

**INFORMATIVO**

**PROCESSO: CREDENCIAMENTO Nº. 005/2024-SMS.**

**ORIGEM:** SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

**OBJETO:** O CREDENCIAMENTO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE DA INICIATIVA PRIVADA, COM OU SEM FINS LUCRATIVOS, E/OU FILANTRÓPICOS, INTERESSADOS EM OFERECER SERVIÇOS DE SAÚDE NA ÁREA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS, DE FORMA COMPLEMENTAR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS, NA MODALIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR, DE ACORDO COM AS ESPECIFICAÇÕES PREVISTAS NESTE TERMO.

A **SECRETÁRIA MUNICIPAL DA SAÚDE**, torna público para conhecimento dos licitantes e demais interessados, que no **EDITAL nº 9577** do(a) referido(a) **CREDENCIAMENTO Nº. 005/2024-SMS**, se faz necessária a publicação de um **INFORMATIVO**, nos mesmos meios de publicidade para:

**Suprimir termo previsto nos subitens 3.3 (ETP) e 9.2.1 (EDITAL) referente à exigência de autenticar as cópias dos documentos exigidos, consoante se observa abaixo:**

**ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR – ETP:**

**ONDE SE LÊ:** 3.3. Relação dos profissionais que compõe a equipe de saúde da Instituição, indicando seu número de inscrição no Conselho competente, sua carga horária, sua qualificação para serviços especializados, devendo ser anexadas as cópias autenticadas das comprovações (certificados, declarações e etc.). Os profissionais precisam estar cadastrados no CNES da instituição, que também será apresentado para qualificação técnica;

**LEIA-SE:** 3.3. Relação dos profissionais que compõe a equipe de saúde da Instituição, indicando seu número de inscrição no Conselho competente, sua carga horária, sua qualificação para serviços especializados, devendo ser anexadas as cópias das comprovações (certificados, declarações e etc.). Os profissionais precisam estar cadastrados no CNES da instituição, que também será apresentado para qualificação técnica;

EDITAL:

**ONDE SE LÊ:** 9.2.1. Relação dos profissionais que compõe a equipe de saúde da Instituição, indicando seu número de inscrição no Conselho competente, sua carga horária, sua qualificação para serviços especializados, devendo ser anexadas as cópias autenticadas das comprovações (certificados, declarações e etc.). Os profissionais precisam estar cadastrados no CNES da instituição, que também será apresentado para qualificação técnica;

**LEIA-SE:** 9.2.1. Relação dos profissionais que compõe a equipe de saúde da Instituição, indicando seu número de inscrição no Conselho competente, sua carga horária, sua qualificação para serviços especializados, devendo ser anexadas as cópias das comprovações (certificados, declarações e etc.). Os profissionais precisam estar cadastrados no CNES da instituição, que também será apresentado para qualificação técnica;

Na certeza que seremos atendidos, reiteramos nossos votos de elevada estima e consideração.

Maiores informações encontram-se à disposição na Avenida Heráclito Graça, nº. 750. Centro, CEP 60.140-060. Fortaleza, Ceará, ou por meio do telefone: (85) 3452-3483 | CLFOR.

Fortaleza, CE, data da assinatura digital.

*(documento assinado digitalmente)*

Galeno Taumaturgo Lopes

**Secretário Municipal da Saúde de Fortaleza**



---

**Fortaleza**  
PREFEITURA

---



Este documento é cópia do original e assinado digitalmente sob o número J1TQGDLF

Para conferir o original, acesse o site <https://assineja.sepog.fortaleza.ce.gov.br/validar/documento>, informe o malote 3419699 e código J1TQGDLF

**ASSINADO POR:**

**\_\_\_\_\_**