
EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 002/2022

CONSIDERANDO a necessidade de contratar, de forma complementar, serviços de assistência à saúde no Município de Lages, com base no art. 24 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

CONSIDERANDO a Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, que regulamentou o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, instituiu normas para licitações e contratos da Administração Pública e deu outras providências;

CONSIDERANDO a Portaria nº 1.034/GM, de 05 de dezembro de 2010, que prevê a complementariedade na contratação de instituições privadas para a prestação de serviços de saúde;

O Município de Lages, através da Secretaria Municipal da Saúde, com fundamento no art. 26 da Lei nº 8.666/93, torna público o **EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA O CREDENCIAMENTO** de Procedimentos Clínicos - **Consulta De Profissionais De Nível Superior - NUTRICIONISTA**

1. DO OBJETO

O presente edital tem por objeto a seleção e possível contratação de entidades prestadoras de serviços de assistência a saúde ou profissionais para Prestação de Serviços de Procedimentos Clínicos - Consulta De Profissionais De Nível Superior - **NUTRICIONISTA** para a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Lages/SC:

1.1. Estão compreendidos no objeto procedimentos constantes do grupo 03.01 da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, disponível no endereço <http://sigtap.datasus.gov.br>, conforme abaixo:

ITEM	Código SIGTAP	Descrição do Procedimento
01	03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA - NUTRICIONISTA

2. DAS CONDIÇÕES

- 2.1. As entidades interessadas em participar da presente chamada pública, devem oferecer os serviços na área territorial do município de Lages;
- 2.2. Todos os serviços (consultas) devem ser realizados no estabelecimento da entidade credenciada, sendo vedada a terceirização do objeto; ou deverão ser prestados na Policlínica Municipal De Especialidades Médicas;
- 2.3. As entidades interessadas devem apresentar proposta conforme **anexo I**;
- 2.4. As entidades interessadas devem apresentar a disponibilidade de horário e quantidade mínima de 60 consultas/mês ofertadas;
- 2.5. As entidades credenciadas deverão submeter-se ao uso do sistema de agendamentos de consultas proposto pela SMS;
- 2.6. Não pode haver qualquer tipo de cobrança ou complementação do paciente ou seu acompanhante, sob pena de descredenciamento do serviço e demais implicações legais;

-
- 2.7. O Profissional ou Empresa, credenciado deverá cumprir toda a demanda de consultas para as quais se habilitou;
- 2.8. O Profissional que por 03 (três) meses consecutivos não cumprir a agenda das consultas previstas, por sua exclusiva culpa, será descredenciado automaticamente;
- 2.9. Em casos de 04 (quatro) ou mais cancelamentos/mês de agenda, do profissional ou empresa, poderá ser solicitado pela Diretoria do Serviço Especializado o descredenciamento;
- 2.10. O profissional credenciamento deverá respeitar os fluxos e protocolos da Secretaria Municipal da Saúde para os encaminhamentos dos usuários da rede, sob pena de descredenciamento.

3. DA HABILITAÇÃO

3.1 . As entidades interessadas em participar da presente CHAMADA PÚBLICA terão de **24 de fevereiro a 04 de março de 2022** das 08h às 17h para entregar na Secretaria de Saúde de Lages, setor de Controle e Avaliação, a seguinte documentação:

- **DOCUMENTAÇÃO ATENDIMENTOS EM ESTABELECIMENTO
DA CREDENCIADA:**

PESSOA JURÍDICA

- a) Ofício de solicitação formal da entidade interessada listando todos os documentos entregues;
- b) Nome da entidade, endereço, telefone, e-mail, dados bancários (informar banco, agência, número de conta corrente);
- c) Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ;
- d) Cópia do Contrato Social e Alterações posteriores, ou Cópia da última Alteração Consolidada e das alterações subsequentes,

registrados 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 da eleição da diretoria em exercício;

e) Declaração dos sócios administradores, diretores e responsáveis legais que não ocupam cargo ou função de qualquer nível, na área pública de saúde, no âmbito municipal, estadual de Santa Catarina ou federal, devendo ser uma declaração individual de cada um;

