



# ESTADO DE MATO GROSSO

## PREFEITURA MUNICIPAL DE FIGUEIRÓPOLIS D'OESTE

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 003/2024

### CONVOCAÇÃO PÚBLICA PARA QUALIFICAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

O **MUNICÍPIO DE FIGUEIROPOLIS** pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Rua Santa Catarina n.º 146, Centro, Figueirópolis D'oeste - MT, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o nº 01.367.761/0001-93, em conformidade com a Lei Federal nº 9.637/98 e Lei complementar Municipal n.º 62/2024, que "**DISPÕE SOBRE O PROGRAMA DE PARCERIA COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS – OS, NO MUNICÍPIO DE FIGUEIRÓPOLIS D'OESTE, DISCIPLINA O PROCEDIMENTO DE QUALIFICAÇÃO DE ENTIDADES, O CHAMAMENTO E SELEÇÃO PÚBLICOS, A CELEBRAÇÃO DE CONTRATOS DE GESTÃO E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS**", **CONVOCA** as entidades, pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, que estiverem interessadas a obter a qualificação como **ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE** no Município de Figueirópolis D'Oeste na área da **SAÚDE**, para futura celebração de **CONTRATO DE GESTÃO**, nos termos e condições estabelecidas neste instrumento.

#### 1. DO OBJETO

**1.1.** Constitui objeto deste Edital a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como **ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE - OSS**, para habilitação de eventual e futura operacionalização da gestão e execução das ações e serviços de saúde no âmbito do Município de Figueirópolis D'Oeste, Estado de Mato Grosso, conforme condições constantes neste instrumento.

**1.2** O presente Chamamento Público de Qualificação de Organização Social de Saúde n.º 03/2024 é de caráter permanente, com o objetivo de Seleção posterior de Entidade para Gestão e Administração de unidade de assistência à saúde de média e alta complexidade no município de Figueirópolis D'Oeste sendo permitida a apresentação de requerimento de qualificação das entidades interessadas até o dia 15 de maio de 2024, observadas as disposições legais pertinentes e as condições constantes neste instrumento.

#### 2. DO REQUERIMENTO DE QUALIFICAÇÃO

**2.1** A entidade interessada em se qualificar como organização social de saúde deverá pleitear a expedição do respectivo título, mediante requerimento devidamente instruído à Secretaria Municipal de Saúde, que analisará se a entidade atende aos requisitos da lei municipal, em especial quanto à experiência técnica e gerencial, sua boa situação econômico-financeira, e enviará o processo para análise e parecer final da Procuradoria-Geral do Município de Figueirópolis D'Oeste-MT, conforme modelo que constitui o Anexo I deste Edital, acompanhado dos documentos na ordem abaixo, numerado, e indicado sua localização através de índice descrito no início das documentações.

Rua santa Catarina, 146 – CEP 78290-000 – Figueirópolis D'Oeste – MT

Telefone: +55 (65) 3235-1595 – Fax +55 (65) 3235-1586 |

[licitacoes@figueiropolisdoeste.mt.gov.br](mailto:licitacoes@figueiropolisdoeste.mt.gov.br)



## **ESTADO DE MATO GROSSO**

# **PREFEITURA MUNICIPAL DE FIGUEIRÓPOLIS D'OESTE**

### **2.2 Critérios para qualificação:**

2.2.1 Somente serão qualificadas como organização social as entidades que foram constituídas há, pelo menos, 04 (quatro) anos da data do pedido de qualificação;

2.2.2 Não ter as contas reprovadas pelos órgãos de controle federal, estadual e municipal;

2.2.3 Não ter sido declarada inidônea pela Administração Pública ou punida com suspensão do direito de formar parcerias e/ou outros ajustes com o Estado de Mato Grosso ou outra esfera de Governo.

### **2.3 Da Qualificação:**

2.3.1 Para os fins da Lei, a atuação na área da saúde compreende a assistência hospitalar, ambulatorial, apoio diagnóstico e terapêutico, no âmbito do Sistema Único de Saúde, bem como as atividades de ensino e pesquisa e, ainda:

- I. Gestão de Contratos de Recursos Humanos;
- II. Gestão de Unidade de Pronto Atendimento e/ou Unidades de Saúde.

2.3.2 As interessadas na obtenção do título de Organização Social de Saúde no Município de Figueirópolis D'Oeste atendidos os requisitos previstos na Lei Municipal, observarão também:

- I. Adoção de critérios que assegurem padrão de qualidade na execução dos serviços e no atendimento do cidadão;
- II. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS;
- III. Promoção de meios que favoreçam a efetiva redução de formalidades burocráticas na execução dos serviços de saúde;
- IV. Manutenção de sistema de acompanhamento das atividades que permitam a avaliação da eficácia quanto aos resultados.

2.3.3 São requisitos específicos para que as entidades privadas requisitem sua qualificação como Organização Social de Saúde.

