



ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO**  
**CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 16.001/2024**  
**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 075/2024**

A **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/SMS**, órgão integrante da **PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE – PARAÍBA**, pessoa jurídica de Direito Público Interno, inscrita no CNPJ nº. 24.513.574/0001-21, através da **COMISSÃO ESPECIAL DE CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE / SMS**, regulamentada e designada pelo Exmo. Senhor Gestor da Secretaria de Saúde/ SMS, formalizada pela Portaria nº 047/PMCG/SMS-GS, publicada no Semanário – Campina Grande/PB de 20 de Dezembro de 2023, torna público, para conhecimento de quantos possam se interessar que fará realizar **PROCESSO DE SELEÇÃO**, destinado ao “**CREDENCIAMENTO DE PESSOA FÍSICA E JURÍDICA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS**”, visando a execução de serviços através de contratação por INEXIGIBILIDADE, de conformidade com os termos deste Edital e seus anexos, bem como legislações aplicáveis e suas alterações, que integrarão o Processo Administrativo sob o nº de ordem 075/2024/SMS/SMS/PMCG, na sala da Diretoria de Planejamento e Regulação – DPR, na Av. Assis Chateaubriand, nº 1376, Bairro da Liberdade, Campina Grande-Paraíba, que obedecerá às disposições dos Artigos 74, IV, e 79 da Lei Federal nº 14.133, de 01 de Abril de 2021; Lei nº 8.080/1990; Lei Complementar nº 123, de 14 de Dezembro de 2006 e suas alterações e subsidiariamente as demais legislações aplicáveis e, ainda, de acordo com as condições estabelecidas neste Edital e seus Anexos, cujos termos, igualmente o integram.

**1 - DO OBJETO/SERVIÇO E DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:**

O presente Edital tem como objeto/serviço o “**CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS NA ÁREA DE SAÚDE PÚBLICA PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, DE FORMA COMPLEMENTAR, EM REGIME DE ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS, CIRURGIAS, PARECERES MÉDICOS, PLANTÕES PRESENCIAIS E/OU SOBREAVISO, VISITAS CLÍNICAS PARA PESSOA FÍSICA E JURÍDICA NAS ZONAS URBANA E RURAL**”





ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE - PARAÍBA**”, com as características descritas no Termo de Referência.

As despesas decorrentes da execução do presente chamamento público correrão por conta das dotações orçamentárias específicas prevista no orçamento conforme classificação abaixo:

**Função Programática: 10 302 1015 2117 (Bloco manutenção ações serviços públicos saúde – Atenção especializada/ Código da Despesa: 3390.36 - 3390.39 / FONTE DE RECURSO: 16000000.**

O credenciado que for contratado será responsável pelos plantões conforme escala da Secretaria de Saúde do Município de Campina Grande-Paraíba, não sendo admitida a quarteirização dos serviços, sob pena de descredenciamento e aplicação das sanções legais.

Valor total estimado do CHAMAMENTO PÚBLICO será de R\$ 62.586.000,00 (sessenta e dois milhões, quinhentos e oitenta e seis mil reais).

O atendimento do credenciado que for contratado contemplará a execução das atividades e serviços necessários à prestação da assistência à saúde com qualidade aos beneficiários.

O processo de CHAMAMENTO PÚBLICO para credenciamento terá início em 18/03/2024 até 18/03/2025 e estará permanentemente disponível a todos os interessados, cuja documentação e formulário próprio de inscrição poderão ser retirados acessando o site do Município de Campina Grande: <https://campinagrande.pb.gov.br/portal-da-transparencia/> e no site do Tribunal de Contas do Estado da Paraíba: <https://tramita.tce.pb.gov.br/tramita/pages/main.jsf>, <https://campinagrande.pb.gov.br/chamamentos-publicos/secretaria-de-saude/> e plataforma 1doc/protocolo: <https://campinagrande.1doc.com.br/b.php?pg=wp/wp&itd=5> , com assunto: - Saúde – credenciamento de médicos

O edital de credenciamento será divulgado e mantido à disposição no Portal Nacional de Contratações Públicas - PNCP, de modo a permitir o cadastramento permanente de novos interessados. As modificações no edital serão publicadas no PNCP e observarão os prazos inicialmente previstos no edital, respeitado o tratamento isonômico dos interessados.





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Poderá ser prorrogado o presente Edital por mais 12 (doze) meses a contar de 18/03/2025, desde que haja interesse da administração e obedecidas às normas legais, uma única vez, por igual período.

As entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência na contratação, conforme disposto no art. 25 da Lei nº 8.080/1990 e § 1º do art. 199 da Constituição Federal, desde que esteja com o CEBAS atualizado.

## **2 - CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO:**

I - Poderão participar deste chamamento público as empresas ou os profissionais interessados:

- a) Cujo CNAE ou CRM seja compatível com o objeto do credenciamento, conforme o disposto nos respectivos atos constitutivos;
- b) Regularmente estabelecidas no país e que satisfaçam integralmente as condições deste edital e seus anexos;

II - Não será permitida a participação direta ou indiretamente no presente processo de chamamento dos interessados:

- a) Que não atendam às condições deste Edital e seu(s) anexo(s);
- b) Estrangeiros que não tenham representação legal no Brasil com poderes expressos para receber citação e responder administrativa ou judicialmente;
- c) Que se enquadrem nas vedações previstas no Artigo 14, da Lei nº 14.133/2021;
- d) Possuam incompatibilidade com as autoridades contratantes ou ocupantes de cargos de direção, de chefia ou de assessoramento, considerando-se inseridos no conceito de incompatibilidade o cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, conforme estabelece a Súmula Vinculante 13 do Supremo Tribunal Federal e subsidiariamente as demais legislações aplicáveis.

III - São condições para credenciamento dos profissionais:

- a) Estar inscrito perante o respectivo Conselho de classe;
- b) Não possuir antecedentes criminais, achando-se no pleno exercício de seus direitos civis e políticos;
- c) Enviar a documentação necessária para o credenciamento, constante no Termo de Referência, através da plataforma 1doc/protocolo: <https://campinagrande.1doc.com.br/b.php?pg=wp/wp&itd=5> , com assunto: - Saúde – credenciamento de médicos





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

contendo cópia autenticada por cartório competente ou assinados digitalmente, desde que possam ser averiguados no momento da análise pela comissão de credenciamento.

