRAS EXIGÊNCIAS LEGAIS** ou **REGULAMENTARES**, **FISCAIS** e **COMERCIAIS**, inclusive responsabilidade decorrente de **ACIDENTES**, **INDENIZAÇÕES** e **SEGUROS** e **QUAISQUER OUTROS**, em decorrência da sua condição de **EMPREGADORA** e/ou **CONTRATANTE**, sem qualquer solidariedade da **CONTRATANTE**;

20. Assumir **TOTAL RESPONSABILIDADE**, inclusive por seus **SÓCIOS** e **COLABORADORES**, em manter **ABSOLUTO** e **IRRESTRITO SIGILO** sobre o **CONTEÚDO** das **INFORMAÇÕES** que digam respeito à **CONTRATANTE**, que vier a ter conhecimento por força da prestação dos serviços ora **CONTRATADOS**, vindo a responder, portanto, por todo e qualquer dano que o descumprimento da obrigação aqui assumida venha a ocasionar ao **CONTRATANTE**; e

21. Apresentar a **CONTRATANTE** a **RELAÇÃO NOMINAL DOS PROFISSIONAIS** indicados para os serviços, inclusive em caso de **SUBSTITUIÇÃO**, acompanhada dos respectivos **TÍTULOS DE**

**ESPECIALIZAÇÃO** e respectivas atualizações de registro junto ao **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA**, com cópia autenticada, de modo a compor arquivo de prontuários funcionais sempre à disposição da **CONTRATANTE**;

**22.** Fica o **CONTRATADO** obrigado a **UTILIZAR** o **SISTEMA** de **PRONTUÁRIO ELETRÔNICO** conforme indicado pela **CONTRATANTE**;

**23.** O **CONTRATADO DEVERÁ DISPONIBILIZAR AGENDA DE ATENDIMENTO**, **EM QUALQUER DOS TURNOS** (matutino e/ou vespertino), conforme disponibilidade e solicitação da **CONTRATANTE**;

**24.** É defeso ao **CONTRATADO DEIXAR DE ATENDER NOVOS PACIENTES**, bem como a **RECUSA** em fornecer **AGENDA PARA ATENDIMENTO NOVOS PACIENTES**.

## 8. OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATANTE:

**1.** Efetuar o **PAGAMENTO** ao **CONTRATADO** de acordo com o estabelecido na **ATA DE REGISTRO DE PREÇOS** ou **CONTRATO**;

**2.** Fornecer ao **CONTRATADO** todos os dados e informações que se façam necessárias ao bom desempenho dos serviços ora **CONTRATADOS**;

**3.** Efetuar a autorização, em **FORMULÁRIO PRÓPRIO PADRONIZADO** (guia de agendamento), para atendimento dos pacientes mediante **CARIMBO** e **ASSINATURA** de **FUNCIONÁRIO** do **CONTRATANTE RESPONSÁVEL**;

**4.** Nenhuma outra **REMUNERAÇÃO** será devida ao **CONTRATADO**, a **QUALQUER TÍTULO** ou **NATUREZA**, decorrentes de **ENCARGOS SOCIAIS**, **TRABALHISTAS** e **PREVIDENCIÁRIOS RELATIVOS** ao cumprimento das **OBRIGAÇÕES ESTABELECIDAS** no presente instrumento, pois, fica convencionado que não há relação de emprego entre o **CONTRATANTE** e o **CONTRATADO**, estando este **CONTRATO** disciplinado pelos ***ARTIGOS 593*** e ***SEGUINTES*** do ***CÓDIGO CIVIL***;

**5.** Nenhuma outra **REMUNERAÇÃO** será devida ao **CONTRATADO** decorrente de despesas como **HOSPEDAGEM**, **ALIMENTAÇÃO** e **TRANSPORTE** para a execução dos serviços **CONTRATADOS**.

## 9. VALOR ESTIMADO:

**O VALOR GLOBAL ESTIMADO PARA ATENDER À SOLICITAÇÃO É DE R$ 4.226.714,98 (QUATRO MILHÕES E DUZENTOS E VINTE E SEIS MIL E SETECENTOS E QUATORZE REAIS E NOVENTA E OITO CENTAVOS).**

## 10. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:

O **PAGAMENTO REFERENTE** à **PRESTAÇÃO DO SERVIÇO** será **EFETUADO** após a execução dos respectivos eventos, em até **10 (DEZ) DIAS** após a **ENTREGA** da **NOTA FISCAL** e **CERTIDÕES NEGATIVAS**, devidamente atestada pelo **SETOR COMPETENTE**, através do seu Fiscal de Contrato.

## 11. DOTAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS:

A despesa decorrente do objeto desta licitação correrá à conta de recursos específicos consignados no orçamento deste Consórcio, no programa de trabalho:

| | | |
|---|---|---|
| **ÓRGÃO:** | **CONSÓRCIO REGIONAL DE SAÚDE SUL DE MATO GROSSO** | **02** |
| **UNIDADE:** | **CONSÓRCIO REGIONAL DE SAÚDE SUL DE MATO GROSSO** | **001** |
| **FUNÇÃO:** | **SAÚDE** | **10** |
| **SUB FUNÇÃO:** | **ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL** | **302** |
| **PROGRAMA:** | **COMPLEMENTO AS AÇÕES DO SUS** | **7030** |
| **PROJETO/ATIVIDADE:** | **MANUTENÇÃO E ENCARGOS COM O CORESS/MT** | **2002** |
| **ELEMENTO DE DESPESA:** | **OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA** | **3.3.90.39** |
| **DESDOBRAMENTO:** | **SERVIÇOS MÉDICOS HOSPITALARES** | **50.00.00** |

## 12. PRAZO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO:

A **CONTRATAÇÃO** em apreço terá seu **PRAZO DE VIGÊNCIA** de **12 (DOZE) MESES**, podendo ser prorrogado conforme legislação vigente e interesse do **CORESS/MT**.

## 13. ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO:

**13.1.1.** O **CONTRATO** deverá ser **EXECUTADO FIELMENTE PELAS PARTES**, de acordo com as **CLÁUSULAS** avençadas e as normas da ***LEI Nº 14.133***, de ***2021***, e cada parte responderá pelas consequências de sua inexecução total ou parcial (***LEI Nº 14.133/2021***, ***ART. 115***, ***CAPUT***);

**13.1.2.** Em caso de **IMPEDIMENTO**, ordem de **PARALISAÇÃO** ou **SUSPENSÃO** do **CONTRATO**, o cronograma de execução será prorrogado automaticamente pelo tempo correspondente, anotadas tais circunstâncias mediantes simples apostila (***LEI Nº 14.133/2021***, ***ART. 115***, ***§5º***);

**13.1.3.** A **EXECUÇÃO** do **CONTRATO** deverá ser acompanhada e fiscalizada pelo(s) fiscal(is) do contrato, ou pelos respectivos substitutos (***LEI Nº 14.133/2021***, ***ART. 117***, ***CAPUT***);

**13.1.3.1.** O **FISCAL** do **CONTRATO** anotará em registro próprio todas as ocorrências relacionadas à **EXECUÇÃO** do **CONTRATO**, determinando o

que for necessário para a **REGULARIZAÇÃO** das **FALTAS** ou dos **DEFEITOS** observados (***LEI Nº 14.133/2021***, ***ART. 117***, ***§1º***);

**13.1.3.2.** O **FISCAL** do **CONTRATO** informará a seus superiores, em tempo hábil para a **ADOÇÃO** das medidas **CONVENIENTES**, a situação que demandar **DECISÃO** ou **PROVIDÊNCIA** que ultrapasse sua competência (***LEI Nº 14.133/2021***, ***ART. 117***, ***§2º***);

**13.1.4.** O **CONTRATADO** deverá manter **PREPOSTO ACEITO** pela Administração no local do serviço para representá-lo na **EXECUÇÃO** do **CONTRATO**. (***LEI Nº 14.133/2021***, ***ART. 118***);

**13.1.4.1.** A indicação ou a manutenção do **PREPOSTO** da **EMPRESA** poderá ser **RECUSADA** pelo órgão ou entidade, desde que devidamente justificada, devendo a empresa designar outro para o exercício da atividade (***IN 5***, ***ART. 44***, ***§1º***);

**13.1.5.** O **CONTRATADO** será **OBRIGADO** a **REPARAR**, ***CORRIGIR***, ***REMOVER***, ***RECONSTRUIR*** ou ***SUBSTITUIR***, a suas expensas, no total ou em parte, o objeto do **CONTRATO** em que se verificarem **VÍCIOS**, **DEFEITOS** ou **INCORREÇÕES** resultantes de sua execução ou de materiais nela empregados (***LEI Nº 14.133/2021***, ***ART. 119***);

**13.1.6.** O **CONTRATADO** será responsável pelos **DANOS CAUSADOS** diretamente à Administração ou a **TERCEIROS** em razão da execução do **CONTRATO**, e não excluirá nem reduzirá essa responsabilidade a fiscalização ou o acompanhamento pelo **CONTRATANTE** (***LEI Nº 14.133/2021***, ***ART. 120***);

**13.1.7.** Somente o **CONTRATADO** será **RESPONSÁVEL** pelos **ENCARGOS TRABALHISTAS**, **PREVIDENCIÁRIOS**, **FISCAIS** e **COMERCIAIS** resultantes da execução do **CONTRATO** (***LEI Nº 14.133/2021***, ***ART. 121***, ***CAPUT***);

**13.1.7.1.** A **INADIMPLÊNCIA** do **CONTRATADO** em relação aos encargos **TRABALHISTAS**, **FISCAIS** e **COMERCIAIS** não transferirá à Administração a **RESPONSABILIDADE** pelo seu pagamento e não poderá **ONERAR** o objeto do **CONTRATO** (***LEI Nº 14.133/2021***, ***ART. 121***, ***§1º***);

**13.1.8.** As **COMUNICAÇÕES** entre o órgão ou entidade e a **CONTRATADA** devem ser **REALIZADAS** por **ESCRITO SEMPRE** que o **ATO EXIGIR TAL FORMALIDADE**, admitindo-se, **EXCEPCIONALMENTE**, o uso de mensagem eletrônica para esse fim;

**13.1.9.** O órgão ou entidade poderá **CONVOCAR REPRESENTANTE** da empresa para **ADOÇÃO** de **PROVIDÊNCIAS** que devam ser cumpridas de imediato;

**13.1.10.** Após a **ASSINATURA** do **CONTRATO** ou **INSTRUMENTO EQUIVALENTE**, o órgão ou entidade convocará o representante da empresa **CONTRATADA** para reunião inicial para apresentação do plano de fiscalização, que conterá informações acerca das obrigações contratuais, dos mecanismos de fiscalização, das estratégias para execução do objeto, do plano complementar de execução da **CONTRATADA**, quando houver, do método de aferição dos resultados e das sanções aplicáveis, dentre outros.

