



**PROCESSO LICITATÓRIO Nº 0212022**  
**CREENCIAMENTO Nº. 002/2022**

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

O **MUNICÍPIO DE PONTE ALTA**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CPNJ sob nº. 83.755.850/0001-27, com sede a Rua Geremias Alves da Rocha, nº. 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 nº. 8.666, de 21 de junho de 1993, e pelas condições definidas neste Edital e os anexos que o integram:

**1. DO OBJETO**

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

**2. DAS VAGAS/ESPECIALIDADE**

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

**3. DA PROPOSTA:**

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

**4. DA INSCRIÇÃO E PRAZO:**

**4.1** As inscrições ao credenciamento iniciarão a partir de **28/12/2022**, para seleção imediata.

**4.1.1** Permanecendo aberto por período indeterminado, tendo por prazo limite até **28/12/2023**, obedecidos os critérios de necessidade do serviço e interesse público.

**4.2** 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,**

a) Ficha de Inscrição – Anexo I devidamente preenchida e assinada, constando a proposta de disponibilidade de Horários para a prestação dos serviços.

b) Cópia do documento oficial de identificação (RG);



- c) Cópia do Cadastro de pessoa física- CPF;
- d) Comprovante de Inscrição no Conselho Regional da Categoria;
- e) Diploma de Curso Superior/Habilitação e títulos de especialização, RQE;
- f) Comprovante de Regularidade do Conselho (CRM);
- g) Comprovante de conta- corrente para depósito em nome da pessoa física proponente;
- h) Registro no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde;
- i) Curriculum Vitae (constando cursos pertinentes a área de atuação dos últimos 5 anos, com a devida comprovação);
- j) Negativas do INSS, de tributos federais, estaduais e municipais;
- l) Número do PIS/PASEP

#### **Pessoa Jurídica,**

- a) 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.
- b) Cópia Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ;
- c) 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;
- d) 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;
- e) Comprovante de Inscrição e Regularidade no Conselho Regional de Medicina (CRM) da empresa e do profissional que executará o serviço;
- f) Diploma de Curso Superior/Habilitação e títulos de especialização, RQE do profissional que executará o serviço;
- g) Dados bancários da empresa (banco/conta/agencia) em nome da pessoa jurídica proponente;
- h) Registro no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde da empresa;
- i) 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;
- j) Negativas do INSS, de tributos federais, estaduais e municipais e FGTS;

## **5. DA QUALIFICAÇÃO**

O profissional interessado ao credenciamento deverá:

- 5.1** 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 06 (seis) horas ininterruptas.
-



## 6. DAS ATRIBUIÇÕES/ATENDIMENTO

- 6.1 Os credenciados obedecerão a uma escala definida Secretaria de Saúde, que delimitarão o teto de consultas por profissional credenciado.
- 6.2 O Profissional e/ou empresa, credenciado deverá cumprir todas as consultas para as quais se habilitou;
- 6.3 O limite máximo de consultas por Profissional e/ou empresa será de **500 (quinhenta)** consulta/mês.
- 6.4 O Profissional que por 03 (três) meses consecutivos não cumprir as escalas previamente definidas, por sua exclusiva culpa, será descredenciado automaticamente.
- 6.5 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.

## 7. DO CREDENCIAMENTO:

- 7.1 Todos os inscritos serão credenciados em conformidade com a necessidade e possibilidade do serviço público.
- 7.2 No caso de Pessoa Jurídica poderá ter apenas um contrato limitado a 500 (**quinhentas**) consulta/mês.
- 7.3 *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)*

## 8. DO PAGAMENTO/REMUNERAÇÃO:

- 8.1 - 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.
- 8.2 – O valor da consulta trabalhada será de **R\$ 25,00** (vinte e cinco reais),
- 8.3 – Os recursos utilizados para efetuar o pagamento serão das Fontes:  
  
(0786) 03.01 2053 3.3.90.00.00.00.00 – Transferência FNS/incremento Temporário Atenção Básica
- 8.4 - O reajuste será conforme o critério estabelecido pela Prefeitura Municipal de Ponte Alta/Fundo Municipal da Saúde.

## 9. DO PRAZO:

---



**9.1** – O prazo de execução e vigência do presente Credenciamento será pelo prazo limite até **28/12/2023.**

**9.2** – Os credenciados iniciarão as atividades, 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. 8666/93, o qual será recebido e processado nos termos ali estabelecidos.

#### **11. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS:**

O presente Edital de Credenciamento encontra-se publicado no site do município [www.pontealta.sc.gov.br](http://www.pontealta.sc.gov.br) e [nos meios oficiais de comunicação.](#)

Ponte Alta, SC, 28 de dezembro 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 DISPONÍVEIS:

.....

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_.

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 DISPONÍVEIS:

.....

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

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**

- b)** Cópia do documento oficial de identificação (RG); (                    )
- c)** Cópia do Cadastro de pessoa física- CPF; (                    )
- d)** Comprovante de Inscrição no Conselho Regional da Categoria; (                    )
- e)** Diploma de Curso Superior/Habilitação e títulos de especialização, RQE(                    );
- f)** Comprovante de Regularidade do Conselho (CRM); (                    )
- g)** Comprovante de conta- corrente para depósito em nome da pessoa física proponente; (                    )
- h)** Registro no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde; (                    )
- i)** Curriculum Vitae (constando cursos pertinentes a área de atuação dos últimos 5 anos, com a devida comprovação); (                    )
- j)** Negativas do INSS, de tributos federais, estaduais e municipais; (                    )
- l)** Número do PIS/PASEP (                    )

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

