

---

## EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS MÉDICOS PLANTONISTAS PARA SERVIÇOS DE PRONTO ATENDIMENTO DA SMS Nº 015/2019

A Prefeitura do Município de Lages, através da Secretaria Municipal da Saúde, no uso de suas atribuições legais e regulamentares e conforme dispõe à 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 à população Lageana.

### I – DO OBJETO

O presente Edital tem por objeto o **CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS MÉDICOS PARA ATENDIMENTO COMO PLANTONISTAS NA UPA - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**.

### II – DAS VAGAS/ESPECIALIDADE

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

2.2 – **Médico plantonista Infantil (Zero a 15 anos)**: Possuir diploma de Graduação em Medicina com registro no CRM.

**Obs: Não será permitido inscrever-se para os dois cargos concomitantemente.**

### III – DA PROPOSTA:

Os serviços deverão ser prestados na **UPA – UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL**, conforme definição entre o profissional e a SMS, sem caracterização de vínculo empregatício.

### IV – DA INSCRIÇÃO E PRAZO:

---

#### 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](mailto:sec.saude@lages.sc.gov.br) – Gabinete da Secretária: [gabinete@saudelages.sc.gov.br](mailto:gabinete@saudelages.sc.gov.br)

**4.1** As inscrições ao credenciamento serão **16/12/2019 a 20/12/2019**, para seleção imediata somente nos casos de existência de vagas remanescentes de concurso público e/ou processo seletivo e demanda reprimida.

**4.1.1** Após este período o mesmo permanecerá aberto para novos credenciados até o prazo limite de **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;
- 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

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

- 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;

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

---

### **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

**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** A falta de apresentação de quaisquer dos documentos requeridos ensejará na inabilitação do interessado.

## **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.

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

---

### **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

---

**IX – DO PRAZO:**

9.1 – O prazo de execução e vigência do presente Credenciamento terá início em **01/01/2020** até **31/12/2020**.

9.2 – Os classificados selecionados 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](http://www.saudelages.sc.gov.br).

Lages, SC, 13 de dezembro de 2019.

**Odila Maria Waldrich**  
**Secretária 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:**

.....

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**