**EDITAL DE CAHAMENTO PÚBLICO N 002/2022**

O Município de Ponte Alta/SC, através da Secretaria Municipal de Saúde, com fundamento no art. 26 da Lei nº 8.666/93, torna público o EDITAL DE CHAMENTO PÚBLICO para MÉDICOS EM CLÍNICA GERAL para as UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE da Secretaria Municipal da Saúde.

1. **OBJETO**

O presente edital tem por objeto o credenciamento de profissionais Médicos em Clinica Geral para Atendimento nas Unidades Básicas de Saúde da Secretaria Municipal da Saúde do Municipio de Ponte Alta/SC.

1. **DAS VAGAS**

Médico Clinico Geral para Unidades Básicas de Saúde: Possuir diploma de Graduação em Medicina com registro no CRM.

1. **DA PROPOSTA:**

Os serviços deverão ser prestados nas UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, na qualidade de MÉDICO DE APOIO, conforme definição da Secretaria Municipal de Saúde, sem caracterização de vínculo empregatício.

1. **DA INSCRIÇÃO E PRAZO:**
   1. As inscrições ao credenciamento serão de 24/02/2022 a 09/03/2022, para seleção imediata somente nos casos de existência de vagas remanescentes de concurso público e/ ou processo seletivo e demanda reprimida.

4.1.1. Após este período o mesmo permanecerá aberto para novos credenciados até o prazo limite de 30/12/2022, obedecidos os critérios de necessidade do serviço e interesse público.

4.2. Os interessados ao credenciamento deverão apresentar documentação em envelope lacrado junto ao Setor de licitação da Prefeitura Municipal de Ponte Alta, sito a Rua Geremias Alves da Rocha, 130, Centro, Ponte Alta/SC, fone: (49) 3248 – 0141, com cópia autenticadas ou a vistas dos originais, dos seguintes documentos da **Pessoa Física ou Jurídica**, que pretende ser credenciada:

**PESSOA FÍSICA**

1. Ficha de Inscrição – Anexo I (A) devidamente preenchida e assinada, constando a proposta de disponibilidade de Horários para a prestação dos serviços.
2. Cópia do documento oficial de identificação – RG;
3. Cópia do cadastro de pessoa física – CPF;
4. Comprovante de Inscrição no Conselho Regional da Categoria – CRM;
5. Diploma de curso Superior/ Habilitação e títulos de especialização, RQE;
6. Comprovante de Regularidade do Conselho;
7. Comprovante de conta – corrente ou poupança para depósito em nome da pessoa física proponente;
8. Curriculum Vitae (contando cursos pertinentes a aréa de atuação dos últimos 5 anos, com a devida comprovação);
9. Negativa do INSS e tributos federais;
10. Negativa de tributos estaduais;
11. Negativa de tributos municipais;
12. Número do PIS/PASEP.

**PESSOA JURIDICA**

1. Ficha de Inscrição – Anexo I (B) devidamente preenchida e assinada, constando a proposta de disponibilidade de horários para a prestação dos serviços, do profissional que efetuará as consultas.
2. Cópia Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ
3. Cópia do Contrato Social e Alterações posteriores, ou cópia da última alteração consolidada, devidamente registrado na junta comercial e no caso de Sociedade por ações o ato constitutivo acompanhado da ata de eleição da diretoria em exercício;
4. Cópia dos documentos pessoais (RG e CPF) dos responsável legal que assinará o contrato e do profissional que irá executar o serviço se não for o mesmo;
5. Comprovante de Inscrição e Regularidade no Conselho Regional de Medicina (CRM) da empresa e do profissional que executará o serviço;
6. Diploma de Curso Superior/Habilitação do profissional que executará o serviço;
7. Dados bancários da empresa (banco/conta/agencia) em nome da pessoa jurídica proponente;
8. Registro no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde da Empresa;
9. Curriculo Vitae (constando cursos pertinentes a área de atuação dos últimos 5 anos, com a devida comprovação) do responsável legal e do profissional que executará o serviço caso não seja o mesmo;
10. Negativa do INSS e tributos federais;
11. Negativa de tributos estaduais;
12. Negativa de tributos municipais;
13. Negativa do FGTS;
14. Número do PIS/PASEP do profissional que executará o serviço.
15. **DA QUALIDADE**

O profissional interessado ao credenciamento deverá:

1. Dispor de oferta de no mínimo 250 (duzentos e cinquenta) consultas/mês para a execução dos serviços.
2. Atender a todos os usuários de forma geral e irrestrita, ou seja, não fazer qualquer diferenciação, para crianças, gestantes, idosos ou puérperas, ou qualquer outro grupo específico.
3. **DAS ATRIBUIÇÕES/ATENDIMENTO**
   1. Os credenciados obedecerão a uma escala definida conforme necessidade do serviço pela Diretoria de Atenção Básica em conjunto com a Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Gestão da Informação, que delimitarão o teto de consultas por profissional credenciado, não podendo ser superior a 250 (duzentos e cinquenta) consultas/mês, por unidade básica de saúde, limitados a no máximo três unidades, não ultrapassando o **limite máximo de 400 (quatrocentas) consultas/mês**.