- I. Comprovar o registro de seu ato constitutivo dispondo sobre:
  - a) Natureza social de seus objetivos relativos à respectiva área de atuação;
  - b) Finalidade não-lucrativa, com a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades;
  - c) Previsão expressa de a entidade ter, como órgãos de deliberação superior e de direção, um conselho de administração e uma diretoria definidos nos termos do estatuto, asseguradas àquele composição e atribuições normativas e de controle básicas previstas nesta Lei;
  - d) Previsão de participação, no órgão colegiado de deliberação superior, de representantes do Poder Público e de membros da comunidade, de notória capacidade profissional e idoneidade moral;
  - e) Composição e atribuições da diretoria;
  - f) Obrigatoriedade de publicação anual, no Diário Oficial da União, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão;
  - g) no caso de associação civil, a aceitação de novos associados, na forma do estatuto;



## **ESTADO DE MATO GROSSO**

# **PREFEITURA MUNICIPAL DE FIGUEIRÓPOLIS D'OESTE**

h) Proibição de distribuição de bens ou de parcela do patrimônio líquido em qualquer hipótese, inclusive em razão de desligamento, retirada ou falecimento de associado ou membro da entidade;

i) Previsão de incorporação integral do patrimônio, dos legados ou das doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, em caso de extinção ou desqualificação, ao patrimônio de outra organização social qualificada no âmbito da União, da mesma área de atuação, ou ao patrimônio da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, na proporção dos recursos e bens por estes alocados;

II. Apresentação do Balanço Patrimonial e Demonstração de Resultados do último Exercício, conforme índices de liquidez corrente, de liquidez geral, de endividamento e de solvência estabelecidos pela legislação vigente.

III. As seguintes certidões negativas ou positivas com efeito de negativas:

a) Certidão de Negativa de Débitos Trabalhistas - CNDT;

b) Certificado de Regularidade do FGTS - CRF; e

c) Certidão Conjunta Negativa de Débitos Relativos à Tributos Federais.

IV. Apresentar Atestado de Capacidade Técnica da entidade requerente, emitido por pessoa jurídica pública, que comprove a prestação de serviços, de no mínimo 12 (doze) meses, nos últimos 03 (três) anos, referente a área de qualificação. O(s) atestado(s) deverão ser emitidos comprovando a experiência da Organização Social de Saúde – OSS.

### **3. DO PROCEDIMENTO PARA A QUALIFICAÇÃO**

**3.1** O requerimento de qualificação, conforme modelo que constitui o Anexo I deste Edital, dirigido ao Secretário Municipal de Saúde, será autuado em processo administrativo e, posteriormente, será encaminhado para a Comissão de Qualificação de acordo com a Portaria Municipal nº 168/2024, para emissão de parecer fundamentado.

**3.2** A Comissão de Qualificação observará se a entidade requerente atende aos requisitos de qualificação constantes na legislação municipal, se atende às condições deste Edital, bem como se não incide nas causas de impedimento aqui previstas, realizando análise da documentação apresentada pela entidade, devendo, ao final, proferir parecer fundamentado quanto à qualificação, opinando pelo deferimento ou indeferimento do pedido.

**3.3** No caso de parecer pelo deferimento do pedido, o processo será encaminhado a Procuradoria Geral Municipal para as considerações jurídicas cabíveis e, após, ao Prefeito Municipal, que avaliará a conveniência e oportunidade da qualificação e, ao final, decidirá pelo deferimento ou indeferimento do pedido.

**3.4** A qualificação da entidade como Organização Social de Saúde - OSS será formalizada através de Decreto do Executivo Municipal, expedido no prazo de até 10 (dez) dias úteis, após o deferimento, que será publicado na totalidade na Imprensa Oficial do Município e, em forma de extrato, no Diário Oficial do Estado de Mato Grosso.



## **ESTADO DE MATO GROSSO**

# **PREFEITURA MUNICIPAL DE FIGUEIRÓPOLIS D'OESTE**

**3.5** O pedido de qualificação será indeferido quando:

- a) a requerente não se enquadrar nas atividades dirigidas à saúde;
- b) a requerente não atender ao disposto na legislação municipal e as condições deste Edital, inclusive no que tange à experiência na área da saúde;
- c) a documentação apresentada estiver incompleta ou não for apresentada no prazo concedido; e
- d) a requerente incorrer em uma das hipóteses de impedimento previstas neste Edital.

**3.6** Indeferido o pedido, após a ciência da entidade, esta terá o prazo de 03 (três) úteis dias para interpor recursos e solicitar reapreciação do pedido, que será reanalisado em até 15 (quinze) dias. Após este prazo, considerado apto o deferimento, será observado o disposto no item 3.4.

**3.7** Restando inerte o requerente quanto ao prazo para interposição de recurso e solicitação de reapreciação do pedido ou, ainda, permanecendo o indeferimento, após reanálise, extrato da decisão deverá ser publicado no Diário Oficial do Estado de Mato Grosso, na Imprensa Oficial do Município e no local público de costume da Prefeitura Municipal.

**3.8** Permanecendo a decisão de indeferimento, após a interposição de recursos, não caberá novo recurso da decisão do recurso previsto no item 3.6, publicando-se extrato nos termos do item anterior.

**3.9** A entidade cujo pedido for indeferido poderá requerer novamente a qualificação, a qualquer tempo, desde que atendidas às normas constantes da legislação municipal e das disposições deste Edital.

