



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 16.001 /2021 – SMS

EDITAL DE CREDENCIAMENTO

1. PREÂMBULO

- 1.1. O Município de Campina Grande, Estado da Paraíba, através da **SECRETARIA DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE – FMS**, neste ato representada por seu Secretário Filipe Araújo Reul, no uso de suas atribuições, consoante as disposições da Lei 8.666/1993, em especial o artigo 25, e dos artigos 6º XLIII, 74 *caput*, 78, I e 79 da Lei nº 14.133 de 01 de abril de 2021, **TORNA PÚBLICO**, que estará realizando inscrições para **CREDENCIAMENTO** de serviços especializados na área de saúde pública.
- 1.2. O processo de **CREDENCIAMENTO** iniciar-se-á em **10 de setembro de 2021 até 10 de setembro de 2022** e estará permanentemente disponível a todos os interessados, cuja documentação e formulário próprio de inscrição poderão ser retirados acessando o site do Município de Campina Grande: <https://campinagrande.pb.gov.br/portal-da-transparencia/> e no site do Tribunal de Contas do Estado da Paraíba: <https://tramita.tce.pb.gov.br/tramita/pages/main.jsf>
- 1.3. Poderá ser prorrogado o presente Edital por mais 12 (doze) meses a contar de 10 de Setembro de 2022, desde que haja interesse da administração e obedecidas as normas legais.
- 1.4. As entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência na contratação, conforme disposto no art. 25 da Lei nº 8.080/1990 e § 1º do art. 199 da Constituição Federal, desde que esteja com o CEBAS atualizado.
- 1.5. Esclarecimentos, documentações e informações poderão ser obtidas junto à **DIRETORIA DE PLANEJAMENTO E REGULAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE**, situada na Avenida Assis Chateaubriand, 1376 – Liberdade, Campina Grande – PB, pessoalmente ou pelo telefone nº (83) 3315-5113, das 07h às 13 horas, de segunda-feira a sexta-feira.

2. TERMO DE REFERÊNCIA

- 2.1 **Procedimento auxiliar de Licitação** – Credenciamento para contratação por Inexigibilidade de Licitação
- 2.2 **PROCEDIMENTO AUXILIAR DE LICITAÇÃO**

Credenciamento de Profissionais médicos, com comprovação de experiência de atuação, para atendimento de urgência e emergência, de forma complementar, em regime de **ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS, CIRURGIAS, PARECERES MÉDICOS, PLANTÕES PRESENCIAIS E/OU SOBREAVISO, PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E VISITAS CLÍNICAS**, para desempenharem suas atividades junto ao **Fundo Municipal de Saúde de Campina Grande**, que fará o encaminhamento dos profissionais que atenderem aos requisitos, para atuarem nos atendimentos ao **Hospital Municipal Dr. Edgley, ao Hospital Municipal Dr. Bezerra de Carvalho (Hospital da Criança e do Adolescente) e ao Hospital Municipal Pedro I, Unidade de Pronto Atendimento – Dr. Maia, Unidade de Pronto Atendimento Dr. Adhemar Dantas, ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Campina Grande – (Samu 192), à Central de Regulação de Leitos Ambulatoriais e Hospitalares, Instituto de Saúde Elpidio de Almeida – Isea, Centro de Saúde, Centro de Atenção Psicossocial, Centro Especializado em Reabilitação (CER), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), Centro Regional de Reabilitação e Assistência em Saúde do Trabalhador (CERAST), Diretoria de Vigilância em Saúde, Serviço de Atendimento Especializado (SAE), Unidades Básicas de Saúde e Programa Saúde da Família, Unidade Mista de Galante e demais.**

2.2.1 **HOSPITAL MUNICIPAL DR. EDGLEY:**

- 2.2.1.1 Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Edgley**, com residência médica em **NEFROLOGIA** e/ou título de especialista em Nefrologia e/ou Terapia Renal Substitutiva, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.1.2 Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Edgley**, com residência médica em **PSIQUIATRIA** e/ou título de especialista em Saúde Mental, com RQE, expedido pelo CRM-PB;





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- 2.2.1.3** Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Edgley**, com residência médica em **CARDIOLOGIA** e/ou título de especialista em Cardiologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.1.4** Credenciamento de profissionais médicos generalistas, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Edgley**;
- 2.2.1.5** Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Edgley**, com residência médica em **COLOPROCTOLOGIA** e/ou título de especialista em Coloproctologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.1.6** Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Edgley**, com residência médica em **DERMATOLOGIA** e/ou título de especialista em Dermatologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.1.7** Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Edgley**, com residência médica em **ENDOCRINOLOGIA** e/ou título de especialista em Endocrinologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.1.8** Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Edgley**, com residência médica em **GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA** e/ou título de especialista em Ginecologia/Obstetrícia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.1.9** Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Edgley**, com residência médica em **MASTOLOGIA** e/ou título de especialista em Mastologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.1.10** Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Edgley**, com residência médica em **NEUROLOGIA** e/ou título de especialista em Neurologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.1.11** Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Edgley**, com residência médica em **OFTALMOLOGIA** e/ou título de especialista em Oftalmologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.1.12** Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Edgley**, com residência médica em **OTORRINOLARINGOLOGIA** e/ou título de especialista em Otorrinolaringologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.1.13** Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Edgley**, com comprovada experiência e residência médica em **PEDIATRIA** e/ou título de especialista em Pediatria, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.1.14** Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Edgley**, com residência médica em **PNEUMOLOGIA** e/ou título de especialista em Pneumologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.1.15** Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Edgley**, com residência médica em **RADIOLOGIA** e/ou título de especialista em Radiologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.1.16** Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Edgley**, com residência médica em **UROLOGIA** e/ou título de especialista em Urologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB.
- 2.2.1.17** Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Edgley**, com residência médica em **ANESTESIOLOGIA** e/ou título de especialista em Anestesiologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

2.2.2 HOSPITAL MUNICIPAL PEDRO I:

- 2.2.2.1** Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Pedro I**, com residência médica em **CARDIOLOGIA** e/ou título de especialista em Cardiologia Clínica, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.2.2** Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Pedro I**, com residência médica em **CIRURGIA GERAL** e/ou título de especialista em Cirurgia Geral, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.2.3** Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Pedro I**, com residência médica em **CIRURGIA PEDIÁTRICA** e/ou título de especialista em Cirurgia Pediátrica, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.2.4** Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Pedro I**, com residência médica em **CIRURGIA TORÁCICA** e/ou título de especialista em Cirurgia Torácica, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.2.5** Credenciamento de profissionais médicos generalistas, para trabalhar no **Hospital Municipal Pedro I**;
- 2.2.2.6** Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Pedro I**, com residência médica em **GASTROENTEROLOGIA E/OU COLOPROCTOLOGIA E/OU CIRURGIA GERAL COM ESPECIALIDADE EM VÍDEO ENDOSCOPIA DIGESTIVA E COLONOSCOPIA** e título de especialista em Gastroenterologia e/ou Coloproctologia e/ou Cirurgia Geral com especialidade em Vídeo Endoscopia Digestiva e Colonoscopia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.2.7** Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Pedro I**, com residência médica em **GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA** e/ou título de especialista em Ginecologia e Obstetrícia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.2.8** Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Pedro I**, com residência médica em **INFECTOLOGIA** e/ou título de especialista em Infectologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.2.9** Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Pedro I**, com residência médica em **MASTOLOGIA** e/ou título de especialista em Mastologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.2.10** Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Pedro I**, com residência médica em **TERAPIA INTENSIVA** e/ou título de especialista em Terapia Intensiva, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.2.11** Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Pedro I**, com residência médica em **NEFROLOGIA** e/ou título de especialista em Nefrologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.2.12** Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Pedro I**, com residência médica em **NEUROCIRURGIA** e/ou título de especialista em Neurocirurgia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.2.13** Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Pedro I**, com residência médica em **NEUROLOGIA** e/ou título de especialista em Neurologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.2.14** Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Pedro I**, com residência médica em **ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA** e/ou título de especialista em Ortopedia e Traumatologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;



**ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

- 2.2.2.15** Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Pedro I**, com residência médica em **OTORRINOLARINGOLOGIA** e/ou título de especialista em Otorrinolaringologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.2.16** Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Pedro I**, com residência médica em **PEDIATRIA** e/ou título de especialista em Pediatria, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.2.17** Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Pedro I**, com residência médica em **PNEUMOLOGIA** e/ou título de especialista em Pneumologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.2.18** Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Pedro I**, com residência médica em **UROLOGIA** e/ou título de especialista em Urologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB.
- 2.2.2.19** Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Pedro I**, com residência médica em **ANESTESIOLOGIA** e/ou título de especialista em Anestesiologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.3 HOSPITAL MUNICIPAL DR. BEZERRA DE CARVALHO – HOSPITAL DA CRIANÇA:**
- 2.2.3.1** Credenciamento de profissionais médicos generalistas, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Bezerra de Carvalho (Hospital da Criança)**;
- 2.2.3.2** Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Bezerra de Carvalho (Hospital da Criança)**, com residência médica em **ENDOCRINOLOGIA CLÍNICA/PEDIÁTRICA** e/ou título de especialista em Endocrinologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.3.3** Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Bezerra de Carvalho (Hospital da Criança)**, residência médica em **GASTROENTEROLOGIA CLÍNICA/PEDIÁTRICA** e/ou título de especialista em Gastroenterologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.3.4** Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Bezerra de Carvalho (Hospital da Criança)**, com residência médica em **NEFROLOGIA CLÍNICA/PEDIÁTRICA** e/ou título de especialista em Nefrologia Clínica/Pediátrica, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.3.5** Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Bezerra de Carvalho (Hospital da Criança)**, com residência médica em **PEDIATRIA** e/ou título de especialista em Pediatria, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.3.6** Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Bezerra de Carvalho (Hospital da Criança)**, com residência médica em **ULTRASSONOGRRAFIA** e/ou título de especialista em Ultrassonografia, com RQE, expedido pelo CRM-PB.
- 2.2.4 UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA DR. MAIA:**
- 2.2.4.1** Credenciamento de profissionais médicos generalistas, para trabalhar na **Unidade de Pronto Atendimento - UPA Dr. Maia**, com capacidade técnica compatível com o Edital de Credenciamento [comprovação de estágio de 6 (seis) meses, em hospital de referência em urgência e emergência, mediante a apresentação de declaração/atestado assinado por Diretor Clínico para atuação na área vermelha);
- 2.2.4.2** Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar na **Unidade de Pronto Atendimento - UPA Dr. Maia**, com residência médica em **ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA** e/ou título de especialista em Ortopedia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.4.3** Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar na **Unidade de Pronto Atendimento - UPA Dr. Maia**, com residência médica em **PEDIATRIA** na especialidade e/ou título de especialista em Pediatria com RQE, expedido pelo CRM-PB.



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

2.2.5 UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA DR. ADHEMAR DANTAS:

2.2.5.1 Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar na **Unidade de Pronto Atendimento - UPA Dr. Adhemar Dantas**, com capacidade técnica compatível com o Edital de Credenciamento [comprovação de estágio de 6 (seis) meses, em hospital de referência em urgência e emergência, mediante a apresentação de declaração/atestado assinado por Diretor Clínico para atuação na área vermelha].

2.2.6 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU:

2.2.6.1 Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Campina Grande – (SAMU 192)** com capacidade técnica compatível com o Edital de Credenciamento [comprovação de estágio de 6 (seis) meses, em SAMU e/ou Hospital de Referência em Urgência e Emergência, mediante a apresentação de declaração/atestado assinado por Diretor Clínico, e/ou Certificado PHTLS-Pré-Hospital Trauma Life Support (em português APHAT- Atendimento Pré-Hospitalar Avançado ao Trauma) e ATLS – Advanced Trauma Life Support (em português: Suporte de Vida Avançado ao Trauma)].