f) Dados pessoais do responsável legal da pessoa jurídica, o qual assinará o contrato/convênio (nome completo, cargo, logradouro, estado civil, profissão, R.G. e C.P.F);

g) Dados pessoais do responsável técnico (nome completo, cargo, logradouro, estado civil, profissão, R.G. e C.P.F), com Curriculum Vitae resumido pelo serviço a ser contratado, cópia do diploma, certificado de especialidade e carteira de inscrição no conselho devidamente reconhecido pela respectiva entidade de classe;

h) Certificado de filantropia para entidades filantrópicas sem fins lucrativos (somente se for o caso);

i) Prova de Regularidade (Certidão Negativa) com o INSS e Fazenda Pública Federal;

j) Prova de Regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS;

k) Prova de Regularidade (Certidão Negativa) com a Fazenda Pública Estadual;

l) Prova de Regularidade (Certidão Negativa) com a Fazenda Pública Municipal;

-
- m) Alvará de Licença, Localização e Funcionamento, expedido pela Prefeitura Municipal ou outro documento comprovando a sua regularidade, atualizado;
- n) Alvará Sanitário expedido pela Vigilância Sanitária Municipal e/ou Estadual atualizado;
- o) Inscrição da pessoa jurídica no respectivo conselho e certificado de regularidade funcional;
- p) Declaração emitida pela entidade atestando que atende ao inciso XXXIII, art. 7º da Constituição Federal (proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre aos menores de dezoito anos e de qualquer trabalho a menores de quatorze anos, salvo condição de aprendiz);
- q) Apresentação de Proposta, conforme modelo Anexo I;
- r) Relação nominal dos recursos humanos disponíveis - discriminar e quantificar por categoria funcional (profissionais de nível médio e superior deverão apresentar Certificado de Habilitação reconhecido pelo Conselho de Classe).
- s) Relação com a quantidade e especificação dos equipamentos técnicos disponíveis relacionados diretamente aos serviços contratados;
- t) Cópia da Ficha de Cadastro de Estabelecimento de Saúde/FCES atualizada;
- u) Declaração de horários disponíveis aos SUS;
- v) Declaração que as informações são verdadeiras, sob pena de responder judicialmente pelas inconsistências das informações;
- w) Caso a interessada esteja isenta de algum documento exigido neste edital deve apresentar declaração do órgão expedidor informando sua isenção.

PESSOA FÍSICA

- a) Ofício de solicitação formal da entidade interessada listando todos os documentos entregues;
- b) Nome do profissional, endereço, telefone, e-mail, dados bancários (informar banco, agência, número de conta corrente);
- c) Cópia do documento oficial de identificação (RG);
- d) Cópia do Cadastro de pessoa física (CPF);
- e) Declaração do profissional que não ocupam cargo ou função de qualquer nível, na área pública de saúde, no âmbito municipal, estadual de Santa Catarina ou federal;
- f) Comprovante de Inscrição no Conselho Regional da Categoria e/ou Associação de Classe;
- g) Diploma de Curso Superior/Habilitação e títulos de especialização;
- h) Comprovante de Regularidade do respectivo Conselho e/ou Associação de Classe;
- i) Cópia da Ficha de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) atualizada;
- j) Curriculum Vitae (constando cursos pertinentes a área de atuação dos últimos 5 anos, com a devida comprovação);
- k) Prova de Regularidade (Certidão Negativa) com a Fazenda Federal;
- l) Prova de Regularidade (Certidão Negativa) com a Fazenda Estadual;
- m) Prova de Regularidade (Certidão Negativa) com a Fazenda Municipal;
- n) Número do PIS/PASEP;
- o) Alvará de Licença, Localização e Funcionamento, expedido pela Prefeitura Municipal ou outro documento comprovando a sua regularidade, atualizado;

-
- p) Alvará Sanitário expedido pela Vigilância Sanitária Municipal e/ou Estadual atualizado;
 - q) Horário de atendimento aos usuários do SUS;
 - r) Apresentação de Proposta, conforme modelo Anexo I;
 - s) Relação com a quantidade e especificação dos equipamentos técnicos disponíveis relacionados diretamente aos serviços contratados;
 - t) Declaração que as informações são verdadeiras, sob pena de responder judicialmente pelas inconsistências das informações;
 - u) Caso a interessada esteja isenta de algum documento exigido neste edital deve apresentar declaração do órgão expedidor informando sua isenção.