**3.10** Será dada ciência à entidade de todo o resultado referente à solicitação autuada em processo administrativo do pedido de qualificação como Organização Social de Saúde - OSS de que trata este Edital.

#### **4. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

**4.1** A qualificação de entidade como Organização Social de Saúde - OSS não obriga a Administração Pública Municipal a firmar Contrato de Gestão com quaisquer das entidades qualificadas, as quais não têm direito subjetivo a qualquer tipo de repasse financeiro.

**4.2** As entidades qualificadas como Organização Social de Saúde - OSS poderão participar de processo de seleção pública de projetos por meio de Chamamento Público específico, nos termos da legislação municipal vigente, para escolha da Organização Social de Saúde apta a celebrar eventual Contrato de Gestão.

**4.3** As entidades interessadas assumem todos os custos do requerimento de qualificação, sendo que a Prefeitura do Município de Figueirópolis D'Oeste Estado de Mato Grosso, não será, em nenhum caso, responsável por esses custos, independentemente da condução ou do resultado da qualificação.



## **ESTADO DE MATO GROSSO**

# **PREFEITURA MUNICIPAL DE FIGUEIRÓPOLIS D'OESTE**

**4.4** Qualquer pessoa poderá solicitar ao Departamento Municipal de Saúde esclarecimentos acerca do presente Edital, por meio do seguinte endereço eletrônico: [secsaude@figueiropolisdoeste.mt.gov.br](mailto:secsaude@figueiropolisdoeste.mt.gov.br) ou protocolizar petição nos dias úteis, das 08h às 11h e das 13h às 17h, na sede da Prefeitura Municipal de Figueirópolis D'Oeste situado na Rua Santa Catarina, n.º 146, Bairro Centro, no Município de Figueirópolis D'Oeste -MT, CEP 78290-000.

**4.5** O edital completo poderá ser obtido no seguinte sítio eletrônico:  
<https://figueiropolisdoeste.mt.gov.br/portal-transparencia>

**FIGUEIRÓPOLIS D'OESTE –MT, de 23 de abril de 2024.**

**EDUARDO FLAUSINO VILELA**  
**GABINETE DO GOVERNO MUNICIPAL**



**ESTADO DE MATO GROSSO**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE FIGUEIRÓPOLIS D'OESTE**

**ANEXO I**

**MODELO DE REQUERIMENTO DE QUALIFICAÇÃO**  
**(UTILIZAR PAPEL TIMBRADO DA ENTIDADE)**

**REQUERIMENTO DE QUALIFICAÇÃO DE OSS**

Local e data.

**ASSUNTO:** Requerimento de Qualificação como Organização Social de Saúde - OSS.

Senhor Secretário (a), de Saúde do Município de Figueirópolis D'Oeste

(NOME DA ENTIDADE), pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, inscrita(o) no CNPJ/MF sob o nº XXXXXXXXXXXX, com sede no Município de XXXXXXXXXXXX, sita(o) na (ENDEREÇO COMPLETO, NÚMERO, BAIRRO, CEP), neste ato representada(o) pelo seu(sua) (CARGO DO(A) REPRESENTANTE), (NOME COMPLETO DO(A) REPRESENTANTE), portador(a) do RG n.º XXXXXXXXXXXX e do CPF n.º XXXXXXXXXXXX, com fulcro no disposto na Lei Complementar Municipal n.º 62, de 28 de maio de 2024, e nos termos do Chamamento Público de Convocação para Qualificação de Organização Social de Saúde n.º 03/2024, vem requerer a Vossa Excelência a aprovação para a qualificação como Organização Social de Saúde - OSS, no âmbito da Administração Pública Direta do Município de Figueirópolis D'Oeste Estado de Mato Grosso, para o que apresenta a documentação anexa.

Nestes termos, pede deferimento.

Nome Completo

Cargo RG e CPF

Nome da Entidade, Telefone e E-mail (Firma Reconhecida)



**ESTADO DE MATO GROSSO**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE FIGUEIRÓPOLIS D'OESTE**

**ANEXO II**  
**MODELO DE DECLARAÇÃO**  
(UTILIZAR PAPEL TIMBRADO DA ENTIDADE)

**DECLARAÇÃO**

(NOME DO(A) REPRESENTANTE), representante da (NOME DA ENTIDADE), portador(a) do RG n.º XXXXXXXXXXXX e do CPF n.º XXXXXXXXXXXX, DECLARO para os devidos fins de direito, que a entidade se encontra em situação regular perante o Ministério do Trabalho, inclusive no que se refere à observância do disposto no inciso XXXIII, do artigo 7.º, da Constituição Federal; e que não existem fatos impeditivos para sua qualificação como Organização Social da Saúde. DECLARO, ainda, que a entidade se compromete a comunicar a Secretaria Municipal de Saúde de Figueirópolis D'Oeste, Estado de Mato Grosso, qualquer fato que venha a comprometer sua qualificação.

Local e data.

Nome Completo

Cargo RG e CPF

Nome da Entidade Telefone e E-mail (Firma Reconhecida)