2.2.7 CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES:

2.2.8.1 Credenciamento de Profissionais médicos, com comprovação de experiência em Clínica Médica [mínimo de 6 (seis) meses], para trabalhar na **Central de Regulação de Leitos Ambulatoriais e Hospitalares**, através do Sistema Nacional de Regulação - SISREG.

2.2.8 INSTITUTO DE SAÚDE ELPÍDIO DE ALMEIDA – ISEA:

2.2.8.1 Credenciamento de profissionais médicos generalistas, para trabalhar no **Instituto de Saúde Elpídio de Almeida – ISEA**;

2.2.8.2 Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Instituto de Saúde Elpídio de Almeida - ISEA**, com residência médica em **ANESTESIOLOGIA** e/ou título de especialista em Anestesiologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

2.2.8.3 Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Instituto de Saúde Elpídio de Almeida - ISEA**, com residência médica em **CARDIOLOGIA** e/ou título de especialista em Cardiologia Clínica, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

2.2.8.4 Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Instituto de Saúde Elpídio de Almeida - ISEA**, com residência médica em **CIRURGIA GERAL** e/ou título de especialista em Cirurgia Geral, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

2.2.8.5 Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Instituto de Saúde Elpídio de Almeida - ISEA**, com residência médica em **CIRURGIA PEDIÁTRICA** e/ou título de especialista em Cirurgia Pediátrica, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

2.2.8.6 Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Instituto de Saúde Elpídio de Almeida – ISEA**, com residência médica em **CIRURGIA VASCULAR** e/ou título de especialista em Cirurgia Vascular, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

2.2.8.7 Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Instituto de Saúde Elpídio de Almeida - ISEA**, com residência médica em **CLÍNICA MÉDICA** e/ou título de especialista em Clínica Médica, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

2.2.8.8 Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Instituto de Saúde Elpídio de Almeida - ISEA**, com residência médica em **ENDOCRINOLOGIA** e/ou título de especialista em Endocrinologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Assinado por: [REUL] Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://campinagrande.1doc.com.br/verificacao/> e informe o código B2AA-D199-7B0C-4AD8



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- 2.2.8.9 Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Instituto de Saúde Elpídio de Almeida - ISEA**, com residência médica em **GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA** e/ou título de especialista em Ginecologia e Obstetrícia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.8.10 Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Instituto de Saúde Elpídio de Almeida - ISEA**, com residência médica em **HEMATOLOGIA** e/ou título de especialista em Hematologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.8.11 Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Instituto de Saúde Elpídio de Almeida - ISEA**, com residência médica em **INFECTOLOGIA** e/ou título de especialista em Infectologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.8.12 Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Instituto de Saúde Elpídio de Almeida - ISEA**, com residência médica em **TERAPIA INTENSIVA** e/ou título de especialista em Terapia Intensiva, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.8.13 Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Instituto de Saúde Elpídio de Almeida - ISEA**, com comprovada experiência, residência médica em **NEUROCIRURGIA** e/ou título de especialista em Neurocirurgia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.8.14 Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Instituto de Saúde Elpídio de Almeida - ISEA** com residência médica em **NEONATOLOGIA** e/ou título de especialista em Neonatologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.8.15 Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Instituto de Saúde Elpídio de Almeida - ISEA**, com residência médica em **OTORRINOLARINGOLOGIA** e/ou título de especialista em Otorrinolaringologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.8.16 Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Instituto de Saúde Elpídio de Almeida - ISEA**, com residência médica em **PEDIATRIA** e/ou título de especialista em Pediatria, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.8.17 Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Instituto de Saúde Elpídio de Almeida - ISEA**, com residência médica em **RADIOLOGIA** e/ou título de especialista em Radiologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.8.18 Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Instituto de Saúde Elpídio de Almeida - ISEA** com residência médica em **ULTRASSONOGRRAFIA** e/ou título de especialista em Ultrassonografia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.8.19 Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Instituto de Saúde Elpídio de Almeida - ISEA**, com, residência médica em **UROLOGIA** e/ou título de especialista em Urologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB.
- 2.2.9 **UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE:**
- 2.2.9.1 Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar nas **Unidades Básicas de Saúde (UBS) / Estratégia Saúde da Família (ESF)**, com residência médica e/ou título de especialista em Medicina de Família e Comunidade (MFC), com RQE, expedido pelo CRM-PB, ou, apresentação do certificado de Conclusão do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e/ou do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), expedidos pela UNA-SUS (Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde) ou instituições de Ensino Superior, autorizada pela UNA-SUS;
- 2.2.9.2 Credenciamento de profissionais médicos para trabalhar nos **Centros de Atenção Psicossocial**, com residência médica e/ou título de especialista em **PSIQUIATRIA**, com RQE, expedido pelo CRM-PB;





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- 2.2.9.3** Credenciamento de profissionais médicos para trabalhar nos **Centro de Saúde do Catolé, da Liberdade, da Bela Vista, São José da Mata, Francisco Pinto e Palmeira** com residência médica em **CLÍNICA MÉDICA, CARDIOLOGIA, DERMATOLOGIA, ENDOCRINOLOGIA, GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA, MASTOLOGIA, NEUROLOGIA, ORTOPEDIA/ TRAUMATOLOGIA, OTORRINOLARINGOLOGIA, PEDIATRIA, ULTRASSONOGRAFIA E UROLOGIA** e/ou título de especialista, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.9.4** Credenciamento de profissionais médicos para trabalhar nas **Policlínicas Luzia Cosme Dantas (Malvinas) e Terezinha Garcia Ribeiro (Zona Leste)**, com residência médica em **CLÍNICA MÉDICA, CARDIOLOGIA, DERMATOLOGIA, ENDOCRINOLOGIA, GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA, NEFROLOGIA, NEUROLOGIA, ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA, OTORRINOLARINGOLOGIA, PEDIATRIA, ULTRASSONOGRAFIA E UROLOGIA** e/ou título de especialista, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.9.5** Credenciamento de profissionais médicos para trabalhar no **Centro Especializado em Reabilitação- CER**, com residência médica em **CLÍNICA MÉDICA, CARDIOLOGIA, DERMATOLOGIA, ENDOCRINOLOGIA, GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA, NEFROLOGIA, NEUROLOGIA, ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA, OTORRINOLARINGOLOGIA, PEDIATRIA, ULTRASSONOGRAFIA E UROLOGIA** e/ou título de especialista, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.9.6** Credenciamento de profissionais médicos para trabalhar na **Diretoria de Vigilância em Saúde**, com residência médica em **INFECTOLOGIA, MEDICINA DO TRABALHO** e/ou título de especialista, com RQE, expedido pelo CRM-PB e Médico com pós-graduação em Saúde Coletiva.
- 2.2.9.7** Credenciamento de profissionais médicos para trabalhar na Unidade Mista de Galante, com residência médica em **CLÍNICA MÉDICA, CARDIOLOGIA, DERMATOLOGIA, ENDOCRINOLOGIA, GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA, NEFROLOGIA, NEUROLOGIA, ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA, OTORRINOLARINGOLOGIA, PEDIATRIA, ULTRASSONOGRAFIA E UROLOGIA** e/ou título de especialista, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.9.8** Credenciamento de profissionais médicos para trabalhar no **CERAST**, com residência médica em **CLÍNICA MÉDICA, MEDICINA DO TRABALHO, ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA** e/ou título de especialista, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 2.2.9.9** Credenciamento de profissionais médicos para trabalhar no **SAE (Serviço de Assistência Especializada)**, com residência médica em **CLÍNICA MÉDICA E INFECTOLOGIA** e/ou título de especialista, com RQE, expedido pelo CRM-PB.
- 2.2.9.10** Os profissionais poderão ou não serem contratados, dependendo da necessidade apresentada em cada serviço. Caso o serviço não necessite da especialidade descrita, a Secretaria de Saúde não será obrigada a realizar contratação.

3. DO OBJETO

3.1 O presente Edital destina-se a receber as inscrições para **credenciamento de prestadores de serviços na área de medicina, nas especialidades de:**

3.1.1 TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA, para trabalhar no Setor de Hemodiálise do Hospital Municipal Dr. Edgley, com residência médica em Nefrologia e/ou título de especialista em Nefrologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

3.1.2 PSQUIATRIA, para trabalhar no Setor de Saúde Mental do Hospital Municipal Dr. Edgley, com residência médica em Psiquiatria e/ou título de especialista em Psiquiatria, com RQE, expedido pelo CRM-PB;



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- 3.1.3 MEDICINA INTENSIVA**, para trabalhar no setor de UTI do Hospital Municipal Pedro I, com residência médica e/ou título de especialista em terapia intensiva com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 3.1.4 CARDIOLOGIA CLÍNICA**, para trabalhar no Setor de atendimentos ambulatoriais e/ou cirurgia do Hospital Municipal Pedro I, com residência médica e/ou título de especialista em Cardiologia Clínica com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 3.1.5 CIRURGIA GERAL**, para trabalhar em atendimentos ambulatoriais e/ou Cirurgia do Hospital Municipal Pedro I, com comprovada experiência, residência médica e/ou título de especialista em Cirurgia Geral, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 3.1.6 CIRURGIA PEDIÁTRICA**, para trabalhar no Setor de atendimentos ambulatoriais e/ou Cirurgia do Hospital Municipal Pedro I, com residência médica e/ou título de especialista em Cirurgia Pediátrica com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 3.1.7 CIRURGIA VASCULAR**, para trabalhar no Setor de atendimentos ambulatoriais e/ou Cirurgia do Hospital Municipal Pedro I, com residência médica e/ou título de especialista em Cirurgia Vascular com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 3.1.8 GASTROENTEROLOGIA E/ OU CIRURGIA GERAL COM ESPECIALIDADE EM VÍDEO ENDOSCOPIA DIGESTIVA E COLONOSCOPIA**, para trabalhar no Setor de atendimentos ambulatoriais e/ou Cirurgia do Hospital Municipal Pedro I, com residência médica e/ou título de especialista em Gastroenterologia e/ou Cirurgia Geral com especialidade em Vídeo Endoscopia Digestiva e Colonoscopia com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 3.1.9 GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA**, para trabalhar no Setor de atendimentos ambulatoriais e/ou Cirurgia do Hospital Municipal Pedro I, com residência médica e/ou título de especialista em Ginecologia e Obstetrícia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 3.1.10 MASTOLOGIA**, para trabalhar no Setor de atendimentos ambulatoriais e/ou Cirurgia do Hospital Municipal Pedro I, com residência médica e/ou título de especialista em Mastologia com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 3.1.11 ORTOPEDIA**, para trabalhar no Setor de atendimentos ambulatoriais e/ou Cirurgia do Hospital Municipal Pedro I, com residência médica e/ou título de especialista em ortopedia com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 3.1.12 OTORRINOLARINGOLOGIA** para trabalhar no Setor de atendimentos ambulatoriais e/ ou Cirurgia do Hospital Municipal Pedro I, com residência médica e/ou título de especialista em Otorrinolaringologia com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 3.1.13 UROLOGIA**, para trabalhar no Setor de atendimentos ambulatoriais e/ou Cirurgia do Hospital Municipal Pedro I, com residência médica e/ou título de especialista em Urologia com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 3.1.14 NEFROLOGIA CLÍNICA/PEDIÁTRICA**, para trabalhar no Hospital Municipal Dr. Bezerra de Carvalho (Hospital da Criança), com residência médica e/ou título de especialista em Nefrologia Clínica Pediátrica com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 3.1.15 PEDIATRIA**, para trabalhar no Setor de Pediatria do Hospital Municipal Dr. Bezerra de Carvalho (Hospital da Criança), com residência médica e/ou título de especialista em Pediatria com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 3.1.16 ULTRASSONOGRRAFIA**, para trabalhar no Setor de exames no Hospital Municipal Dr. Bezerra de Carvalho (Hospital da Criança), com residência médica e/ou título de especialista em Ultrassonografia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 3.1.17 ORTOPEDIA**, para trabalhar no Setor de Ortopedia da Unidade de Pronto Atendimento - UPA Dr. Maia com residência médica e/ou título de especialista em Ortopedia com RQE, expedido pelo CRM-PB;
- 3.1.18 PEDIATRIA**, para trabalhar no Setor de Pediatria da Unidade de Pronto Atendimento - UPA Dr. Maia com residência médica e/ou título de especialista em Pediatria com RQE, expedido pelo CRM-PB;



**ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

3.1.19 CLÍNICA MÉDICA E EMERGÊNCIA, para trabalhar no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Campina Grande – (SAMU 192), com capacidade técnica compatível com o Edital de Credenciamento [comprovação de estágio de 6 (seis) meses em Urgência e Emergência, em Hospital de Referência, mediante a apresentação de declaração/atestado assinado por Diretor Clínico].