Rondonópolis/MT, 22 de outubro de 2026.

**MARCOS VINICIUS DE ALMEIDA MARAFIGO**
**AGENTE DE CONTRATAÇÃO/PREGOEIRO**
Resolução Nº 018/2.024

**LUCILEIA HENRIQUE DOS SANTOS**
**COMISSÃO DAS LICITAÇÕES**
Resolução Nº 016/2.025

**ROSANGELA S. DOS SANTOS KREMER**
**COMISSÃO DAS LICITAÇÕES**
Resolução Nº 016/2.025

**JULIANA MENEZES DE SOUZA**
**COMISSÃO DAS LICITAÇÕES**
Resolução Nº 016/2.025

**AUDIMAR ROCHA SANTOS**
Secretário Executivo
Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso - CORESS/MT

**DE ACORDO**:


Rua João Pessoa, n.º 1.357, Centro A, Rondonópolis/MT – CEP:78.700-082.
Fone/Fax: (66) 3423 -1086 E-mail: licitacao@coressmt.com.br

**JOÃO ISAACK MOREIRA CASTELO BRANCO**
Presidente do Conselho Diretor
Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso - CORESS/MT

**ANEXO II**

**MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS PARA EMPRESAS VENCEDORAS**

**PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 005/2026**
**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 008/2026**

| **IDENTIFICAÇÃO DA PROPONENTE:** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **NOME DE FANTASIA:** | | | | |
| **RAZÃO SOCIAL:** | | | | |
| **CNPJ:**<br>**INSC. MUN:** | **OPTANTE PELO SIMPLES? ( ) SIM ( ) NÃO**<br>**CAMPO OBRIGATÓRIO** | | | |
| **INSC. EST:** | | | | |
| **ENDEREÇO:** | | | | |
| **BAIRRO:** | **CIDADE:** | | | |
| **CEP:** | **E-MAIL:** | | | |
| **TELEFONE:** | **FAX:** | | | |
| **BANCO:** | **CONTA BANCÁRIA:** | | | |
| **NOME E Nº DA AGÊNCIA:** | | | | |
| **ITEM** | **DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE** | **QUANT. TOTAL** | **VALOR MÁXIMO UNIT.** | **VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES)** |
| | | | | |
| **VALOR TOTAL** | | | | **R$** |

## 1. DECLARAÇÃO DE INCLUSÃO DE DESPESAS:

Pelo presente instrumento, **DECLARO** que o valor orçado abrange todas as despesas relacionadas à mão de obra, incluindo, mas não se limitando, a todos os tributos e encargos fiscais, sociais, trabalhistas, previdenciários e comerciais, bem como todos os custos de transporte e entrega do objeto proposto.

**VALIDADE DA PROPOSTA: 60 (SESSENTA) DIAS.**

## 2. OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

**1. CRITÉRIOS DE DESCLASSIFICAÇÃO:** Serão **DESCLASSIFICADAS** propostas com preços excessivos, simbólicos, nulos ou inexequíveis, ou que apresentem vantagens baseadas em ofertas de outros licitantes, em desacordo com a legislação ou com este **EDITAL**.

**2. PROPOSTA ELETRÔNICA:** Deverá observar integralmente as exigências do **EDITAL**, sendo vedada a inclusão de qualquer dado que identifique o licitante. **O DESCUMPRIMENTO IMPLICARÁ DESCLASSIFICAÇÃO**.

**3. PRAZO DE SUBMISSÃO:** A proposta deverá ser enviada exclusivamente pela plataforma oficial de licitações do CORESS/MT, disponível em https://www.selcorp.com.br/. conforme prazo e horário estabelecidos no cronograma do **EDITAL**.

LOCAL E DATA.

_____

**ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA EMPRESA**
(NOME LEGÍVEL/CARGO)

**ANEXO III**

**MODELO DE DECLARAÇÃO UNIFICADA**

**PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 005/2026**
**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 008/2026**

Ao Pregoeiro - 2026 e quipe de apoio;
Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso – CORESS/MT

Pelo presente instrumento, a empresa [**NOME DA EMPRESA**], **CNPJ Nº** [**NÚMERO DO CNPJ**], com sede na [**ENDEREÇO COMPLETO**], através de seu representante legal infra-assinado, que:

( ) Declara, sob as penas do ***ARTIGO 299*** do ***CÓDIGO PENAL***, que se enquadra na situação de microempresa, empresa de pequeno porte ou cooperativa, nos termos da ***LEI COMPLEMENTAR Nº 123/06***, alterada pela ***LEI COMPLEMENTAR Nº 147/14***, bem assim que inexistem fatos supervenientes que conduzam ao seu desenquadramento desta situação.

***( ) - MARCAR ESTE ITEM CASO SE ENQUADRE NA SITUAÇÃO DE MICROEMPRESA, EMPRESA DE PEQUENO PORTE OU COOPERATIVA***.

**1)** Declaramos, para os fins do disposto no inciso ***XXXIII*** do ***ART. 7º*** da ***CONSTITUIÇÃO FEDERAL***, não empregamos menores de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e nem menores de dezesseis anos, em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir dos quatorze anos de idade.

**2)** Declaramos, em conformidade com a ***LEI Nº 14.133 DE 2021***, que cumprimos todos os requisitos para habilitação para este certame licitatório no Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso – CORESS/MT – **PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 005/2026**.

**3)** Declaramos, para os fins que até a presente data inexistem fatos supervenientes impeditivos para habilitação no presente **PROCESSO ADMINISTRATIVO**, estando ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

**4)** Declaramos, para os fins que a empresa não foi declarada inidônea por nenhum órgão público de qualquer esfera de governo, estando apta a contratar com o poder público.

**5)** Declaramos, para os devidos fins que não possuímos em nosso quadro societário e de empregados, servidor ou dirigente de órgão ou entidade contratante ou responsável pela licitação.

**6)** Declaramos, que cumpriremos os prazos de entrega/execução dos materiais/serviços, conforme solicitado pela requisitante do **EDITAL** de **PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 005/2026**.

**7)** Comprometemos a manter durante a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.

**8)** Declaramos, para os devidos fins de direito, na qualidade de Proponente dos procedimentos licitatórios, instaurados por este Consórcio, que o (a) [**NOME DA EMPRESA**], responsável legal da empresa é o (a) Sr. (a) [**NOME DO RESPONSÁVEL**] Portador (a) do RG sob nº [**NÚMERO DO RG**] e CPF nº [**NÚMERO DO CPF**], cuja função/cargo é [**NOME DA FUNÇÃO**] (**SÓCIO ADMINISTRADOR/ PROCURADOR/DIRETOR/ETC**), responsável pela assinatura da Ata de Registro de Preços/Contrato.

**9)** Declaramos, para os devidos fins que em caso de qualquer comunicação futura referente e este **PROCESSO ADMINISTRATIVO**, bem como em caso de eventual contratação, concordo que a Ata de Registro de Preços/Contrato seja encaminhado para o seguinte endereço:

**E-MAIL:** _____
**TELEFONE:** _____

**10)** Caso altere o citado e-mail ou telefone comprometo-me em protocolizar pedido de alteração junto ao Sistema de Protocolo do Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso – CORESS/MT, sob pena de ser considerado como intimado nos dados anteriormente fornecidos.

**11)** Nomeamos e constituímos o senhor (a) [**NOME DO RESPONSÁVEL**], portador (a) do CPF/MF sob n.º [**NÚMERO DO CPF**], para ser o (a) responsável para acompanhar a execução da **ATA DE REGISTRO DE PREÇOS/CONTRATO**, referente ao **PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 005/2026** e todos os atos necessários ao cumprimento das obrigações contidas no instrumento convocatório, seus Anexos e na Ata de Registro de Preços/Contrato.

***SOLICITA-SE QUE A ELABORAÇÃO DA DECLARAÇÃO SEJA REALIZADA PREFERENCIALMENTE EM PAPEL TIMBRADO.***"

LOCAL E DATA.

_____
**ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA EMPRESA**
(NOME LEGÍVEL/CARGO)

**ANEXO IV**

**MODELO DE DECLARAÇÃO RELATIVA À TRABALHO DE MENORES**
**PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 005/2026**
**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 008/2026**

Os licitantes que possuírem menores de **16 (DEZESSEIS) ANOS** na condição de aprendizes deverão **DECLARAR** expressamente essa situação, mediante apresentação de documento redigido nos termos a seguir:

Eu, [**NOME DO RESPONSÁVEL**], brasileiro, [**ESTADO CIVIL**], portador do CPF nº [**NÚMERO DO CPF**], na qualidade de [**CARGO DO RESPONSÁVEL**] da empresa [**NOME DA EMPRESA**], inscrita no CNPJ sob o nº [**NÚMERO DO CNPJ**], com sede à [**ENDEREÇO COMPLETO**], por meio do presente instrumento e para os fins de direito, declaro, sob as penas da lei, que:

1. Em estrita conformidade com o disposto na legislação trabalhista e demais normas aplicáveis, a empresa mantém em seu quadro funcional ***MENORES DE 16*** (**DEZESSEIS**) ***ANOS*** na condição de aprendizes, todos regularmente contratados nos termos da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em especial os ***ARTIGOS 428*** a ***433***, e em observância às disposições da ***LEI Nº 10.097/2000***, do ***DECRETO Nº 5.598/2005*** e demais dispositivos correlatos.
2. A presente declaração é elaborada em atendimento às exigências do instrumento convocatório do processo licitatório em referência, cumprindo a obrigatoriedade de manifestação expressa quanto à contratação de menores aprendizes, conforme determinação constante no **EDITAL** e nos normativos pertinentes.
3. Declaro, ainda, estar ciente de que o descumprimento das obrigações legais e das condições ora declaradas poderá acarretar a aplicação de sanções administrativas, incluindo, mas não se limitando a, desclassificação da licitante, imposição de penalidades previstas na ***LEI Nº 14.133/2021*** e demais normas aplicáveis, sem prejuízo das responsabilidades civis e criminais eventualmente cabíveis.

***"SOLICITA-SE QUE A ELABORAÇÃO DA DECLARAÇÃO SEJA REALIZADA PREFERENCIALMENTE EM PAPEL TIMBRADO."***

LOCAL E DATA.

