# PROCESSO LICITATÓRIO N° 009/2022

# CREDENCIAMENTO Nº. 001/2022

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS MÉDICOS CLINICO GERALPARA AUXILIAR NO ATENDIMENTO NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO**

O **MUNICÍPIO DE PONTE ALTA**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CPNJ sob n°. 83.755.850/0001-27, com sede a Rua Geremias Alves da Rocha, n°. 130, centro, em Ponte Alta/SC, representada por seu Prefeito Municipal, Sr. Edson Julio Wolinger, e o **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PONTE ALTA – SC**, inscrito no CNPJ sob nº 12.230.791/0001-25 e pelo Gestor do Fundo Municipal de Saúde Sandra Rodrigues Gonçalves , comunica aos interessados que se encontra aberto neste Município, o **EDITAL DE CREDENCIAMENTO PARA SERVIÇOS DE SAÚDE COMO MÉDICO CLINICO GERAL**,no que couber pela Lei Federal n°. 8.666, de 21 de junho de 1993, e pelas condições definidas neste Edital e os anexos que o integram:

# DO OBJETO

O presente Edital tem por objeto o **CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS MÉDICOS CLINICO GERAL PARA AUXILIAR NO ATENDIMENTO NAS UNIDADES DE SÁUDE DO MUNICÍPIO.**

# DAS VAGAS/ESPECIALIDADE

* 1. – **Médico Clinico Geral**: Possuir diploma de Graduação em Medicina com registro no CRM.

# DA PROPOSTA:

Os serviços deverão ser prestados **NAS UNIDADES DE SÁUDE DO MUNICÍPIO*,*** conforme definição entre o profissional e a FMS, sem caracterização de vínculo empregatício.

# DA INSCRIÇÃO E PRAZO:

* 1. As inscrições ao credenciamento iniciarão a partir de **27/06/2022**, para seleção imediata
     1. Permanecendo aberto por período indeterminado,tendo por prazo limite até **30/12/2022**, obedecidos os critérios de necessidade do serviço e interesse público.
  2. Os interessados ao credenciamento deverão apresentar em **envelope lacrado** junto a Secretaria Municipal da Saúde, sito à Dr. Valdir Ortigari, 130 – Centro – fone: (049) 3248 - 0141, com cópias autenticadas ou a vistas dos originais, dos seguintes documentos do Profissional Autônomo ou Empresa (Pessoa Jurídica) que pretende ser credenciada:

***Pessoa Física*,**

1. Ficha de Inscrição – Anexo I 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;
5. Diploma de Curso Superior/Habilitação e títulos de especialização, RQE;
6. Comprovante de Regularidade do Conselho (CRM);
7. Comprovante de conta- corrente para depósito em nome da pessoa física proponente;
8. Registro no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde;
9. Curriculum Vitae (constando cursos pertinentes a área de atuação dos últimos 5 anos, com a devida comprovação);
10. Negativas do INSS, de tributos federais, estaduais e municipais;

l) Número do PIS/PASEP

# Pessoa Jurídica,

1. Ficha de Inscrição – Anexo I devidamente preenchida e assinada, constando a proposta de disponibilidade de Horários para a prestação dos serviços, do profissional que efetuará o Plantão.
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 do Estado; em se tratando de Firma Individual o Registro 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) do 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 e títulos de especialização, RQE 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. Curriculum 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. Negativas do INSS, de tributos federais, estaduais e municipais e FGTS;

# DA QUALIFICAÇÃO

O profissional interessado ao credenciamento deverá:

* 1. Dispor de oferta de mínimo **48 (quarenta e oito)** horas/mês para a execução dos serviços, que deverão ser prestadas em regime de consulta. Não podendo ultrapassar 08 (oito) horas

ininterruptas.

# DAS ATRIBUIÇÕES/ATENDIMENTO

* 1. Os credenciados obedecerão a uma escala definida Secretaria de Saúde, que delimitarão o teto de horas por profissional credenciado.
  2. O Profissional e/ou empresa, credenciado deverá cumprir todas as horas para as quais se habilitou;
  3. O limite máximo de horas por Profissional e/ou empresa será de **220 (duzentos e vinte)**

horas/mês.

* 1. O Profissional que por 03 (três) meses consecutivos não cumprir as escalas previamente definidas, por sua exclusiva culpa, será descredenciado automaticamente.
  2. Em caso de rescisão contratual por interesse do credenciado, este deverá comunicar com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, e responsabilizar-se pelos consultas já agendados.

# DO CREDENCIAMETO:

* 1. Todos os inscritos serão credenciados em conformidade com a necessidade e possibilidade do serviço público.
  2. No caso de Pessoa Jurídica poderá ter apenas um contrato limitado a **220 (duzentos e vinte)**

horas/mês.