### **3 - DO CREDENCIAMENTO:**

I - À medida que os interessados apresentem sua documentação e, por conseguinte firmem adesão ao credenciamento, a COMISSÃO ESPECIAL DE CREDENCIAMENTO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE - SMS, se reunirá, no prazo máximo de até 15 (quinze) dias úteis, contados da protocolização no sistema pelos interessados, analisará os documentos e seus anexos e após decidirá, fundamentadamente, lavrando-se a respectiva ata, pelo deferimento ou pelo indeferimento do credenciamento.

II - A decisão que defere o pedido de credenciamento de cada interessado será remetida pela COMISSÃO ESPECIAL DE CREDENCIAMENTO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE - SMS ao ordenador de despesa como instrumento de autorização e ratificação pela autoridade competente, conforme artigo 72, VIII, da Lei 14.133/2021.

III - Os serviços serão solicitados pela Secretaria Municipal requisitante, e a contratação dos CREDENCIADOS será realizada mediante “ordem cronológica de credenciamento”, em razão da inviabilidade de competição, a fim de que se proceda a contratação através da assinatura de contrato, nos termos do Artigo 95, da Lei 14.133/2021.

IV - O resultado, com a lista de credenciados relacionados de acordo com o critério estabelecido no edital, será publicado e estará permanentemente disponível e atualizado na plataforma 1doc/protocolo: <https://campinagrande.1doc.com.br/b.php?pg=wp/wp&itd=5>, com assunto: - Saúde – credenciamento de médicos e no Portal Nacional de Contratações Públicas - PNCP.

V - Caso não haja disponibilidade do CREDENCIADO para a prestação dos serviços devidamente solicitados, quando este CREDENCIADO for o primeiro posicionado da lista, será chamado o próximo colocado da referida lista, passando o CREDENCIADO anterior para a posição final da lista de **CREDENCIADOS**.

### **4 - DO DESCREDENCIAMENTO:**

I - A Administração poderá solicitar o descredenciamento da empresa ou do profissional caso seja constatada qualquer irregularidade na observância e cumprimento das normas fixadas no Edital e seus anexos, bem como na legislação pertinente, sem prejuízo do contraditório e da ampla defesa. Neste caso, verificada a irregularidade, a parte credenciada será





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

automaticamente excluída do rol dos CREDENCIADOS. Sanada a irregularidade a empresa ou o profissional, poderá solicitar novo credenciamento.

II - A empresa ou o profissional será descredenciado ainda nas seguintes hipóteses:

- a) Comprovada negligência, imprudência ou imperícia dos profissionais da empresa ou do profissional credenciados;
- b) Apresentar qualquer documento falso ou com informações inverídicas, bem como a apresentação de forma fraudulenta de qualquer dos documentos técnicos exigidos, que implica na imediata desqualificação da parte credenciada e imediato descredenciamento, sem prejuízo das demais sanções legais cabíveis.

III- Caso a parte Credenciada tenha assinado o Contrato, caberá o descredenciamento e a rescisão contratual, com consequências das sanções contratuais e das previstas em lei, se a Contratada, dentre outras hipóteses:

- a) Descumprir as instruções e orientações recebidas da Gestão e da Fiscalização da contratação ou negativa de prestação de qualquer serviço solicitado, sem apresentar razões suficientes para o Município;
- b) Descumprir total ou parcial, quaisquer das obrigações e/ou responsabilidades previstas no Edital, e/ou no contrato, ou o conhecimento ulterior, pelo Contratante, de fato ou circunstância superveniente contrária ao regramento editalícios, contratual ou legal, ou ainda se for constatada falsidade de qualquer declaração prestada pela contratada ou do profissional e/ou seus representantes e equipe técnica;
- c) Agir com negligência, imprudência ou imperícia comprovada dos profissionais das empresas ou do médico credenciadas(os);
- d) Transferir ou subcontratar total ou parcial, ceder e caucionar o contrato em operações Financeiras;
- e) Cometer reiteradamente faltas ou falhas na execução dos serviços;
- f) Tiver decretada a falência ou insolvência civil, dissolução da sociedade ou falecimento do contratado;
- g) Concretizar alteração social ou modificação da finalidade que, a juízo do Contratante, prejudique a execução do contrato;
- h) Divulgar informações do interesse exclusivo do Contratante, ou que consubstanciam violação de sigilo, obtidas em decorrência da contratação.

IV - A parte credenciada que desejar solicitar o descredenciamento deverá fazê-lo mediante





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

requerimento, dentro do prazo de validade do edital, através da plataforma 1doc/protocolo: <https://campinagrande.1doc.com.br/b.php?pg=wp/wp&itd=5> , com assunto: - Saúde – credenciamento de médicos obedecendo os prazos constantes no Termo de Referência.

V - Será descredenciada a Pessoa Jurídica ou Pessoa Física que recusar a demanda por 2 (duas) vezes, seguidas ou não, quando convocada tempestivamente, nos termos deste edital, mesmo que apresente justificativa, podendo solicitar novo credenciamento somente 90 (noventa) dias corridos após a segunda recusa, evitando que as credenciadas escolham as demandas.

## **5 - DAS IMPUGNAÇÕES, DOS PEDIDOS DE ESCLARECIMENTO E DOS RECURSOS**

I - Qualquer pessoa, nos termos do art. 164, da Lei nº. 14.133/21, até 03 (três) dias úteis do início do recebimento das propostas, poderá impugnar o presente Edital de Chamamento por eventuais irregularidades, devendo a Comissão de Seleção apreciar e julgar, respondendo à impugnação ou ao pedido de esclarecimento em até 03 (três) dias úteis.

A impugnação não terá efeito suspensivo e a decisão da comissão de contratação será motivada nos autos.

Decorrido o prazo para impugnação ou pedido de esclarecimentos, opera-se a preclusão, tornando impossível a realização deste direito.

Qualquer pessoa poderá solicitar esclarecimentos, providências ou impugnar o ato convocatório do presente procedimento, no prazo legal, mediante requerimento por escrito, que deverá ser protocolado juntamente com as razões, por meio da plataforma 1doc/protocolo: <https://campinagrande.1doc.com.br/b.php?pg=wp/wp&itd=5> , com assunto: - Saúde – credenciamento de médicos

Quaisquer outras manifestações formais subsequentes ao prazo do item anterior serão recebidas apenas como pedidos de esclarecimento.