3.2 O presente Edital destina-se a receber as inscrições para **credenciamento de prestadores de serviços na área de medicina, sem especialidade:**

3.2.1 GENERALISTA, para trabalhar no Setor de Saúde Mental do Hospital Municipal Dr. Edgley;

3.2.2 MÉDICO GENERALISTA, para trabalhar na Unidade de Pronto Atendimento - UPA Dr. Maia, com capacidade técnica compatível com o Edital de Credenciamento (comprovação de estágio de 6 (seis) meses em Urgência e Emergência, em Hospital de Referência, mediante a apresentação de declaração/atestado assinado por Diretor Clínico);

3.2.3 MÉDICO GENERALISTA, para trabalhar no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Campina Grande – (SAMU 192), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Hospital Pedro I, Hospital da Criança e do Adolescente, Hospital Municipal Dr. Edgley com capacidade técnica compatível com o Edital de Credenciamento [comprovação de estágio de 6 (seis) meses em Urgência e Emergência, em Hospital de Referência, mediante a apresentação de declaração/atestado assinado por Diretor Clínico].

3.3 Os profissionais na área de medicina acima descritos deverão atuar em regime de **ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS, CIRURGIAS, PARECERES MÉDICOS, PLANTÕES PRESENCIAIS E/OU SOBREVISO, PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E VISITAS CLÍNICAS**, conforme necessidade da Secretaria de Saúde e dos serviços credenciados pela mesma, respeitando as determinações de locais de trabalho e escalas definidas pela Secretaria de Saúde de Campina Grande.

4. DAS CONDIÇÕES PARA CREDENCIAMENTO

4.1 Da Documentação do Credenciamento – O **CREDENCIAMENTO** será conferido a todas as pessoas físicas ou jurídicas, desde que sejam apresentadas as documentações solicitadas, em **ORIGINAL, OU CÓPIA AUTENTICADA EM CARTÓRIO COMPETENTE, ou PUBLICAÇÃO EM ÓRGÃO DA IMPRENSA OFICIAL**, ou ainda, **CÓPIA SIMPLES** (acompanhada dos respectivos originais para autenticação por profissional vinculado a Secretaria de Saúde), e mediante enquadramento nas exigências desse edital, que será verificada pelos Membros da Comissão de Chamamento Público, instituída pela Portaria nº 017/2021/PMCG/SMS-GS, do Exmo. Secretário Municipal de Saúde, publicada na Separata do Semanário – Campina Grande/PB, 24 de março de 2021.

4.1.1 PARA HABILITAÇÃO DE PESSOA FÍSICA

4.1.1.1 Cédula de identidade.

4.1.1.2 CPF – Cadastro de Pessoa Física;

4.1.1.3 Inscrição no Conselho Regional de Medicina (CRM);

4.1.1.4 Certidões Negativas de Débito: Municipal, Estadual, Federal e de Dívida Ativa da União;

4.1.1.5 Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovado pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943;

4.1.1.6 Declaração que aceita integralmente as normas do presente Edital de Credenciamento e Termo Credenciamento, minuta anexa ao presente Edital (ANEXO “A”);



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- 4.1.1.7 Declaração de disponibilidade para realização dos plantões estabelecido na Cláusula Segunda – Do Objeto deste Edital, minuta anexa ao presente Edital (ANEXO “B”);
- 4.1.1.8 Comprovação de residência, através de fatura de água, energia elétrica, telefone.
- 4.1.1.9 Termo de Credenciamento, minuta anexa neste Edital (ANEXO “D”);
- 4.1.1.10 Formulário próprio para inscrição preenchido (ANEXO “F”);
- 4.1.1.11 Declaração da inexistência de fatos impeditivos (ANEXO “H”);
- 4.1.1.12 Cópia do Cadastro no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. O profissional em saúde que ainda não tiver o seu cadastro no CNES, quando do seu ingresso nos serviços de saúde contratado, será realizado o seu cadastro no CNES, vinculado à unidade de saúde que efetivamente o profissional prestará o seu serviço.
- 4.1.1.13 Declaração informando outros vínculos, na conformidade do Anexo “I”, caso existam;
- 4.1.1.14 Para os profissionais médicos interessados em efetuar o credenciamento, faz-se necessária a apresentação de cópia do *curriculum vitae*, com documentos que atestem a capacidade técnica na especialidade médica exigida com a devida comprovação de que possuem experiência, quando exigida e demonstração que estão aptos a desenvolver suas funções;
- 4.1.1.15 Declaração negativa de vínculo público de que não ocupa cargo, ou função de chefia, assessoramento ou função de confiança na Prefeitura Municipal de Campina Grande. Em caso de falsidade do teor da documentação, os declarantes ficam sujeitos às penalidades previstas no art. 299 do Código Penal.
- 4.1.1.16 Comprovação de que os profissionais que prestarão os serviços possuem as experiências mínimas exigidas nos respectivos itens;

4.1.2 PARA HABILITAÇÃO DE PESSOA JURÍDICA

- 4.1.2.1 Ato Constitutivo/Contrato Social.
- 4.1.2.2 CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica;
- 4.1.2.3 Alvará de Localização e Funcionamento pertinente ao ramo de atividade e compatível com o objeto de contratual (II, art. 29 da Lei nº 8.666/93);
- 4.1.2.4 Certidões Negativas de Débito: Municipal, Estadual, Federal e de Dívida Ativa da União;
- 4.1.2.5 Prova de regularidade relativa à Seguridade Social e ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);
- 4.1.2.6 Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovado pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943;
- 4.1.2.7 Certidão negativa de falência ou concordata expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, de execução patrimonial, expedida no domicílio da pessoa física;
- 4.1.2.8 Carteira de identidade e CPF dos profissionais que prestarão os serviços;
- 4.1.2.9 Inscrição no Conselho Regional de Medicina de todos os profissionais que prestarão o plantão.
- 4.1.2.10 Declaração que aceita integralmente as normas do presente Edital de Credenciamento e Termo de Credenciamento, minuta anexa ao presente Edital. (ANEXO “A”);
- 4.1.2.11 Declaração de disponibilidade para realização dos serviços de Plantões Médicos estabelecidos Cláusula Segunda – Do Objeto deste Edital, minuta anexa ao presente Edital (ANEXO “B”);



**ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

- 4.1.2.12** Comprovação de residência, dos profissionais ligados à empresa que prestarão plantão, através de fatura de água, energia elétrica, telefone.
- 4.1.2.13** Termo de Credenciamento, minuta anexa neste Edital (ANEXO “E”).
- 4.1.2.14** Formulário próprio para inscrição preenchido (ANEXO “G”).
- 4.1.2.15** Declaração de inexistência de fatos impeditivos (ANEXO “H”);
- 4.1.2.16** Cópia do Cadastro no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde da pessoa jurídica interessada no credenciamento, bem como cópia do Cadastro no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde referente ao (s) profissional (is) que atuará (ão) no serviço municipal de saúde, pois toda a produção será lançada nos sistemas de processamento do Ministério da Saúde. O profissional em saúde que ainda não tiver o seu cadastro no CNES, quando do seu ingresso nos serviços de saúde contratado, será realizado o seu cadastro no CNES, vinculado à unidade de saúde que efetivamente o profissional prestará o seu serviço.
- 4.1.2.17** Comprovação de que o interessado possui em seu quadro permanente profissional médico detentor de capacidade técnica para execução dos serviços;
- 4.1.2.18** A prova da capacidade técnica acima exigida será demonstrada mediante a apresentação de no mínimo 1 (um) **ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA**, emitido por pessoa jurídica de direito público ou privado, que comprove a aptidão do credenciando para o desempenho de atividade pertinente e compatível em características, quantidades e prazos com o objeto deste CREDENCIAMENTO;
- 4.1.2.19** Comprovação de que os profissionais que prestarão os serviços possuem as experiências mínimas exigidas no item;
- 4.1.2.20** Declaração negativa de vínculo público de sócios e diretores de que não ocupam cargo, ou função de chefia, assessoramento ou função de confiança na Prefeitura Municipal de Campina Grande. Em caso de falsidade do teor da documentação, os declarantes ficam sujeitos às penalidades previstas no art. 299 do Código Penal.

4.2 DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO – São condições para participar do presente Processo:

- 4.2.1** Conhecer todas as condições estipuladas no presente Edital e apresentar os documentos exigidos, conforme especificado nos incisos I e II do item anterior da presente Cláusula.
- 4.2.2** Não serão admitidas:
- 4.2.2.1** Pessoas físicas ou jurídicas reunidas em **consórcio ou cooperativas**;
- 4.2.2.2** Os interessados que por qualquer motivo, estejam declarados inidôneos ou punidos com suspensão do direito de licitar ou contratar com a Administração Pública, Direta ou Indireta, Federal, estadual ou Municipal, desde que o ato tenha sido publicado no Diário Oficial da União, do Estado ou do Município, pelo Órgão que o praticou.
- 4.2.2.3** Os interessados **inadimplentes** com as obrigações assumidas junto a **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** ou que possuem qualquer nota desabonadora no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores do **MUNICÍPIO**.
- 4.2.2.4** Independentemente de declaração expressa, a manifestação do interesse da Pessoa Física ou Jurídica em participar do presente **CREDENCIAMENTO** implicará na **submissão às normas vigentes e todas as condições estipuladas neste Edital e seus anexos.**



**ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

- 4.2.2.5** Pessoas físicas ou jurídicas que se enquadrem nas vedações previstas no artigo 9º da Lei Nº 8.666, de 1993;
- 4.2.2.6** Que tenham sócios, gerentes ou diretores que sejam cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau de servidores ocupantes de cargos de direção, chefia ou assessoramento e Membros da Prefeitura Municipal de Campina Grande, da Paraíba;

5. DA IMPUGNAÇÃO AO CREDENCIAMENTO

- 5.1** Qualquer cidadão, nos termos do § 1º, do artigo 41, da Lei nº. 8.666/93, até 05 (cinco) dias úteis do início do recebimento das propostas poderá impugnar o presente Edital de Credenciamento por eventuais irregularidades, devendo a Comissão de Seleção julgar e responder à impugnação em até 03 (três) dias úteis, sem prejuízo da faculdade prevista no parágrafo primeiro do art. 113.
- 5.2** Decairá do direito de impugnar os termos do presente edital perante a Comissão o proponente que não o fizer até o segundo dia útil que anteceder a abertura dos envelopes de habilitação.

6. DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

- 6.1** Os documentos da habilitação e a Ficha de Inscrição deverão ser encaminhados eletronicamente para SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – DIRETORIA DE PLANEJAMENTO E REGULAÇÃO, via intranet, após exame prévio da documentação apresentada pelo credenciando.
- 6.2** No assunto do expediente conterà a seguinte informação:
- 6.2.1** PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 16.001/2021 – SMS.
- 6.2.2** DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO PROPONENTE: (NOME OU RAZÃO SOCIAL)
- 6.3** Os documentos da habilitação e a ficha de inscrição serão entregues pessoalmente pelo credenciando à Direção do Serviço Municipal de Saúde, onde o profissional eventualmente executará os serviços, de acordo com a sua especialidade. Após exame prévio da documentação apresentada pelo credenciando, por parte do servidor responsável pelo Serviço Municipal de Saúde, onde o profissional eventualmente executará os serviços, ele (o servidor) enviará os documentos apresentados pelo credenciando à Comissão Especial de Seleção, de forma eletrônica, através de intranet, no prazo de até 5 (cinco) dias consecutivos, devendo as documentação está atualizada sob pena de não ser aceita e não publicação de sua homologação, no que acarretará em não pagamento do serviço.
- 6.4** Excepcionalmente, será admitido o envio em meio físico dos documentos para o seguinte endereço: Avenida Assis Chateaubriand, 1376 – Liberdade na Diretoria Administrativa e Financeira SMS, 1º andar, Campina Grande – PB, apenas pela Direção do Serviço Municipal de Saúde que recebeu os documentos apresentados pelo credenciando, mediante justificativa técnica, e aprovação da Autoridade Superior.
- 6.5** Se na realização do exame prévio da documentação por parte da Direção do Serviço Municipal de saúde, for identificada alguma falta em relação à documentação apresentada, ficará o serviço na responsabilidade de dar imediata ciência ao credenciando para que ele sane a pendência no prazo de 10 (dez) dias, cientificando-o que o silêncio ou a desistência do credenciando em sanar as pendências no prazo acima fixado será interpretado como desinteresse no credenciamento e a documentação apresentada será desconsiderada.

7. DA ANÁLISE DA DOCUMENTAÇÃO

- 7.1** A análise dos documentos de habilitação deverá observar as seguintes normas:



**ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

- 7.1.1** Os documentos apresentados pelo credenciando, recebidos eletronicamente pelos membros da Comissão designada para este fim pelo Secretário Municipal de Saúde, escolhidos entre os servidores da Secretaria, serão analisados com base nos critérios objetivos objetivos definidos no item 4 do Edital.
- 7.1.2** A Comissão analisará a documentação de habilitação no prazo máximo de **10 (dez) dias consecutivos**, contados a partir de seu recebimento.
- 7.1.3** A apresentação da documentação de forma diversa da prevista 4.1, conduzirá à não aprovação dos documentos encaminhados à Comissão, cuja decisão será comunicada ao responsável pelo Serviço Municipal de Saúde por e-mail ou via intranet a quem caberá comunicar ao credenciando, informando na oportunidade o prazo de 8 (oito) dias úteis para apresentação de nova documentação escoimada das causas da reprovação.
- 7.1.4** Decidido sobre as contestações ou recursos referentes à habilitação da interessada, as decisões respectivas constarão em processo.

8. DO CREDENCIAMENTO:

- 8.1** Após o recebimento da documentação de habilitação, julgada regular pelo órgão técnico da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE – SMS/CG**, através da sua Comissão de Chamamento Público credenciará gradativamente os profissionais e instituições necessárias para a realização do referido serviço.
- 8.2** O **CREDENCIAMENTO** será formalizado por Portaria expedida pela Secretária Municipal de Saúde, sendo de caráter precário “*intuito personae*”, podendo ser revogado a qualquer momento a juízo de conveniência e oportunidade pela sua expedidora.
- 8.3** O **CREDENCIAMENTO** terá validade de 12 (doze) meses, podendo ser renovado por igual período, mediante Portaria expedida pela Secretária Municipal de Saúde.
- 8.4** A renovação do **CREDENCIAMENTO** ficará condicionada a consulta ao Sistema Municipal de Cadastro para confirmar se a Pessoa Física ou Pessoa Jurídica continua habilitada e cadastrada no sistema, atendendo ao disposto no subitem 4.1 e ainda a não ocorrência das situações mencionadas no subitem 4.2.2.

9. DA ESCALA DE PLANTÕES

- 9.1** A **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE – SMS/CG**, através de seu órgão técnico e administrativo, realizará até o dia 20 (vinte) de cada mês, a escala de plantões para o mês seguinte, utilizando-se para tal a relação dos profissionais que tenham seus credenciamentos homologados para tal fim, **bem como das informações encaminhadas pelas direções das unidades da Rede Assistencial que compõem o presente chamamento.**
- 9.2** Definida a escala, esta será reduzida a termo e assinada pelo credenciado e pelo órgão técnico e administrativo.
- 9.3** A escala de plantões deverá ser cumprida rigorosamente pelos credenciados, devendo qualquer mudança ou impossibilidade de realização, ser comunicada à Direção da Unidade a qual se encontra vinculado, **com antecedência mínima de 07 (sete) dias.**
- 9.3.1** A proposição de mudança de horários de escala, devidamente justificada, **somente será aceita caso o credenciado indique o respectivo credenciado com o qual efetuará a troca e a devida aceitação deste.**
- 9.3.1.1** A Direção da Unidade a qual se encontra vinculado os credenciados, **analisará a justificativa e as qualificações dos envolvidos e decidirá se acata ou não a mudança de horário na escala**, sendo que em hipótese alguma, interferirá no processo em favor de nenhum credenciado.
- 9.3.2** Justificada a impossibilidade de realização e sendo esta aceita, a Direção da Unidade utilizar-se-á do poder discricionário que lhe é conferido para redistribuir os horários vacantes, convocando os demais credenciados na categoria até obter o preenchimento.
- 9.3.3** Havendo necessidade, a Direção da Unidade poderá propor mudança de escala ou requerer à Comissão de Chamamento Público da Secretaria de Saúde a convocação de credenciados remanescentes, devendo para tal comunicar-se com 03 (três) dias de antecedência.



**ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

10. DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO

- 10.1.** Preencher com exatidão e clareza todos os formulários e documentos obrigatórios na execução de suas atividades/serviços.
- 10.2.** Apresentar a nota fiscal/fatura (pessoa jurídica), nota Fiscal Municipal de prestação de serviço (pessoa física) relativo aos serviços realizados com a devida comprovação, até o 10º (décimo) dia do mês subsequente ao da prestação dos serviços. Ressalve-se que o valor a ser pago está contido no Anexo “C”, sendo deles abatidos os valores referentes aos impostos, taxas, contribuições e demais tributos que envolvem o serviço.
- 10.3.** Cumprir rigorosamente a escala mensal definida.
- 10.4.** Observar todas as normatizações estabelecidas do Sistema Único de Saúde – SUS, pela **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE – SMS/CG** e demais normas reguladoras dos serviços de saúde pública.
- 10.5.** Comunicar com **antecedência de 07 (sete) dias**, a não disponibilidade de prestar os serviços, por motivos devidamente justificados, definindo o período de não atendimento.
- 10.6.** Em caso, de afastamento definitivo de suas atividades, o profissional deve comunicar por escrito à Direção da Unidade, ao qual está vinculado, com **antecedência mínima de 30 (trinta) dias**, sobre sua pretensão, para que a direção tome as decisões cabíveis, para manutenção dos serviços, **não sendo permitido desligamento automático**, sem que seja cumprido o prazo acima mencionado.
- 10.7.** Fornecer ao setor competente da Secretaria Municipal de Saúde, número de contato de telefone e residência nos dias de plantão presencial, sob pena de cancelamento do credenciamento.
- 10.8.** Considerando que um dos tipos de serviço a ser contrato é o de plantões médicos presenciais e/ou sobreaviso, realizado o chamado para atendimento, o profissional médico responsável **possui o tempo máximo de 15 (quinze) minutos para chegar até a unidade de saúde para qual foi designado**, sob pena de desconto proporcional no valor a ser recebido por hora de plantão, conforme disposto no “ANEXO C” deste edital.
- 10.9.** Atendimento médico à demanda de urgência e emergência, cumprindo os princípios balizadores do SUS (integralidade, universalidade, equidade, hierarquização, gratuidade), procedimentos médicos, participar da rede macrorregional de urgência e emergência cumprindo os protocolos assistenciais, prestar o primeiro atendimento de urgência e emergência a população local, conforme necessidade da demanda, acompanhar pacientes que venham a ser transferidos para o ponto de atenção, conforme processo regulatório.
- 10.10.** Apresentar mensalmente, até o 10º (décimo) dia corrido, nota fiscal dos serviços prestados junto a **Secretaria Municipal de Saúde – Gerência Financeira**, devidamente certificados pela Diretoria Administrativa/Financeira.

11. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E DESCRENCIAMENTO

- 11.1.** O descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas com o **CREDENCIAMENTO** sujeitará a Pessoa Física ou Jurídica, no que couber, às sanções previstas no capítulo IV, da Lei nº 8.666/93, garantida prévia defesa, ficando estipuladas as seguintes penalidades, pelo não cumprimento de quaisquer obrigações assumidas com o **CREDENCIAMENTO**:
- 11.1.1.** Advertência por escrito;
- 11.1.2.** Suspensão temporária do **CREDENCIAMENTO**, por prazo não superior a 02 (dois) meses;
- 11.1.3.** Cancelamento do **CREDENCIAMENTO**.
- 11.2.** As sanções poderão ser aplicadas independentemente de ter a Pessoa Física ou Jurídica sido penalizada em contrato, facultada a defesa prévia no respectivo processo, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da ciência do ocorrido.



**ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

- 11.3.** Ocorrerá o **DESCRENCIAMENTO** automático da Pessoa Física ou Jurídica o não atendimento das exigências do presente Edital.
- 11.4.** Ocorrerá o **DESCRENCIAMENTO** automático da Pessoa Física ou Jurídica que, por qualquer motivo, esteja impedida de desempenhar a atividade profissional.
- 11.5.** O não atendimento ao chamado para os profissionais credenciados nos serviços previstos no ANEXO “C”, conforme escala definida nos moldes descritos pelo subitem 3.1., quando em período de vigência de sua escala mensal, acarretará nas penalidades previstas no subitem 11.1.1 e 11.1.2, salvo em caso fortuito ou de força maior cuja justificativa seja aceita pela administração.
- 11.6.** A reincidência no disposto no subitem anterior imputará a aplicação da penalidade prevista no subitem 11.1.3.
- 11.7.** O não cumprimento da **APRESENTAÇÃO** das certidões negativas (municipal, estadual, federal, trabalhista e quaisquer outras exigíveis nos termos deste Edital) requisitadas no ato do **CRENCIAMENTO** e/ou quando forem solicitadas para atualização cadastral, poderá implicar em bloqueio/suspensão dos pagamentos a serem recebidos pelos profissionais, até que seja sanada a pendência documental.