_____

**ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA EMPRESA**
(NOME LEGÍVEL/CARGO)

**ANEXO V**

# MINUTA DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS

**VALIDADE: 12 (DOZE) MESES**

Aos_____dias do mês de_____de 2026, o **CONSÓRCIO REGIONAL DE SAÚDE SUL DE MATO GROSSO – CORESS/MT** constituído sobre a forma jurídica de Associação Civil, com personalidade jurídica de direito privado, inscrito no CNPJ sob n.º 05.238.413/0001-22, com sede sito à Rua João Pessoa, n.º 1.357, Centro A, nesta cidade de Rondonópolis/MT, neste ato representado pelo Presidente do Conselho Diretor, Sr **JOÃO ISAACK MOREIRA CASTELO BRANCO**, brasileiro, casado, Prefeito do Município de Tesouro/MT, portador do RG n.º_____SSP/_____e inscrito no CPF sob n.º_____, residente e domiciliado na Rua_____, Tesouro/MT, no uso das atribuições que lhe são conferidas, e de outro lado, as Sociedades empresárias doravante denominadas simplesmente FORNECEDOR,_____, inscrita no CNPJ/MF sob o nº_____, estabelecida_____, neste ato representada pelo Senhor (a)_____, portador (a) da Cédula de Identidade nº_____, expedida pela_____e do CPF nº_____, em face da classificação das propostas apresentadas no **PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 005/2026**, RESOLVEM registrar os preços para "**CONTRATAÇÃO DE EMPRESAS ESPECIALIZADAS NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, COMPREENDENDO CONSULTAS, EXAMES, PROCEDIMENTOS E TRATAMENTOS NAS ÁREAS DE CARDIOLOGIA, DERMATOLOGIA, PSIQUIATRIA ADULTO E INFANTIL, PNEUMOLOGIA, RADIOLOGIA/DIAGNÓSTICO POR IMAGEM, INCLUINDO ULTRASSONOGRAFIAS COM DOPPLER, E GASTROENTEROLOGIA, DESTINADOS A ATENDER À DEMANDA DOS MUNICÍPIOS DE ALTO ARAGUAIA - MT, ALTO GARÇAS - MT, CAMPO VERDE - MT, POXORÉU - MT E PRIMAVERA DO LESTE - MT, ALÉM DOS DEMAIS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS, PELO PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES, COM POSSIBILIDADE DE PRORROGAÇÃO, NOS TERMOS DO ART. 105 DA LEI FEDERAL Nº 14.133/2021 E DEMAIS DISPOSITIVOS LEGAIS APLICÁVEIS**", constantes do ANEXO I do EDITAL DO PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 005/2026, que passa a fazer parte integrante desta ATA DE REGISTRO DE PREÇOS, nos termos da LEI Nº 14.133, de 1º DE ABRIL DE 2021, da LEI COMPLEMENTAR Nº 123 de 14 DE DEZEMBRO DE 2006, LEI Nº 147 de 07 DE

AGOSTO DE 2014 e demais legislações complementares, mediante as CLÁUSULAS e condições seguintes:

## CLÁUSULA I - DO OBJETO

**1.1.** A presente ATA tem por objeto o Registro de Preços para "**CONTRATAÇÃO DE EMPRESAS ESPECIALIZADAS NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, COMPREENDENDO CONSULTAS, EXAMES, PROCEDIMENTOS E TRATAMENTOS NAS ÁREAS DE CARDIOLOGIA, DERMATOLOGIA, PSIQUIATRIA ADULTO E INFANTIL, PNEUMOLOGIA, RADIOLOGIA/DIAGNÓSTICO POR IMAGEM, INCLUINDO ULTRASSONOGRAFIAS COM DOPPLER, E GASTROENTEROLOGIA, DESTINADOS A ATENDER À DEMANDA DOS MUNICÍPIOS DE ALTO ARAGUAIA - MT, ALTO GARÇAS - MT, CAMPO VERDE - MT, POXORÉU - MT E PRIMAVERA DO LESTE - MT, ALÉM DOS DEMAIS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS, PELO PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES, COM POSSIBILIDADE DE PRORROGAÇÃO, NOS TERMOS DO ART. 105 DA LEI FEDERAL Nº 14.133/2021 E DEMAIS DISPOSITIVOS LEGAIS APLICÁVEIS**", conforme planilha abaixo:

### CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

#### CONSULTAS MÉDICAS, EXAMES E PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS EM CARDIOLOGIA

| ITEM N.º | CÓDIGO TCE/MT | DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE | TIPO | MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO | QUANT. TOTAL | VALOR MÁXIMO UNIT. | VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | 0004216 (CÓD: 1) | SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO CONSULTA MEDICA CARDIOLOGIA | CONSULTA | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 1.000 | | |
| 02 | 00065585 (CÓD: 1) | SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO CONSULTA DE CARDIOLOGIA PEDIATRA | CONSULTA | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 800 | | |
| 03 | 00057415 (CÓD: 1) | SERVICO DE EXAME - ELETROCARDIOGRAMA | EXAME | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 500 | | |
| 04 | 0004574 (CÓD: 1) | SERVICO DE EXAME - DE ECOCARDIOGRAMA PEDIATRICO | EXAME | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 500 | | |
| 05 | 00035833 (CÓD: 1) | SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - ECOCARDIOGRAMA ADULTO | PROCEDIMENTO | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 400 | | |
| 06 | 0002270 (CÓD: 1) | SERVICO DE EXAME - DO TIPO TESTE ERGOMETRICO, TESDE DE ESFORCO OU TESTE SOBRE ESTRESSE FISICO | EXAME | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 780 | | |


Rua João Pessoa, n.º 1357, Centro A, Rondonópolis/MT – CEP:78.700-082.
Fone/Fax: (66) 3423-1086 E-mail: licitacao@coressmt.com.br

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 07 | TCEMT0000231 (CÓD: 1) | SERVICO DE EXAME - EXAME MAPA | EXAME | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 350 | | |
| 08 | TCEMT0000233 (CÓD: 1) | SERVICO DE EXAME - EXAME HOLTER 24 HORAS | EXAME | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 350 | | |
| **VALOR TOTAL** | | | | | | **R$** | |

## CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

### CONSULTAS MÉDICAS E PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS EM DERMATOLOGIA

| ITEM N.º | CÓDIGO TCE/MT | DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE | TIPO | MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO | QUANT. TOTAL | VALOR MÁXIMO UNIT. | VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 09 | 0004218 (CÓD: 1) | SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO CONSULTA MEDICA DERMATOLOGIA | CONSULTA | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 850 | | |
| 10 | 310026-0 (CÓD: 1) | SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO BIOPSIA DA PELE | PROCEDIMENTO | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 600 | | |
| 11 | 312927-6 (CÓD: 1) | SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO ENDO - LASER-CRIOTERAPIA-DIATERMIA | PROCEDIMENTO | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 400 | | |
| 12 | 00086464 (CÓD: 1) | SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - CAUTERIZACAO QUIMICA DE PEQUENAS LESOES DE PELE | PROCEDIMENTO | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 400 | | |
| **VALOR TOTAL** | | | | | | **R$** | |

## CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

### CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS EM PSIQUIATRIA

| ITEM N.º | CÓDIGO TCE/MT | DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE | TIPO | MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO | QUANT. TOTAL | VALOR MÁXIMO UNIT. | VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 13 | 0004217 (CÓD: 1) | SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO CONSULTA MEDICA PSIQUIATRIA | CONSULTA | CAMPO VERDE - MT | 1.000 | | |
| **VALOR TOTAL** | | | | | | **R$** | |

## CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

### CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS EM PSIQUIATRIA ADULTO E INFANTIL

| ITEM N.º | CÓDIGO TCE/MT | DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE | TIPO | MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO | QUANT. TOTAL | VALOR MÁXIMO UNIT. | VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14 | 0004217 (CÓD: 1) | SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO CONSULTA MEDICA PSIQUIATRIA | CONSULTA | ALTO GARÇAS - MT | 1.000 | | |
| 15 | 0004563 (CÓD: 1) | SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO CONSULTA MEDICA DE PSIQUIATRIA INFANTIL | CONSULTA | ALTO GARÇAS - MT | 1.000 | | |
| VALOR TOTAL | | | | | | R$ | |

## CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

### CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS EM PSIQUIATRIA ADULTO E INFANTIL

| ITEM N.º | CÓDIGO TCE/MT | DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE | TIPO | MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO | QUANT. TOTAL | VALOR MÁXIMO UNIT. | VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 16 | 0004217 (CÓD: 1) | SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO CONSULTA MEDICA PSIQUIATRIA | CONSULTA | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 1.200 | | |
| 17 | 0004563 (CÓD: 1) | SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO CONSULTA MEDICA DE PSIQUIATRIA INFANTIL | CONSULTA | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 1.200 | | |
| VALOR TOTAL | | | | | | R$ | |

## CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

### CONSULTAS MÉDICAS E EXAMES ESPECIALIZADOS EM PNEUMOLOGIA

| ITEM N.º | CÓDIGO TCE/MT | DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE | TIPO | MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO | QUANT. TOTAL | VALOR MÁXIMO UNIT. | VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 18 | 0004455 (CÓD: 1) | SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO CONSULTA MEDICA PNEUMOLOGIA | CONSULTA | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 1.000 | | |
| 19 | 00085021 (CÓD: 1) | SERVICO DE EXAME - DO TIPO EXAMES DE ESPIROMETRIA COM BRONCODILATADOR E EQUIPAMENTOS INCLUSOS | EXAME | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 500 | | |
| VALOR TOTAL | | | | | | R$ | |

## CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

### EXAMES ESPECIALIZADOS EM ULTRASSONOGRAFIAS DE DOPPLER

| ITEM N.º | CÓDIGO TCE/MT | DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE | TIPO | MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO | QUANT. TOTAL | VALOR MÁXIMO UNIT. | VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 20 | 00016757 (CÓD: 1) | SERVICO DE EXAME – DO TIPO ULTRASSONOGRAFIA DA BOLSA ESCROTAL, COM DOPPLER | EXAME | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 500 | | |
| VALOR TOTAL | | | | | | R$ | |


Rua João Pessoa, n.º 1357, Centro A, Rondonópolis/MT – CEP:78.700-082.
Fone/Fax: (66) 3423-1086 E-mail: licitacao@coressmt.com.br

## CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

### EXAMES E PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS EM GASTROENTEROLOGIA

| ITEM N.º | CÓDIGO TCE/MT | DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE | TIPO | MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO | QUANT. TOTAL | VALOR MÁXIMO UNIT. | VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 21 | 429793-8 (CÓD: 1) | SERVICO DE EXAME - TIPO ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA | EXAME | POXORÉU - MT | 1.200 | | |
| **VALOR TOTAL** | | | | | | | **R$** |

## CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

### SERVIÇOS DE ULTRASSONOGRAFIA PARA ATENDIMENTO À UPA 24 HORAS

| ITEM N.º | CÓDIGO TCE/MT | DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE | TIPO | MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO | QUANT. TOTAL | VALOR MÁXIMO UNIT. | VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 22 | 00014372 (cód.: 1) | ULTRASSONOGRAFIA ABDOMEN SUPERIOR - UPA | EXAME | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 1.100 | | |
| 23 | 00035665 (cód.: 1) | ULTRASSONOGRAFIA ABDOMEN INFERIOR - UPA | EXAME | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 1.100 | | |
| 24 | 280419-0 (cód.: 1) | ULTRASSONOGRAFIA ABDOMEN TOTAL - UPA | EXAME | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 1.430 | | |
| 25 | TCEMT00004 21 (cód.: 1) | ULTRASSONOGRAFIA APARELHO URINÁRIO/VIAS URINÁRIAS - UPA | EXAME | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 1.100 | | |
| 26 | 00014369 (cód.: 1) | ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA SIMPLES - UPA | EXAME | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 1.100 | | |
| 27 | TCEMT00002 46 (cód.: 1) | ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (ABDOMINAL) - UPA | EXAME | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 1.144 | | |
| 28 | TCEMT00002 45 (cód.: 1) | ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL - UPA | EXAME | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 660 | | |
| **VALOR TOTAL** | | | | | | | **R$** |

**2.1.** A presente **ATA DE REGISTRO DE PREÇOS** vigorará por **12 (DOZE) MESES**, a partir da data de sua assinatura.

**2.1.1.** Durante o prazo de validade desta **ATA DE REGISTRO DE PREÇOS**, o Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso não será obrigado a utilizar-se dos serviços referidos na ***CLÁUSULA I***, exclusivamente, pelo Sistema de Registro de Preços, podendo fazê-lo através de outra licitação quando julgar conveniente, sem que caiba recurso ou indenização de quaisquer espécies às sociedades empresárias detentoras, podendo inclusive, cancelar esta **ATA**, na ocorrência de alguma das hipóteses legalmente previstas para tanto, garantidos às detentoras, neste caso, o contraditório e a ampla defesa.

## CLÁUSULA III - DA UTILIZAÇÃO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS

**3.1.** A presente **ATA**, durante sua vigência, poderá ser utilizada por qualquer órgão ou entidade da Administração que não tenha participado do certame licitatório, mediante manifestação de interesse junto ao Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso, para que este autorize e indique os possíveis fornecedores e respectivos preços a serem praticados, obedecendo a ordem de classificação e os quantitativos a serem locados, não podendo exceder, por órgão ou entidade, a **50% (CINQUENTA POR CENTO)** dos quantitativos registrados.

**3.1.1.** O(s) preço(s) ofertado(s) pelo(s) Fornecedor(es) signatário(s) da presente **ATA DE REGISTRO DE PREÇOS** está especificado no **ANEXO I**, do **EDITAL DO PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 005/2026**, de acordo com a respectiva classificação.

**3.1.2.** Para os fornecimentos decorrentes desta **ATA**, serão observados os aspectos relativos aos preços e condições constantes do **EDITAL DO PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 005/2026**.

**3.1.3.** Em cada fornecimento, o preço unitário a ser pago será o constante da proposta de preços apresentada, no **PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 005/2026**, pela sociedade empresária detentora da presente **ATA**.

## CLÁUSULA IV - DO LOCAL

**4.1.** Todas as atividades necessárias à execução do objeto desta **ATA DE REGISTRO DE PREÇOS** deverão ser realizadas em espaços físicos e instalações adequadas.

## CLÁUSULA V - DO PAGAMENTO

**5.1.** Executados os serviços, a **CONTRATADA** deverá apresentar, a(s) nota(s) fiscal(is)/fatura(s), emitida(s) para fins de liquidação e pagamento, acompanhada(s) dos seguintes documentos:

**5.1.1.** Certificado de Regularidade de Situação do FGTS – (**CRF**);

**5.1.2.** Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;

**5.1.3.** Certidões Negativas de Débitos junto às Fazendas Federal (abrangendo inclusive a Regularidade perante o Instituto Nacional do


Rua João Pessoa, n.º 1357, Centro A, Rondonópolis/MT – CEP:78.700-082.
Fone/Fax: (66) 3423-1086 E-mail: licitacao@coressmt.com.br

Seguro Social – (**INSS**), Estadual e Municipal, do domicílio sede da **CONTRATADA**.

**5.1.3.1.** O Contribuinte Individual fará prova de regularidade perante a Previdência Social mediante a apresentação Declaração de Regularidade de Situação do Contribuinte Individual (**DRS-CI**).

**5.2.** O pagamento será efetuado pelo Consórcio Regional de Saúde **MENSALMENTE**, até o **10º (DÉCIMO) DIA ÚTIL SUBSEQUENTE** ao mês de prestação de serviços, contado da data de protocolização da **NOTA FISCAL/FATURA** e dos respectivos documentos comprobatórios da execução da despesa, mediante ordem bancária, emitida através do **BANCO DO BRASIL**, creditada em conta corrente da **CONTRATADA**.

**5.3.** A **CONTRATADA** deverá indicar no corpo da Nota Fiscal/fatura, a descrição completa dos serviços prestados a este Consórcio, além do número da conta, agência e nome do banco onde deverá ser feito o pagamento.

**5.4.** Caso constatado alguma irregularidade nas notas fiscais/faturas, estas serão devolvidas a **CONTRATADA**, para as necessárias correções, com as informações que motivaram sua rejeição, sendo o pagamento realizado após a reapresentação das notas fiscais/faturas.

**5.5.** Nenhum pagamento será efetuado à **CONTRATADA**, na pendência de qualquer uma das situações acima especificadas.

## CLÁUSULA VI - DAS CONDIÇÕES DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

**6.1**. A prestação dos serviços deverá ser efetuada conforme condições e especificações constantes no **EDITAL DE LICITAÇÃO** e seus anexos, especialmente os previstos no **TERMO DE REFERÊNCIA 008/2026**, de acordo com a sua proposta de preço, e pelo período de vigência fixado nesta **ATA**, sob as penas da ***LEI FEDERAL Nº 14.133 DE 2021*** e suas alterações posteriores.

**6.2.** O fornecedor ficará obrigado a atender todos os pedidos efetuados, durante a vigência desta **ATA DE REGISTRO DE PREÇOS**.

## CLÁUSULA VII - DAS PENALIDADES

**7.1.** Ocorrendo a inexecução total ou parcial dos serviços contratados, a Administração poderá, garantida a prévia e ampla defesa, aplicará as detentoras desta **ATA**, segundo a gravidade da falta cometida, sem


Rua João Pessoa, n.º 1357, Centro A, Rondonópolis/MT – CEP:78.700-082.
Fone/Fax: (66) 3423-1086 E-mail: licitacao@coressmt.com.br

prejuízo da cobrança de perdas e danos e lucros cessantes, as seguintes sanções administrativas previstas no ***ARTIGO 156*** da ***LEI Nº 14.133 DE 2021***:

**I. ADVERTÊNCIA;**

**II. MULTA;**

**III. IMPEDIMENTO DE LICITAR E CONTRATAR;**

**IV. DECLARAÇÃO DE INIDONEIDADE PARA LICITAR OU CONTRATAR.**

## CLÁUSULA VIII – DO CANCELAMENTO DO REGISTRO DE PREÇOS DE FORNECEDOR

**O FORNECEDOR PODERÁ TER O SEU REGISTRO DE PREÇOS CANCELADO:**

**8.1.** Por iniciativa do Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso – CORESS/MT a, quando:

**A)** Descumprir as condições constantes da **ATA DE REGISTRO DE PREÇOS**;

**B)** Não aceitar reduzir o preço registrado, na hipótese deste se tornar superior àqueles praticados no mercado;

**C)** Por razões de interesse público, devidamente motivadas e justificadas pela Administração;

**D)** Der causa a rescisão administrativa de **CONTRATO** decorrente da presente **ATA DE REGISTRO DE PREÇOS**.

**8.2.** O cancelamento de registro, nas hipóteses acima previstas, assegurados o contraditório e a ampla defesa, será formalizado por despacho da autoridade competente do Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso – CORESS/MT.

**8.3.** A pedido do Fornecedor, quando:

**A)** Comprovar estar impossibilitado de cumprir as exigências da **ATA**, por ocorrência de casos fortuitos ou de força maior, devidamente comprovados;

**B)** O seu preço registrado se tornar, comprovadamente, inexequível em função da elevação dos preços de mercado dos insumos que compõem o custo do material/equipamento. A solicitação do Fornecedor para cancelamento dos preços registrados deverá ser formulada com antecedência mínima de **30 (TRINTA) DIAS**, facultada


Rua João Pessoa, n.º 1357, Centro A, Rondonópolis/MT – CEP:78.700-082.
Fone/Fax: (66) 3423-1086 E-mail: licitacao@coressmt.com.br

à Administração a aplicação das penalidades previstas na **CLÁUSULA VII**, caso não sejam aceitas as razões do pedido.

**8.4.** A comunicação do cancelamento dos preços registrados será feita pessoalmente ou por correspondência, com aviso de recebimento, juntando-se o comprovante aos autos.

**8.5.** No caso de ser ignorado, incerto ou inacessível o endereço do Fornecedor, a comunicação será feita por publicação no Diário Oficial do Estado, considerando-se cancelado(s) o(s) preço(s) registrado(s) no dia subsequente à publicação.

## CLÁUSULA IX – DA AUTORIZAÇÃO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

**9.1.** As emissões de Autorizações de compra, suas retificações ou cancelamentos, totais ou parciais, serão, igualmente, autorizadas pelo Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso – CORESS/MT ou pelo Órgão requisitante ao qual tenha sido facultado à utilização desta **ATA DE REGISTRO DE PREÇOS**.

## CLÁUSULA X – DA FISCALIZAÇÃO

**10.1.** Será responsável pela fiscalização dos contratos o servidor **FÁBIO DE SOUZA GONÇALVES**, nomeado como Fiscal de Contratos para acompanhar a execução e fiscalização desta **ATA DE REGISTRO DE PREÇOS**, ao qual competirá dirimir as dúvidas que surgirem no curso das aquisições, que de tudo dará ciência à Administração, conforme ***ARTIGO 117*** da ***LEI Nº 14.133 DE 2021***.