A impugnação deverá ser instruída com documentos necessários para a perfeita identificação do impugnante, bem como a verificação da capacidade de representação do signatário;

A resposta à impugnação ao edital estará disponível aos consulentes e interessados, através plataforma 1doc/protocolo: <https://campinagrande.1doc.com.br/b.php?pg=wp/wp&itd=5> , com





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

assunto: - Saúde – credenciamento de médicos e passará a integrar o edital.

II - A parte interessada, nos termos dos arts. 165 a 168 da Lei 14.133/21 poderá, no prazo de até 03 (três) dias, recorrer de atos praticados pela administração pública no tocante ao julgamento das propostas de credenciamento ou descredenciamento. O recurso será dirigido à comissão de contratação, que, se não reconsiderar o ato ou a decisão no prazo de três dias úteis, encaminhará o recurso com a sua motivação à autoridade superior, que deverá proferir a sua decisão no prazo máximo de dez dias úteis, contado da data de recebimento dos autos.

## **6 - DISPOSIÇÕES GERAIS**

I - Após o devido credenciamento e obedecidas às condições previstas no contrato, o CREDENCIADO poderá, a qualquer tempo, pedir desligamento formalmente junto à contratante.

II - A Secretaria Municipal de Saúde poderá, obedecidas às condições previstas no contrato e no seu interesse, descredenciar as instituições ou profissionais que não apresentarem demanda de atendimento.

III - A Comissão Especial de Credenciamento da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande / SMS, juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde, na forma do disposto no § 2º do artigo 59, da Lei 14.133/2021 e alterações, reservam-se no direito de promover qualquer diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo relativo a este a credenciamento.

IV - A participação no presente processo de credenciamento implica na aceitação integral e irretratável de todas as condições exigidas neste edital e nos documentos que dele fazem parte, bem como na observância dos preceitos legais e regulamentares em vigor.

V - Nenhuma indenização será devida aos credenciados pela elaboração e/ou apresentação de quaisquer documentos relativos ao presente credenciamento.

VI- O recebimento dos documentos para o credenciamento não gerará para os CREDENCIADOS qualquer direito de contratação, objetivando somente o credenciamento para prestação de futuros serviços, sob demanda da Secretaria e obedecidos aos requisitos

Assinado por 1 pessoa: CARLOS MARQUES DUNGA JUNIOR  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://campinagrande.1doc.com.br/verificacao/E473-F2F1-6F44-4BF3> e informe o código E473-F2F1-6F44-4BF3







**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

de classificação.

VII - O credenciamento tem caráter precário, podendo a qualquer momento ser revogado/encerrado, seja por interesse da Administração ou da Credenciada, nos termos do presente Edital.

VIII - As alterações de endereço dos credenciados ou contratados, deverão ser comunicadas à Comissão Especial de Credenciamento da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande / SMS, através da plataforma 1doc/protocolo: <https://campinagrande.1doc.com.br/b.php?pg=wp/wp&itd=5> , com assunto: - Saúde – credenciamento de médicos

**FAZEM PARTE DESTE EDITAL:**

ANEXO 1 – TERMO DE REFERÊNCIA

ANEXO 2 – MODELO DE DECLARAÇÃO QUE ACEITA INTEGRALMENTE AS NORMAS DO EDITAL

ANEXO 3 – MODELO DE DECLARAÇÃO QUE TEM DISPONIBILIDADE

ANEXO 4 – TABELA DE PREÇOS DOS SERVIÇOS CREDENCIADOS

ANEXO 5 – TERMO DE CONTRATO PESSOA FÍSICA

ANEXO 6 – TERMO DE CONTRATO PESSOA JURÍDICA

ANEXO 7 – FICHA DE INSCRIÇÃO PARA PESSOA FÍSICA

ANEXO 8 – FICHA DE INSCRIÇÃO PARA PESSOA JURÍDICA

ANEXO 9 – MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATOS IMPEDITIVOS

ANEXO 10 – DECLARAÇÃO DE INFORMAÇÃO DE OUTROS VÍNCULOS

ANEXO 11 – MODELO DE DECLARAÇÃO CONJUNTA NEGATIVA DE PARENTESCO E DE VÍNCULO (PF)

ANEXO 12 – MODELO DE DECLARAÇÃO CONJUNTA NEGATIVA DE PARENTESCO E DE VÍNCULO (PJ)

Fica eleito o Foro da Justiça da Comarca de Campina Grande, Estado da Paraíba, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas da execução deste instrumento, com renúncia de qualquer outro por mais privilegiado que seja.

Campina Grande-PB, 26 de fevereiro de 2024.

**CARLOS MARQUES DUNGA JUNIOR**  
**Secretário Municipal de Saúde**







ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO 1  
TERMO DE REFERÊNCIA

**Procedimento auxiliar de Licitação** – Credenciamento para contratação por Inexigibilidade de Licitação;

**I - PROCEDIMENTO AUXILIAR DE LICITAÇÃO**

Credenciamento de Profissionais médicos, com comprovação de experiência de atuação, para **ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, DE FORMA COMPLEMENTAR, EM REGIME DE ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS, CIRURGIAS, PARECERES MÉDICOS, PLANTÕES PRESENCIAIS E/OU SOBREAVISO, PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E VISITAS CLÍNICAS**, para desempenharem suas atividades junto à **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS**, que fará o encaminhamento dos profissionais que atenderem aos requisitos, para atuarem nos atendimentos **ao Hospital Municipal Dr. Edgley, ao Hospital Municipal Dr. Bezerra de Carvalho (Hospital da Criança e do Adolescente) e ao Hospital Municipal Pedro I, Unidade de Pronto Atendimento – Dr. Maia, Unidade de Pronto Atendimento Dr. Adhemar Dantas, ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Campina Grande – (Samu 192), à Central de Regulação de Leitos Ambulatoriais e Hospitalares, Instituto de Saúde Elpídio de Almeida – Isea, Centro de Saúde, Centro de Atenção Psicossocial, Centro Especializado em Reabilitação (CER), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), Centro Regional de Reabilitação e Assistência em Saúde do Trabalhador (CERAST), Diretoria de Vigilância em Saúde, Serviço de Atendimento Especializado (SAE), Unidades Básicas de Saúde e Programa Saúde da Família, Unidade Mista de Galante e demais.**

