



PROCESSO LICITATÓRIO Nº 07/2023
CRENCIAMENTO Nº. 07/2023

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 **CRENCIAMENTO 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 Secretaria Municipal de Saúde, sem caracterização de vínculo empregatício.

4. DA INSCRIÇÃO E PRAZO:

4.1 As inscrições ao credenciamento iniciarão a partir de **23/06/2023**, com abertura dos credenciamentos no **dia 07/07/2023** para seleção imediata, permanecendo aberto por período indeterminado, tendo por prazo limite até **30/12/2023**, 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 08 (oito) horas ininterruptas.
-



6. DAS ATRIBUIÇÕES/ATENDIMENTO

- 6.1 Os credenciados obedecerão a uma escala definida Secretaria de Saúde, que delimitarão o teto de horas por profissional credenciado.
- 6.2 O Profissional e/ou empresa, credenciado deverá cumprir todas as horas para as quais se habilitou;
- 6.3 O limite máximo de horas por Profissional e/ou empresa será de **180 (cento e oitenta)** horas/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 **180 (cento e oitenta)** horas/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 hora trabalhada será de **R\$ 130,00** (cento e trinta reais),
- 8.3 – Os recursos utilizados para efetuar o pagamento serão das Fontes:
(37) 3.3.90.00.00.00.00.00 2.710.320.0836 – 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 **30/12/2023.**

9.2 – Os credenciados iniciarão as atividades assim que sejam convocados pela 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. 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.

Ponte Alta, SC, 19 de junho de 2023.

Sandra Rodrigues Goçalves

Secretário Municipal da Saúde

ADILSON JOSE BRANCO
ASSESSOR JURIDICO
OAB /SC 30.272



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: _____

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

- b) Cópia Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ; ()**
- c) Cópia do Contrato Social e Alterações posteriores.....; ()**
- 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 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; ()**

_____ / _____ / _____.

Assinatura: _____