- **DOCUMENTAÇÃO ATENDIMENTOS NA POLICLÍNICA MUNICIPAL DE ESPECIALIDADES MÉDICAS:**

- **PESSOA FÍSICA:**

- a) Ficha de Inscrição - **Anexo (A)** 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/ou Associação de Classe;
- e) Diploma de Curso Superior/Habilitação e títulos de especialização;
- f) Comprovante de Regularidade do Conselho (CFN);
- g) Comprovante de conta - corrente para depósito em nome da pessoa física proponente;

- h) Curriculum Vitae (constando cursos pertinentes a área de atuação dos últimos 5 anos, com a devida comprovação);
- i) Negativa de tributos federais;
- j) Negativa de tributos estaduais;
- l) Negativa de tributos municipais;
- m) Número do PIS/PASEP
- n) Apresentação de Proposta, conforme modelo Anexo I;

PESSOA JURÍDICA:

- a) Ficha de Inscrição – **Anexo (B)** devidamente preenchida e assinada, constando a proposta de disponibilidade de Horários para a prestação dos serviços, do profissional que efetuará as consultas.
- 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 Nutrição da empresa e do profissional que executará o serviço;
- f) Diploma de Curso Superior/Habilitação e títulos de especialização 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) Negativa de tributos federais;
 - l) Negativa de tributos estaduais;
 - m) Negativa de tributos municipais;
 - n) Negativa do FGTS;
 - o) Número do PIS/PASEP do profissional que executará o serviço.
 - p) Apresentação de Proposta, conforme modelo Anexo I;

3.2. Os documentos citados no item anterior deverão ser apresentados em fotocópia autenticada em cartório ou cópia simples com vistas dos originais, sendo autenticada por funcionário do setor de Controle da Secretaria de Saúde de Lages até às 17h:00min do dia 03/03/2022. Os documentos emitidos via Internet por órgãos ou entidades públicas e suas cópias dispensam a necessidade de autenticações, sujeito a verificação pela Internet;

3.3 A documentação deverá ser apresentada em envelope lacrado, contendo em sua parte externa e frontal os seguintes dizeres:

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - CONTROLE E
AVALIAÇÃO MUNICIPAL**

INTERESSADO:.....

CNPJ/CPF:.....

CHAMADA PÚBLICA Nº 002/2022

3.4 Os documentos deverão estar dispostos ordenadamente, numerados sequencialmente, encadernados e rubricados;

3.5 Fica estabelecida a data de **07 de março de 2022, as 09h** no Setor de Controle e Avaliação da Secretaria da Saúde para abertura dos envelopes lacrados com a devida documentação exigida neste edital, submetendo-se à rubrica pelos membros da equipe de controle e auditoria da Secretaria de Saúde e à livre aferição e rubrica pelos representantes legalmente constituídos das entidades que se fizerem presentes.

3.6 O Controle e Avaliação da Secretaria da Saúde de Lages analisará e avaliará a documentação, no prazo de até 05 (cinco) dias úteis, contados a partir da abertura da documentação na respectiva secretaria;

3.7 As entidades que não atenderem as referidas exigências requeridas neste Edital serão preliminarmente desconsideradas e terão 05 (cinco) dias úteis para apresentarem suas razões de recurso a contar da data da notificação. Em **igual prazo** a Secretaria emitirá parecer.

3.8 Após transcorrido os prazos recursais a Secretaria da Saúde de Lages poderá celebrar contrato/convênio de prestação de serviços, com todas as entidades consideradas habilitadas, mediante inexigibilidade de licitação (artigo 25, “caput”, da Lei nº 8.666/93), dando preferência às entidades filantrópicas sem fins lucrativos.