**1. HOSPITAL MUNICIPAL DR. EDGLEY:**

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Edgley**, com residência médica em **NEFROLOGIA** e/ou título de especialista em Nefrologia e/ou Terapia Renal Substitutiva, com RQE, expedido pelo CRM-PB;





ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Edgley**, com residência médica em **PSQUIATRIA** e/ou título de especialista em Saúde Mental, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Edgley**, com residência médica em **CARDIOLOGIA** e/ou título de especialista em Cardiologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos generalistas, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Edgley**;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Edgley**, com residência médica em **COLOPROCTOLOGIA** e/ou título de especialista em Coloproctologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Edgley**, com residência médica em **DERMATOLOGIA** e/ou título de especialista em Dermatologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Edgley**, com residência médica em **ENDOCRINOLOGIA** e/ou título de especialista em Endocrinologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Edgley**, com residência médica em **GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA** e/ou título de especialista em Ginecologia/Obstetrícia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Edgley**, com residência médica em **MASTOLOGIA** e/ou título de especialista em Mastologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Edgley**, com residência médica em **NEUROLOGIA** e/ou título de especialista em Neurologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;





ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Edgley**, com residência médica em **OFTALMOLOGIA** e/ou título de especialista em Oftalmologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Edgley**, com residência médica em **OTORRINOLARINGOLOGIA** e/ou título de especialista em Otorrinolaringologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Edgley**, com comprovada experiência e residência médica em **PEDIATRIA** e/ou título de especialista em Pediatria, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Edgley**, com residência médica em **PNEUMOLOGIA** e/ou título de especialista em Pneumologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Edgley**, com residência médica em **RADIOLOGIA** e/ou título de especialista em Radiologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Edgley**, com residência médica em **UROLOGIA** e/ou título de especialista em Urologia, com RQE, expedido pelo CRM- PB.

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Edgley**, com residência médica em **ANESTESIOLOGIA** e/ou título de especialista em Anestesiologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Edgley**, com residência médica em **CIRURGIA GERAL** e/ou título de especialista em Cirurgia geral, com RQE, expedido pelo CRM-PB;





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Edgley**, com residência médica em **INFECTOLOGIA** e/ou título de especialista em infectologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Edgley**, com residência médica em **ULTRASSONOGRAFIA** e/ou título de especialista em imagens, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Edgley**, com residência médica em **CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO** e/ou título de especialista em Cirurgia geral, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Edgley**, com residência médica em **ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA** e/ou título de especialista em Ortopedia e Traumatologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB.

## **2. HOSPITAL MUNICIPAL PEDRO I:**

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Pedro I**, com residência médica em **CARDIOLOGIA** e/ou título de especialista em Cardiologia Clínica, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Pedro I**, com residência médica em **CIRURGIA GERAL** e/ou título de especialista em Cirurgia Geral, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Pedro I**, com residência médica em **CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO** e/ou título de especialista em Cirurgia Geral, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Pedro I**, com residência médica em **CIRURGIA PEDIÁTRICA** e/ou título de especialista em Cirurgia Pediátrica, com RQE, expedido pelo CRM-PB;





ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Pedro I**, com residência médica em **CIRURGIA TORÁCICA** e/ou título de especialista em Cirurgia Torácica, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos generalistas, para trabalhar no **Hospital Municipal Pedro I**;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no Hospital Municipal Pedro I, com residência médica em **GASTROENTEROLOGIA E/OU COLOPROCTOLOGIA E/OU CIRURGIA GERAL COM ESPECIALIDADE EM VÍDEO ENDOSCOPIA DIGESTIVA E COLONOSCOPIA** e título de especialista em Gastroenterologia e/ou Coloproctologia e/ou Cirurgia Geral com especialidade em Vídeo Endoscopia Digestiva e Colonoscopia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Pedro I**, com residência médica em **GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA** e/ou título de especialista em Ginecologia e Obstetrícia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Pedro I**, com residência médica em **INFECTOLOGIA** e/ou título de especialista em Infectologia, com RQE, expedido pelo CRM- PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Pedro I**, com residência médica em **MASTOLOGIA** e/ou título de especialista em Mastologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Pedro I**, com residência médica em **TERAPIA INTENSIVA** e/ou título de especialista em Terapia Intensiva, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Pedro I**, com residência médica em **NEFROLOGIA** e/ou título de especialista em Nefrologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;





ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Pedro I**, com residência médica em **NEUROCIRURGIA** e/ou título de especialista em Neurocirurgia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Pedro I**, com residência médica em **NEUROLOGIA** e/ou título de especialista em Neurologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Pedro I**, com residência médica em **ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA** e/ou título de especialista em Ortopedia e Traumatologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Pedro I**, com residência médica em **OTORRINOLARINGOLOGIA** e/ou título de especialista em Otorrinolaringologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Pedro I**, com residência médica em **PEDIATRIA** e/ou título de especialista em Pediatria, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Pedro I**, com residência médica em **PNEUMOLOGIA** e/ou título de especialista em Pneumologia, com RQE, expedido pelo CRM- PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Pedro I**, com residência médica em **UROLOGIA** e/ou título de especialista em Urologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB.

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Pedro I**, com residência médica em **ANESTESIOLOGIA** e/ou título de especialista em Anestesiologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Pedro I**, com residência médica em **HEMATOLOGIA** e/ou título de especialista em hematologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;





ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Pedro I**, com residência médica em **DERMATOLOGIA** e/ou título de especialista em dermatologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**3. HOSPITAL MUNICIPAL DR. BEZERRA DE CARVALHO – HOSPITAL DA CRIANÇA**

Credenciamento de profissionais médicos generalistas, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Bezerra de Carvalho (Hospital da Criança)**;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Bezerra de Carvalho (Hospital da Criança)**, com residência médica em **ENDOCRINOLOGIA CLÍNICA/PEDIÁTRICA** e/ou título de especialista em Endocrinologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Bezerra de Carvalho (Hospital da Criança)**, residência médica em **GASTROENTEROLOGIA CLÍNICA/PEDIÁTRICA** e/ou título de especialista em Gastroenterologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Bezerra de Carvalho (Hospital da Criança)**, com residência médica em **NEFROLOGIA CLÍNICA/PEDIÁTRICA** e/ou título de especialista em Nefrologia Clínica/Pediátrica, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Bezerra de Carvalho (Hospital da Criança)**, com residência médica em **ULTRASSONOGRAFIA** e/ou título de especialista em Ultrassonografia, com RQE, expedido pelo CRM-PB.

