EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO DE

PROFISSIONAIS MÉDICOS PLANTONISTAS Nº 01/2018

O Instituto Bom Jesus, Educação, Saúde e Cidadania, no uso de suas atribuições legais e regulamentares e conforme dispõe à legislação vigente, torna público aos interessados em prestar serviços de saúde como Médico Plantonista, para o pronto atendimento da UPA do Monte Cristo, que se encontra aberto o Edital de Credenciamento para o atendimento a população de Itabuna.

1. OBJETO

O presente Edital tem por objeto o CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS E CADASTRO RESERVA DE PROFISSIONAIS MÉDICOS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE PLANTÕES MÉDICOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, NOS PERÍODOS DIURNO E NOTURNO, FINAIS DE SEMANA E FERIADOS, A SEREM PRESTADOS NA UPA DO MONTE CRISTO EM ITABUNA/BA.

2. DA PROPOSTA

Os atendimentos acima supracitados deverão ser realizados na UPA do Monte Cristo conforme escala de horários definido entre o prestador de serviço e o Instituto, sem caracterização de vínculo empregatício.

3. DAS INSCRIÇÕES E DOCUMENTAÇÕES:

3.1 - O candidato, ao credenciar-se, estará declarando sob as penas da lei, que concluiu o curso de Graduação em Medicina, devidamente autorizado e reconhecido pelo Ministério da Educação – MEC.

3.2 – O credenciamento poderá ser feito por meio virtual, através do e-mail: **upamontecristo@gmail.com**, no período de 06/03/2018 a 09/03/2018 com cópias autenticadas dos seguintes documentos:

3.2.1 - Pessoa jurídica:

a) Cópia do documento oficial de identificação;

b) Cópia do Cadastro de pessoa física – CFP

c) Diploma de Graduação (autenticado);

e) Curriculum Vitae (constando cursos pertinentes a área de atuação dos últimos 5 anos);

f) Contrato Social e suas alterações em vigor, ou último Estatuto ou Contrato Social consolidado;

g) Certidão simplificada da junta Comercial;

h) Comprovante de conta – corrente para depósito;

i) Endereço completo e telefone para contato da empresa;

j) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;

k) Certidão Negativa de Débito do INSS;

l) Prova de Regularidade (Certidão Negativa) com o INSS, Receita Federal, Fazendas

Estaduais e Municipais

m) Certidão de Regularidade do FGTS;

n) Registro no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde;

o) Termo de responsabilidade técnica da empresa;

p) Curriculum vitae do responsável.

q) Alvará de Vigilância Sanitária Municipal.

Todos os itens apresentados no curriculum deverão ser apresentados os comprovantes;

3.3 O candidato deverá apresentar junto aos documentos listados acima, os anexos devidamente preenchidos, conforme modelo disposto neste edital.

4. DO ATENDIMENTO

4.1 - Os credenciados obedecerão a uma escala de plantão, no Pronto Atendimento do Monte Cristo e limitar-se-á há 320 horas plantão por mês.

4.2 - Todos os candidatos que estiverem com a documentação correta será firmado contrato de credenciamento.

4.3 - A falta de apresentação de quaisquer dos documentos requeridos ensejará a desclassificação do profissional.

4.4 – O credenciado que após 03 (três) meses consecutivos do não cumprimento dos plantões, por sua exclusiva culpa, será descredenciado automaticamente.

4.5 – O vínculo estabelecido entre o contratado e a contratante será através de contrato de prestação de serviço, regido pelo Código Civil vigente.

5. DO PAGAMENTO:

5.1 - A remuneração será paga mediante apresentação de nota fiscal, devidamente acompanhada de todas as certidões atualizadas, bem como pela planilha de produtividade e escalas, atestada pela coordenação da UPA.

5.2 - O valor da HP será de R$ 83,33 (oitenta e três reais e trinta e três centavos) a hora/plantão.

5.3 – O valor máximo que poderá ser autorizado de hora plantão por médico será de 320 horas mensais.

5.4 - O prazo do edital de credenciamento das especialidades será conforme a demanda dos serviços.

