

JORNAL OFICIAL AGOSTO



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOA NOVA
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO

Lei Municipal Nº 331, de 04.11.1969

Composto no Departamento de Tecnologia da Informação
Administração: José Uchoa de Aquino Leite



ATOS DO PODER EXECUTIVO

ATOS DO PREFEITO

PORTARIA Nº 279/2017

DISPÕE SOBRE A NOMEAÇÃO DE CONSELHO DE DEFESA DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DO MUNICÍPIO DE ALAGOA NOVA PARA O BIÊNIO 2017 a 2019 E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE ALAGOA NOVA, no uso de suas atribuições legais e de acordo com o Art. 59, inc. V e VIII da Lei Orgânica do Município de Alagoa Nova.

CONSIDERANDO a necessidade de formação do Conselho de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente do Município de Alagoa Nova para o biênio 2017 a 2020.

RESOLVE:

Nomear o **CONSELHO DE DEFESA DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DO MUNICÍPIO DE ALAGOA NOVA PARA O BIÊNIO 2017 a 2019**, composta pelos seguintes membros:

- 1) Representantes da Secretaria de Desenvolvimento Social – **MARILEIDE MELQUÍADES DE MEDEIROS** (titular) e **ANA MARIA ROCHA DA SILVA** (suplente);
- 2) Representantes da Secretaria de Educação, Cultura, Esporte e Lazer – **LAÉRCIA CARDOSO DE OLIVEIRA SOUZA** (titular) e **ÂNGELA COELI CABRAL** (suplente);
- 3) Representantes da Secretaria de Finanças – **KÉSSIA MOREIRA DA SILVA RESENDE** (titular) e **TALYTA TAÍSE DE AQUINO MARTINS** (suplente);
- 4) Representantes da Secretaria de Saúde – **TATIANE PEREIRA DE OLIVEIRA** (titular) e **CARLA DAIANE FELIX DOS REIS** (suplente);
- 5) Representantes das Associações Comunitárias – **AVANI PALMEIRA DE ARAÚJO** (titular) e **ANA PAULA GALDINO** (suplente);
- 6) Representantes dos Conselhos Escolares – **CÍCERO BATISTA GOMES DOS SANTOS** (titular) e **ELIANE MARQUES ALEXANDRE** (suplente);
- 7) Representantes das Igrejas – **LUCICLEIDE HONORARO DA SILVA** (titular) e **OVIDEIO GALDINO NETO** (suplente);
- 8) Representantes da Pastoral da Criança – **JOELMA BANQUEIRO** (titular) e **ELENICE DE OLIVEIRA** (suplente).

Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Alagoa Nova 31 de agosto de 2017.
JOSÉ UCHÔA DE AQUINO LEITE
PREFEITO CONSTITUCIONAL

DECRETO Nº 0011/2017 DE 10 DE AGOSTO DE 2017.

DECRETA DESAPROPRIAÇÃO POR REVERSÃO DE BEM DOADO, ABANDONADO.

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE ALAGOA NOVA, no uso de suas atribuições legais, com fundamento no art. 30, inciso I, da Constituição Federal e no art. 59, inciso V da Lei Orgânica Municipal.

DECRETA

Art.1º Fica decretado a Desapropriação por Reversão em favor do Município de Alagoa Nova, do Prédio Localizado a Rua Presidente João Pessoa, nº 313, Centro, tal Prédio fora doado por este Município a fim de ser construída uma escola, como

não ocorreu, o Município por este Decreto de Reversão da Doação, traz para si de volta o Prédio.

Art. 2º Torna Nula a Doação feita em 04/11/1963, vez que o a entidade que recebeu o bem público não utilizou para a finalidade precípua, haja vista o bem encontrar-se abandonado.

Art.3º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Alagoa Nova, 10 de agosto de 2017.

JOSÉ UCHÔA DE AQUINO LEITE
PREFEITO CONSTITUCIONAL

ATOS DA COMISSÃO PROCESSANTE DE LICITAÇÃO

EDITAL DE CREDENCIAMENTO

1.1. O Município de Alagoa Nova, Estado da Paraíba, através da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALAGOA NOVA – SMSAL/FMS, neste ato representada por sua Secretária Yuzianni Rebeca de Melo Sales Marmhoud Coury, que, no uso de suas atribuições, conferidas pelo Chefe do Poder Executivo Municipal e pela Lei nº 022 de 29/11/1993, consoante as disposições da Lei 8.666/1993, em especial o artigo 25, TORNA PÚBLICO, que estará realizando inscrições para CREDENCIAMENTO de serviços especializados na área de saúde pública (profissionais médicos, com comprovação de experiência nos termos editalícios, para atendimento nos serviços de saúde da Rede própria, de forma complementar, em especialidades diversas, em regime de plantões).

1.2. O processo de CREDENCIAMENTO iniciar-se-á em 29 de agosto de 2017 e estará permanentemente disponível a todos os interessados, cuja documentação e formulário próprio de inscrição (ANEXOS “E” e “F”) poderão ser retirados acessando o site do Município de Alagoa Nova, www.alagoanova.pb.gov.br.

1.3. Esclarecimentos, documentações e informações poderão ser obtidas junto à COMISSÃO ESPECIAL DE SELEÇÃO DOS PROCESSOS DE CHAMAMENTO PÚBLICO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALAGOA NOVA (SMSAL), situada na Praça Santa Ana, s/n, Centro, Alagoa Nova-PB. CEP: 58.125-000, pessoalmente ou pelo telefone nº (83) 3365-1371, das 07:30 às 13:00 horas, de segunda- feira a sexta-feira. E-mail: licitacaoalagoanova@gmail.com.

2.1. Modalidade da Licitação – procedimento de INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO

2.2. Tipo de Licitação

2.2.1 Credenciamento de profissionais médicos, com especialidade em CARDIOLOGIA, para trabalhar na POLICLÍNICA DO MUNICÍPIO, com comprovada experiência, residência médica na especialidade e/ou título de especialista em CARDIOLOGIA;

2.2.2 Credenciamento de profissionais médicos, com especialidade em PEDIATRIA, para trabalhar a POLICLÍNICA DO MUNICÍPIO, com comprovada experiência, residência médica na especialidade e/ou título de especialista em PEDIATRIA;

2.2.4 Credenciamento de profissionais médicos, com especialidade em PSQUIATRIA, para trabalhar a POLICLÍNICA DO MUNICÍPIO, com comprovada experiência, residência médica na especialidade e/ou título de especialista em PSQUIATRIA;

2.2.5 Credenciamento de profissionais médicos, com especialidade em

GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA, para trabalhar a POLICLÍNICA DO MUNICÍPIO, com comprovada experiência, residência médica na especialidade e/ou título de especialista em GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA;

2.2.6 Credenciamento de profissionais médicos, com especialidade em ULTRASSONOGRRAFIA, para trabalhar com exames de imagens do Hospital Municipal Sofia de Castro Costa, com comprovada experiência, residência médica na especialidade e/ou título de especialista em ultrassonografia;

2.2.7 Credenciamento de profissionais médicos, com especialidade em GASTROENTEROLOGIA, para trabalhar no Hospital Municipal Sofia de Castro Costa, com comprovada experiência, residência médica na especialidade e/ou título de especialista em GASTROENTEROLOGIA;

2.2.8 Credenciamento de profissionais médicos, com comprovada experiência para trabalhar no Hospital Municipal Sofia de Castro Costa;

2.2.9 Credenciamento de profissionais médicos, com especialidade em NEUROLOGIA, para trabalhar a POLICLÍNICA DO MUNICÍPIO, com comprovada experiência, residência médica na especialidade e/ou título de especialista em NEUROLOGIA;

2.2.10 Credenciamento de profissionais médicos, com especialidade em OFTALMOLOGIA, para trabalhar a POLICLÍNICA DO MUNICÍPIO, com comprovada experiência, residência médica na especialidade e/ou título de especialista em OFTALMOLOGIA;

2.2.11 Credenciamento de profissionais médicos, com especialidade em REUMATOLOGIA, para trabalhar a POLICLÍNICA DO MUNICÍPIO, com comprovada experiência, residência médica na especialidade e/ou título de especialista em REUMATOLOGIA;

2.2.12 Credenciamento de profissionais médicos, com especialidade em ENDOCRINOLOGIA, para trabalhar a POLICLÍNICA DO MUNICÍPIO, com comprovada experiência, residência médica na especialidade e/ou título de especialista em ENDOCRINOLOGIA;

2.3. Legislação Aplicável – O presente edital rege-se pelas disposições expressas na Lei Federal nº 8.666/93 de 21 de junho de 1993 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.

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 Credenciamento de profissionais médicos, com especialidade em CARDIOLOGIA, para trabalhar na POLICLÍNICA DO MUNICÍPIO, com comprovada experiência, residência médica na especialidade e/ou título de especialista em CARDIOLOGIA;

3.1.2 Credenciamento de profissionais médicos, com especialidade em PEDIATRIA, para trabalhar a POLICLÍNICA DO MUNICÍPIO, com comprovada experiência, residência médica na especialidade e/ou título de especialista em PEDIATRIA;

3.1.3 Credenciamento de profissionais médicos, com especialidade em PSIQUIATRIA, para trabalhar a POLICLÍNICA DO MUNICÍPIO, com comprovada experiência, residência médica na especialidade e/ou título de especialista em PSIQUIATRIA;

3.1.4 Credenciamento de profissionais médicos, com especialidade em GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA, para trabalhar a POLICLÍNICA DO MUNICÍPIO, com comprovada experiência, residência médica na especialidade e/ou título de especialista em GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA;

3.1.5 Credenciamento de profissionais médicos, com especialidade em ULTRASSONOGRRAFIA, para trabalhar com exames de imagens do Hospital Municipal Sofia de Castro Costa, com comprovada experiência, residência médica na especialidade e/ou título de especialista em ultrassonografia;

3.1.6 Credenciamento de profissionais médicos, com especialidade em GASTROENTEROLOGIA, para trabalhar no Hospital Municipal Sofia de Castro Costa, com comprovada experiência, residência médica na especialidade e/ou título de especialista em GASTROENTEROLOGIA;

3.1.7 Credenciamento de profissionais médicos, com comprovada experiência para trabalhar no Hospital Municipal Sofia de Castro Costa;

3.1.8 Credenciamento de profissionais médicos, com especialidade em NEUROLOGIA, para trabalhar a POLICLÍNICA DO MUNICÍPIO, com comprovada experiência, residência médica na especialidade e/ou título de especialista em NEUROLOGIA;

3.1.9 Credenciamento de profissionais médicos, com especialidade em OFTALMOLOGIA, para trabalhar a POLICLÍNICA DO MUNICÍPIO, com comprovada experiência, residência médica na especialidade e/ou título de especialista em OFTALMOLOGIA;

3.1.10 Credenciamento de profissionais médicos, com especialidade em REUMATOLOGIA, para trabalhar a POLICLÍNICA DO MUNICÍPIO, com comprovada experiência, residência médica na especialidade e/ou título de especialista em REUMATOLOGIA;

3.1.11 Credenciamento de profissionais médicos, com especialidade em ENDOCRINOLOGIA, para trabalhar a POLICLÍNICA DO MUNICÍPIO, com comprovada experiência, residência médica na especialidade e/ou título de especialista em ENDOCRINOLOGIA;

3.2 Os Profissionais na área de medicina acima descritos deverão atuar em regime de PLANTÕES, conforme escalas definidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Alagoa Nova/PB.

4.1. Da Documentação do Credenciamento – O CREDENCIAMENTO será conferido a todas as pessoas físicas ou jurídicas que forem consideradas habilitadas em função da documentação apresentada, em ORIGINAL ou CÓPIA AUTENTICADA, em Cartório competente, ou por Servidor Público designado ou, integrante da Comissão Permanente de Licitação do Município.

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 e Federal e 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 de Credenciamento, minuta anexa ao presente Edital (ANEXO “A”).

4.1.1.7. Declaração de disponibilidade para realização dos plantões estabelecido no subitem 3 deste Edital, minuta anexa ao presente Edital (ANEXO “B”).

4.1.1.8. Comprovação de residência, através de fatura de água, energia elétrica, telefone ou atestada por autoridade Pública (Prefeito, Delegado, Vereador, etc.).

4.1.1.9. Formulário próprio para inscrição preenchido (ANEXO “E”).

4.1.1.10. Declaração da inexistência de fatos impeditivos (ANEXO “G”).

4.1.1.11. Cópia do Cadastro no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

4.1.1.12. Declaração informando outros vínculos, na conformidade do Anexo “H”, caso existam.

4.1.1.13. 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 e estão aptos a desenvolver suas funções.

4.1.2. Para Habilitação de Pessoa Jurídica

4.1.2.1. 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 e Federal e de Dívida Ativa da União.

- 4.1.2.5. Comprovante de regularidade perante o FGTS.
- 4.1.2.6. Carteira de identidade e CPF dos profissionais que prestarão os serviços.
- 4.1.2.7. Inscrição no Conselho Regional de Medicina de todos os profissionais que prestarão o plantão.
- 4.1.2.8. Declaração que aceita integralmente as normas do presente Edital de Credenciamento e Termo de Credenciamento, minuta anexa ao presente Edital. (ANEXO “A”).
- 4.1.2.9. Declaração de disponibilidade para realização dos serviços de Plantões Médicos estabelecidos na Cláusula Segunda – Do Objeto deste Edital, minuta anexa ao presente Edital (ANEXO “B”).
- 4.1.2.10. Comprovação de residência, dos profissionais ligados à empresa que prestarão plantão, através de fatura de água, energia elétrica, telefone ou atestada por autoridade Pública (Prefeito, Delegado, Vereador, etc.).
- 4.1.2.11. Formulário próprio para inscrição preenchido (ANEXO “F”).
- 4.1.2.12. Declaração de inexistência de fatos impeditivos (ANEXO “G”).
- 4.1.1.13. Cópia do Cadastro no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde da pessoa jurídica interessada no credenciamento.
- 4.1.1.14. Comprovação de que o interessado possui em seu quadro permanente profissional médico detentor de capacidade técnica para execução dos serviços.
- 4.1.1.15. Comprovação de que os profissionais que prestarão os serviços possuem as experiências mínimas exigidas no item 4.1.1.14.

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 Fornecedor do MUNICÍPIO.

4.3. 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.

5.1. Qualquer cidadão ou empresa, 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 Administração julgar e responder à impugnação em até 03 (três) dias úteis, sem prejuízo da faculdade prevista no parágrafo primeiro do art. 113.

6.1. Os documentos da habilitação e a Ficha de Inscrição deverão ser apresentados em envelope fechado em que conste:
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOA NOVA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMSAL CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2017 – SMSAL DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO PROPONENTE: (NOME OU RAZÃO SOCIAL)

6.2. Os documentos da habilitação e a ficha de inscrição deverão ser entregues diretamente no seguinte endereço: Praça Santa Ana, S/N, Centro, Alagoa Nova-PB, CEP: 58.125-000/ COMISSÃO ESPECIAL DE SELEÇÃO DOS PROCESSOS DE CHAMAMENTO PÚBLICO DA SMSAL/FMS.

7.1. A análise dos documentos de habilitação deverá observar as

seguintes normas:

7.1.1. Os envelopes serão abertos e rubricados pelos membros da Comissão designada para este fim pelo Prefeito Constitucional, escolhidos dentre os servidores qualificados, pertencentes ao quadro do Município.

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. Decidido sobre as contestações ou recursos referentes à habilitação da interessada, as decisões respectivas constarão em processo.