12. DOS VALORES:

- 12.1.** O valor ajustado entre as partes será de acordo com a Tabela de Valores e Serviços, **ANEXO “C” do EDITAL DE CRENCIAMENTO, do CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 16.001/2021**, que passará a fazer parte do Termo de Credenciamento e aceito pelo credenciado quando da apresentação de sua proposta.
- 12.2.** Ressalve-se que o valor a ser pago está contido no Anexo “C”, sendo dele abatido os valores referentes aos impostos, taxas, contribuições e demais tributos que envolvem o serviço.
- 12.3.** O pagamento ao profissional pelo serviço prestado deverá ser realizado entre **dia 20 (vinte) do mês subsequente** àquele da prestação dos serviços, podendo, em caráter excepcional, **ocorrer em até 60 (sessenta) dias ao mês subsequente**, em caso de atraso no repasse das transferências dos recursos por parte do Ministério da Saúde, para os respectivos blocos, podendo o acompanhamento ser realizado pelo site www.fns.saude.gov.br.
- 12.4.** O pagamento do profissional plantonista será realizado de acordo com o envio da escala médica, de plantões e serviços devidamente assinada e datada pelo coordenador do serviço, a fim de conferência da assiduidade, a ser enviada para a coordenação de produção médica até a data 05 (cinco) do mês subsequente, através da intranet e excepcionalmente por e-mail.
- 12.5.** O pagamento do profissional com atendimento ambulatorial será realizado de acordo com o envio do número de atendimentos/consultas e serviços devidamente assinada e datada pelo Coordenador do serviço, a fim de conferência, a ser enviada para a coordenação de produção médica até a data 05 (cinco) do mês subsequente, via intranet, ou excepcionalmente no e-mail indicado neste instrumento.

13. DAS FONTES DE RECURSOS:

- 13.1. As despesas decorrentes deste Termo de Credenciamento correrão por conta do Orçamento Geral do Fundo Municipal de Saúde, do seguinte programa:**

FUNÇÃO PROGRAMÁTICA: 10.301.1009.2095 / CÓDIGO DA DESPESA: 3390.36 - 3390.39 / FONTE DE RECURSOS: 1214 (**ATENÇÃO BÁSICA**).

FUNÇÃO PROGRAMÁTICA: 10.302.1010.2104 / CÓDIGO DA DESPESA: 3390.36 - 3390.39 / FONTE DE RECURSOS: 1214 (**MAC**).

FUNÇÃO PROGRAMÁTICA: 10.302.1010.2101 / CÓDIGO DA DESPESA: 3390.36 - 3390.39 / FONTE DE RECURSOS: 1214 (**SAMU**).



**ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

14. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS:

14.1. Fazem parte do presente Edital:

- 14.1.1. Tabela de valores a serem pagos pelos serviços integrantes do presente Edital (ANEXO "C").
- 14.1.2. As minutas do termo de credenciamento (ANEXO "D e E").
- 14.1.3. Declarações: de inexistência de fatos impeditivos, de informações de outros vínculos, modelo de declaração conjunta negativa de parentesco e de vínculo (PF) e modelo de declaração conjunta negativa de parentesco e de vínculo (PJ).

14.2. (ANEXOS "A" e "B").

- 14.2.1. Formulário Próprio de inscrição (ANEXOS "F" e "G")
- 14.2.2. Declaração de fatos impeditivos (ANEXO "H")
- 14.2.3. Declaração de Informação de Outros Vínculos (ANEXO "I").

14.3. O presente processo de **CRENCIAMENTO poderá ser revogado por razões de interesse público decorrentes de fatos supervenientes**, devidamente comprovado, pertinente e suficiente para justificar sua revogação.

14.4. O credenciado tomará ciência e **concordará** com o Termo de Credenciamento, de acordo com a minuta anexa neste Edital (ANEXO "D e/ou E").

14.5. Os casos omissos no presente Edital serão analisados sob os aspectos da Lei nº 8.666/93 e alterações posteriores através da comissão permanente de licitações da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, Estado da Paraíba - SMS.

14.6. À Comissão de Chamamento Público, além do recebimento e exame da documentação, caberá o julgamento e obediência às disposições aqui estabelecidas, bem como dirimir sobre dúvidas ou omissões.

14.7. Nenhuma indenização será devida aos participantes pela apresentação da documentação relativa ao presente **EDITAL DE CRENCIAMENTO**.

14.8. Qualquer recurso ou contestação somente poderá ser manifestado por intermédio do representante legal da pessoa física ou jurídica interessada ou por procurador legalmente habilitado.

14.9. É terminantemente vedada a subcontratação.

14.10. Ficam revogadas todas as disposições em contrário ao presente edital, em especial instrumento congêneres publicado no exercício financeiro de 2019.

14.11. Após o credenciamento da pessoa física ou jurídica, o Serviço Municipal de Saúde onde o credenciado irá atuar, ficará responsável por vincular o médico ao CNES da unidade de saúde.

14.12. Legislação Aplicável – O presente edital rege-se pelas disposições expressas na Lei Federal nº 8.666/93, de 21 de junho de 1993, da Lei nº 14.133 de 01 de abril de 2021, no que couber, e demais alterações posteriores vigentes, e pelos preceitos do Direito Público, aplicando-se-lhe supletivamente os princípios da Teoria Geral dos Contratos, e as disposições do Direito Privado.



**ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

15. DO FORO

15.1 Fica eleito o Foro da Justiça da Comarca de Campina Grande, Estado da Paraíba, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas da execução deste instrumento, com renúncia de qualquer outro por mais privilegiado que seja.

Campina Grande-PB, 10 de agosto de 2021.

FILIFE ARAUJO REUL

Secretário Municipal de Saúde de Campina Grande



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO "A"

NOME:
ENDEREÇO:
CIDADE:
ESTADO:
CNPJ OU CPF:
FONE:

À Comissão Especial de Seleção nos Processos de Chamamento Público da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande - PB

DECLARAÇÃO

A proponente abaixo assinada, interessada no credenciamento previsto no Processo de Licitação, modalidade de **INEXIGIBILIDADE** da Prefeitura Municipal de Campina Grande, através da Secretaria Municipal da Saúde de Campina Grande – SMS, por seu representante legal, declara que **conhece integralmente as normas estabelecidas e que aceita todas as condições** para cumprimento das obrigações constantes no presente **EDITAL E SEUS ANEXOS, DESTINADO AO CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS NA ÁREA DE SAÚDE PÚBLICA** para atendimento de urgência e emergência, de forma complementar, em regime de **ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS, CIRURGIAS, PARECERES MÉDICOS, PLANTÕES PRESENCIAIS E/OU SOBREAVISO, VISITAS CLÍNICAS**, cumprindo necessidade do serviço ao qual estará vinculado.

Local e Data.

Assinatura e identificação



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO “B”

NOME:
ENDEREÇO:
CIDADE:
ESTADO:
CNPJ OU CPF:
FONE:

Comissão Especial de Seleção nos Processos de Chamamento Público da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande - PB

DECLARAÇÃO

A proponente abaixo assinada, interessada no credenciamento previsto no Processo de Licitação modalidade de **INEXIGIBILIDADE** da Prefeitura Municipal de Campina Grande, através da Secretaria Municipal da Saúde de Campina Grande – SMS, por seu representante legal de seu representante legal, declara que possui total e plena disponibilidade para realização dos serviços de sobreaviso médico estabelecido na Cláusula Segunda – Do Objeto do presente **EDITAL, DESTINADO AO CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS NA ÁREA DE SAÚDE PÚBLICA**, para atendimento de urgência e emergência, de forma complementar, em regime de **ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS, CIRURGIAS, PARECERES MÉDICOS, PLANTÕES PRESENCIAIS E/OU SOBREAVISO, VISITAS CLÍNICAS**, cumprindo necessidade do serviço ao qual estará vinculado.

Local e Data

Assinatura e identificação



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO "C"
TABELA DE PREÇOS DOS SERVIÇOS CREDENCIADOS

PRESTADOR	GENERALISTAS Dias da Semana	ESPECIALISTAS Dias da Semana	GENERALISTAS Fins de semana /feriado	ESPECIALISTAS Fins de semana /feriado
Hospital Dr. Edgley- Clínica médica	940.00	1100.00	1100.00	1290.00
Hospital Dr. Edgley (Psiquiatria)	-	1100.00	-	1290.00
Hospital Dr. Edgley (Nefrologia/ Diálise)	-	1500.00	-	1500.00
Hospital Pedro I	940.00	-	1100.00	-
Hospital Pedro (UTI)	-	1100.00	-	1290.00
Hospital Pedro I (Ambulatório)	-	Pagamento por procedimento realizado.	-	-
Hospital Pedro I (Cirurgiões)	-	1300.00	-	1500.00
Hospital Pedro (Sobreaviso e Parecer)	-	650.00	-	750.00
Hospital Pedro I (Plantão Covid – área verde)	1.100,00 + (gratificação COVID- 20%)	1.100,00 + (gratificação COVID- 20%)	1.290,00 + (gratificação COVID- 20%)	1.290,00 + (gratificação COVID- 20%)
Hospital Pedro I (Plantão Covid – área vermelha)	1.100,00 + (gratificação COVID- 40%)	1.100,00 + (gratificação COVID- 40%)	1.290,00 + (gratificação COVID- 40%)	1.290,00 + (gratificação COVID- 40%)
UPA Dr. Maia	940.00	1100.00	1100.00	1290.00
UPA Dr. MAIA	1080.00	1080.00	1290.00	1290.00
UPA Dr.MAIA (Ala Covid - verde)	1.100,00 + (gratificação COVID- 20%)	1.100,00 + (gratificação COVID- 20%)	1.290,00 + (gratificação COVID- 20%)	1.290,00 + (gratificação COVID- 20%)
UPA Dr.MAIA (Ala Covid - vermelha)	1.100,00 + (gratificação COVID- 40%)	1.100,00 + (gratificação COVID- 40%)	1.290,00 + (gratificação COVID- 40%)	1.290,00 + (gratificação COVID- 40%)
UPA Dinamérica	1080.00	1080.00	1290.00	1290.00
Hospital da Criança	940.00	1100.00	1100.00	1290.00
SAMU	1100.00	1100.00	1290.00	1290.00
ISEA	940.00	1300.00	1100.00	1500.00
ISEA (sobreaviso)	-	650.00	-	750.00
ISEA (Cirurgia Pediátrica/sobreaviso)	-	750.00	-	750.00
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE /	Vencimentos: R\$ 4.481,63 + produtividade: R\$ 7.018,37 (carga horária: 40 horas semanais).			

Assinado por: FILLIPE REUIL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://campinagrande.1doc.com.br/verificacao/> e informe o código B2AA-D199-7B0C-4AD8



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE				
Centro de Saúde Catolé		560.00 por ambulatório de 06(seis) horas com atendimento mínimo de 15(quinze) pacientes.	-	-
Centro de Saúde Bela Vista		560.00 por ambulatório de 06(seis) horas com atendimento mínimo de 15(quinze) pacientes.		
Centro de Saúde São José da Mata		560.00 por ambulatório de 06(seis) horas com atendimento mínimo de 15(quinze) pacientes.		
Centro de Saúde Francisco Pinto		560.00 por ambulatório de 06(seis) horas com atendimento mínimo de 15(quinze) pacientes.		
Centro de Saúde da Palmeira		560.00 por ambulatório de 06(seis) horas com atendimento mínimo de 15(quinze) pacientes.		
Policlínica Luiza Cosme		560.00 por ambulatório de 06(seis) horas com atendimento mínimo de 15(quinze) pacientes.		
Policlínica Terezinha Garcia		560.00 por ambulatório de 06(seis) horas com atendimento mínimo de 15(quinze) pacientes.		
CERAST		560.00 por		

Assinado por 1 pessoa: FILIPE REUL
 Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://campinagrande.1doc.com.br/verificacao/> e informe o código B2AA-D199-7B0C-4AD8



**ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

		ambulatório de 06(seis) horas com atendimento mínimo de 15(quinze) pacientes.		
CEREST		560.00 por ambulatório de 06(seis) horas com atendimento mínimo de 15(quinze) pacientes.		
SAE		560.00 por ambulatório de 06(seis) horas com atendimento mínimo de 15(quinze) pacientes.		
CER		560.00 por ambulatório de 06(seis) horas com atendimento mínimo de 15(quinze) pacientes.		
Vigilância em Saúde		560.00 por ambulatório de 06(seis) horas com atendimento mínimo de 15(quinze) pacientes.		