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Bezerra de Carvalho (Hospital da Criança)**, com residência médica em **CARDIOLOGIA CLÍNICA/PEDIÁTRICA** e/ou título de especialista em Endocrinologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;







ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Bezerra de Carvalho (Hospital da Criança)**, com residência médica em **PNEUMOLOGIA CLÍNICA/PEDIÁTRICA** e/ou título de especialista em Endocrinologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Bezerra de Carvalho (Hospital da Criança)**, com residência médica em **INFECTOLOGIA CLÍNICA/PEDIÁTRICA** e/ou título de especialista em Endocrinologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Bezerra de Carvalho (Hospital da Criança)**, com residência médica em **IMUNOLOGIA CLÍNICA/PEDIÁTRICA** e/ou título de especialista em Endocrinologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Bezerra de Carvalho (Hospital da Criança)**, com residência médica em **PSIQUIATRIA CLÍNICA/PEDIÁTRICA** e/ou título de especialista em Endocrinologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Bezerra de Carvalho (Hospital da Criança)**, com residência médica em **NEUROLOGIA CLÍNICA/PEDIÁTRICA** e/ou título de especialista em Endocrinologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Bezerra de Carvalho (Hospital da Criança)**, com residência médica em **DERMATOLOGIA CLÍNICA/PEDIÁTRICA** e/ou título de especialista em Endocrinologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Bezerra de Carvalho (Hospital da Criança)**, residência médica em **INTENSIVISMO**





ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**CLÍNICA/PEDIÁTRICA** e/ou título de especialista em Gastroenterologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Hospital Municipal Dr. Bezerra de Carvalho (Hospital da Criança)**, com residência médica em **PEDIATRIA** e/ou título de especialista em Pediatria, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**4. UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA DR. MAIA:**

Credenciamento de profissionais médicos generalistas, para trabalhar na **Unidade de Pronto Atendimento - UPA Dr. Maia**, com capacidade técnica compatível com o Edital de Credenciamento (comprovação de estágio de 6 (seis) meses, em hospital de referência em urgência e emergência, mediante a apresentação de declaração/atestado assinado por Diretor Clínico para atuação na área vermelha);

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar na **Unidade de Pronto Atendimento -UPA Dr. Maia**, com residência médica em **ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA** e/ou título de especialista em Ortopedia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar na **Unidade de Pronto Atendimento -UPA Dr.Maia**, com residência médica em **PEDIATRIA** na especialidade e/ou título de especialista em Pediatria,com RQE, expedido pelo CRM-PB.

**5. UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA DR. ADHEMAR DANTAS:**

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar na **Unidade de Pronto Atendimento - UPA Dr.Adhemar Dantas**, com capacidade técnica compatível com o Edital de Credenciamento [comprovação de estágio de 6 (seis) meses, em hospital de referência em urgência e emergência, mediante a apresentação de declaração/atestado assinado por Diretor Clínico para atuação na área vermelha].

**6. SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU:**





ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Campina Grande – (SAMU 192)** com capacidade técnica compatível com o Edital de Credenciamento [comprovação de estágio de 6 (seis) meses, em SAMU e/ou Hospital de Referência em Urgência e Emergência, mediante a apresentação de declaração/atestado assinado por Diretor Clínico, e/ou Certificado PHTLS-Pré-Hospital Trauma Life Support (em português APHAT- Atendimento Pré-Hospitalar Avançado ao Trauma) e ATLS – Advanced Trauma Life Support (em português: Suporte de Vida Avançado ao Trauma)].

**7. CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES:**

Credenciamento de Profissionais médicos, com comprovação de experiência em Clínica Médica [mínimo de 6 (seis) meses], para trabalhar na **Central de Regulação de Leitos Ambulatoriais e Hospitalares**, através do Sistema Nacional de Regulação - SISREG.

**8. INSTITUTO DE SAÚDE ELPÍDIO DE ALMEIDA – ISEA:**

Credenciamento de profissionais médicos generalistas, para trabalhar no **Instituto de Saúde Elpídio de Almeida – ISEA**;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Instituto de Saúde Elpídio de Almeida - ISEA**, com residência médica em **ANESTESIOLOGIA** e/ou título de especialista em Anestesiologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Instituto de Saúde Elpídio de Almeida - ISEA**, com residência médica em **CARDIOLOGIA** e/ou título de especialista em Cardiologia Clínica, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Instituto de Saúde Elpídio de Almeida - ISEA**, com residência médica em **CIRURGIA GERAL** e/ou título de especialista em Cirurgia Geral, com RQE, expedido pelo CRM-PB;





ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Instituto de Saúde Elpídio de Almeida - ISEA**, com residência médica em **CIRURGIA PEDIÁTRICA** e/ou título de especialista em Cirurgia Pediátrica, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Instituto de Saúde Elpídio de Almeida - ISEA**, com residência médica em **CIRURGIA VASCULAR** e/ou título de especialista em Cirurgia Vascular, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Instituto de Saúde Elpídio de Almeida - ISEA**, com residência médica em **CLÍNICA MÉDICA** e/ou título de especialista em Clínica Médica, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Instituto de Saúde Elpídio de Almeida - ISEA**, com residência médica em **ENDOCRINOLOGIA** e/ou título de especialista em Endocrinologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Instituto de Saúde Elpídio de Almeida - ISEA**, com residência médica em **GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA** e/ou título de especialista em Ginecologia e Obstetrícia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Instituto de Saúde Elpídio de Almeida - ISEA**, com residência médica em **HEMATOLOGIA** e/ou título de especialista em Hematologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Instituto de Saúde Elpídio de Almeida - ISEA**, com residência médica em **INFECTOLOGIA** e/ou título de especialista em Infectologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Instituto de Saúde Elpídio de Almeida - ISEA**, com residência médica em **TERAPIA INTENSIVA** e/ou título de especialista em Terapia Intensiva, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Instituto de Saúde Elpídio de Almeida - ISEA**, com comprovada experiência, residência médica em **NEUROCIRURGIA** e/ou título de especialista em Neurocirurgia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;





ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Instituto de Saúde Elpídio de Almeida – ISEA** com residência médica em **NEONATOLOGIA** e/ou título de especialista em Neonatologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Instituto de Saúde Elpídio de Almeida – ISEA**, com residência médica em **OTORRINOLARINGOLOGIA** e/ou título de especialista em Otorrinolaringologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Instituto de Saúde Elpídio de Almeida – ISEA**, com residência médica em **PEDIATRIA** e/ou título de especialista em Pediatria, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Instituto de Saúde Elpídio de Almeida – ISEA**, com residência médica em **RADIOLOGIA** e/ou título de especialista em Radiologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Instituto de Saúde Elpídio de Almeida – ISEA** com residência médica em **ULTRASSONOGRAFIA** e/ou título de especialista em Ultrassonografia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Instituto de Saúde Elpídio de Almeida – ISEA**, com, residência médica em **UROLOGIA** e/ou título de especialista em Urologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB.