## CLÁUSULA XI - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

**11.1.** As despesas decorrentes da presente **ATA DE REGISTRO DE PREÇOS** correrão à conta da seguinte dotação orçamentária:

| | | |
|---|---|---|
| **ÓRGÃO:** | **CONSÓRCIO REGIONAL DE SAÚDE SUL DE MATO GROSSO** | **02** |
| **UNIDADE:** | **CONSÓRCIO REGIONAL DE SAÚDE SUL DE MATO GROSSO** | **001** |
| **FUNÇÃO:** | **SAÚDE** | **10** |
| **SUB FUNÇÃO:** | **ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL** | **302** |
| **PROGRAMA:** | **COMPLEMENTO AS AÇÕES DO SUS** | **7030** |
| **PROJETO/ATIVIDADE:** | **MANUTENÇÃO E ENCARGOS COM O CORESS/MT** | **2002** |
| **ELEMENTO DE DESPESA:** | **OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA** | **3.3.90.39** |
| **DESDOBRAMENTO:** | **SERVIÇOS MÉDICOS HOSPITALARES** | **50.00.00** |

## CLÁUSULA XII - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS


Rua João Pessoa, n.º 1357, Centro A, Rondonópolis/MT – CEP:78.700-082.
Fone/Fax: (66) 3423-1086 E-mail: licitacao@coressmt.com.br

**12.1.** Integram esta **ATA** o **EDITAL** de **PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 005/2026**, seus Anexos e a Proposta de Preço da sociedade empresárias: _____, no mencionado certame.

**12.2.** Os casos omissos serão resolvidos de acordo com a ***LEI Nº 14.133***, de ***1º DE ABRIL DE 2021***, da ***LEI COMPLEMENTAR Nº 123*** de ***14 DE DEZEMBRO DE 2006***, ***LEI Nº 147*** de ***07 DE AGOSTO DE 2014*** e demais legislações complementares.

## CLÁUSULA XIII - DA PUBLICAÇÃO

**13.1.** O Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso providenciará a publicação, do extrato, desta **ATA DE REGISTRO DE PREÇOS**, providenciará a publicação do seu extrato no Diário Oficial do Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso, no prazo de até vinte dias da data de sua assinatura.

## CLÁUSULA XIV - DO FORO

**14.1.** Para dirimir quaisquer dúvidas ou questões relacionadas com a **ATA DE REGISTRO DE PREÇOS/CONTRATO** vinculado a esta Licitação, a Licitante Vencedora deve se subordinar ao Foro da Justiça Comum, da **COMARCA DE RONDONÓPOLIS/MT**, excluindo, por mais privilegiado que for, qualquer outro, desde que não possa ser resolvido amigavelmente;

| | |
|---|---|
| **JOÃO ISAACK MOREIRA CASTELO BRANCO**<br>Presidente do Conselho Diretor - CORESS/MT | **EMPRESA XXXXXXXXXX**<br>**FORNECEDOR** |

| | |
|---|---|
| **TESTEMUNHA:** | **TESTEMUNHA:** |
| **01)** _____ | **02)** _____ |
| **NOME** | **NOME** |
| **01)** _____ | **02)** _____ |
| **CPF** | **CPF** |

**ANEXO VI**

## MINUTA DO CONTRATO

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS QUE ENTRE SI CELEBRAM O CONSÓRCIO REGIONAL DE SAÚDE SUL DE MATO GROSSO – CORESS/MT E A EMPRESA_____,DE ACORDO COM O PROCESSO LICITATÓRIO PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 005/2026, ORIUNDA DO PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 008/2026 E EM OBSERVÂNCIA AO DISPOSTO NA *LEI Nº 14.133 DE 2021* E DEMAIS NORMAS APLICÁVEIS.**

O **CONSÓRCIO REGIONAL DE SAÚDE SUL DE MATO GROSSO – CORESS/MT** constituído sobre a forma jurídica de Associação Civil, com personalidade jurídica de direito privado, inscrito no CNPJ sob n.º **05.238.413/0001-22**, com subsede sito à Rua João Pessoa, n.º 1.357, Centro A, nesta cidade de Rondonópolis/MT, neste ato representado pelo Presidente do Conselho Diretor, Sr. **JOÃO ISAACK MOREIRA CASTELO BRANCO**, brasileiro, casado, Prefeito do Município de Tesouro/MT, portador do RG n.º_____ SSP/_____e inscrito no CPF sob n.º_____, residente e domiciliado em Tesouro/MT, doravante designado **CONTRATANTE** e de outro lado a empresa_____, doravante designado **CONTRATADA**, considerando o cumprimento do estabelecido na **PROPOSTA APRESENTADA** ao **PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 005/2026**, oriunda do **PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 008/2026** e em observância ao disposto na ***LEI Nº 14.133 DE 2021*** e demais normas aplicáveis, **RESOLVEM** celebrar o presente **CONTRATO**, nos seguintes termos e condições:

## CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO

**1.1. O objeto do presente instrumento é a "CONTRATAÇÃO DE EMPRESAS ESPECIALIZADAS NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, COMPREENDENDO CONSULTAS, EXAMES, PROCEDIMENTOS E TRATAMENTOS NAS ÁREAS DE CARDIOLOGIA, DERMATOLOGIA, PSIQUIATRIA ADULTO E INFANTIL, PNEUMOLOGIA, RADIOLOGIA/DIAGNÓSTICO POR IMAGEM, INCLUINDO ULTRASSONOGRAFIAS COM DOPPLER, E GASTROENTEROLOGIA, DESTINADOS A ATENDER À DEMANDA DOS MUNICÍPIOS DE ALTO ARAGUAIA - MT, ALTO GARÇAS - MT, CAMPO VERDE - MT, POXORÉU - MT E PRIMAVERA DO LESTE - MT, ALÉM DOS DEMAIS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS, PELO PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES, COM POSSIBILIDADE DE PRORROGAÇÃO, NOS TERMOS DO ART. 105 DA LEI FEDERAL Nº 14.133/2021 E DEMAIS DISPOSITIVOS LEGAIS APLICÁVEIS", conforme**


Rua João Pessoa, n.º 1357, Centro A, Rondonópolis/MT – CEP:78.700-082.
Fone/Fax: (66) 3423-1086 E-mail: licitacao@coressmt.com.br

**descrição e valores constantes na CLÁUSULA QUARTA deste Instrumento e de acordo com as especificações e demais condições constantes no TERMO DE REFERÊNCIA Nº 008/2026 que acompanhou o EDITAL da citada licitação e que ora o integra.**

## CLÁUSULA SEGUNDA: DO FUNDAMENTO LEGAL

**2.1.** Este **CONTRATO** se consubstancia no procedimento licitatório realizado na modalidade **PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 005/2026** e seus Anexos, com fundamento na ***LEI Nº 14.133 DE 2021***, e nas convenções estabelecidas neste instrumento, conforme autorização da Autoridade Competente, Conselheiro Presidente **JOÃO ISAACK MOREIRA CASTELO BRANCO**, disposta no **PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 008/2026 - CORESS/MT**, ainda, à Proposta de Preços da **CONTRATADA** e demais documentos que, independentemente de transcrição, fazem parte integrante e complementar deste Instrumento.

## CLÁUSULA TERCEIRA: DA FORMA DE EXECUÇÃO

**3.1.** A **CONTRATADA** deverá prestar os serviços, conforme condições e especificações constantes no **TERMO DE REFERÊNCIA Nº 008/2026**.

**3.2.** O objeto deste **CONTRATO** deverá ser executado em estrita observância ao **EDITAL** de Licitação **PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 005/2026** e seus Anexos.

**3.3.** O regime de execução deste instrumento será o de prestação de serviços em empreitada por preço unitário, conforme dispõe o ***ARTIGO 6º***, ***INCISO XXVIII***, da ***LEI FEDERAL Nº 14.133 DE 2021***.

**3.4.** Os serviços deste **CONTRATO** serão prestados por uma só pessoa jurídica, sendo de sua total responsabilidade o cumprimento das obrigações assumidas, em cumprindo todas as exigências do **EDITAL** e seus Anexos.

## CLÁUSULA QUARTA: DAS ESPECIFICAÇÕES E DOS PREÇOS PRATICADOS

### CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

#### CONSULTAS MÉDICAS, EXAMES E PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS EM CARDIOLOGIA

| ITEM N.º | CÓDIGO TCE/MT | DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE | TIPO | MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO | QUANT. TOTAL | VALOR MÁXIMO UNIT. | VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|


Rua João Pessoa, n.º 1357, Centro A, Rondonópolis/MT – CEP:78.700-082.
Fone/Fax: (66) 3423-1086 E-mail: licitacao@coressmt.com.br

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | 0004216 (CÓD: 1) | SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO CONSULTA MEDICA CARDIOLOGIA | CONSULTA | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 1.000 | | |
| 02 | 00065585 (CÓD: 1) | SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO CONSULTA DE CARDIOLOGIA PEDIATRA | CONSULTA | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 800 | | |
| 03 | 00057415 (CÓD: 1) | SERVICO DE EXAME - ELETROCARDIOGRAMA | EXAME | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 500 | | |
| 04 | 0004574 (CÓD: 1) | SERVICO DE EXAME - DE ECOCARDIOGRAMA PEDIATRICO | EXAME | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 500 | | |
| 05 | 00035833 (CÓD: 1) | SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - ECOCARDIOGRAMA ADULTO | PROCEDIMENTO | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 400 | | |
| 06 | 0002270 (CÓD: 1) | SERVICO DE EXAME - DO TIPO TESTE ERGOMETRICO, TESDE DE ESFORCO OU TESTE SOBRE ESTRESSE FISICO | EXAME | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 780 | | |
| 07 | TCEMT0000231 (CÓD: 1) | SERVICO DE EXAME - EXAME MAPA | EXAME | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 350 | | |
| 08 | TCEMT0000233 (CÓD: 1) | SERVICO DE EXAME - EXAME HOLTER 24 HORAS | EXAME | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 350 | | |
| **VALOR TOTAL** | | | | | | **R$** | |

## CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

### CONSULTAS MÉDICAS E PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS EM DERMATOLOGIA

| ITEM N.º | CÓDIGO TCE/MT | DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE | TIPO | MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO | QUANT. TOTAL | VALOR MÁXIMO UNIT. | VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 09 | 0004218 (CÓD: 1) | SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO CONSULTA MEDICA DERMATOLOGIA | CONSULTA | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 850 | | |
| 10 | 310026-0 (CÓD: 1) | SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO BIOPSIA DA PELE | PROCEDIMENTO | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 600 | | |
| 11 | 312927-6 (CÓD: 1) | SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO ENDO - LASER-CRIOTERAPIA-DIATERMIA | PROCEDIMENTO | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 400 | | |
| 12 | 00086464 (CÓD: 1) | SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - CAUTERIZACAO QUIMICA DE PEQUENAS LESOES DE PELE | PROCEDIMENTO | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 400 | | |
| **VALOR TOTAL** | | | | | | **R$** | |

## CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

### CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS EM PSIQUIATRIA

| ITEM N.º | CÓDIGO TCE/MT | DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE | TIPO | MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO | QUANT. TOTAL | VALOR MÁXIMO UNIT. | VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|


Rua João Pessoa, n.º 1357, Centro A, Rondonópolis/MT – CEP:78.700-082.
Fone/Fax: (66) 3423-1086 E-mail: licitacao@coressmt.com.br

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 13 | 0004217 (CÓD: 1) | SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO CONSULTA MEDICA PSIQUIATRIA | CONSULTA | CAMPO VERDE - MT | 1.000 | | |
| **VALOR TOTAL** | | | | | | **R$** | |

## CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

### CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS EM PSIQUIATRIA ADULTO E INFANTIL

| ITEM N.º | CÓDIGO TCE/MT | DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE | TIPO | MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO | QUANT. TOTAL | VALOR MÁXIMO UNIT. | VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14 | 0004217 (CÓD: 1) | SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO CONSULTA MEDICA PSIQUIATRIA | CONSULTA | ALTO GARÇAS - MT | 1.000 | | |
| 15 | 0004563 (CÓD: 1) | SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO CONSULTA MEDICA DE PSIQUIATRIA INFANTIL | CONSULTA | ALTO GARÇAS - MT | 1.000 | | |
| **VALOR TOTAL** | | | | | | **R$** | |

## CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

### CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS EM PSIQUIATRIA ADULTO E INFANTIL

| ITEM N.º | CÓDIGO TCE/MT | DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE | TIPO | MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO | QUANT. TOTAL | VALOR MÁXIMO UNIT. | VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 16 | 0004217 (CÓD: 1) | SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO CONSULTA MEDICA PSIQUIATRIA | CONSULTA | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 1.200 | | |
| 17 | 0004563 (CÓD: 1) | SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO CONSULTA MEDICA DE PSIQUIATRIA INFANTIL | CONSULTA | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 1.200 | | |
| **VALOR TOTAL** | | | | | | **R$** | |

## CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

### CONSULTAS MÉDICAS E EXAMES ESPECIALIZADOS EM PNEUMOLOGIA

| ITEM N.º | CÓDIGO TCE/MT | DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE | TIPO | MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO | QUANT. TOTAL | VALOR MÁXIMO UNIT. | VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 18 | 0004455 (CÓD: 1) | SERVICO DE PROCEDIMENTO MEDICO - DO TIPO CONSULTA MEDICA PNEUMOLOGIA | CONSULTA | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 1.000 | | |
| 19 | 00085021 (CÓD: 1) | SERVICO DE EXAME - DO TIPO EXAMES DE ESPIROMETRIA COM BRONCODILATADOR E EQUIPAMENTOS INCLUSOS | EXAME | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 500 | | |
| **VALOR TOTAL** | | | | | | **R$** | |

## CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

### EXAMES ESPECIALIZADOS EM ULTRASSONOGRAFIAS DE DOPPLER

| ITEM N.º | CÓDIGO TCE/MT | DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE | TIPO | MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO | QUANT. TOTAL | VALOR MÁXIMO UNIT. | VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|


Rua João Pessoa, n.º 1357, Centro A, Rondonópolis/MT – CEP:78.700-082.
Fone/Fax: (66) 3423-1086 E-mail: licitacao@coressmt.com.br

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 20 | 00016757 (CÓD: 1) | SERVICO DE EXAME – DO TIPO ULTRASSONOGRAFIA DA BOLSA ESCROTAL, COM DOPPLER | EXAME | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 500 | | |
| **VALOR TOTAL** | | | | | | | **R$** |

## CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

### EXAMES E PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS EM GASTROENTEROLOGIA

| ITEM N.º | CÓDIGO TCE/MT | DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE | TIPO | MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO | QUANT. TOTAL | VALOR MÁXIMO UNIT. | VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 21 | 429793-8 (CÓD: 1) | SERVICO DE EXAME - TIPO ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA | EXAME | POXORÉU - MT | 1.200 | | |
| **VALOR TOTAL** | | | | | | | **R$** |

## CONSULTAS MÉDICAS/EXAMES/PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

### SERVIÇOS DE ULTRASSONOGRAFIA PARA ATENDIMENTO À UPA 24 HORAS

| ITEM N.º | CÓDIGO TCE/MT | DESCRIÇÃO/ESPECIALIDADE | TIPO | MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO | QUANT. TOTAL | VALOR MÁXIMO UNIT. | VALOR MÁXIMO TOTAL (12 MESES) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 22 | 00014372 (cód.: 1) | ULTRASSONOGRAFIA ABDOMEN SUPERIOR - UPA | EXAME | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 1.100 | | |
| 23 | 00035665 (cód.: 1) | ULTRASSONOGRAFIA ABDOMEN INFERIOR - UPA | EXAME | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 1.100 | | |
| 24 | 280419-0 (cód.: 1) | ULTRASSONOGRAFIA ABDOMEN TOTAL - UPA | EXAME | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 1.430 | | |
| 25 | TCEMT0000421 (cód.: 1) | ULTRASSONOGRAFIA APARELHO URINÁRIO/VIAS URINÁRIAS - UPA | EXAME | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 1.100 | | |
| 26 | 00014369 (cód.: 1) | ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA SIMPLES - UPA | EXAME | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 1.100 | | |
| 27 | TCEMT0000246 (cód.: 1) | ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (ABDOMINAL) - UPA | EXAME | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 1.144 | | |
| 28 | TCEMT0000245 (cód.: 1) | ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL - UPA | EXAME | PRIMAVERA DO LESTE - MT | 660 | | |
| **VALOR TOTAL** | | | | | | | **R$** |

**4.1.** Descrição, Quantidade e Preços Praticados:

**4.1.1.** O valor total do presente **CONTRATO** será de **R$** _____(_____**MIL REAIS**), conforme valores negociados e fixados no Pregão.

**4.1.2.** No preço acima estipulado, estão inclusos os materiais, serviços, encargos e tributos relativos ao objeto deste **CONTRATO**, renunciando, a **CONTRATADA**, o direito de reivindicar custos adicionais.

## 5. CLÁUSULA QUINTA: DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

**5.1.** Acatar as decisões e observações feitas pela fiscalização do Consórcio Regional de Saúde, por escrito, em duas vias e entregues mediante recibo, bem como facilitar à **CONTRATANTE** todos os meios necessários à fiscalização dos serviços, sob pena de rescisão contratual;

**5.2.** Executar os serviços ora contratados, nos termos estabelecidos no **EDITAL DE LICITAÇÃO** e seus Anexos, especialmente os previstos no **TERMO DE REFERÊNCIA Nº 008/2026**, de acordo com a sua proposta de preço, e pelo período de vigência fixado neste **CONTRATO**, sob as penas da ***LEI FEDERAL Nº 14.133 DE 2021*** e suas alterações posteriores;

**5.3.** Comprovar, mensalmente, o recolhimento das contribuições sociais (Fundo de Garantia de Tempo de Serviços e Previdência Social) pertinentes aos seus empregados alocados ao serviço decorrente da contratação, como condição à percepção mensal do valor faturado, e sempre que solicitado, a quitação das obrigações trabalhistas e tributárias;

**5.4.** Não realizar subcontratação total ou parcial dos serviços, sem anuência do Consórcio Regional de Saúde. No caso de subcontratação autorizada pela **CONTRATANTE**, a **CONTRATADA** continuará a responder direta e exclusivamente pelos serviços e pelas responsabilidades legais e contratuais assumidas;

**5.5.** Responsabilizar-se-á por quaisquer danos causados diretamente à **CONTRATANTE** ou a terceiros, decorrentes de culpa ou dolo, relativos à execução da **CONTRATADA** ou em conexão com ele, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade o fato de haver fiscalização ou acompanhamento por parte da **CONTRATANTE**;

**5.6.** Cumprir a legislação trabalhista e securitária com relação a seus empregados e, quando for o caso, com relação a empregados de fornecedores contratados;

**5.7.** Responsabilizar-se por todas as providências e obrigações, em caso de acidentes de trabalho com seus empregados, em virtude da execução da presente contratação ou em conexão com ele, ainda que ocorridos em dependências do CORESS/MT;

**5.8.** Aceitar nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões, a critério da Administração, referentes à execução do serviço, nos termos da Lei vigente;

**5.9.** A **CONTRATADA** deverá manter as mesmas condições de habilitação e qualificação durante toda execução dos serviços;

**5.10.** Assumir, com exclusividade, todos os tributos e taxas que forem devidos em decorrência do objeto deste **CONTRATO**, bem como as contribuições devidas à Previdência Social, os encargos trabalhistas, prêmios de seguro e de acidentes de trabalho, os encargos que venham a ser criados e exigidos pelos poderes públicos e outras despesas que se fizerem necessárias ao cumprimento do objeto pactuado.

**5.11.** Para a execução dos serviços a **CONTRATADA** deverá arcar com os gastos decorrentes de despesas como hospedagem, alimentação e transporte necessários para seus profissionais durante o atendimento, sem ônus para a **CONTRATANTE**.

**5.12.** A empresa deverá colocar a disposição um número de telefone com atendimento de **10 (DEZ) HORAS** diárias para eventual necessidade.

**5.13.** Refazer os serviços executados com falhas ou imperfeições de qualquer natureza, sempre às suas expensas, quando solicitados pelo **CONTRATANTE**, dentro do prazo de garantia.

