ANEXO V – CARTA DE DISPONIBILIDADE OPERACIONAL E RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA EQUIPE

À

Fundação Hospital Frei Gabriel

A empresa _____, inscrita no CNPJ nº _____, por intermédio de seu representante legal, declara, para fins de participação no Edital de Chamamento Público para **Credenciamento nº 001/2026**, que possui disponibilidade operacional e equipe técnica apta à execução dos serviços objeto do credenciamento, nos termos abaixo.

1. RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS DISPONIBILIZADOS

Nº	Nome do Médico	CPF	CRM/UF	RQE (se houver)	Especialidade	Regime Pretendido	Disponibilidade
01							
02							
03							
04							
05							
06							

2. REGIMES PRETENDIDOS (Preencher conforme aplicável)

( ) Pediatria – Sobreaviso com visitas presenciais regulares e acionamento presencial quando necessário
( ) Clínico Geral – Plantão Presencial Pronto-Socorro (07h às 19h)
( ) Clínico Geral – Plantão Presencial Pronto-Socorro (19h às 07h)
( ) Clínico Geral – Plantão Presencial Sala Vermelha
( ) UTI Móvel – Clínico Geral em regime de sobreaviso

3. DECLARAÇÕES

Declara, ainda, que:

I – Todos os profissionais indicados possuem registro ativo e regular perante o Conselho Regional de Medicina competente;
II – Os profissionais indicados possuem habilitação técnica compatível com as atividades para as quais serão disponibilizados;
III – A empresa manterá equipe suficiente para atendimento das escalas, plantões presenciais, sobreavisos e acionamentos emergenciais assumidos;
IV – Informará imediatamente à Administração qualquer alteração na composição da equipe técnica apresentada;
V – Eventual substituição de profissional dependerá de prévia comunicação e aprovação da Administração, observadas as exigências editalícias;
VI – Garante a veracidade das informações prestadas e a disponibilidade declarada para fins de formação de escala e sistema de rodízio;
VII – Para os serviços de Pediatria em sobreaviso, compromete-se a observar rigorosamente o tempo máximo de resposta previsto no Termo de Referência;

VIII – Responsabiliza-se integralmente pelos vínculos profissionais mantidos com os médicos indicados, inexistindo qualquer vínculo empregatício com a Administração Pública.

Local e Data: _____
Assinatura do Representante Legal

Nome: _____
CPF: _____