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Instituto de Saúde Elpídio de Almeida – ISEA**, com, residência médica em **MEDICINA FETAL** e/ou título de especialista em medicina fetal, com RQE, expedido pelo CRM-PB.

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Instituto de Saúde Elpídio de Almeida – ISEA**, com, residência médica em **NEFROLOGIA** e/ou título de especialista em nefrologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB.

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Instituto de Saúde Elpídio de Almeida – ISEA**, com, residência médica em **NEUROLOGIA CLÍNICA** e/ou título de especialista em neurologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB.





ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar no **Instituto de Saúde Elpídio de Almeida – ISEA**, com, residência médica em **PSIQUIATRIA** e/ou título de especialista em psiquiatria, com RQE, expedido pelo CRM-PB.

**9. UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE:**

Credenciamento de profissionais médicos, para trabalhar nas **Unidades Básicas de Saúde (UBS) / Estratégia Saúde da Família (ESF)**, com residência médica e/ou título de especialista em Medicina de Família e Comunidade (MFC), com RQE, expedido pelo CRM-PB, ou, apresentação do certificado de Conclusão do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e/ou do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), expedidos pela UNA-SUS (Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde) ou instituições de Ensino Superior, autorizada pela UNA-SUS;

Credenciamento de profissionais médicos para trabalhar nos **Centros de Atenção Psicossocial**, com residência médica e/ou título de especialista em **PSIQUIATRIA**, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos para trabalhar nos **Centro de Saúde do Catolé, da Liberdade, da Bela Vista, São José da Mata, Francisco Pinto e Palmeira** com residência médica em **CLÍNICA MÉDICA, CARDIOLOGIA, DERMATOLOGIA, ENDOCRINOLOGIA, GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA, MASTOLOGIA, NEUROLOGIA, ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA, OTORRINOLARINGOLOGIA, PEDIATRIA, ULTRASSONOGRAFIA E UROLOGIA** e/ou título de especialista, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos para trabalhar nas Policlínicas **Luzia Cosme Dantas (Malvinas) e Terezinha Garcia Ribeiro (Zona Leste)**, com residência médica em **CLÍNICA MÉDICA, CARDIOLOGIA, DERMATOLOGIA, ENDOCRINOLOGIA, GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA, NEFROLOGIA, NEUROLOGIA, ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA, OTORRINOLARINGOLOGIA, PEDIATRIA, ULTRASSONOGRAFIA E UROLOGIA** e/ou título de especialista, com RQE, expedido pelo CRM-PB;





ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## 10. POLICLÍNICA DA LIBERDADE:

Credenciamento de profissionais médicos para trabalhar na Policlínica da Liberdade, com residência médica em **CLÍNICA MÉDICA, NEUROLOGIA, PNEUMOLOGIA, MASTOLOGIA, REUMATOLOGIA, GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA, NEUROLOGIA, PEDIATRIA, E UROLOGIA** e/ou título de especialista, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos para trabalhar no Centro Especializado em Reabilitação- CER com residência médica em **CLÍNICA MÉDICA, CARDIOLOGIA, DERMATOLOGIA, ENDOCRINOLOGIA, GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA, NEFROLOGIA, NEUROLOGIA ADULTO E INFANTIL, ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA, OTORRINOLARINGOLOGIA, PEDIATRIA, ULTRASSONOGRRAFIA E UROLOGIA** e/ou título de especialista, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos para trabalhar na Diretoria de Vigilância em Saúde, com residência médica em **INFECTOLOGIA, MEDICINA DO TRABALHO** e/ou título de especialista, com RQE, expedido pelo CRM-PB e Médico com pós-graduação em Saúde Coletiva.

Credenciamento de profissionais médicos para trabalhar na Unidade Mista de Galante, com residência médica em **CLÍNICA MÉDICA, CARDIOLOGIA, DERMATOLOGIA, ENDOCRINOLOGIA, GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA, NEFROLOGIA, NEUROLOGIA, ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA, OTORRINOLARINGOLOGIA, PEDIATRIA, ULTRASSONOGRRAFIA E UROLOGIA** e/ou título de especialista, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos para trabalhar no **CERAST**, com residência médica em **CLÍNICA MÉDICA, MEDICINA DO TRABALHO, ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA** e/ou título de especialista, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

Credenciamento de profissionais médicos para trabalhar no **SAE (Serviço de Assistência Especializada)**, com residência médica em **CLÍNICA MÉDICA E INFECTOLOGIA** e/ou título de especialista, com RQE, expedido pelo CRM-PB.

## II - DO OBJETO







**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

O presente Edital destina-se a receber as inscrições para credenciamento de prestadores de serviços na área de medicina, nas especialidades de:

**TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA**, para trabalhar no Setor de Hemodiálise do Hospital Municipal Dr. Edgley, com residência médica em Nefrologia e/ou título de especialista em Nefrologia, com RQE, expedido pelo CRM- PB;

**PSQUIATRIA**, para trabalhar no Setor de Saúde Mental do Hospital Municipal Dr. Edgley, com residência médica em Psiquiatria e/ou título de especialista em Psiquiatria, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**COLOPROCTOLOGIA** para trabalhar no Hospital Municipal Dr. Edgley, com residência médica em Coloproctologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**DERMATOLOGIA** para trabalhar no Hospital Municipal Dr. Edgley, com residência médica em Dermatologia, com RQE, expedida pelo CRM-PB;