6 - DO PRAZO

O prazo para inscrições ao credenciamento será conforme a demanda dos serviços e passa a vigorar a partir da data de sua assinatura.

7- DAS DISPOSIÇÕES FINAIS:

7.1 - O presente Edital de Credenciamento encontra-se publicado no site www.instiutobomjesus.com.br , bem como no site: www.politicosdosuldabahia.com.br/v1/

Itabuna-Ba, 05 de março de 2018.

ANEXO I

TERMO DE REFERÊNCIA

1. O presente documento apresenta a especificação, quantidade, e valor pré-fixado a ser pago para os serviços objeto do CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. 001/2018.

2. O Objeto desta licitação é o CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS E CADASTRO RESERVA DE PROFISSIONAIS MÉDICOS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE PLANTÕES MÉDICOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, NOS PERÍODOS DIURNO E NOTURNO, FINAIS DE SEMANA E FERIADOS, A SEREM PRESTADOS NA UPA DO MONTE CRISTO EM ITABUNA/BA;

Item Serviço Valor por Hora

1. Prestação de serviço de plantão médico, de segunda a sexta- feira R$ xxxx

2. Prestação de serviço de plantão médico, aos sábados, domingos e feriados R$ xxxx

O total recebido irá variar de acordo com o total de horas trabalhadas e também de acordo com o disposto acima.

Serão de inteira responsabilidade dos profissionais e ou empresas contratadas, as obrigações pelos encargos previdenciários, fiscais, trabalhistas e comerciais resultantes da execução do contrato;

Serão de inteira responsabilidade das empresas contratadas, os danos causados diretamente aos pacientes, à instituição contratante ou a terceiros, decorrentes da execução do contrato.

ANEXO II

MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTENCIA DE EMPREGADO MENOR PESSOA JURIDICA

REF: EDITAL DE CHAMAMENTO Nº 01/2018

_____, inscrito no CNPJ nº _____por intermédio de seu representante legal o(a) Sr(a)_____,portador(a) da Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº_____, DECLARA, para fins do disposto no inc. V do art. 27 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela lei nº 9.854, de 27 de Outubro de 1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.

Local, ____ de _____ de _____

_____

Assinatura do representante legal

ANEXO III

MODELO DE DECLARAÇÃO AUTÔNOMO

Eu, _____, (qualificação), de conformidade com o Edital de Credenciamento, DECLARO estar ciente de que fui Credenciado para prestação de serviços sem vínculo empregatício para exercer funções como profissional autônomo.

DECLARO, ainda, estar ciente de que o referido Termo de Credenciamento é regido pela legislação pertinente vigente e da submissão a todos os ditames previstos no edital Nº. 01/2018.

Itabuna-Ba de _____ de 2018.

_____

DECLARANTE

ANEXO IV

TERMO DE DECLARAÇÃO À COMISSÃO DE CADASTRO

Ref.: CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE – Nº 001/2018

A Empresa _____, inscrita no CNPJ sob nº, Inscrição Estadual nº_____ propõe a essa entidade o credenciamento para prestação de serviços de saúde, acima referenciado. DECLARAMOS QUE:

1) Nos serviços oferecidos estão incluídas todas as despesas com encargos sociais, seguros, taxas, tributos e contribuições de qualquer natureza e quaisquer outros encargos necessários à perfeita execução do objeto do credenciamento;

2) Que os preços/taxa de administração contratados são justos e certos, podendo sofrer reajuste apenas nas hipóteses e condições previstas no instrumento contratual, cuja minuta conhecemos;

3) Examinamos cuidadosamente o Regulamento do Credenciamento e seus anexos e nos inteiramos de todos os seus detalhes e com eles concordamos, bem como todas as dúvidas e/ou questionamentos formulados foram devidamente esclarecidos. Estamos cientes e aceitamos todas as condições do Regulamento do Credenciamento e a elas, desde já, nos submetemos.

4) Que todas as cópias de documentos apresentados são fiéis aos originais.

Itabuna-Ba, ___ de_____ de 201__.