* 1. *Por tratar-se de caráter emergencial, o profissional/empresa interessado que por alguma razão não disponha de algum dos documentos exigidos para o credenciamento no ato da inscrição, poderá iniciar as atividades com o compromisso de sanar a pendência, para que possa fazer jus ao recebimento da remuneração. (Anexo II)*

# DO PAGAMENTO/REMUNERAÇÃO:

* 1. - A remuneração será paga através de empenho após confirmação da prestação de serviços pela Secretaria de Saúde, devendo o profissional emitir nota fiscal no valor contabilizado.
  2. – O valor da hora trabalhada será de **R$ 150,00** (cento cinquenta reais),
  3. – Os recursos utilizados para efetuar o pagamento serão das Fontes:

(7) 3.3.90.00.00.00.00.00 0.1.76.0786 – Transferência FNS/incremento Temporário Atenção Básica

* 1. - O reajuste será conforme o critério estabelecido pela Prefeitura Municipal de Ponte Alta/Fundo Municipal da Saúde.

# DO PRAZO:

* 1. – O prazo de execução e vigência do presente Credenciamento será pelo prazo limite até **30/12/2022.**
  2. – Os credenciados iniciarão as atividades assim que sejam da Secretaria Municipal da Saúde, mediante emissão de contrato de credenciamento.
  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.

# RECURSOS ADMINISTRATIVOS:

Aos credenciados é assegurado o direito de interposição de Recurso, nos termos do art. 109 da Lei nº. 8666/93, o qual será recebido e processado nos termos ali estabelecidos.

# DAS DISPOSIÇÕES FINAIS:

O presente Edital de Credenciamento encontra-se publicado no site do municipio **Erro! A referência de hiperlink não é válida.**

Ponte Alta, SC, 27 de junho de 2022.

# 

# Sandra Rodrigues Goçalves

# Secretário Municipal da Saúde

**ANEXO I - A**

**FICHA DE CREDENCIAMENTO – PESSOA FÍSICA**

**NOME DO PROFISSIONAL: ............................................................................................**

**DADOS PESSOAIS:**

**ENDEREÇO: .....................................................................................................................**

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

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

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

**DADOS BANCÁRIOS:**

**BANCO: ........................... AGENCIA:..................... CONTA CORRENTE: ....................**

**PROPOSTA**

**NÚMERO DE HORAS DISPONIBILIZADAS:**

**................................................................... DIAS/PERÍODOS DA SEMANA DISPONIVEIS:**

**..................................................................**

**, / / .**

**Assinatura:**

**ANEXO I - B**

**FICHA DE CREDENCIAMENTO – PESSOA JURÍDICA**

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

**NOME DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: ...................................................................**

**CRM ............................**

**DADOS DA PESSOA JURÍDICA:**

**ENDEREÇO: .....................................................................................................................**

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

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

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

**DADOS BANCÁRIOS DA PESSOA JURÍDICA:**

**BANCO: ........................... AGENCIA:..................... CONTA CORRENTE: ....................**

**PROPOSTA**

**NÚMERO DE HORAS DISPONIBILIZADAS:**

**................................................................... DIAS/PERÍODOS DA SEMANA DISPONIVEIS:**

**..................................................................**

**, / / .**

**Assinatura:**

**ANEXO II – A**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE – DOCUMENTAÇÃO INCOMPLETA**

**PESSOA FÍSICA**

**PROFISSIONAL PROPONENTE: ....................................................................................**

**Declara para os devidos fins que apresentará com a maior brevidade possível os documentos faltantes para seu credenciamento emergencial, sob pena de não recebimento das horas-plantão executadas.**

**Itens Não apresentados**

1. Cópia do documento oficial de identificação (RG); **( )**
2. Cópia do Cadastro de pessoa física- CPF; **( )**
3. Comprovante de Inscrição no Conselho Regional da Categoria; **( )**
4. Diploma de Curso Superior/Habilitação e títulos de especialização, RQE**( )**;
5. Comprovante de Regularidade do Conselho (CRM); **( )**
6. Comprovante de conta- corrente para depósito em nome da pessoa física proponente; **( )**
7. Registro no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde; **( )**
8. Curriculum Vitae (constando cursos pertinentes a área de atuação dos últimos 5 anos, com a devida comprovação); **( )**
9. Negativas do INSS, de tributos federais, estaduais e municipais; **( )**

l) Número do PIS/PASEP **( )**

# , / / .

**Assinatura:**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE – DOCUMENTAÇÃO INCOMPLETA**

**PESSOA JURÍDICA**

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

**Declara para os devidos fins que apresentará com a maior brevidade possível os documentos faltantes para seu credenciamento emergencial, sob pena de não recebimento das horas-plantão executadas.**

**Itens Não apresentados**

1. Cópia Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ; **( )**
2. Cópia do Contrato Social e Alterações posteriores................,*;* **( )**
3. Cópia dos documentos pessoais (RG e CPF) do responsável legal que assinará o contrato e do profissional que irá executar o serviço se não for o mesmo; **( )**
4. Comprovante de Inscrição e Regularidade no Conselho Regional de Medicina (CRM) da empresa e do profissional que executará o serviço; **( )**
5. Diploma de Curso Superior/Habilitação e títulos de especialização, RQE do profissional que executará o serviço; **( )**
6. Dados bancários da empresa (banco/conta/agencia) em nome da pessoa jurídica proponente; **( )**
7. Registro no CNES – Cadastro Nacional Estabelecimento de Saúde da empresa; **( )**
8. Curriculum 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; **(**

# )

1. Negativas do INSS, de tributos federais, estaduais e municipais e FGTS; **( )**

# , / / .

**Assinatura:**

8