**ENDOCRINOLOGIA** para trabalhar no Hospital Municipal Dr. Edgley, com residência médica em Endocrinologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA** para trabalhar no Hospital Municipal Dr. Edgley, com residência médica em Ginecologia/Obstetrícia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**MASTOLOGIA** para trabalhar no Hospital Municipal Dr. Edgley, com residência médica em Mastologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**NEUROLOGIA** para trabalhar no Hospital Municipal Dr. Edgley, com residência médica em Neurologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**OFTALMOLOGIA** para trabalhar no Hospital Municipal Dr. Edgley, com residência médica em Oftalmologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**OTORRINOLARINGOLOGIA** para trabalhar no Hospital Municipal Dr. Edgley, com residência médica em Otorrinolaringologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**PEDIATRIA** para trabalhar no Hospital Municipal Dr. Edgley, com residência médica em Pediatria, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**PNEUMOLOGIA** para trabalhar no Hospital Municipal Dr. Edgley, com residência médica em Pneumologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**RADIOLOGISTA** para trabalhar no Hospital Municipal Dr. Edgley, com residência médica em Radiologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**UROLOGIA** para trabalhar no Hospital Municipal Dr. Edgley, com residência médica em Urologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**ANESTESIOLOGIA** para trabalhar no Hospital Municipal Dr. Edgley, com residência médica em Anestesiologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**CARDIOLOGISTA** para trabalhar no Hospital Municipal Dr. Edgley, com residência médica em Cardiologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**CIRURGIAO GERAL** para trabalhar no Hospital Municipal Dr. Edgley, com residência médica em Cirurgia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**CIRURGIAO DE CABEÇA E PESCOÇO** para trabalhar no Hospital Municipal Dr. Edgley, com residência médica em Cirurgia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**ORTOPEDIA**, para trabalhar no Hospital Municipal Dr. Edgley, com residência médica e/ou título de especialista em ortopedia com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**INFECTOLOGISTA** para trabalhar no Hospital Municipal Dr. Edgley, com residência médica em Infectologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**GENERALISTA**, para trabalhar no Setor de Saúde Mental do Hospital Municipal Dr. Edgley;





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**CIRURGIA GERAL**, para trabalhar em atendimentos ambulatoriais e/ou Cirurgia do Hospital Municipal Pedro I, com comprovada experiência, residência médica e/ou título de especialista em Cirurgia Geral, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**, para trabalhar em atendimentos ambulatoriais e/ou Cirurgia do Hospital Municipal Pedro I, com comprovada experiência, residência médica e/ou título de especialista em Cirurgia Geral, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**CIRURGIAO PEDIÁTRICO**, para trabalhar no Hospital Municipal Pedro I, com residência médica e/ou título de especialista em Cirurgia Pediátrica com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**CIRURGIAO TORÁCICO**, para trabalhar no Hospital Municipal Pedro I, com residência médica e/ou título de especialista em Cirurgia Torácica com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**MEDICINA INTENSIVA**, para trabalhar no setor de UTI do Hospital Municipal Pedro I, com residência médica e/ou título de especialista em terapia intensiva com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**INFECTOLOGISTA**, para trabalhar no Hospital Municipal Pedro I, com residência médica e/ou título de especialista em Infectologia com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**NEFROLOGIA**, para trabalhar no Hospital Municipal Pedro I, com residência médica e/ou título de especialista em Nefrologia com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**NEUROCIRURGIAO**, para trabalhar no Hospital Municipal Pedro I, com residência médica e/ou título de especialista em Neurocirurgia com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**PEDIATRIA**, para trabalhar no Hospital Municipal Pedro I, com residência médica e/ou título de especialista em Pediatria com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**PNEUMOLOGIA**, para trabalhar no Hospital Municipal Pedro I, com residência médica e/ou título de especialista em Pneumologia com RQE, expedido pelo CRM-PB;





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**ANESTESIOLOGIA**, para trabalhar no Hospital Municipal Pedro I, com residência médica e/ou título de especialista em Anestesiologia com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**CARDIOLOGIA CLÍNICA**, para trabalhar no Setor de atendimentos ambulatoriais e/ou cirurgia do Hospital Municipal Pedro I, com residência médica e/ou título de especialista em Cardiologia Clínica com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**CIRURGIA GERAL**, para trabalhar em atendimentos ambulatoriais e/ou Cirurgia do Hospital Municipal Pedro I, com comprovada experiência, residência médica e/ou título de especialista em Cirurgia Geral, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**CIRURGIAO PEDIÁTRICO**, para trabalhar no Setor de atendimentos ambulatoriais e/ou Cirurgia do Hospital Municipal Pedro I, com residência médica e/ou título de especialista em Cirurgia Pediátrica com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**CIRURGIA VASCULAR**, para trabalhar no Setor de atendimentos ambulatoriais e/ou Cirurgia do Hospital Municipal Pedro I, com residência médica e/ou título de especialista em Cirurgia Vascular com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**GASTROENTEROLOGIA E/ OU CIRURGIA GERAL COM ESPECIALIDADE EM VÍDEO ENDOSCOPIA DIGESTIVA E COLONOSCOPIA**, para trabalhar no Setor de atendimentos ambulatoriais e/ou Cirurgia do Hospital Municipal Pedro I, com residência médica e/ou título de especialista em Gastroenterologia e/ou Cirurgia Geral com especialidade em Vídeo Endoscopia Digestiva e Colonoscopia com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA**, para trabalhar no Setor de atendimentos ambulatoriais e/ou Cirurgia do Hospital Municipal Pedro I, com residência médica e/ou título de especialista em Ginecologia e Obstetrícia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**MASTOLOGIA**, para trabalhar no Setor de atendimentos ambulatoriais e/ou Cirurgia do Hospital Municipal Pedro I, com residência médica e/ou título de especialista em Mastologia com RQE, expedido pelo CRM-PB;