Os valores referentes aos plantões correspondem a 12 (doze) horas.

Campina Grande, 10 de Agosto de 2021.

FILIPPE ARAUJO REUL
Secretário Municipal de Saúde de Campina Grande

Assinado por 1 pessoa: FILIPPE REUL
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://campinagrande.1doc.com.br/verificacao/> e informe o código B2AA-D199-7B0C-4AD8



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO "D"

TERMO DE CREDENCIAMENTO PESSOA FÍSICA

O **Município de Campina Grande**, através da **Secretaria Municipal de Saúde**, CNPJ nº. 08.993.917/0001-46, com endereço localizado na Assis Chateaubriand, 1376 – Liberdade, Campina Grande – PB, neste ato representado por seu secretário, **FILIFE ARAÚJO REUL**, portador (a) do RG n.º 2.604.826 SSP-PB, CPF n.º 051.405.774-29, nos termos do **CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 16.001/2021 – SMS**,

CRENCIA _____ pessoa física,

RG n.º _____,

CPF _____ n.º _____ domiciliado (a) à Rua _____, na cidade e Município de _____, para prestação de serviços em saúde pública à população do Município através de profissionais da área de medicina de acordo com as seguintes condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO: O **CRENCIADO**, prestará aos habitantes do Município de Campina Grande, Estado da Paraíba, serviços de com profissionais na área de MEDICINA.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO PREÇO: O preço ajustado entre as partes será de acordo com a Tabela de Valores e Serviços, **ANEXO "C" CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 16.001/2021 – SMS**, que passa a fazer parte do presente Termo de Credenciamento e aceito pelo credenciado no momento da apresentação de sua proposta, sendo dele abatido os valores referentes aos impostos, taxas, contribuições e demais tributos que envolvem o serviço.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO REAJUSTAMENTO: O reajustamento ocorrerá a critério da Secretaria Municipal de Saúde e de acordo com o permitido para a **manutenção do seu equilíbrio financeiro**, respeitando a responsabilidade fiscal do município, devendo ser publicada alteração e divulgada nova Tabela de Valores dos Serviços previstos na Cláusula anterior, ocasião em que será repassado a todos os credenciados.

Parágrafo Primeiro – O MUNICÍPIO, através da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE – SMS/CG**, poderá utilizar como parâmetro de reajuste os mesmos índices aplicados pelo Sistema Único de Saúde – SUS para os mesmos serviços ou serviços similares e/ou equivalentes ou Índice Nacional de Preço ao Consumidor – IGPM.

CLÁUSULA QUARTA – DAS FONTES DE RECURSOS – As despesas decorrentes deste Termo de Credenciamento, correrão por conta do **Orçamento do Fundo Municipal de Saúde**, do seguinte programa:

FUNÇÃO PROGRAMÁTICA: 10.301.1009.2095 / CÓDIGO DA DESPESA: 3390.36 / FONTE DE RECURSO: 1214 (ATENÇÃO BÁSICA)

FUNÇÃO PROGRAMÁTICA: 10.302.1010.2104 / CÓDIGO DA DESPESA: 3390.36 / FONTE DE RECURSO: 1214 (MAC)

FUNÇÃO PROGRAMÁTICA: 10.302.1010.2101 / CÓDIGO DA DESPESA: 3390.36 / FONTE DE RECURSO: 1214 (SAMU)

CLÁUSULA QUINTA - DAS PENALIDADES - O descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas com o **CRENCIAMENTO** sujeitará o **CRENCIADO**, no que couber, às sanções previstas no capítulo IV, da Lei nº 8.666/93, garantida prévia defesa, ficando ainda, estipuladas as seguintes penalidades, pelo não cumprimento de quaisquer obrigações assumidas com o **CRENCIAMENTO**:

- a) Advertência por escrito;
- b) Suspensão temporária do **CRENCIAMENTO**, por prazo não superior a 02 (dois) meses;
- c) Cancelamento do **CRENCIAMENTO**.

Parágrafo Primeiro - As sanções poderão ser aplicadas independentemente de ter o **CRENCIADO** sido penalizado em contrato, facultada a defesa prévia no respectivo processo, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da ciência do ocorrido.



**ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Parágrafo Segundo - Ocorrerá o **DESCRENCIAMENTO** automático da Pessoa Física ou Jurídica o não atendimento ao disposto no item 03 da Cláusula Sétima do Chamamento Público nº16.001/2021 - SMS, que passa a fazer parte do presente Termo.

CLÁUSULA SEXTA – DA CESSÃO OU TRANSFERÊNCIA – O presente Termo de Credenciamento não poderá ser objeto de cessão ou transferência, no todo ou em parte.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA PUBLICAÇÃO DO TERMO DE CREDENCIAMENTO - Dentro do prazo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura, o **MUNICÍPIO** providenciará a publicação do extrato do presente Termo.

CLÁUSULA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO – O **MUNICÍPIO**, através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – FMS** obriga-se:

a) Efetuar o pagamento ao **CRENCIADO** de acordo com os valores da Tabela de Valores de Serviços, **ANEXO “C”** do **CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 16.001/2021 - SMS**, que passa a fazer parte do presente Termo de Credenciamento.

b) Efetuar o pagamento ao profissional pelo serviço prestado deverá ser realizado entre **dia 20 (vinte) do mês subsequente** àquele da prestação dos serviços, podendo, em caráter excepcional, **ocorrer em até 60 (sessenta) dias ao mês subsequente**, em caso de atraso no repasse das transferências dos recursos por parte do Ministério da Saúde, para os respectivos blocos, podendo o acompanhamento ser realizado pelo site **www.fns.saude.gov.br** e **mediante apresentação pelo credenciado da Nota Fiscal/Fatura, no caso de pessoa jurídica ou nota Fiscal Municipal de prestação de serviço, no caso de pessoa física.**

c) Efetuar conferência técnica e Administrativa das faturas e relações de serviços apresentados.

d) Fiscalizar os serviços e esclarecer dúvidas.

e) Realizar a escala dos plantões (médicos), conforme estabelecida na Cláusula Décima deste Termo de Credenciamento.

CLÁUSULA NONA – DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO:

O **CRENCIADO** obriga-se a:

a) Preencher com exatidão e clareza todos os formulários e documentos obrigatórios na execução de suas atividades/serviços.

b) Apresentar a nota fiscal/fatura (pessoa jurídica), nota Fiscal Municipal de prestação de serviço (pessoa física) relativo aos serviços realizados com a devida comprovação, até o 10º (décimo) dia do mês subsequente ao da prestação dos serviços.

c) Comunicar **com antecedência de 07 (sete) dias**, a não disponibilidade de prestar os serviços, por motivos devidamente justificados, definindo o período de não atendimento.

d) Em caso, de afastamento definitivo de suas atividades, o profissional deve comunicar por escrito à Direção da Unidade, ao qual está vinculado, com **antecedência mínima de 30 (trinta) dias**, sobre sua pretensão, para que a direção tome as decisões cabíveis, para manutenção dos serviços, **não sendo permitido desligamento automático**, sem que seja cumprido o prazo acima mencionado.

e) Observar todas as normatizações estabelecidas do Sistema Único de Saúde – SUS, pela SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE – SMS/CG e demais normas reguladoras dos serviços de saúde pública.

f) Cumprir rigorosamente a escala mensal definida.

g) Fornecer ao setor competente do Fundo Municipal de Saúde, número de contato de telefone e residência nos dias de plantão presencial, sob pena de cancelamento do credenciamento.

h) Considerando que um dos tipos de serviço a ser contrato é o de plantões médicos presenciais e/ou sobreaviso realizado o chamado para atendimento, o profissional médico responsável possui o tempo máximo de 15 (quinze) minutos para chegar até a unidade de saúde para qual foi designado.

Assinado por pessoa: FILIPE JULIANO DE SOUZA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://campinagrande.1doc.com.br/verificacao/ e informe o código B2AA-D199-7B0C-4AD8



**ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

i) Atendimento médico à demanda de urgência e emergência, cumprindo os princípios balizadores do SUS (integralidade, universalidade, equidade, hierarquização, gratuidade), procedimentos médicos, participar da rede macrorregional de urgência e emergência cumprindo os protocolos assistenciais, prestar o primeiro atendimento de urgência e emergência a população local, conforme necessidade da demanda acompanhar pacientes que venham a ser transferidos para o ponto de atenção, conforme processo regulatório.

j) Apresentar mensalmente, até o 10º (décimo) dia corrido, nota fiscal dos serviços prestados junto a Secretaria Municipal de Saúde – Gerência Financeira, devidamente certificados pela DAF (Diretoria Administrativa e e Financeira/SMS).

l) Manter TODAS as certidões exigidas pelo presente edital devidamente regularizadas e proceder a sua atualização sempre que requisitadas.

m) Considerando que um dos tipos de serviço a ser contrato é o de plantões médicos presenciais e/ou sobreaviso, realizado o chamado para atendimento, o profissional médico responsável possui o tempo máximo de 15 (quinze) minutos para chegar até a unidade de saúde para qual foi designado, sob pena de desconto proporcional no valor a ser recebido por hora de plantão, conforme disposto no **ANEXO “C” CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 16.001/2021–SMS**.

CLÁUSULA DÉCIMA – DA ESCALA DE PLANTÃO – A **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE – SMS/CG**, através de seu órgão técnico e administrativo, realizará até o dia 20 (vinte) de cada mês, a escala de plantão para o mês seguinte, utilizando-se para tal a relação dos profissionais que tenham seus credenciamentos homologados para tal fim.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS RESPONSABILIDADES – O **CRENCIADO** assume, como exclusivamente seus, os riscos e as despesas decorrentes do fornecimento dos serviços previstos no presente Termo de Credenciamento, exceto os provenientes de todos os materiais e equipamentos necessários para a execução plena dos serviços prestados.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DOS ÔNUS – O **MUNICÍPIO**, através da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE – SMS/CG** não responderá por qualquer ônus, direitos ou obrigações, vinculações a legislação tributária, trabalhista, previdenciária ou securitárias decorrentes da execução dos serviços previstos no presente Termo de Credenciamento, cujo cumprimento e responsabilidade caberão, exclusivamente ao **CRENCIADO**.