**5.14.** Sob nenhuma alegação a **CONTRATADA** poderá adiar ou interromper a execução dos serviços.

## 6. CLÁUSULA SEXTA: DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

**6.1.** Cumprir obrigatoriamente todas as ***CLÁUSULAS*** e obrigações estipuladas no presente **CONTRATO**, sob as penas da ***LEI FEDERAL Nº 14.133 DE 2021*** e suas alterações posteriores;

**6.2.** Oferecer todas as informações necessárias para que a **CONTRATADA** possa executar o objeto adjudicado dentro das especificações;

**6.3.** Efetuar os pagamentos correspondentes aos serviços prestados, nas condições e prazos acordados neste instrumento;

**6.4.** Designar um servidor para acompanhar a execução e fiscalização do objeto deste Instrumento;

**6.5**. Notificar, por escrito, à **CONTRATADA**, a ocorrência de eventuais imperfeições no curso do fornecimento, fixando prazo para sua correção;

**6.6.** Fiscalizar livremente os serviços, não eximindo a **CONTRATADA** de total responsabilidade quanto à execução dos mesmos;


Rua João Pessoa, n.º 1357, Centro A, Rondonópolis/MT – CEP:78.700-082.
Fone/Fax: (66) 3423-1086 E-mail: licitacao@coressmt.com.br

**6.7.** Acompanhar o fornecimento, podendo intervir durante a sua execução, para fins de ajuste ou suspensão da entrega; inclusive rejeitando, no todo ou em parte, os serviços executados fora das especificações deste **EDITAL**;

**6.8.** Aplicar as penalidades legais e contratuais cabíveis.

## CLÁUSULA SÉTIMA: DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

**7.1.** O presente **CONTRATO** terá vigência de **12 (DOZE) MESES**, podendo ser antecipado mediante o cumprimento total do objeto **CONTRATADO** ou se houver necessidade unilateral da **CONTRATANTE**.

**7.2.** O prazo para assinatura do **CONTRATO** será de **05 (CINCO) DIAS**, contados da convocação formal da adjudicatária.

**7.2.1.** A critério da administração, o prazo para assinatura do **CONTRATO** poderá ser prorrogado, desde que ocorra motivo justificado, mediante solicitação formal da adjudicatária e aceito pela **CONTRATANTE**;

**7.3.** O **CONTRATO** deverá ser assinado pelo representante legal da adjudicatária, mediante apresentação do contrato social ou documento que comprove os poderes para tal investidura e cédula de identidade do representante, caso esses documentos não constem dos autos do processo licitatório.

**7.4.** O prazo de início da execução do serviço, objeto do presente **CONTRATO**, não poderá ser superior a **02 (DOIS) DIAS ÚTEIS**, contados a partir da assinatura do **CONTRATO**.

**7.5.** O presente **CONTRATO** pode ser prorrogado pelas partes por períodos sucessivos até atingir o prazo máximo de vigência **60 (SESSENTA) MESES**, nos termos do ***ART. 113***, da ***LEI FEDERAL Nº 14.133 DE 2021***, desde que os serviços estejam sendo prestados dentro dos padrões de qualidade exigidos, e os preços e as condições sejam vantajosos para o Município.

**7.5.1.** A prorrogação do prazo de execução, mesmo devidamente justificada, somente será autorizada havendo concordância entre **CONTRATADA** e **CONTRATANTE**, mediante lavratura de Termo Aditivo.

## CLÁUSULA OITAVA: DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

**8.1.** Executados os serviços, a **CONTRATADA** deverá apresentar, a(s) nota(s) fiscal(is)/fatura(s), emitida(s) para fins de liquidação e pagamento, acompanhada(s) dos seguintes documentos:


Rua João Pessoa, n.º 1357, Centro A, Rondonópolis/MT – CEP:78.700-082.
Fone/Fax: (66) 3423-1086 E-mail: licitacao@coressmt.com.br

**8.1.1.** Certificado de Regularidade de Situação do FGTS – (**CRF**);

**8.1.2.** Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;

**8.1.3.** Certidões Negativas de Débitos junto às Fazendas Federal (abrangendo inclusive a Regularidade perante o Instituto Nacional do Seguro Social – (**INSS**), Estadual e Municipal, do domicílio sede da **CONTRATADA**.

**8.1.3.1.** O Contribuinte Individual fará prova de regularidade perante a Previdência Social mediante a apresentação Declaração de Regularidade de Situação do Contribuinte Individual - (**DRS-CI**).

**8.2.** O pagamento será efetuado pelo Consórcio Regional de Saúde mensalmente, até o **10º (DÉCIMO) DIA ÚTIL SUBSEQUENTE** ao mês de prestação de serviços, contado da data de protocolização da **NOTA FISCAL/FATURA** e dos respectivos documentos comprobatórios, conforme indicado no **SUBITEM 8.1**, mediante ordem bancária, emitida através do **BANCO DO BRASIL**, creditada em conta corrente da **CONTRATADA**.

**8.3.** A **CONTRATADA** deverá indicar no corpo da nota fiscal/fatura, a descrição completa dos serviços prestados a este Consórcio, além do número da conta, agência e nome do banco onde deverá ser feito o pagamento.

**8.4.** Caso constatado alguma irregularidade nas notas fiscais/faturas, estas serão devolvidas a **CONTRATADA**, para as necessárias correções, com as informações que motivaram sua rejeição, sendo o pagamento realizado após a reapresentação das notas fiscais/faturas.

**8.5.** Nenhum pagamento será efetuado à **CONTRATADA**, na pendência de qualquer uma das situações acima especificadas.

**8.6.** Nenhum pagamento isentará o **CONTRATADO** das suas responsabilidades e obrigações.

## CLÁUSULA NONA: DO REAJUSTE DE PREÇOS

**9.1.** Os preços para a prestação de serviços objeto deste Instrumento serão fixos e não sofrerão reajuste durante a vigência deste **CONTRATO**, de acordo com os termos estabelecidos pela legislação vigente e atinente à matéria, a não ser que haja algum desequilíbrio econômico-financeiro ou fato superveniente, devidamente comprovado, cabendo a Licitante Vencedora, no escopo da sua solicitação, justificar e

comprovar a variação dos custos, apresentando memória de cálculo e planilhas apropriadas para análise e posterior aprovação do Presidente do Conselho Diretor.

## CLÁUSULA DÉCIMA: DA SUSTAÇÃO DO PAGAMENTO

**10.1.** A **CONTRATANTE** se reserva ao direito de sustar pagamentos devidos à **CONTRATADA**, nos seguintes casos:

**I –** Irregularidades constatadas pela fiscalização do CORESS/MT;

**II –** Obrigações da **CONTRATADA** com terceiros, que possam afetar os interesses da **CONTRATANTE**;

**III –** Inadimplência total ou parcial da **CONTRATADA**, no cumprimento e execução do aqui ajustado.

## CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: DAS ALTERAÇÕES CONTRATUAIS

**11.1.** O **CONTRATO** poderá ser alterado, com as devidas justificativas, nos termos da ***LEI Nº 14.133 DE 2021***, e suas alterações posteriores, a saber:

**11.1.1.** Unilateralmente pela **CONTRATANTE**:

**A)** Quando necessária a modificação do valor contratual em decorrência de acréscimo ou diminuição quantitativa de seu objeto, nos limites permitidos pela ***LEI FEDERAL Nº 14.133 DE 2021***.

**11.1.2.** Por acordo das partes:

**A)** A **CONTRATADA** fica obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, acréscimos ou supressões que se fizerem nos serviços, até **25% (VINTE E CINCO POR CENTO)** do valor inicial do **CONTRATO**.

**PARÁGRAFO ÚNICO:** Todas as alterações que se fizerem necessárias serão registradas por intermédio de lavratura de Termo Aditivo ao presente **CONTRATO**.

## CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: DA RESCISÃO CONTRATUAL

**12.1.** A **CONTRATANTE** poderá rescindir o presente **CONTRATO**, se assim determinar o superior interesse Público, sem que incorra em qualquer penalidade, pagando à **CONTRATADA**, os serviços executados se os mesmos tiverem de acordo com o exigido.


Rua João Pessoa, n.º 1357, Centro A, Rondonópolis/MT – CEP:78.700-082.
Fone/Fax: (66) 3423-1086 E-mail: licitacao@coressmt.com.br

**§ 1º.** A **CONTRATANTE** poderá rescindir, unilateralmente, o presente **CONTRATO**, independentemente da notificação ou interpelação judicial ou extrajudicial, perdendo a **CONTRATADA**, as garantias e retenções efetivadas nas seguintes condições:

**I –** Descumprimento parcial ou total das ***CLÁUSULAS*** aqui acordadas, que causem evidentes prejuízos aos interesses da **CONTRATANTE**;

**II –** Inobservância das normas e especificações;

**III –** Subcontratação total ou parcial do objeto deste **CONTRATO**, cessão, a qualquer título da contratação sem garantias, negociação de duplicatas, referentes a faturas emitidas, com estabelecimentos financeiros ou com terceiros, sem prévia e expressa autorização da **CONTRATANTE**;

**IV –** Cometer qualquer fraude;

**V –** Reiterada constatação pela fiscalização de má-fé, incapacidade técnica, financeira ou administrativa;

**VI –** Deixar de iniciar os trabalhos de execução dos serviços, sem justo motivo, devidamente comprovado no prazo de **10 (DEZ) DIAS**, após entrega da primeira Ordem de Serviços;

**VII –** Interromper os trabalhos sem justo motivo, devidamente comprovado, por mais de **10 (DEZ) DIAS** consecutivos;

**VIII –** No interesse da **CONTRATANTE**;

**§ 2º.** Antes de ser declarada inadimplente, a parte será notificada pela outra, para dar cumprimento à ***CLÁUSULA*** ou dispositivo contratual violado.

**§ 3º.** Exceto no caso de rescisão por mútuo acordo, não caberá à **CONTRATADA**, nenhuma espécie de indenização, ficando ainda estabelecido que, mesmo naquele caso, a **CONTRATANTE** não pagará indenização àquele por encargos resultantes da legislação trabalhista, e da previdência social, bem como aqueles decorrentes de atos ilícitos, praticados por ela, por seus empregados ou prepostos.

## CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA: DAS PENALIDADES

**13.1.** Ocorrendo a inexecução total ou parcial dos serviços contratados, a Administração poderá, garantida a prévia e ampla defesa, aplicará as detentoras deste **CONTRATO**, segundo a gravidade da falta cometida,


Rua João Pessoa, n.º 1357, Centro A, Rondonópolis/MT – CEP:78.700-082.
Fone/Fax: (66) 3423-1086 E-mail: licitacao@coressmt.com.br

sem prejuízo da cobrança de perdas e danos e lucros cessantes, as seguintes sanções administrativas previstas no ***ARTIGO 156*** da ***LEI Nº 14.133 DE 2021***:

**I – ADVERTÊNCIA;**

**II – MULTA;**

**III – IMPEDIMENTO DE LICITAR E CONTRATAR;**

**IV – DECLARAÇÃO DE INIDONEIDADE PARA LICITAR OU CONTRATAR.**

## CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA: LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

**14.1.** Aplica-se a este **CONTRATO** a seguinte legislação:

**A)** Este **CONTRATO** vincula-se ao **PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 005/2026**, oriunda do **PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 008/2026**, regulando-se pelas suas ***CLÁUSULAS*** e preceitos do Direito Público, aplicando-lhe, supletivamente, os princípios da Teoria Geral dos Contratos e as disposições do Direito Privado, obrigando-se as partes a executar fielmente os dispostos neste instrumento.

