
**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO EM
CARÁTER EMERGENCIAL DE PROFISSIONAIS MÉDICOS
PLANTONISTAS PARA SERVIÇOS DE PRONTO ATENDIMENTO DA
SMS Nº 002/2020**

A Prefeitura do Município de Lages, através da Secretaria Municipal da Saúde, no uso de suas atribuições legais e regulamentares e conforme dispõe a legislação vigente, com fundamento no art. 26 da Lei nº 8.666/93, torna público aos interessados em prestar serviços de saúde como **Médico Plantonista**, que se encontra aberto o Edital de Credenciamento para o atendimento a população Lageana e referenciada.

I – DO OBJETO

O presente Edital tem por objeto o **CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS MÉDICOS PARA ATENDIMENTO COMO PLANTONISTAS NA UNIDADE DE ATENDIMENTO E TRIAGEM DE SINDROMES RESPIRATÓRIAS LOCALIZADA NO PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL TITO BIANCHINI.**

II – DAS VAGAS/ESPECIALIDADE

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

III – DA PROPOSTA:

Os serviços deverão ser prestados na **UNIDADE DE ATENDIMENTO E TRIAGEM DE SINDROMES RESPIRATÓRIAS LOCALIZADA NO PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL TITO BIANCHINI,** conforme definição entre o profissional e a SMS, sem caracterização de vínculo empregatício.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

IV – DA INSCRIÇÃO E PRAZO:

4.1 As inscrições ao credenciamento iniciarão a partir de **23/03/2020**, para seleção imediata

4.1.1 Permanecendo aberto por período indeterminado, enquanto perdurar o caráter emergencial, tendo por prazo limite até **31/12/2020**, obedecidos os critérios de necessidade do serviço e interesse público.

4.2 Os interessados ao credenciamento deverão apresentar em **envelope lacrado** junto ao Setor de Controle e Auditoria da Secretaria Municipal da Saúde, sito à Praça Leoberto Leal, 20 – Centro – fone: (049) 3251-7645, 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;

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

- 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;

V- DA QUALIFICAÇÃO

O profissional interessado ao credenciamento deverá:

1. Dispor de oferta de mínimo **48 (quarenta e oito)** horas-plantão/mês para a execução dos serviços, que deverão ser prestadas em regime de plantão. Não podendo ultrapassar 24 (vinte e quatro) horas ininterruptas.

VI – DAS ATRIBUIÇÕES/ATENDIMENTO

6.1 Os credenciados obedecerão a uma escala definida pela Diretoria da UPA em conjunto com a Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Gestão da Informação, que delimitarão o teto de horas-plantão por profissional credenciado

6.2 O Profissional e/ou empresa, credenciado deverá cumprir todas as horas-plantão para as quais se habilitou;

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

6.3 O limite máximo de horas-plantão por Profissional e/ou empresa será de **190 (Cento e Noventa)** 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 plantões já agendados.

VII- 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 **190 (Cento e Noventa)** 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)

VIII- 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/Gerência da UPA e devida conferência pelo Setor de Controle e Auditoria, devendo o profissional emitir nota fiscal no valor contabilizado.

8.2 – O valor da hora-plantão será de **R\$ 120,00** (cento vinte reais), conforme estabelecido pela Lei Municipal 451/2015.

8.3 – Os recursos utilizados para efetuar o pagamento serão das Fontes: PAB – PISO DA ATENÇÃO BÁSICA, MAC – Média e Alta Complexidade e/ou Recursos Próprios do Tesouro Municipal - PML.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

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

IX – DO PRAZO:

9.1 – O prazo de execução e vigência do presente Credenciamento será pelo período enquanto perdurar o caráter emergencial, tendo por prazo limite até **31/12/2020**.

9.2 – Os credenciados iniciarão as atividades assim que sejam 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.

X – 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.

XI – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS:

O presente Edital de Credenciamento encontra-se publicado no site www.saudelages.sc.gov.br.

Lages, SC, 23 de março de 2020.

Odila Maria Waldrich
Secretária Municipal da Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Praça Leoberto Leal, 20 - Fone: (0xx49) 3251.7600 – Fax (0xx49) 3251.7652 – CEP 88501.310
E-mail: sec.saude@lages.sc.gov.br – Gabinete da Secretária: gabinete@saudelages.sc.gov.br

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:

.....

Lages, ____ / ____ / ____.

Assinatura: _____

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

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:

.....

Lages, ____ / ____ / ____.

Assinatura: _____

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

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 ()

Lages, _____ / _____ / _____.

Assinatura: _____

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ANEXO II – B
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; ()

Lages, _____ / _____ / _____.

Assinatura: _____

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE