



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO PAULISTA

ESTADO DE SÃO PAULO
PRAÇA NOSSA SENHORA DO PATROCÍNIO Nº 1168 – FONE (16) 3145-9910
CNPJ 45.318.185/0001-15

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO – Nº 03/2022

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PATROCÍNIO PAULISTA/SP

CRENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS MÉDICOS, nas seguintes condições:

1. OBJETO

1.1. O presente Edital tem por **OBJETIVO** selecionar e credenciar prestadores de serviços médicos especializados, visando ao atendimento das necessidades dos Serviços Médicos Municipais – Centro de especialidades, Ambulatório Síndrome Respiratória, Estratégia Saúde Família e Pronto Atendimento Municipal, sendo Médico clínico geral.

1.2. **JUSTIFICATIVA:** A Secretaria de Saúde necessita realizar a seleção de prestadores de serviços médicos especializados para atendimento de necessidade gerada pela situação pandêmica – Síndrome Respiratória Covid – 19.

Em 26 de novembro de 2021, a OMS divulgou alerta para uma nova variante de interesse mundial chamada Ômicron, composta por três linhagens. Apenas dois meses depois da divulgação do documento a variante já havia sido descrita em 171 países, resultando em números absolutos ainda não vistos na atual pandemia do SARS-CoV-2 (20220201_Weekly_Epi_Update_77). Embora ainda seja precoce concluir sobre as características epidemiológicas da variante, os dados atuais indicam que a Ômicron é altamente transmissível (R_0 próximo a 10, comparado com 2,5 para a cepa original e 7,0 para a Delta) e tem maior potencial de transmissão domiciliar, sendo tais características relacionadas a uma maior capacidade de evadir o sistema imune (2_Lancet_Omicron_dinamicaPIIS2213260021005592).



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO PAULISTA

ESTADO DE SÃO PAULO
PRAÇA NOSSA SENHORA DO PATROCÍNIO Nº 1168 – FONE (16) 3145-9910
CNPJ 45.318.185/0001-15

Devido a nova situação apresentada mediante a esta variante, não há como prever a necessidade e continuidade do serviço para atendimento destes pacientes em ambulatório municipal, ou seja, cabe a secretaria de saúde deixar profissionais já selecionados para atendimento deste público se a condição pandêmica se estender.

A partir do final do ano de 2021, o Programa Mais Médicos está sendo gradativamente substituído pelo Programa Médicos pelo Brasil. Neste novo programa o município de Patrocínio Paulista não será contemplado com os profissionais médicos prestando atendimento nas Estratégias Saúde da Família. Atualmente, temos 02 (dois) profissionais deste programa atendendo a população na Atenção Primária. Na ausência de tais profissionais, o município precisa suprir tal necessidade.

2. DA PARTICIPAÇÃO

2.1 Os interessados devem se inscrever para o presente credenciamento no período de 02/03/2022 a 21/03/2022 até as 17:00 horas, através do e-mail gestaosaude@patrociniopaulista.sp.gov.br, indicando a especialidade e encaminhando cópia simples (em arquivo PDF) de toda a documentação exigida no **item 4.1**, da Primeira Etapa do presente Edital.

2.2 Não serão realizadas inscrições após o fim deste prazo.

2.3 As empresas médicas que não apresentarem toda a documentação exigida em cada uma das etapas deste edital estarão automaticamente excluídas do processo seletivo.

2.4 A inscrição terá o próprio Formulário, que deverá ser totalmente preenchido e anexado os documentos comprobatórios, contendo:

2.4.1. Para Pessoas Jurídicas:

- a) Contrato Social da empresa;
- b) CNPJ da empresa;
- c) Registro da empresa e do médico no Conselho de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP);
- d) Currículo simplificado dos médicos que irão efetivamente prestar serviços na unidade;
- e) Diploma de Medicina dos médicos que irão efetivamente prestar serviços na unidade;



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO PAULISTA

ESTADO DE SÃO PAULO
PRAÇA NOSSA SENHORA DO PATROCÍNIO Nº 1168 – FONE (16) 3145-9910
CNPJ 45.318.185/0001-15

- f) Residência Médica e/ou Título de Especialista conforme especialidade cadastrada dos médicos que irão efetivamente prestar serviços na unidade;
- g) Apresentação dos comprovantes de experiência dos médicos que irão efetivamente prestar serviços na unidade (contrato de trabalho, contrato de prestação de serviços, declaração da empresa contratante, ementa ou certificado de curso de especialização/pós-graduação), cuja análise ocorrerá na Segunda Etapa;
- h) Indicação de e-mail e telefone para contato.

2.5 As empresas médicas que não apresentarem toda a documentação exigida em cada uma das etapas deste edital estarão automaticamente excluídas do processo seletivo.

3. DO REGIME DE CONTRATAÇÃO E DA VALIDADE DO PROCESSO SELETIVO

- 3.1 As vagas existentes serão preenchidas sob o regime de contratação de empresa prestadora de serviços médicos (pessoa jurídica), devendo o interessado possuir empresa médica devidamente constituída (área de atuação compatível com a especialidade) e registrada no Conselho Estadual de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) com certificados válidos.
- 3.2 No caso de classificação e contratação, a empresa deverá atender à demanda de atendimentos aos usuários da unidade em conformidade com as normas e rotinas da instituição e nos termos pactuados por meio de Contrato de Prestação de Serviços a ser efetivado no ato da contratação, podendo o horário de prestação de serviços e carga horária variar conforme demanda existente.
- 3.3 Fica expressamente declarado que este processo de credenciamento e contratação de prestadores de serviços médicos especializados não é concurso público.
- 3.4 São condições de contratação da empresa classificada a apresentação da documentação completa por ocasião da convocação e a comprovação de atendimento às exigências específicas da regulamentação profissional.
- 3.5 A aprovação da empresa no Processo Seletivo não lhe assegura o direito à contratação, tampouco confere aos médicos direito subjetivo à vaga ou qualquer espécie de direito adquirido.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO PAULISTA

ESTADO DE SÃO PAULO
PRAÇA NOSSA SENHORA DO PATROCÍNIO Nº 1168 – FONE (16) 3145-9910
CNPJ 45.318.185/0001-15

3.6 O prazo de validade deste edital de credenciamento de prestadores de serviços médicos especializados será de 01 (um) ano, podendo ser prorrogado por igual período, a critério da Secretaria Municipal de Saúde de Patrocínio Paulista.

3.7 Também não poderão participar candidatos que sejam, ou que tenham sócios da empresa, cônjuges e/ou parentes de até segundo grau, dirigentes da presente Organização Social ou das entidades diretamente gerenciadas por ela, agentes políticos do poder público (Municipal, Estadual ou Federal) ou membros do Ministério Público e de outros Órgãos de Fiscalização da Gestão Pública (Municipal, Estadual ou Federal).

4. DAS ETAPAS DO PROCESSO SELETIVO

4.1 Primeira etapa – INSCRIÇÃO:

4.1.1. Encaminhamento pelo interessado de cópia dos seguintes documentos obrigatórios (em arquivo PDF), para análise que será feita pela Comissão designada na portaria Nº 2.270/22, definida pela Secretaria Municipal de Saúde de Patrocínio Paulista, em caráter eliminatório:

- Contrato Social da empresa;
- CNPJ da empresa;
- Registro da empresa e do médico no Conselho de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP);
- Currículo simplificado dos médicos que irão efetivamente prestar serviços na unidade;
- Diploma de Medicina dos médicos que irão efetivamente prestar serviços na unidade;
- Residência Médica e/ou Título de Especialista conforme especialidade cadastrada dos médicos que irão efetivamente prestar serviços na unidade;
- Apresentação dos comprovantes de experiência dos médicos que irão efetivamente prestar serviços na unidade (contrato de trabalho, contrato de prestação de serviços, declaração da empresa contratante, ementa ou certificado de curso de especialização/pós-graduação), cuja análise ocorrerá na Segunda Etapa;
- Indicação de e-mail e telefone para contato.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO PAULISTA

ESTADO DE SÃO PAULO
PRAÇA NOSSA SENHORA DO PATROCÍNIO Nº 1168 – FONE (16) 3145-9910
CNPJ 45.318.185/0001-15

- 4.1.2. A inscrição no processo seletivo será efetivada com o envio dos documentos indicados na alínea anterior para o e-mail gestaosaude@patrociniopaulista.sp.gov.br, no período de 01/03/2022 até 21/03/2022, sendo encaminhado para a empresa um comprovante de inscrição;
- 4.1.3. A Prefeitura Municipal de Patrocínio Paulista publicará em seu site www.patrociniopaulista.sp.gov.br a listagem com todos os inscritos na primeira etapa, bem como a especialidade indicada para prestação de serviços;
- 4.1.4. Não serão aceitas inscrições que não cumpram rigorosamente todas as exigências previstas neste Edital.
- 4.1.5. Não serão credenciadas pessoas jurídicas, no ato da inscrição, deixem de apresentar documentos obrigatórios requisitados neste Edital.
- 4.1.6. Após encerrado o prazo para inscrição, será publicada no Diário Oficial de Patrocínio Paulista e no site da Prefeitura, a lista de pessoas jurídicas inscritos.
- 4.1.7. Após publicação da lista dos inscritos, pessoas jurídicas, caberá recurso no prazo de até 2 (dois) dias úteis.
- 4.1.8. Os eventuais recursos deverão ser apresentados obrigatoriamente por e-mail para o endereço gestaosaude@patrociniopaulista.sp.gov.br, indicando no título da mensagem:

RECURSO – CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS.

Data:

Razões:

Assinatura:

- 4.1.9. Recursos apresentados fora do prazo, de forma intempestiva ou interpostos de forma diversa da prevista no item j) não serão apreciados.
- 4.1.10. Havendo interposição de recurso, a Comissão de Análise terá o prazo de até 03 (três) dias úteis para rever o ato ou encaminhar o recurso ao Secretário de Saúde e ao Departamento Jurídico da Prefeitura Municipal de Patrocínio Paulista, que então decidirão, devendo ser publicado o resultado final no Diário Oficial de Patrocínio Paulista.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO PAULISTA

ESTADO DE SÃO PAULO
PRAÇA NOSSA SENHORA DO PATROCÍNIO Nº 1168 – FONE (16) 3145-9910
CNPJ 45.318.185/0001-15

4.2 Segunda etapa – ANÁLISE DOS DOCUMENTOS E COMPROVANTES:

- 4.2.1. Análise pela Comissão de análise da Prefeitura Municipal de Patrocínio Paulista, devidamente nomeada pela Secretaria Municipal de Saúde, dos documentos e comprovantes apresentados na Primeira Etapa, nos dias posteriores aos prazos recursais e de resposta;
- 4.2.2. A referida análise resultará em uma pontuação variável nos termos do Anexo I do presente Edital;
- 4.2.3. A critério da Comissão de análise, poderá ocorrer contato com médicos das empresas inscritas para eventuais esclarecimentos sobre os documentos apresentados;
- 4.2.4. A pontuação será apresentada e discutida com representantes das empresas no momento da Terceira Etapa (Entrevista).

4.3 Terceira etapa – ENTREVISTA:

- 4.3.1. Entrevista do candidato com a Comissão Especial de Análise e contratante, acompanhado de mais dois representantes.
- 4.3.2. Os candidatos serão comunicados da data e local da entrevista, através de e-mail indicado no momento da inscrição, nos dias posteriores a Segunda Etapa, sendo que as mesmas serão agendadas para o período de 30 e 31 de março de 2022;
- 4.3.3. A referida etapa resultará em uma pontuação variável nos termos do Anexo II do presente Edital, servindo como critério de desempate em caso de necessidade.

4.4 Quarta etapa - DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS FINAL

- 4.4.1. Após a Terceira Etapa, a Secretaria de Saúde, juntamente a Comissão Especial de Análise, publicará o resultado final da lista das pessoas credenciadas no Diário Oficial Eletrônico de Patrocínio Paulista. da Classificação;
- 4.4.2. Do resultado da classificação caberá recurso no prazo de 2 (dois) dias úteis da data de publicação da lista de classificação.
- 4.4.3. Os eventuais recursos deverão ser obrigatoriamente por e-mail para o endereço gestaosaude@patrocinio paulista.sp.gov.br, com o seguinte título:

RECURSO – CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO PAULISTA

ESTADO DE SÃO PAULO
PRAÇA NOSSA SENHORA DO PATROCÍNIO Nº 1168 – FONE (16) 3145-9910
CNPJ 45.318.185/0001-15

Data:

Razões:

Assinatura:

4.4.4. Recursos apresentados fora do prazo, de forma intempestiva não serão apreciados.

4.4.5. Após todas as etapas acima elencadas, as empresas convocadas terão o período de 03 (três) dias úteis, para entrega dos seguintes documentos para cadastro na unidade selecionada:

- Foto 3x4 de todos os médicos indicados para prestação de serviço;
- Preenchimento do Requerimento de Ingresso junto ao Corpo Clínico da unidade;
- Curriculum Vitae (resumido e atualizado);
- RG e CPF;
- Carteira do CREMESP - Cópia autenticada;
- Diploma de Medicina - Cópia autenticada;
- Título de Especialista ou certificado de residência médica - Cópia autenticada;
- Comprovante de endereço;
- Contrato Social da Pessoa Jurídica
- Cópia do Cartão de CNPJ;
- Conta Bancária (de acordo com a forma de recebimento)
- Dados do Escritório de Contabilidade contendo nome do escritório, endereço completo, nome do contador, telefone e e-mail.

4.4.6. Serão desclassificados os candidatos que não entregarem integralmente os documentos exigidos para a função dentro do prazo estabelecido.

5. DA REMUNERAÇÃO

5.1. Por cada hora de trabalho efetivamente cumprida validadas pela Secretaria de Saúde, a empresa receberá o valor de R\$ 115,00 (cento e quinze reais).

5.2. O valor é bruto, abrange todos os custos e despesas diretos ou indiretamente envolvidas na realização da oficina, não sendo devido nenhum outro valor, seja a que título for.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO PAULISTA

ESTADO DE SÃO PAULO
PRAÇA NOSSA SENHORA DO PATROCÍNIO Nº 1168 – FONE (16) 3145-9910
CNPJ 45.318.185/0001-15

5.3. Os valores devidos à empresa serão apurados mensalmente e pagos a partir da comprovação dos serviços prestados e posterior a emissão da Nota Fiscal por parte do prestador de serviços, e a ser executada em até 30 (trinta) dias úteis após todas as devidas comprovações e emissão da Nota Fiscal e mediante confirmação pelo equipamento responsável pela fiscalização e pelo envio dos relatórios solicitados pela Secretaria de Saúde de Patrocínio Paulista.

5.4. As empresas que tenham suas inscrições selecionadas deverão apresentar conta corrente própria em Banco credenciado juntamente a prefeitura.

5.5. As responsabilidades civis, penais, comerciais e patrimoniais anteriores, contemporâneas ou posteriores à formalização do contrato cabem exclusivamente ao contratado.

6. DA COMISSÃO DE ANÁLISE

6.1 A Comissão Especial de Análise e Seleção para Credenciamento será designada pelo Secretário de Saúde ou via portaria nomeada pelo prefeito por meio de indicação do Secretário de Saúde, visando a lisura, transparência e idoneidade da seleção, e por um ou mais servidores públicos desde que devidamente capacitados, habilitados e com formação/formações nas áreas afins, devendo ter no mínimo formação de nível superior em alguma área elencada no presente credenciamento.

6.2 À Comissão Especial de Análise caberá a análise do cumprimento dos requisitos dispostos neste Edital.

6.3 Nenhum membro da Comissão Especial de Análise poderá participar de forma alguma do presente Credenciamento ou ter quaisquer vínculos profissionais, empresariais ou de parentesco em até terceiro grau com os proponentes inscritos.

6.3.1. É dever de todos os membros da Comissão Especial de Análise se declararem impedidos quando constatarem a condição indicada no item 5.3.

6.3.2. Caso seja constatada tal situação, a Secretaria Municipal da Saúde substituirá o membro impedido por outro servidor.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO PAULISTA

ESTADO DE SÃO PAULO
PRAÇA NOSSA SENHORA DO PATROCÍNIO Nº 1168 – FONE (16) 3145-9910
CNPJ 45.318.185/0001-15

7. CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DAS INSCRIÇÕES

7.1 A Comissão analisará e pontuará as inscrições, considerando tão somente às exigências deste Edital.

7.2 Serão utilizados os seguintes critérios e pontuação para a avaliação:

7.2.1 Do profissional:

- Residência Médica na Especialidade
- Títulos de Especialista
- Estágio reconhecido pelo MEC
- Pontuação da Entrevista

8. DAS CONDIÇÕES DE CONTRATAÇÃO

8.1 As contratações serão realizadas conforme a Lei Federal nº. 8.666/93, de 21 de junho de 1993 e suas alterações, nos termos da legislação vigente aplicável à matéria, assim como, pelas condições do Edital e seus anexos e pelas cláusulas a seguir expressas, definidoras dos direitos, obrigações e responsabilidades, e demais normas estabelecidas por esse documento, observada a ordem de classificação, obedecendo rigorosamente a lista de classificação.

8.2 As inscrições credenciadas e devidamente habilitadas integrarão um banco de dados específico que terá prazo de validade de 12 (doze) meses da data da publicação dos resultados, o qual poderá ser prorrogado, obedecendo o limite máximo de prorrogação de 60 (sessenta) meses, havendo interesse da Secretaria da Saúde. Os contratos poderão ser rescindidos pela administração pública a qualquer momento de acordo com a necessidade e interesse público, desde que notificado a contratada com 30 (trinta) dias de antecedência.

8.3 Os credenciados serão convocados para contratação conforme as necessidades dos programas e projetos desenvolvidos pela Secretaria da Saúde, sendo que a convocação se dará conforme a classificação e com a disponibilidade orçamentária.

Todas as contratações atenderão aos princípios de direito público, em especial a isonomia, a imparcialidade, a eficiência e o interesse público, com a devida justificativa fundamentada da escolha da contratação.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO PAULISTA

ESTADO DE SÃO PAULO
PRAÇA NOSSA SENHORA DO PATROCÍNIO Nº 1168 – FONE (16) 3145-9910
CNPJ 45.318.185/0001-15

8.3.1 Os princípios da isonomia e imparcialidade se darão especialmente através da análise de todos os projetos segundo critérios objetivos relacionados à adequação e montagem da programação do equipamento, sem prejuízo da integral aplicação de tais princípios em outras situações que o caso concreto revelar necessário.

8.4 O credenciamento neste Edital não garante ao credenciado que este seja efetivamente contratado pela Secretaria da Saúde ou qualquer outra secretaria.

8.5 Excepcionalmente, o contrato poderá ser prorrogado para garantir a finalização do projeto, quando assim avaliada a necessidade pela Administração, mediante a devida justificativa fundamentada.

8.6 Não será possível a prorrogação contratual em hipóteses de descumprimento do cronograma, em decorrência de reiteradas faltas.

8.7 A renovação de contrato do Profissional dependerá de interesse e justificativa do equipamento sobre a pertinência de manutenção do mesmo, observados os critérios do item 8.3.

8.8 A renovação contratual poderá ocorrer mais de 1 (uma) vez, até o limite de 60 (sessenta) meses, observado o disposto no item 10.3.

8.8.1 Os preços propostos serão fixos e irremovíveis por um período de 12 (doze) meses, a contar da data de vigência do contrato. Após esse período o reajuste será calculado de acordo com a variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, fornecido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE; e, na sua falta, por outro índice oficial, aplicável aos contratos de prestação de serviços, eleito pelas partes, ou segundo superveniência de norma legal.

8.9 Para fins de contratação, os credenciados selecionados serão convocados através de publicação no Diário Oficial de Patrocínio Paulista e pelo site da Prefeitura Municipal de Patrocínio Paulista, após o recebimento do comunicado para apresentar os documentos, em PDF pedido no item 2.3.

8.9.1 O credenciado deverá apresentar, obrigatoriamente, ainda, a Certidão Negativa de Antecedentes Criminais.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO PAULISTA

ESTADO DE SÃO PAULO
PRAÇA NOSSA SENHORA DO PATROCÍNIO Nº 1168 – FONE (16) 3145-9910
CNPJ 45.318.185/0001-15

8.10 O credenciado convocado pelo Diário Oficial de Patrocínio Paulista que não se apresentar no prazo de 3 (três) dias úteis (excluindo-se dia de início e incluindo dia do vencimento) para manifestar interesse na contratação perderá o direito de ser contratado, convocando-se outro credenciado da lista em conformidade com o item 10.3 do Edital.

8.11 Na falta de documentação ou na hipótese de desistência do interessado no prazo estabelecido será convocado outro credenciado, em conformidade com o item 10.3 deste Edital.

9. DA RESCISÃO CONTRATUAL

9.1 Dar-se-á a rescisão do contrato, conforme o interesse público ou nos casos de infração cometidas pela contratada.

9.2 A rescisão de contrato será amigável quando o contratado, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, comunicar à direção do respectivo atendimento de saúde antes de seu término.

9.3 A comunicação de que trata o item 9.2 Deverá ser por escrito, entregue à coordenação diretamente ou por correio eletrônico, mediante obrigatória confirmação do recebimento.

10. DAS PENALIDADES

10.1 Aplicam-se a este Edital as seguintes penalidades:

10.2 Da inexecução dos serviços.

Na hipótese de inexecução dos serviços, o contratado estará sujeito às seguintes sanções:

- Para inexecução parcial ou total do serviço: multa de 15% do valor total do contrato, sem prejuízo das sanções e penalidades legais.

10.3 Das faltas

Para cada falta injustificada será aplicada multa de 10% sobre o valor que seria recebido na data não trabalhada, além do não pagamento das horas não trabalhadas.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO PAULISTA

ESTADO DE SÃO PAULO
PRAÇA NOSSA SENHORA DO PATROCÍNIO Nº 1168 – FONE (16) 3145-9910
CNPJ 45.318.185/0001-15

10.4. Do comportamento inapropriado e/ou discriminatório do oficineiro.

A constatação de comportamento inapropriado ou de atos discriminatórios que envolvam preconceitos ou quaisquer atos contrários ao princípio da dignidade humana para com os paciente ou os servidores do equipamento serão penalizados com advertência, por escrito, com a possibilidade de rescisão contratual a depender da gravidade da situação, conforme artigo 78, inciso XII, da Lei 8.666/1993, e exclusão do credenciamento.

10.4.1. A reincidência do médico na prática de comportamento inapropriado ou discriminatório acarretará rescisão contratual, aplicação de multa de 20% do valor total recebido durante a execução do contrato bem como as demais penalidades previstas em lei.

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

11.1. As empresas ao efetivarem sua participação declaram que leram e conhecem os termos do presente edital, concordando integralmente com o mesmo.

11.2. Para maiores informações ou esclarecimentos será disponibilizado o e-mail: gestaosaude@patrociniopaulista.sp.gov.br

11.3. Os casos omissos serão resolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde

11.4. Poderão participar pessoas jurídicas, cujo ramo de atividade seja compatível com o objeto deste edital e que satisfizerem as exigências infra- relacionadas.

11.5. Poderão se inscrever pessoas jurídicas desde que referentes ao próprio proponente e com CNAE adequado, sendo vedada a representação por empresa de terceiros.

11.6 Não poderão ser contratados como médico, servidores pertencentes aos quadros de funcionários da Prefeitura do Município de Patrocínio Paulista.

11.7 Fazem parte deste Edital:

ANEXO I – AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO, EXPERIÊNCIA PRÉVIA;

ANEXO II – AVALIAÇÃO DA DISPONIBILIDADE E ENTREVISTA;

ANEXO III - DECLARAÇÃO DE ACEITE;



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO PAULISTA

ESTADO DE SÃO PAULO
PRAÇA NOSSA SENHORA DO PATROCÍNIO Nº 1168 – FONE (16) 3145-9910
CNPJ 45.318.185/0001-15

ANEXO IV - FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA CREDENCIAMENTO DE
PRESTADORES DE SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS;

ANEXO V - MINUTA DO CONTRATO;

ANEXO VI - TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO.

Patrocínio Paulista/SP, 25 de fevereiro de 2022.

Adriane Mitiko Saita

Secretária de Saúde



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO PAULISTA

ESTADO DE SÃO PAULO
PRAÇA NOSSA SENHORA DO PATROCÍNIO Nº 1168 – FONE (16) 3145-9910
CNPJ 45.318.185/0001-15

ANEXO I – AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO, EXPERIÊNCIA PRÉVIA

1. Formação técnica:

- Em caso de mais de um médico indicado para efetiva prestação de serviço na unidade, avaliar todos e considerar pior pontuação
- MÁXIMO DE 6 PONTOS
- ✓ o Residência Médica na Especialidade = 3 pontos
- ✓ o Títulos de Especialista = 3 pontos
- ✓ o Estágio reconhecido pelo MEC = 2 pontos

2. Experiência prévia no ramo de atuação:

- Considerar contrato de trabalho ou contrato de prestação de serviços;
- Em caso de mais de um médico indicado para efetiva prestação de serviço na unidade, avaliar todos e considerar pior pontuação
- Períodos inferiores a um ano receberão 1 PONTO
- MÁXIMO DE 4 PONTOS
- Atuação em serviços específicos COVID/Saúde da Família = 02 pontos por ano completo de contrato, até o máximo de 02 anos.
- Atuação em serviços SUS (Gestão direta ou parceria) = 02 pontos por ano completo de contrato, até o máximo de 02 anos.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO PAULISTA

ESTADO DE SÃO PAULO
PRAÇA NOSSA SENHORA DO PATROCÍNIO Nº 1168 – FONE (16) 3145-9910
CNPJ 45.318.185/0001-15

ANEXO II – AVALIAÇÃO DA DISPONIBILIDADE E ENTREVISTA

1. Disponibilidade

Disponibilidade para cumprimento da meta proposta no plano operacional da implantação da especialidade.

- 90 a 100% de disponibilidade = 3 PONTOS
- 75 a 89,99% de disponibilidade = 2 PONTOS
- < 75% de disponibilidade = 1 PONTO
- MÁXIMO DE 3 PONTOS

2. Impressão geral dos avaliadores:

- Pontuação de 0 a 2, considerando fração de meio ponto.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO PAULISTA

ESTADO DE SÃO PAULO
PRAÇA NOSSA SENHORA DO PATROCÍNIO Nº 1168 – FONE (16) 3145-9910
CNPJ 45.318.185/0001-15

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE ACEITE

Pessoa jurídica, CNPJ nº, sediada no endereço, bairro, CEP, município de, declaro que:

- a) Conheço e aceito incondicionalmente as regras do presente Edital de Credenciamento;
- b) Responsabilizo-me por todas as informações contidas no projeto;
- c) Tenho ciência de que o credenciamento não gera automaticamente direito às contratações e que, mesmo credenciado, a Secretaria da Saúde não tem obrigatoriedade de efetivar a contratação, pois esta fica condicionada aos critérios de interesse público, de adequação à programação e de disponibilidade orçamentária de cada equipamento;
- d) Em caso de seleção, responsabilizo-me pelo cumprimento da agenda acordada entre o equipamento municipal e a contratada, no tocante ao local, data e horário, para a realização da Oficina;
- e) Declaro que não sou servidor público nem possuo laços de parentesco de em terceiro grau com nenhum membro da comissão de avaliação e/ou julgadora;
- f) Estou ciente de que a contratação não gera vínculo trabalhista entre a Municipalidade e o Contratado.

....., de de 2022

.....

Assinatura do Proponente



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO PAULISTA

ESTADO DE SÃO PAULO
PRAÇA NOSSA SENHORA DO PATROCÍNIO Nº 1168 – FONE (16) 3145-9910
CNPJ 45.318.185/0001-15

ANEXO V

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS

Nome da empresa: _____

MEI: _____ CNPJ: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Relação dos documentos apresentados: (empresa, pessoais, formação, atualização/ aperfeiçoamento, e outros)	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
Das experiências:	6.
1.	7.
2.	8.
3.	9.
4.	
5.	Anexar ao formulário as comprovações das experiências.
Outros:	



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO PAULISTA

ESTADO DE SÃO PAULO
PRAÇA NOSSA SENHORA DO PATROCÍNIO Nº 1168 – FONE (16) 3145-9910
CNPJ 45.318.185/0001-15

ANEXO V

MINUTA DO CONTRATO

CONTRATO Nº /2022

Contrato que celebram, de um lado, a ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DE PATROCÍNIO PAULISTA, e de outro, a empresa....., inscrita no CNPJ. sob nº..... para **prestação de serviços em prestadores de serviços médicos.**

Pelo presente Contrato, a PREFEITURA DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DE PATROCÍNIO PAULISTA, com sede na Praça Nossa Senhora do Patrocínio, 1168, Centro, na Cidade de Patrocínio Paulista, Estado de São Paulo, inscrito no CNPJ sob nº 45.318.185/0001-15 neste ato representado pelo Prefeito Municipal, Sr. José Mauro Barcellos, portador do RG 7.257.397 SSP-SP e CPF. nº 026.356.488-67, doravante denominado simplesmente ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA e empresa, inscrita no CNPJ sob nº, com sede à Rua, Bairro, Município de, CEP, E-mail:, Telefone, doravante denominada CONTRATADA neste ato representado por Sr., portador do RG nº e CPF nº, residente e domiciliado na Rua, Bairro, Município de, CEP, resolvem celebrar o presente Contrato, em conformidade com a Constituição Federal de 1988 e Lei Federal nº. 8.666/93, de 21 de junho de 1993 e suas alterações, nos termos da legislação vigente aplicável à matéria, assim como, pelas condições do Edital e seus anexos e pelas cláusulas a seguir expressas, definidoras dos direitos, obrigações e responsabilidades das partes., conforme as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

Constitui objeto deste Termo de Contrato a **prestação de serviços em prestadores de serviços médicos.**

CLÁUSULA SEGUNDA - DA JUSTIFICATIVA



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO PAULISTA

ESTADO DE SÃO PAULO
PRAÇA NOSSA SENHORA DO PATROCÍNIO Nº 1168 – FONE (16) 3145-9910
CNPJ 45.318.185/0001-15

Em 26 de novembro de 2021, a OMS divulgou alerta para uma nova variante de interesse mundial chamada Ômicron, composta por três linhagens. Apenas dois meses depois da divulgação do documento a variante já havia sido descrita em 171 países, resultando em números absolutos ainda não vistos na atual pandemia do SARS-CoV-2 (20220201_Weekly_Epi_Update_77). Embora ainda seja precoce concluir sobre as características epidemiológicas da variante, os dados atuais indicam que a Ômicron é altamente transmissível (R0 próximo a 10, comparado com 2,5 para a cepa original e 7,0 para a Delta) e tem maior potencial de transmissão domiciliar, sendo tais características relacionadas a uma maior capacidade de evadir o sistema imune (2_Lancet_Omicron_dinamicaPIIS2213260021005592).

Devido a nova situação apresentada mediante a esta variante, não há como prever a necessidade e continuidade do serviço para atendimento destes pacientes em ambulatório municipal, ou seja, cabe a secretaria de saúde deixar profissionais já selecionados para atendimento deste público se a condição pandêmica se estender.

Sendo assim se faz necessário Credenciamento para Contratação de Serviços Médicos.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES

A Contratada fica obrigada a cumprir as exigências do Plano de Trabalho constante do edital de credenciamento 03/2022.

CLÁUSULA QUARTA - DA VIGÊNCIA

O presente Termo de Contrato terá vigência de 12 (doze) meses, contados a partir da data da sua assinatura, podendo ser prorrogado até limite de 60 (sessenta) meses.

§ 1º - O presente Termo de Contrato poderá ser rescindido a qualquer momento, por iniciativa de qualquer parte, através de comunicado escrito com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

§ 2º - A rescisão deste Termo de Contrato implicará no cancelamento dos serviços, ficando, entretanto, assegurada a conclusão de eventuais ações em andamento, evitando-se prejuízos irreparáveis às pessoas beneficiárias destes.

CLÁUSULA QUINTA - DO VALOR

1.1. O valor do presente Termo de Contrato é de **R\$** (.....).



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO PAULISTA

ESTADO DE SÃO PAULO
PRAÇA NOSSA SENHORA DO PATROCÍNIO Nº 1168 – FONE (16) 3145-9910
CNPJ 45.318.185/0001-15

1.2. Os preços propostos serão fixos e irrevogáveis por um período de 12 (doze) meses, a contar da data de vigência do contrato. Após esse período o reajuste será calculado de acordo com a variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor – INPC, fornecido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE; e, na sua falta, por outro índice oficial, aplicável aos contratos de prestação de serviços, eleito pelas partes, ou segundo superveniência de norma legal.

CLÁUSULA SEXTA - DA PAGAMENTO

6.1. Por cada hora de trabalho efetivamente cumprida validadas pela Secretaria de Saúde, a empresa receberá o valor de R\$ 115,00 (cento e quinze reais).

6.2. O valor é bruto, abrange todos os custos e despesas diretos ou indiretamente envolvidas na realização da oficina, não sendo devido nenhum outro valor, seja a que título for.

6.3. Os valores devidos à empresa serão apurados mensalmente e pagos a partir da comprovação dos serviços prestados e posterior a emissão da Nota Fiscal por parte do prestador de serviços, e a ser executada em até 30 (trinta) dias úteis após todas as devidas comprovações e emissão da Nota Fiscal e mediante confirmação pelo equipamento responsável pela fiscalização e pelo envio dos relatórios solicitados pela Secretaria de Saúde de Patrocínio Paulista.

6.4. As empresas que tenham suas inscrições selecionadas deverão apresentar conta corrente própria em Banco credenciado juntamente a prefeitura.

6.5. As responsabilidades civis, penais, comerciais e patrimoniais anteriores, contemporâneas ou posteriores à formalização do contrato cabem exclusivamente ao contratado.

CLÁUSULA SÉTIMA - DOS RECURSOS

Os recursos orçamentários destinados ao empenho deste Termo de Contrato encontram-se previstos nos seguintes créditos orçamentários:



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO PAULISTA

ESTADO DE SÃO PAULO
PRAÇA NOSSA SENHORA DO PATROCÍNIO Nº 1168 – FONE (16) 3145-9910
CNPJ 45.318.185/0001-15

02.04.01 – DEPARTAMENTO DE SAUDE

10.302.0008 – Assistência Médica

10.302.0008.2007.0000 - Manutenção dos Serviços de Assistência Médica

3.3.90.39.00- Outros Serviços de Terceiros P. Jurídica

312.025 – Ambulatório Municipal COVID

02.04.01 – DEPARTAMENTO DE SAUDE

10.301.0008 – Assistência Médica

10.301.0008.2007.0000 - Manutenção dos Serviços de Assistência Médica

3.3.90.34.00- Outras Despesas de Pessoal Decorrentes

310.000 – Saúde Geral

CLAUSULA OITAVA – FORÇA MAIOR

8.1 Entende-se por força maior: guerras, calamidade pública, avalanches, terremotos, chuvas, tempestades, enchentes, perturbações civis, explosões, ou quaisquer outros acontecimentos e ou fenômenos semelhantes aos acima relacionados ou de força equivalente que fuja ao controle razoável de qualquer parte interessada que, mesmo agindo diligentemente, não consiga impedir sua ocorrência e impossibilitem a entrega dos serviços.

8.2 O termo “força maior” também deve incluir qualquer atraso causado por legislação ou regulamentação que venha obstar a entrega dos produtos.

8.3 Se a CONTRATADA ficar temporariamente impossibilitado total ou parcial, por motivo de força maior, de cumprir os deveres e responsabilidades relativas ao seu serviço, deverá comunicar imediatamente a existência deste motivo de força maior ao CONTRATANTE. Enquanto perdurarem os motivos de força maior, cessarão seus deveres e responsabilidades relativas à sua entrega.

8.4 O tempo especificado para prestação dos serviços deverá ser estendido por igual período que seja necessário para compensar o tempo de interrupção causado pelo motivo de



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO PAULISTA

ESTADO DE SÃO PAULO
PRAÇA NOSSA SENHORA DO PATROCÍNIO Nº 1168 – FONE (16) 3145-9910
CNPJ 45.318.185/0001-15

força maior.

8.5 Se o impedimento causado por motivo de força maior estender-se por prazo superior a 45 (quarenta e cinco) dias, impossibilitando o cumprimento do Contrato, o CONTRATANTE poderá rescindi-lo, no todo ou em parte, mediante notificação por escrito à CONTRATADA.

8.6 O comunicado de força maior será julgado ao recebimento deste referente à aceitação do fato como força maior ou não, mas a CONTRATANTE poderá contestar, em fase anterior, a veracidade da ocorrência real.

CLÁUSULA NONA - DO FORO

Fica eleito o Foro da Comarca de Patrocínio Paulista, Estado de São Paulo, para nele serem dirimidas quaisquer dúvidas decorrentes da execução do presente Termo de Contrato.

E, por assim estarem, na melhor forma de direito, de pleno acordo com o presente Termo de Contrato, e suas cláusulas e condições, firmam-no em 04 (quatro) vias, perante as testemunhas abaixo assinadas, que de tudo ficam cientes.

Patrocínio Paulista, xx de xxxxxxxx de 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PATROCINIO PAULISTA

José Mauro Barcellos
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

EMPRESA
CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

1) _____ 2) _____



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO PAULISTA

ESTADO DE SÃO PAULO
PRAÇA NOSSA SENHORA DO PATROCÍNIO Nº 1168 – FONE (16) 3145-9910
CNPJ 45.318.185/0001-15

ANEXO VIII - TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO (CONTRATOS)

CONTRATANTE: _____

CONTRATADO: _____

CONTRATO Nº (DE ORIGEM): _____

OBJETO: _____

ADVOGADO (S)/ Nº OAB/email: (*) _____

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:

- a) O ajuste acima referido, seus aditamentos, bem como o acompanhamento de sua execução contratual, estarão sujeitos a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
- b) Poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;
- c) Além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
- d) As informações pessoais dos responsáveis pela contratante estão cadastradas no módulo eletrônico do “Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP”, nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme “Declaração(ões) de Atualização Cadastral” anexa (s);
- e) É de exclusiva responsabilidade do contratado manter seus dados sempre atualizados.

2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:

- a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
- b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO PAULISTA

ESTADO DE SÃO PAULO
PRAÇA NOSSA SENHORA DO PATROCÍNIO Nº 1168 – FONE (16) 3145-9910
CNPJ 45.318.185/0001-15

LOCAL e DATA: _____

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO/ENTIDADE:

Nome: _____

Cargo: _____

CPF: _____

**RESPONSÁVEIS PELA HOMOLOGAÇÃO DO CERTAME OU RATIFICAÇÃO
DA DISPENSA/INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO:**

Nome: _____

Cargo: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

RESPONSÁVEIS QUE ASSINARAM O AJUSTE:

Pelo contratante:

Nome: _____

Cargo: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Pela contratada:

Nome: _____

Cargo: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

ORDENADOR DE DESPESAS DA CONTRATANTE:

Nome: _____

Cargo: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

(*) Facultativo. Indicar quando já constituído, informando, inclusive, o endereço eletrônico.