8.1. Após o recebimento da documentação de habilitação, julgada regular pelo órgão técnico da PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOA NOVA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALAGOA NOVA/SMSAL, através da Comissão Permanente de Licitações, 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.

8.3.1. 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.

9.1. A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALAGOA NOVA– SMSAL, através de seu órgão técnico e administrativo, realizará até o dia 20 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 consecutivos.

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 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 Secretária Municipal de Saúde a convocação de credenciados remanescentes, devendo para tal comunicar-se com 03 (três) dias de antecedência.

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 ALAGOA NOVA – SMSAL 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. Fornecer ao setor competente da Prefeitura Municipal de Alagoa Nova/PB, número de contato de telefone e residência nos dias de plantão presencial, sob pena de cancelamento do credenciamento.

10.7. Considerando que o tipo de serviço a ser contrato é o de plantão médico, 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.

10.8. 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.

10.9. Apresentar mensalmente, até o 10º dia corrido, nota fiscal dos serviços prestados junto a Secretaria de Finanças do Município, devidamente certificada pela Secretária Municipal de Saúde.

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.

11.3. Ocorrerá o DESCRENCIAMENTO automático da Pessoa Física ou Jurídica o não atendimento ao disposto no subitem 8.3.1.

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 3.1.1, quando em período de vigência de sua escala mensal, acarretará na penalidade prevista no subitem 11.1.3, 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 CREDENCIAMENTO 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.

12.1. O valor ajustado entre as partes será de acordo com a Tabela de Valores e Serviços, ANEXO “C” do EDITAL DE CREDENCIAMENTO, do CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2017, 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 até o dia 20 (vinte) do mês subsequente àquele da prestação dos serviços, podendo, em caráter excepcional, ocorrer até o dia 30 (trinta) 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.

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

13.1.1. HOSPITAL MUNICIPAL SOFIA DE CASTRO
Função Programática: 02120.10.302.2018.2017 (MANUTENÇÃO DA UNIDADE HOSPITALAR E AMBULATORIAL)
Código da despesa: 3.3.90.36.00.00 (Pessoa Física)
Fonte de Recursos: 002/014
Código da despesa: 3.3.90.39.00.00 (Pessoa Jurídica)
Fonte de Recursos: 002/014

13.1.2. POLICLÍNICA MUNICIPAL
Função Programática: 02120.10.301.1010.2061 (MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES DO FUNDO MUN. DE SAÚDE)
Código da despesa: 3.3.90.36.00.00 (Pessoa Física)
Fonte de Recursos: 002
Código da despesa: 3.3.90.39.00.00 (Pessoa Jurídica)
Fonte de Recursos: 002
Função Programática: 02120.10.301.1010.2084 (MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES DO FUNDO MUNIC. DE SAÚDE)
Código da despesa: 3.3.90.36.00.00 (Pessoa Física)
Fonte de Recursos: 014
Código da despesa: 3.3.90.39.00.00 (Pessoa Jurídica)
Fonte de Recursos: 014

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. A minuta do termo de credenciamento (ANEXO “D”).

14.1.3. Declarações previstas nos subitem 4.1.1 e 4.1.2 da Cláusula Terceira do presente edital (ANEXOS “A” e “B”).

14.1.4. Formulário Próprio de inscrição (ANEXOS “E” e “F”).

14.1.5. Declaração de fatos impeditivos (ANEXO “G”).

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

14.3. O credenciado tomará ciência e concordará com o Termo de Credenciamento, de acordo com a minuta anexa neste Edital (ANEXO “D”).

14.4. Os casos omissos no presente Edital serão analisados sob os aspectos da Lei nº 8.666/93 e alterações posteriores através da Comissão Especial de Seleção dos processos de Chamamento público da Secretaria Municipal de Saúde de Alagoa Nova - SMSAL.

14.5. À Comissão Especial de Seleção dos processos de Chamamento público da Secretaria Municipal de Saúde de Alagoa Nova - SMSAL, além do recebimento e exame da documentação, caberá o julgamento e obediência às disposições aqui estabelecidas, bem como dirimir sobre dúvidas ou omissões.