**Exceto**: Casos em que a Unidade Básica de Saúde, esteja sem profissional médico da Estratégia de Saúde família, poderá excepisionalmente um único profissional realizar a totalidade máxima de 750 (setecentos e cinquenta) consultas/mês.

6.2. O profissional credenciado deverá cumprir toda a agenda de consultas acordada com a SMS;

6.3. O profissional que por 03 (três) meses consecutivos não cumprir a agenda das consultas previstas, por sua exclusiva culpa, será descredenciado automaticamente.

6.4. Em casos de 04 (quatro) ou mais cancelamentos/mês de agenda, do profissional ou empresa, poderá ser solicitado pela Diretoria de Atenção Básica (DAB), seu descredenciamento;

6.5. Em caso de rescisão contratual por interesse do credenciado, este deverá comunicar com antecedência mínima de 15 (quinze) dias e responsabilizar-se pelos atendimentos já agendados;

6.6. O profissional médico credenciado deverá obrigatoriamente realizar os registros, em tempo real dos atendimentos/procedimentos no sistema de prontuário eletrônico disponibilizado pela SMS, sob pena de descredenciamento;

6.7. O profissional médico credenciamento deverá respeitar os fluxos e protocolos da SMS para os encaminhamentos dos usuários da rede, sob pena de descredenciamento;

1. **DA SELAÇÃO**
   1. Todos os inscritos devidamente habilitados serão credenciados em conformidade com a necessidade e possibilidade do serviço público.
   2. A falta de apresentação de quaisquer dos documentos requeridos ensejará na inabilitação do interessado.

**8. DO PAGAMENTO/REMUNERAÇÃO**

8.1. A remuneração será paga através de empenho pelo setor de Apoio Administrativo após confirmação da prestação de serviços pela Diretoria de Atenção Básica e a devida conferência pelo Setor de Controle e Auditoria, devendo o profissional emitir nota fiscal no valor contabilizado.

8.2. O valor da consulta será: **R$: 25,00 (vinte e cinco) reais.**

8.3 Os recursos utilizados para efetuar o pagamento serão das Fontes (20) 03.01.2053 3.3.90.00.00.00.00.00 0102

8.4. O reajuste será conforme o critério estabelecido pela Prefeitura Municipal de Ponte Alta/Secretaria da Saúde.

**9.DO PRAZO**

9.1. O prazo de execução e vigência do presente credenciamento será 24/02/2022 até 30/12/2022.

9.2. Os profissionais selecionados, conforme a necessidade da SMS, iniciarão as atividades assim que estejam convocados através do setor de controle e auditoria da Secretaria Municipal da Saúde, mediante emissão de contrato de credenciamento.

9.3.A vigência do presente Instrumento fica vinculada existência de recursos orçamentários nos termos fixados pelo inciso II, do art. 57 da Lei de Licitações.

**10.RECURSOS ADMINISTRATIVOS**

Aos credenciados é assegurado o direito de interposição de Recurso, nos termos do art. 109 da Lei nº. 8.666/93, o qual será recebido e processado nos termos ali estabelecidos.

**11. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

O presente Edital de Credenciamento encontra-se publicado no site [WWW.pontealta.sc.gov.br------------](http://WWW.pontealta.sc.gov.br------------)

Ponte Alta, 24 de fevereiro de 2022.

Sandra Aparecida Rodrigues dos Santos Gonçalves

**Secretaria Municipal de Saúde**

**ANEXO I - A**

FICHA DE CREDENCIAMENTO – PESSOA FÍSICA

NOME DO PROFISSIONAL:

LOCAL DE ATENDIMENTO:

DADOS PESSOAIS:

ENDEREÇO:

CEP:.......................................................................TELEFONE....................................................

RG:........................................................................CPF:.............................................................

REGISTRO NO CRM:..............................................PIS/PASEP:...................................................

DADOS BANCÁRIOS:

BANCO:....................................AGÊNCIA:............................CONTA CORRENTE:.......................

PROPOSTA

TOTAL DE CONSULTAS OFERECIDAS:

..................................................................................................................................................

Ponte Alta,

Assinatura:................................................................................................................................

**ANEXO I – B**

FICHA DE CREDENCIAMENTO – PESSOA JURIDICA

EMPRESA PROPONENTE:.......................................................................................

NOME DO PROFISSIONAL EXECUTANTE:

..................................................................................................................................................

CRM PROFISSIONAL EXECUTANTE:...........................................................................................

PIS/PASEP DO PROFISSIONAL EXECUTANTE:............................................................................

LOCAL DE ATENDIMENTO:........................................................................................................

DADOS DA PESSOA JURIDICA:

ENDEREÇO:...............................................................................................................................

CEP:........................................................................TELEFONE:..................................................

CNPJ:.........................................................................................................................................

REGISTRO NO CRM DA PESSOA JURÍDICA:................................................................................

DADOS BANCÁRIOS DA PESSOA JURÍDICA:

BANCO:................................AGÊNCIA:.........................CONTA CORRENTE:.............................

PROPOSTA

TOTAL DE CONSULTAS

OFERECIDAS:.........................................................................................

DIAS/HORARIOS DISPONIVEIS DE ATENDIMENTO:

..................................................................................................................................................

Ponte Alta,

Assinatura:................................................................................................................................