Parágrafo Único – Para as Pessoas Físicas credenciadas, para efeito da Legislação do INSS e Imposto de Renda, serão considerados os múltiplos vínculos que a mesma vier a ter, independentemente da fonte pagadora ser pública ou privada.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS CONDIÇÕES GERAIS: São condições gerais do presente Termo de Credenciamento:

a) Em caso de atraso na entrega das Faturas pelo credenciado, o pagamento feito pelo **MUNICÍPIO** através da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE – SMS/CG** será retardado proporcionalmente.

b) Em nenhuma hipótese o credenciado poderá cobrar do beneficiário qualquer importância.

c) O **MUNICÍPIO** através da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE – SMS/CG**, reserva-se o direito de, após a conferência técnica e administrativa efetuada por profissionais habilitados, das faturas apresentadas, solicitar perícia e informações adicionais e, em justificando, glosar despesas e procedimentos.

d) O pagamento recebido pelo **CRENCIADO** não gerará direito adquirido ou ato jurídico perfeito, não havendo nenhum vínculo de natureza trabalhista ou previdenciária.

e) Em atendimento ao Art. 95, § 2º, “c” da Lei nº 8.212/91, ao Art. 27, “a” da Lei nº 8.036/90, o pagamento fica condicionado à apresentação dos seguintes documentos:

l) Certidão de regularidade perante o FGTS;



**ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

f) Este credenciamento será formalizado por Portaria emitida pela Secretaria Municipal de Saúde sendo de caráter precário “*intuitu personae*”, podendo ser revogado a qualquer momento a juízo de conveniência e oportunidade pelo seu expedidor.

g) O **CRENCIADO** poderá descredenciar-se desde que comunique oficialmente ao **MUNICÍPIO**, através da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE – SMS/CG**, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

h) É vedado ao **CRENCIADO** delegar ou transferir a terceiros, em todo ou em parte os serviços previstos neste termo.

i) Os casos omissos serão discutidos e analisados pelo **MUNICÍPIO**, através da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE – SMS/CG**, sob os aspectos da legislação pertinente, visando sempre o melhor atendimento à saúde pública da população do Município de Campina Grande – Paraíba.

j) O presente Termo de Credenciamento rege-se pelas disposições expressas na Lei Federal nº 8.666/93 de 21 de junho de 1.993 e demais alterações posteriores vigentes e pelos preceitos do Direito Público, aplicando-se-lhe supletivamente os princípios da Teoria Geral dos Contratos e as disposições do Direito Privado.

k) Passa a fazer parte Integrante do presente Termo o Chamamento Público nº 16.001/2021-SMS e seus respectivos anexos.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DO FORO - O Foro do presente Termo de Credenciamento será a Comarca de Campina Grande - PB, excluído qualquer outro, e, para firmeza e validade do que ficou acordado, foi lavrado o presente termo de Credenciamento em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, que, depois de lido e achado conforme, é assinado pelas partes e por duas testemunhas que a todo assistiram.

Campina Grande, _____ de _____ de 2021.

FILIFE ARAUJO REUL
Gestor do Fundo Municipal de Saúde

CRENCIADO

TESTEMUNHAS

1. _____

2. _____



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO "E"

TERMO DE CREDENCIAMENTO PESSOA JURÍDICA

O Município de Campina Grande, através da sua Secretaria Municipal de Saúde, CNPJ nº. 08.993.917/0001-46, com endereço localizado na Assis Chateaubriand, 1376 – Liberdade, Campina Grande – PB, neste ato representada por seu Secretário, **FILIFE ARAUJO REUL**, portador (a) do RG n.º 2.604.826 SSP-PB, CPF n.º 051.405.774-29, nos termos do **CHAMAMENTO PÚBLICO Nº16. 001/2021 – SMS, CREDENCIA** _____

_____ pessoa jurídica de direito privado, estabelecida à Rua _____, na cidade e Município de _____, representada por seu titular, brasileiro(a), residente e domiciliado na cidade e Município de _____ Estado _____ à Rua _____ inscrita no CPF/CIC sob nº _____,

para prestação de serviços em saúde pública à população do Município através de profissionais área de medicina a de acordo com as seguintes condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO: O **CREDENCIADO**, prestará aos habitantes do Município de Campina Grande, Estado da Paraíba, serviços de com profissionais na área de MEDICINA.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO PREÇO: O preço ajustado entre as partes será de acordo com a Tabela de Valores e Serviços, **ANEXO "C" CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 16.001/2021 – SMS**, que passa a fazer parte do presente Termo de Credenciamento e aceito pelo credenciado no momento da apresentação de sua proposta, sendo dele abatido os valores referentes aos impostos, taxas, contribuições e demais tributos que envolvem o serviço.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO REAJUSTAMENTO: O reajustamento ocorrerá a critério da Secretaria Municipal de Saúde e de acordo com o permitido para a **manutenção do seu equilíbrio financeiro**, respeitando a responsabilidade fiscal do município, devendo ser publicada alteração e divulgada nova Tabela de Valores dos Serviços previstos na Cláusula anterior, ocasião em que será repassado a todos os credenciados.

Parágrafo Primeiro – O MUNICÍPIO, através da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE – SMS/CG**, poderá utilizar como parâmetro de reajuste os mesmos índices aplicados pelo Sistema Único de Saúde – SUS para os mesmos serviços ou serviços similares e/ou equivalentes ou Índice Nacional de Preço ao Consumidor – IGPM.

CLÁUSULA QUARTA – DAS FONTES DE RECURSOS – As despesas decorrentes deste Termo de Credenciamento, correrão por conta do **Orcamento do Fundo Municipal de Saúde**, do seguinte programa:

FUNÇÃO PROGRAMÁTICA: 10.301.1009.2095 / CÓDIGO DA DESPESA: 3390.39 / FONTE DE RECURSO: 1214 (ATENÇÃO BÁSICA)

FUNÇÃO PROGRAMÁTICA: 10.302.1010.2104 / CÓDIGO DA DESPESA: 3390.39 / FONTE DE RECURSO: 1214 (MAC)

FUNÇÃO PROGRAMÁTICA: 10.302.1010.2101 / CÓDIGO DA DESPESA: 3390.39 / FONTE DE RECURSO: 1214 (SAMU)

CLÁUSULA QUINTA - DAS PENALIDADES - O descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas com o **CREDENCIAMENTO** sujeitará o **CREDENCIADO**, no que couber, às sanções previstas no capítulo IV, da Lei nº 8.666/93, garantida prévia defesa, ficando ainda, estipuladas as seguintes penalidades, pelo não cumprimento quaisquer obrigações assumidas com o **CREDENCIAMENTO**:

- Advertência por escrito;
- Suspensão temporária do **CREDENCIAMENTO**, por prazo não superior a 02 (dois) meses;
- Cancelamento do **CREDENCIAMENTO**.

Parágrafo Primeiro - As sanções poderão ser aplicadas independentemente de ter o **CREDENCIADO** sido penalizado em contrato, facultada a defesa prévia no respectivo processo, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da ciência do ocorrido.



**ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Parágrafo Segundo - Ocorrerá o **DESCRENCIAMENTO** automático da Pessoa Física ou Jurídica o não atendimento ao disposto no item 03 da Cláusula Sétima do Chamamento Público nº16.001/2021 - SMS, que passa a fazer parte do presente Termo.

CLÁUSULA SEXTA – DA CESSÃO OU TRANSFERÊNCIA – O presente Termo de Credenciamento não poderá ser objeto de cessão ou transferência, no todo ou em parte.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA PUBLICAÇÃO DO TERMO DE CREDENCIAMENTO - Dentro do prazo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura, o **MUNICÍPIO** providenciará a publicação do extrato do presente Termo.

CLÁUSULA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO – O **MUNICÍPIO**, através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – FMS** obriga-se:

- a) Efetuar o pagamento ao **CRENCIADO** de acordo com os valores da Tabela de Valores de Serviços, **ANEXO “C”** do **CHAMAMENTO PÚBLICO Nº16. 001/2021 - SMS**, que passa a fazer parte do presente Termo de Credenciamento.
- b) Efetuar o pagamento ao profissional pelo serviço prestado deverá ser realizado entre **dia 20 (vinte) do mês subsequente** àquele da prestação dos serviços, podendo, em caráter excepcional, **ocorrer em até 60 (sessenta) dias ao mês subsequente**, em caso de atraso no repasse das transferências dos recursos por parte do Ministério da Saúde, para os respectivos blocos, podendo o acompanhamento ser realizado pelo site **www.fns.saude.gov.br** e **mediante apresentação pelo credenciado da Nota Fiscal/Fatura, no caso de pessoa jurídica ou nota Fiscal Municipal de prestação de serviço, no caso de pessoa física.**
- c) Efetuar conferência técnica e Administrativa das faturas e relações de serviços apresentados.
- d) Fiscalizar os serviços e esclarecer dúvidas.
- e) Realizar a escala dos plantões (médicos), conforme estabelecida na Cláusula Décima deste Termo de Credenciamento.
- f) Efetuar a retenção da Contribuição ao Regime Geral de Previdência Social, bem como do Imposto de Renda Retido na Fonte, na forma da legislação vigente, procedendo com os informes aos respectivos órgãos.

CLÁUSULA NONA – DAS OBRIGAÇÕES DO CRENCIADO: O **CRENCIADO** obriga-se a:

- a) Preencher com exatidão e clareza todos os formulários e documentos obrigatórios na execução de suas atividades/serviços.
- b) Apresentar a nota fiscal/fatura (pessoa jurídica), nota Fiscal Municipal de prestação de serviço (pessoa física) relativo aos serviços realizados com a devida comprovação, até o 10º (décimo) dia do mês subsequente ao da prestação dos serviços.
- c) Comunicar com antecedência de 07 (sete) dias, a não disponibilidade de prestar os serviços, por motivos devidamente justificados, definindo o período de não atendimento.
- d) Observar todas as normatizações estabelecidas do Sistema Único de Saúde – SUS, pela SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE – SMS/CG e demais normas reguladoras dos serviços de saúde pública.
- e) Cumprir rigorosamente a escala mensal definida.
- f) Em caso, de afastamento definitivo de suas atividades, o profissional deve comunicar por escrito à Direção da Unidade, ao qual está vinculado, com **antecedência mínima de 30 (trinta) dias**, sobre sua pretensão, para que a direção tome as decisões cabíveis, para manutenção dos serviços, **não sendo permitido desligamento automático**, sem que seja cumprido o prazo acima mencionado.
- g) Fornecer ao setor competente do Fundo Municipal de Saúde, número de contato de telefone e residência nos dias de plantão presencial, sob pena de cancelamento do credenciamento.



**ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

h) Considerando que um dos tipos de serviço a ser contrato é o de plantões médicos presenciais e/ou sobreaviso, realizado o chamado para atendimento, o profissional médico responsável possui o tempo máximo de 15 (quinze) minutos para chegar até a unidade de saúde para qual foi designado.

i) Atendimento médico à demanda de urgência e emergência, cumprindo os princípios balizadores do SUS (integralidade, universalidade, equidade, hierarquização, gratuidade), procedimentos médicos, participar da rede macrorregional de urgência e emergência cumprindo os protocolos assistenciais, prestar o primeiro atendimento de urgência e emergência a população local, conforme necessidade da demanda acompanhar pacientes que venham a ser transferidos para o ponto de atenção, conforme processo regulatório.

j) Apresentar mensalmente, até o 10º (décimo) dia corrido, nota fiscal dos serviços prestados junto a Secretaria Municipal de Saúde – Gerência Financeira, devidamente certificados pela DAF (Diretoria Administrativa e Financeira/SMS).

l) Manter TODAS as certidões exigidas pelo presente edital devidamente regularizadas e proceder a sua atualização sempre que requisitadas.

m) Considerando que um dos tipos de serviço a ser contrato é o de plantões médicos presenciais e/ou sobreaviso, realizado o chamado para atendimento, o profissional médico responsável possui o tempo máximo de 15 (quinze) minutos para chegar até a unidade de saúde para qual foi designado, sob pena de desconto proporcional no valor a ser recebido por hora de plantão, conforme disposto no **ANEXO “C” CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 16.001/2021 – SMS.**

CLÁUSULA DÉCIMA – DA ESCALA DE PLANTÃO – A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE – SMS/CG, através de seu órgão técnico e administrativo, realizará até o dia 20 (vinte) de cada mês, a escala de plantão para o mês seguinte, utilizando-se para tal a relação dos profissionais que tenham seus credenciamentos homologados para tal fim.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS RESPONSABILIDADES – O CREDENCIADO assume, como exclusivamente seus, os riscos e as despesas decorrentes do fornecimento dos serviços previstos no presente Termo de Credenciamento, exceto os provenientes de todos os materiais e equipamentos necessários para a execução plena dos serviços prestados.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DOS ÔNUS – O MUNICÍPIO, através da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE – SMS/CG** não responderá por qualquer ônus, direitos ou obrigações, vinculações a legislação tributária, trabalhista, previdenciária ou securitárias decorrentes da execução dos serviços previstos no presente Termo de Credenciamento, cujo cumprimento e responsabilidade caberão, exclusivamente ao **CREDENCIADO**.