14.6. Nenhuma indenização será devida aos participantes pela apresentação da documentação relativa ao presente EDITAL DE CREDENCIAMENTO.

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

14.8. Ficam revogadas todas as disposições em contrário ao presente edital.

Fica eleito o Foro da Justiça da Comarca de Alagoa Nova, Estado da

Paraíba, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas da execução deste instrumento, com renúncia de qualquer outro por mais privilegiado que seja.

Alagoa Nova, 01 de agosto 2017.

YUZIANNI REBECA DE MELO SALES MARMHOUD COURY

Gestora do Fundo Municipal de Alagoa Nova

PEDRO JORGE DE MEDEIROS FIRMINO

Presidente da Comissão Especial de Seleção de Chamamentos Públicos da SMSAL/FMS

ANEXO "A"

NOME: ENDEREÇO: CIDADE:

ESTADO: CNPJ OU CPF:

FONE:

À Comissão Especial de Seleção dos Processos de Chamamento Público da Secretaria Municipal de Saúde de Alagoa Nova - PB

DECLARAÇÃO

A proponente abaixo assinada, interessada no credenciamento previsto no Edital de Chamamento Público nº 0001/2017 – Procedimento de INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO da Prefeitura Municipal de Alagoa Nova, através da Secretaria Municipal da Saúde de Alagoa Nova – SMSAL, 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 plantões, junto às unidades hospitalares da rede municipal.

Local e Data

Assinatura e identificação

ANEXO "B"

NOME: ENDEREÇO: CIDADE:

ESTADO: CNPJ OU CPF:

FONE:

À Comissão Especial de Seleção dos Processos de Chamamento Público da Secretaria Municipal de Saúde de Alagoa Nova - PB

DECLARAÇÃO

A proponente abaixo assinada, interessada no credenciamento previsto no Edital de Chamamento Público nº 0001/2017 – Procedimento de INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO da Prefeitura Municipal de Alagoa Nova, através da Secretaria Municipal da Saúde de Alagoa Nova – SMSAL/FMS, por 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 plantões, junto as unidades hospitalares da rede municipal.

Local e Data

Assinatura e identificação

ANEXO "C"

TABELA DE PREÇOS DOS SERVIÇOS CREDENCIADOS

SERVIÇOS CREDENCIADOS	VALOR DO PLANTÃO
Serviços médicos, com experiência mínima comprovada, aos usuários do Sistema Único de Saúde de Alagoa Nova, estado da Paraíba, para fins de atendimento no nível de plantão médico junto ao Hospital Municipal Sofia de Castro Costa com sede na Rua Manoel Paulino Junior, s/n, Centro, CEP: 58.125-000 (tel. 83-3365-1011), nesta cidade, a ser realizado durante 24 horas diárias, de segunda a sexta.	R\$ 66,66 Por hora
Serviços médicos, com experiência mínima comprovada, aos usuários do Sistema Único de Saúde de Alagoa Nova, estado da Paraíba, para fins de atendimento no nível de plantão médico junto ao Hospital Municipal Sofia de Castro Costa com sede na Rua Manoel Paulino Junior, s/n, Centro, CEP: 58.125-000 (tel. 83-3365-1011), nesta cidade, a ser realizado durante 24 horas diárias, de sábado, domingos e feriados.	R\$ 83,33 Por hora
Serviços médicos, com especialização em Ortopedia, Pediatria, Cardiologia, Psiquiatria, Ginecologia/Obstetrícia, Ultrassonografia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Oftalmologia, Reumatologia, Endocrinologia, Neurologia, com experiência mínima comprovada, aos usuários do Sistema Único de Saúde de Alagoa Nova, estado da Paraíba, para fins de atendimento no nível de plantão médico junto à Policlínica de Alagoa Nova com sede na Rua João Pessoa, s/n, Centro, CEP: 58.125-000 (tel. 83-3365-1433), nesta cidade a ser realizado durante 24 horas diárias, de segunda a sexta.	R\$ 66,66 Por hora
Serviços médicos, com especialização em Ortopedia, Pediatria, Cardiologia, Psiquiatria, Ginecologia/Obstetrícia, Ultrassonografia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Oftalmologia, Reumatologia, com experiência mínima comprovada, aos usuários do Sistema Único de Saúde de Alagoa Nova, estado da Paraíba, para fins de atendimento no nível de plantão médico junto à Policlínica de Alagoa Nova com sede na Rua João Pessoa, s/n, Centro, CEP: 58.125-000 (tel. 83-3365-1433), nesta cidade a ser realizado durante 24 horas diárias, de sábado, domingos e feriados .	R\$ 83,33 Por hora