3.9 As entidades habilitadas a celebrar contrato, serão vistoriadas pela equipe do Controle e Auditoria da Secretaria Municipal da Saúde, para emissão de parecer sobre as condições da área física do serviço, higiene, biossegurança, identificação do funcionamento dos equipamentos técnicos necessários à realização da atividade pretendida, observando-se a

legislação vigente e recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, bem como a capacidade total de procedimentos a serem contratados

4. DA REMUNERAÇÃO

4.1 A remuneração conforme descrito abaixo:

ITEM	Código SIGTAP	Descrição do Procedimento	Valor
01	03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA - NUTRICIONISTA	R\$ 11,00

4.2 A entidade deverá encaminhar até 5º dia útil do mês subsequente ao da prestação, arquivo eletrônico com os procedimentos realizados para a Gerência de Sistemas de Informação da SMS, e relatório físico para a Gerência de Controle e Avaliação, para o devido processamento, conferência e autorização do pagamento.

4.3. Após a devida conferência, será encaminhado para a Diretoria Administrativa até o último dia útil do mês subsequente ao da prestação, relatório para pagamento dos procedimentos aprovados;

4.4 O prazo para pagamento será até o dia 10 do mês subsequente ao da apresentação.

5. DAS FONTES DE FINANCIAMENTO

Os procedimentos constantes da referida chamada serão custeados com recursos oriundos dos repasses do Fundo Nacional de Saúde do Bloco MAC, podendo serem complementados com recursos próprios do Tesouro Municipal.

6.

7. DO PRAZO

6.1 - O prazo para inscrições ao credenciamento será **24 de fevereiro a 04 de março de 2022**, para seleção imediata, após este período o mesmo permanecerá aberto até 31/12/2022, para novos credenciados obedecidos os critérios de necessidade do serviço.

6.2 - O prazo de execução e vigência do presente credenciamento será até **31/12/2022**.

6.3 - Havendo interesse de qualquer das partes, pode o instrumento contratual ser rescindido a qualquer tempo, desde que comunicada a outra com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, e cumpridas as agendas previamente definidas.

8. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

O presente edital de Chamada Publica encontra-se publicado no site **saudelages.sc.gov.br**

Lages, 23 de fevereiro de 2022.

CLAITON CAMARGO DE SOUZA

Secretário Municipal de Saúde

ANEXO - A

FICHA DE CREDENCIAMENTO - PESSOA FÍSICA

NOME DO PROFISSIONAL:.....

LOCAL DE ATENDIMENTO: POLICLÍNICA

DADOS PESSOAIS:

ENDEREÇO:.....

CEP: TELEFONE:.....

RG: CPF:.....

REGISTRO NO CFN:

PIS/PASEP:.....

DADOS BANCÁRIOS:

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

PROPOSTA

NÚMERO DE HORAS DISPONIBILIZADAS:

.....

DIAS/PERÍODOS DA SEMANA DISPONÍVEIS:

.....

Lages, ____/____/____.

Assinatura: _____

ANEXO - B

FICHA DE CREDENCIAMENTO - PESSOA JURÍDICA

EMPRESA PROPONENTE:.....

NOME DO PROFISSIONAL EXECUTANTE:.....

LOCAL DE ATENDIMENTO: POLICLÍNICA

DADOS DA PESSOA JURÍDICA:

ENDEREÇO:.....

CEP: TELEFONE:.....

RG: CPF:.....

REGISTRO NO CFN DA PESSOA JURÍDICA:

.....

PIS/PASEP DO PROFISSIONAL

EXECUTANTE:.....

DADOS BANCÁRIOS:

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

PROPOSTA

NÚMERO DE HORAS DISPONIBILIZADAS:

.....

DIAS/PERÍODOS DA SEMANA DISPONÍVEIS:

.....

Lages, ____/____/____.

Assinatura: _____