Parágrafo Único – Para as Pessoas Físicas credenciadas, para efeito da Legislação do INSS e Imposto de Renda, serão considerados os múltiplos vínculos que a mesma vier a ter, independentemente de a fonte pagadora ser pública ou privada.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS CONDIÇÕES GERAIS: São condições gerais do presente Termo de Credenciamento:

a) Em caso de atraso na entrega das Faturas pelo credenciado, o pagamento feito pelo **MUNICÍPIO** através da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE – SMS/CG** será retardado proporcionalmente.

b) Em nenhuma hipótese o credenciado poderá cobrar do beneficiário qualquer importância.

c) **O MUNICÍPIO** através da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE – SMS/CG**, reserva-se o direito de, após a conferência técnica e administrativa efetuada por profissionais habilitados, das faturas apresentadas, solicitar perícia e informações adicionais e, em justificando, glosar despesas e procedimentos.

d) O pagamento recebido pelo **CREDENCIADO** não gerará direito adquirido ou ato jurídico perfeito, não havendo nenhum vínculo de natureza trabalhista ou previdenciária.

e) Em atendimento ao Art. 95, § 2º, “c” da Lei nº 8.212/91, ao Art. 27, “a” da Lei nº 8.036/90, o pagamento ficará condicionado à apresentação dos seguintes documentos:

I - Certidão de débitos junto ao INSS;



**ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

II - Certidão de débitos junto ao FGTS.

f) Este credenciamento será formalizado por Portaria emitida pela Secretaria Municipal de Saúde sendo de caráter precário “*intuitu personae*”, podendo ser revogado a qualquer momento a juízo de conveniência e oportunidade pelo seu expedidor.

g) É vedado ao **CRENCIADO** delegar ou transferir a terceiros, em todo ou em parte os serviços previstos neste termo.

h) Os casos omissos serão discutidos e analisados pelo **MUNICÍPIO**, através da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE – SMS/CG**, sob os aspectos da legislação pertinente, visando sempre o melhor atendimento à saúde pública da população do Município de Campina Grande – Paraíba.

i) O presente Termo de Credenciamento rege-se pelas disposições expressas na Lei Federal nº 8.666/93 de 21 de junho de 1.993 e demais alterações posteriores vigentes e pelos preceitos do Direito Público, aplicando-se lhe supletivamente os princípios da Teoria Geral dos Contratos e as disposições do Direito Privado.

j) Passa a fazer parte Integrante do presente Termo o Chamamento Público nº 16.001/2021 SMS e seus respectivos anexos.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DO FORO - O Foro do presente Termo de Credenciamento será a Comarca de Campina Grande - PB, excluído qualquer outro, e, para firmeza e validade do que ficou acordado, foi lavrado o presente termo de Credenciamento em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, que, depois de lido e achado conforme, è assinado pelas partes e por duas testemunhas que a todo assistiram.

Campina Grande, ____de_____de 2021.

FILIFE ARAUJO REUL
Gestor do Fundo Municipal de Saúde

CRENCIADO

TESTEMUNHAS

1. _____

2. _____



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO "F"

FICHA DE INSCRIÇÃO PARA PESSOA FÍSICA

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO			
Nome da Pessoa Física			CPF
Endereço		Número	Bairro
Município		CEP	Estado
DDD	Fone	FAX	Endereço Eletrônico
II – VÍNCULO EMPREGATÍCIO			
Nome da Empresa (01)			CNPJ
Endereço		Número	Bairro
Município		CEP	Estado
DDD	Fone	FAX	Endereço Eletrônico
Nome da Empresa (02)			CNPJ
Endereço		Número	Bairro
Município		CEP	Estado
DDD	Fone	FAX	Endereço Eletrônico
III – PROFISSIONAIS PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS			
	SERVIÇO	NOME DO PROFISSIONAL	(CRM)
IV – RESPONSABILIZO-ME PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS			
NOME		CPF	RG
DATA E LOCAL		ASSINATURA	



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO "G"

FICHA DE INSCRIÇÃO - PESSOA JURÍDICA

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO			
Nome da Empresa		CNPJ	
Nome de Fantasia			
Endereço		Número	Bairro
Município		CEP	Estado
DDD	Fone	FAX	Endereço Eletrônico
II – DADOS EMPRESARIAIS			
Principal Atividade			
Outras Atividades			
Número de Empregados		Número de Filiais	
Tipo de Empresa			
<input type="checkbox"/> S.A Capital Aberto <input type="checkbox"/> Comandita <input type="checkbox"/> Capital e Indústria <input type="checkbox"/> S.A Capital Fechado <input type="checkbox"/> Associação <input type="checkbox"/> Nome Coletivo <input type="checkbox"/> Ltda. <input type="checkbox"/> Fundação <input type="checkbox"/> Firma Individual			
Tipo de Documento de Constituição			
<input type="checkbox"/> Ata <input type="checkbox"/> Contrato Social <input type="checkbox"/> Declaração de Firma Individual <input type="checkbox"/> Estatuto			
III – PROFISSIONAIS PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS			
SERVIÇO	NOME DO PROFISSIONAL OU UNIDADE HOSPITALAR	(CRM)	
IV – RESPONSABILIZO-ME PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS			
NOME		CPF	RG
DATA E LOCAL		ASSINATURA	



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO "H"

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATOS IMPEDITIVOS

NOME:
ENDEREÇO:
CIDADE:
ESTADO:
CNPJ OU CPF:
FONE:

À Comissão Especial de Seleção nos Processos de Chamamento Público da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande - PB

DECLARAÇÃO

A proponente abaixo assinada, interessada no credenciamento previsto no Processo de Licitação, modalidade de **INEXIGIBILIDADE** da Prefeitura Municipal de Campina Grande, através da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande – SMS, por de seu representante legal, declara, sob as penas da Lei, que até a presente data, não existem fatos impeditivos para a habilitação no presente **CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 16.001/2021 – SMS, DESTINADO AO CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS NA ÁREA DE SAÚDE PÚBLICA** para a **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE – SMS/CG**, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Local e Data

Assinatura e identificação



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO "I"

DECLARAÇÃO DE INFORMAÇÃO DE OUTROS VÍNCULOS

NOME:
ENDEREÇO:
CIDADE:
ESTADO:
CNPJ OU CPF:
FONE:

À Comissão Especial de Seleção nos Processos de Chamamento Público da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande - PB

DECLARAÇÃO

A proponente abaixo assinada, interessada no credenciamento previsto no Processo de Licitação, modalidade de **INEXIGIBILIDADE** da Prefeitura Municipal de Campina Grande, através da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande – SMS, por de seu representante legal, declara, sob as penas da Lei, que até a presente data possui os seguintes vínculos: <descrever os vínculos atuais>

.....
.....
....., ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Ao final, declara que possui, independentemente dos vínculos anteriormente descritos, compatibilidade de horários para assumir os serviços para os quais se credencia.

Local e Data

Assinatura e identificação



**ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

ANEXO “J”

NOME:
ENDEREÇO:
CIDADE:
ESTADO:
CPF:
FONE:

À Comissão Especial de Seleção nos Processos de Chamamento Público da Secretaria Municipal de Saúde de
Campina Grande - PB

MODELO DE DECLARAÇÃO CONJUNTA NEGATIVA DE PARENTESCO E DE VINCULO (PF)

DECLARA expressamente, sob as penalidade cabíveis, que:

Não ocupa cargo efetivo ou comissionado ou qualquer outro, a qualquer título, na Prefeitura Municipal de Campina Grande – Secretaria Municipal de Saúde, como também não exerce funções técnicas, gerenciais, comerciais, administrativas em nenhum outro órgão ou entidade a ela vinculada.

DECLARA para os devidos fins de prova junto à COMISSÃO ESPECIAL DE SELEÇÃO NOS CHAMAMENTOS PÚBLICOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE, que não tem vinculo de parentesco, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, ou de natureza técnica, comercial, econômica, financeira, trabalhista e civil com nenhum dos Membros da referida Comissão;

DECLARA ainda que não se enquadra nas vedações previstas no artigo 9º da Lei nº 8.666, de 1993;

Autoriza a COMISSÃO ESPECIAL DE SELEÇÃO DOS CHAMAMENTOS PÚBLICOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE a proceder diligência visando a comprovação de informações prestadas.

Local e Data

Assinatura e identificação



**ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ANEXO "K"**

NOME:
ENDEREÇO:
CIDADE:
ESTADO:
CNPJ :
FONE:

À Comissão Especial de Seleção nos Processos de Chamamento Público da Secretaria Municipal de Saúde de
Campina Grande - PB

MODELO DE DECLARAÇÃO CONJUNTA NEGATIVA DE PARENTESCO E DE VINCULO (PJ)

DECLARA expressamente, sob as penalidade cabíveis, que :

Não possui proprietário, sócios ou funcionários que sejam servidores ou agentes políticos (Prefeito, Vice Prefeito, Secretários e Diretores de Autarquias Municipais) do órgão ou entidade contratante ou responsável pelo credenciamento e que não possui proprietário ou sócio que seja cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, e por afinidade, até o segundo grau, de agente político do órgão ou entidade contratante ou responsável pela licitação;

DECLARA para os devidos fins de prova junto à COMISSÃO ESPECIAL DE SELEÇÃO NOS CHAMAMENTOS PÚBLICOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE, que os Sócios Proprietários desta Empresa, participante deste CREDENCIAMENTO, não são parentes dos Membros da referida Comissão;

Compromete-se a informar ao Presidente e a Comissão Especial de Seleção da SMS, sob as penas da Lei, caso identifique qualquer vestígio de parentesco entre os Sócios das Empresas/pessoas físicas participantes deste certame; o que poderá ocorrer a qualquer momento;

DECLARA ainda que não se enquadra nas vedações previstas no artigo 9º da Lei nº 8.666, de 1993;

Autoriza a COMISSÃO ESPECIAL DE SELEÇÃO NOS CHAMAMENTOS PÚBLICOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE a proceder diligência visando a comprovação de informações prestadas.

Local e Data

Assinatura e identificação





VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: B2AA-D199-7B0C-4AD8

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ FILIPE REUL (CPF 051.XXX.XXX-29) em 10/08/2021 13:17:41 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://campinagrande.1doc.com.br/verificacao/B2AA-D199-7B0C-4AD8>