Alagoa Nova, 01 de agosto de 2017.

YUZIANNI REBECA DE MELO SALES MARMHOUD COURY

Gestora do Fundo Municipal de Saúde de Alagoa Nova

ANEXO “D”
TERMO DE CREDENCIAMENTO

O Município de Alagoa Nova, através da sua Secretaria Municipal de Saúde/Fundo Municipal de Saúde, CNPJ n.º 11.838.096/0001-88, com endereço localizado na Rua João Pessoa, 313 – Centro – Alagoa Nova/PB, neste ato representada por sua secretária, YUZIANNI REBECA DE MELO SALES MARMHOUD COURY, portador(a) do RG n.º, CPF n.º, nos termos do CHAMAMENTO PÚBLICO N.º 0001/2017 – SMSAL/FMS, CREDENCIA,, pessoa (física ou jurídica de direito privado), estabelecida à Rua, na cidade e Município de, inscrita no (CPF/CNPJ/MF) sob n.º, representada por seu titular, Senhor, brasileiro(a),, residente e domiciliado na cidade e Município de..... Estado de....., à Rua, inscrita no CPF/CIC sob n.º....., 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 Alagoa Nova, Estado da Paraíba, serviços de PLANTÕES 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 N.º 0001/2017 – SMSAL, 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 quando a Secretaria Municipal de Saúde, a seu critério, publicar alteração e divulgação da 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 ALAGOA NOVA – SMSAL, 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:

HOSPITAL MUNICIPAL SOFIA DE CASTRO COSTA

Função Programática: 02120.10.302.2018.2017 (MANUTENÇÃO DA UNIDADE HOSPITALAR E AMBULATORIAL)

Código da despesa: 3.3.90.36.00.00 (Pessoa Física)

Fonte de Recursos: 002/014

Código da despesa: 3.3.90.39.00.00 (Pessoa Jurídica)

Fonte de Recursos: 002/014

POLICLÍNICA MUNICIPAL

Função Programática: 02120.10.301.1010.2061 (MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES DO FUNDO MUN. DE SAÚDE)

Código da despesa: 3.3.90.36.00.00 (Pessoa Física)

Fonte de Recursos: 002

Código da despesa: 3.3.90.39.00.00 (Pessoa Jurídica)

Fonte de Recursos: 002

Função Programática: 02120.10.301.1010.2084 (MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES DO FUNDO MUNIC. DE SAÚDE)

Código da despesa: 3.3.90.36.00.00 (Pessoa Física)

Fonte de Recursos: 014

Código da despesa: 3.3.90.39.00.00 (Pessoa Jurídica)

Fonte de Recursos: 014

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 n.º 8.666/93, garantida prévia defesa, ficando ainda, estipuladas as seguintes penalidades, pelo não cumprimento de quaisquer obrigações assumidas com o CREDENCIAMENTO:

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

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 n.º 0001/2017- SMSAL, 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 CREDENCIADO de acordo com os valores da Tabela de Valores de Serviços, ANEXO “C” do CHAMAMENTO PÚBLICO N.º 0001/2017 - SMSAL, que passa a fazer parte do presente Termo de Credenciamento.
- b) Efetuar o pagamento no prazo de 05 (cinco) dias após a efetivação das transferências dos recursos, por parte do Ministério da Saúde, para os respectivos blocos, podendo ser acompanhado pelo site (www.fms.saude.gov.br), 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 CREDENCIADO: O CREDENCIADO 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 ALAGOA NOVA – SMSAL e demais normas reguladoras dos serviços de saúde pública.