**B)** A legislação aplicável à execução deste **CONTRATO** e especialmente nos casos omissos será a ***LEI FEDERAL Nº 14.133 DE 2021***.

## CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: DOS DOCUMENTOS INTEGRANTES DESTE CONTRATO

**15.1.** Considera-se parte integrante deste **CONTRATO**, os seguintes documentos:

**A)** O **EDITAL DO PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 005/2026** e o **TERMO DE REFERÊNCIA Nº 008/2026**, bem como seus anexos;

**B)** A Proposta de Preços apresentada na licitação pela **CONTRATADA**.

## CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

**16.1.** As despesas decorrentes do presente **CONTRATO** correrão à conta da seguinte dotação orçamentária:

| | | |
|---|---|---|
| **ÓRGÃO:** | **CONSÓRCIO REGIONAL DE SAÚDE SUL DE MATO GROSSO** | **02** |
| **UNIDADE:** | **CONSÓRCIO REGIONAL DE SAÚDE SUL DE MATO GROSSO** | **001** |
| **FUNÇÃO:** | **SAÚDE** | **10** |
| **SUB FUNÇÃO:** | **ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL** | **302** |
| **PROGRAMA:** | **COMPLEMENTO AS AÇÕES DO SUS** | **7030** |


Rua João Pessoa, n.º 1357, Centro A, Rondonópolis/MT – CEP:78.700-082.
Fone/Fax: (66) 3423-1086 E-mail: licitacao@coressmt.com.br

| | | |
|---|---|---|
| PROJETO/ATIVIDADE: | MANUTENÇÃO E ENCARGOS COM O CORESS/MT | 2002 |
| ELEMENTO DE DESPESA: | OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA | 3.3.90.39 |
| DESDOBRAMENTO: | SERVIÇOS MÉDICOS HOSPITALARES | 50.00.00 |

## CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA: DOS CASOS OMISSOS

**17.1.** Os casos omissos ou situações não explicitadas nas ***CLÁUSULAS*** deste Instrumento serão resolvidos pelo **CONTRATANTE**, segundo as disposições contidas na ***LEI Nº 14.133 DE 2021*** e suas alterações posteriores, demais regulamentos e normas administrativas federais que regem a matéria.

## CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA: DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

**18.1.** As partes ficam, ainda, adstritas às seguintes disposições:

**A)** A **CONTRATADA** obriga-se a se manter, durante toda a execução do **CONTRATO**, em compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação e a cumprir fielmente as ***CLÁUSULAS*** ora avençadas, bem como as normas previstas na ***LEI Nº 14.133 DE 2021*** e legislação complementar;

**B)** É vedado caucionar ou utilizar o presente **CONTRATO** para qualquer operação financeira, sem prévia e expressa autorização da **CONTRATANTE**.

**C)** É defeso à **CONTRATADA** ceder ou transferir, total ou parcialmente, os direitos e obrigações decorrentes deste **CONTRATO**.

## CLÁUSULA DÉCIMA NONA: DA PUBLICAÇÃO

**19.1.** Para eficácia do presente instrumento, o **CONSÓRCIO REGIONAL DE SAÚDE SUL DE MATO GROSSO – CORESS/MT** providenciará a publicação do seu extrato no Diário Oficial do Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso, nos termos da ***LEI Nº 14.133 DE 2021***.

## CLÁUSULA VIGÉSIMA: DA FISCALIZAÇÃO

**20.1.** Ficará responsável pela fiscalização da execução dos serviços objeto do **CONTRATO** o funcionário público Sr. **FÁBIO DE SOUZA GONÇALVES**, nomeado como Fiscal de Contratos, à qual competirá dirimir as dúvidas que surgirem no curso das prestações de serviços, que tudo dará ciência à Administração e ao CORESS/MT, conforme ***ARTIGO 117*** da ***LEI Nº 14.133 DE 2021***.


Rua João Pessoa, n.º 1357, Centro A, Rondonópolis/MT – CEP:78.700-082.
Fone/Fax: (66) 3423-1086 E-mail: licitacao@coressmt.com.br

## CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA: DO FORO

**21.1.** As partes contratantes elegem o Foro da **COMARCA DE RONDONÓPOLIS/MT** como competente para dirimir quaisquer questões oriundas da execução deste **CONTRATO**, inclusive os casos omissos, que não puderem ser resolvidos pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem de acordo, as partes firmam o presente **CONTRATO**, em **02 (DUAS) VIAS** de igual teor e forma para um só efeito legal, ficando uma via arquivada na sede da **CONTRATANTE**.

Rondonópolis-MT, _____de_____de 2026.

| | |
|---|---|
| **JOÃO ISAACK MOREIRA CASTELO BRANCO**<br>Presidente do Conselho Diretor - CORESS/MT<br>**CONTRATANTE** | **EMPRESA XXXXXXXXXX**<br>**CONTRATADA** |

| | |
|---|---|
| **TESTEMUNHA:** | **TESTEMUNHA:** |
| **01)** _____<br>**NOME** | **02)** _____<br>**NOME** |
| **01)** _____<br>**CPF** | **02)** _____<br>**CPF** |

## ANEXO VII

## MODELO DE FICHA CADASTRAL

**PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 005/2026**
**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 008/2026**

**OBJETO: "CONTRATAÇÃO DE EMPRESAS ESPECIALIZADAS NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, COMPREENDENDO CONSULTAS, EXAMES, PROCEDIMENTOS E TRATAMENTOS NAS ÁREAS DE CARDIOLOGIA, DERMATOLOGIA, PSIQUIATRIA ADULTO E INFANTIL, PNEUMOLOGIA, RADIOLOGIA/DIAGNÓSTICO POR IMAGEM, INCLUINDO ULTRASSONOGRAFIAS COM DOPPLER, E GASTROENTEROLOGIA, DESTINADOS A ATENDER À DEMANDA DOS MUNICÍPIOS DE ALTO ARAGUAIA - MT, ALTO GARÇAS - MT, CAMPO VERDE - MT, POXORÉU - MT E PRIMAVERA DO LESTE - MT, ALÉM DOS DEMAIS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS, PELO PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES, COM POSSIBILIDADE DE PRORROGAÇÃO, NOS TERMOS DO ART. 105 DA LEI FEDERAL Nº 14.133/2021 E DEMAIS DISPOSITIVOS LEGAIS APLICÁVEIS", em conformidade com o TERMO DE REFERÊNCIA e demais condições estabelecidas no EDITAL e seus anexos.**

## 1. DADOS DA EMPRESA:

| | |
|---|---|
| **RAZÃO SOCIAL:** | |
| **NOME FANTASIA:** | |
| **CNPJ:** | **INSCRIÇÃO ESTADUAL:** |
| **INSC. MUN:** | **OPTANTE PELO SIMPLES: ( ) SIM ( ) NÃO**<br>**CAMPO OBRIGATÓRIO** |
| **ENDEREÇO COMPLETO:** | |
| **CEP:** | **CIDADE/ESTADO:** |
| **TELEFONES (INFORMAR PELO MENOS 2 TELEFONES PARA CONTATO):** | |
| **E-MAIL:** | |

## 2. MARQUE QUAL A CLASSIFICAÇÃO DA EMPRESA:

**A) MICROEMPRESA:** ( )
**B) EMPRESA DE PEQUENO PORTE:** ( )
**C) EMPREENDEDOR INDIVIDUAL:** ( )
**D) OUTROS.** ( ). **QUAL:**_____

## 3. TIPO DA EMPRESA:

**A)** ( ) **INDIVIDUAL**
**B)** ( ) **LTDA**
**C)** ( ) **S/A**
**D)** ( ) **EIRELI**


Rua João Pessoa, n.º 1357, Centro A, Rondonópolis/MT – CEP:78.700-082.
Fone/Fax: (66) 3423-1086 E-mail: licitacao@coressmt.com.br

**E) ( ) OUTROS. QUAL:_____**

## 4. DADOS DOS SÓCIOS CONSTANTES NO CONTRATO SOCIAL:

**(É OBRIGATÓRIO A INFORMAÇÃO DE NO MÍNIMO 02 SÓCIOS EXCETO QUANDO FOR EMPRESA INDIVIDUAL).**

**NOME COMPLETO:**
**CPF:**
**DATA DO REGISTRO DO CONTRATO NA JUNTA COMERCIAL:**

**NOME COMPLETO:**
**CPF:**
**DATA DO REGISTRO DO CONTRATO NA JUNTA COMERCIAL:**

## 5. DADOS BANCÁRIOS:

**(É OBRIGATÓRIO QUE A CONTA ESTEJA EM NOME DA EMPRESA PARTICIPANTE)**

| | |
|---|---|
| **BANCO:** | |
| **AGÊNCIA:** | **CONTA:** |

## 6. DADOS DO REPRESENTANTE QUE ATUARÁ NA SESSÃO:

| | |
|---|---|
| **NOME COMPLETO:** | |
| **RG:** | **CPF:** |

## 7. DADOS DA PESSOA RESPONSÁVEL QUE ASSINARÁ O CONTRATO CASO A EMPRESA SEJA VENCEDORA:

| | |
|---|---|
| **NOME COMPLETO:** | |
| **CARGO:** | |
| **ESTADO CIVIL:** | |
| **RG:** | **ÓRGÃO EXPEDIDOR/UF:** |
| **CPF:** | |
| **ENDEREÇO COMPLETO:** | |
| **CIDADE/ESTADO:** | **CEP:** |
| **TELEFONES:** | **E-MAIL:** |

LOCAL E DATA.

_____

**ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA EMPRESA**
(NOME LEGÍVEL/CARGO)

**"OBSERVA-SE QUE É IMPRESCINDÍVEL O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE. A NÃO OBSERVÂNCIA DESSA EXIGÊNCIA POR PARTE DA EMPRESA IMPLICARÁ NA ADOÇÃO DE MEDIDAS PELO PREGOEIRO, QUE DETERMINARÁ O DEVIDO PREENCHIMENTO NO MOMENTO DA HABILITAÇÃO."**


Rua João Pessoa, n.º 1357, Centro A, Rondonópolis/MT – CEP:78.700-082.
Fone/Fax: (66) 3423-1086 E-mail: licitacao@coressmt.com.br