- e) Cumprir rigorosamente a escala mensal definida.
- f) 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.
- g) Considerando que o tipo de serviço a ser contrato é o de plantão médico, 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.
- h) 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.
- i) Apresentar mensalmente, até o 10º dia consecutivo, nota fiscal dos serviços prestados junto a Secretaria Municipal de Finanças, devidamente certificados pela Secretária Municipal de Saúde – Gestora do FMS.
- j) Manter TODAS as certidões exigidas pelo presente edital devidamente regularizadas e proceder a sua atualização sempre que requisitadas.
- l) Considerando que o tipo de serviço a ser contrato é o de plantão médico, 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 0001/2017 – SMSAL/FMS.

CLÁUSULA DÉCIMA – DA ESCALA DE PLANTÃO – A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALAGOA NOVA – SMSAL/FMS, através de seu órgão técnico e administrativo, realizará até o dia 20 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 ALAGOA NOVA – SMSAL 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 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 ALAGOA NOVA – SMSAL/FMS 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 ALAGOA NOVA – SMSAL/FMS, 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 fica condicionado à apresentação dos seguintes documentos:

I - certidão de débitos junto ao INSS; II - Certidão de débitos junto ao FGTS;

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

g) O CREDENCIADO poderá descredenciar-se desde que comunique oficialmente ao MUNICÍPIO, através da SECRETARIA MUNICIPAL DE ALAGOA NOVA – SMSAL/FMS, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

h) É vedado ao CREDENCIADO 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 ALAGOA NOVA – SMSAL/FMS, sob os aspectos da legislação pertinente, visando sempre o melhor atendimento à saúde pública da população do Município de Alagoa Nova – 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 0001/2017-SMSAL/FMS e seus respectivos anexos.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DO FORO - O Foro do presente Termo de Credenciamento será a Comarca de Alagoa Nova- 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.

Alagoa Nova, de de 2017.

YUIZIANI REBECA DE MELO SALES MARMHOUD COURY
Gestor do Fundo Municipal de Saúde

CREDENCIADO

TESTEMUNHAS

- 1.
- 2.

CREDENCIAMENTO DOS MÉDICOS

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		

CREDENCIAMENTO DOS MÉDICOS

FICHA DE INSCRIÇÃO PARA 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	CI
DATA E LOCAL		ASSINATURA	

ANEXO “G”

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATOS IMPEDITIVOS

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

À Comissão Especial de Seleção dos Processos de Chamamento Público da Secretaria Municipal de Saúde de Alagoa Nova - PB

DECLARAÇÃO

A proponente abaixo assinada, interessada no credenciamento previsto no Edital de Chamamento Público nº 0001/2017 – Procedimento de INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO da Prefeitura Municipal de Alagoa Nova, através da Secretaria Municipal da Saúde de Alagoa Nova – SMSAL/FMS, por de seu representante legal, declara, sob as penas da Lei, que até a presente data inexistem fatos impeditivos para a habilitação no presente CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 0001/2017 – SMSAL/FMS, DESTINADO AO CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS NA ÁREA DE SAÚDE PÚBLICA para a SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALAGOA NOVA – SMSAL/FMS, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Local e Data

Assinatura e identificação

ANEXO “H”

DECLARAÇÃO INFORMANDO OUTROS VÍNCULOS

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

À Comissão Especial de Seleção dos Processos de Chamamento Público da Secretaria Municipal de Saúde de Alagoa Nova - PB

DECLARAÇÃO

A proponente abaixo assinada, interessada no credenciamento previsto no Edital de Chamamento Público nº 0001/2017 – Procedimento de INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO da Prefeitura Municipal de Alagoa Nova, através da Secretaria Municipal da Saúde de Alagoa Nova – SMSAL/FMS, 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 plantões para os quais se credencia.

Local e Data

Assinatura e identificação