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**ORTOPEDIA**, para trabalhar no Setor de atendimentos ambulatoriais e/ou Cirurgia do Hospital Municipal Pedro I, com residência médica e/ou título de especialista em ortopedia com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**OTORRINOLARINGOLOGIA** para trabalhar no Setor de atendimentos ambulatoriais e/ ou Cirurgia do Hospital Municipal Pedro I, com residência médica e/ou título de especialista em Otorrinolaringologia com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**UROLOGISTA**, para trabalhar no Setor de atendimentos ambulatoriais e/ou Cirurgia do Hospital Municipal Pedro I, com residência médica e/ou título de especialista em Urologia com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**NEFROLOGIA CLÍNICA/PEDIÁTRICA**, para trabalhar no Hospital Municipal Dr. Bezerra de Carvalho (Hospital da Criança), com residência médica e/ou título de especialista em Nefrologia Clínica Pediátrica com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**ENDOCRINOLOGIA CLÍNICA/PEDIÁTRICA**, para trabalhar no Hospital Municipal Dr. Bezerra de Carvalho (Hospital da Criança), com residência médica e/ou título de especialista em Endocrinologia Clínica Pediátrica com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**GASTROENTEROLOGIA CLÍNICA/PEDIÁTRICA**, para trabalhar no Hospital Municipal Dr. Bezerra de Carvalho (Hospital da Criança), com residência médica e/ou título de especialista em Gastroenterologia Clínica Pediátrica com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**PEDIATRIA**, para trabalhar no Setor de Pediatria do Hospital Municipal Dr. Bezerra de Carvalho (Hospital da Criança), com residência médica e/ou título de especialista em Pediatria com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**HEMATOLOGISTA**, para trabalhar no Hospital Municipal Pedro I, com residência médica e/ou título de Hematologia com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**DERMATOLOGISTA**, para trabalhar no Hospital Municipal Pedro I, com residência médica e/ou título de especialista em Dermatologia com RQE, expedido pelo CRM-PB;





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**RADIOLOGISTA**, para trabalhar no Setor de exames no Hospital Municipal Dr. Bezerra de Carvalho (Hospital da Criança), com residência médica e/ou título de especialista em Ultrassonografia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**CARDIOLOGISTA CLÍNICA/PEDIÁTRICO**, para trabalhar no Setor de exames no Hospital Municipal Dr. Bezerra de Carvalho (Hospital da Criança), com residência médica e/ou título de especialista em Cardiologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**PNEUMOLOGISTA CLÍNICA/PEDIÁTRICO**, para trabalhar no Setor de exames no Hospital Municipal Dr. Bezerra de Carvalho (Hospital da Criança), com residência médica e/ou título de especialista em Pneumologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**INFECTOLOGISTA CLÍNICA/PEDIÁTRICO**, para trabalhar no Setor de exames no Hospital Municipal Dr. Bezerra de Carvalho (Hospital da Criança), com residência médica e/ou título de especialista em Infectologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**IMUNOLOGISTA CLÍNICA/PEDIÁTRICO**, para trabalhar no Setor de exames no Hospital Municipal Dr. Bezerra de Carvalho (Hospital da Criança), com residência médica e/ou título de especialista em Imunologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**PSQUIATRA CLÍNICA/PEDIÁTRICO**, para trabalhar no Setor de exames no Hospital Municipal Dr. Bezerra de Carvalho (Hospital da Criança), com residência médica e/ou título de especialista em Psiquiatria, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**INTENSIVISTA CLÍNICA/PEDIÁTRICO**, para trabalhar no Setor de exames no Hospital Municipal Dr. Bezerra de Carvalho (Hospital da Criança), com residência médica e/ou título de especialista em Medicina intensiva com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**NEUROLOGIA CLÍNICA/PEDIÁTRICO**, para trabalhar no Setor de exames no Hospital Municipal Dr. Bezerra de Carvalho (Hospital da Criança), com residência médica e/ou título de especialista em Neurologia, com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**ORTOPEDIA**, para trabalhar no Setor de Ortopedia da Unidade de Pronto Atendimento - UPA Dr. Maia com residência médica e/ou título de especialista em Ortopedia com RQE, expedido pelo CRM-PB;





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**PEDIATRIA**, para trabalhar no Setor de Pediatria da Unidade de Pronto Atendimento - UPA Dr. Maia com residência médica e/ou título de especialista em Pediatria com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**GENERALISTA**, para trabalhar no Setor de Pediatria da Unidade de Pronto Atendimento - UPA Dr. Maia com comprovação de estágio de 6 (seis) meses, em hospital de referência em urgência e emergência, mediante a apresentação de declaração/atestado assinado por Diretor Clínico para atuação na área vermelha;

**ANESTESIOLOGIA**, para trabalhar no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), com residência médica e/ou título de especialista em Anestesiologia com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**CARDIOLOGIA**, para trabalhar no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), com residência médica e/ou título de especialista em Cardiologia com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**CIRURGIA GERAL**, para trabalhar no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), com residência médica e/ou título de especialista em Cirurgia Geral com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**CIRURGIA PEDIÁTRICA**, para trabalhar no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), com residência médica e/ou título de especialista em Cirurgia Pediátrica com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**CIRURGIA VASCULAR**, para trabalhar no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), com residência médica e/ou título de especialista em Cirurgia Vascular com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**CLÍNICA MÉDICA**, para trabalhar no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), com residência médica e/ou título de especialista em Clínica Médica com RQE, expedido pelo CRM-PB;







**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**ENDOCRINOLOGIA**, para trabalhar no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), com residência médica e/ou título de especialista em Endocrinologia com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**GINECOLOGIA/OBSTETRÍCA**, para trabalhar no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), com residência médica e/ou título de especialista em Ginecologia/Obstetrícia com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**HEMATOLOGIA**, para trabalhar no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), com residência médica e/ou título de especialista em Hematologia com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**INFECTOLOGIA**, para trabalhar no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), com residência médica e/ou título de especialista em Infectologia com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**TERAPIA INTENSIVA**, para trabalhar no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), com residência médica e/ou título de especialista em Terapia Intensiva com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**NEONATOLOGIA**, para trabalhar no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), com residência médica e/ou título de especialista em Neonatologia com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**OTORRINOLARINGOLOGIA**, para trabalhar no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), com residência médica e/ou título de especialista em Otorrinolaringologia com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**PEDIATRIA**, para trabalhar no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), com residência médica e/ou título de especialista em Pediatria com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**RADIOLOGISTA**, para trabalhar no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), com residência médica e/ou título de especialista em Ultrassonografia com RQE, expedido pelo CRM-PB;





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**UROLOGIA**, para trabalhar no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), com residência médica e/ou título de especialista em Urologia com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**OBSTETRAS**, para trabalhar no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), com residência médica e/ou título de especialista em Medicina Fetal com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**NEFROLOGISTA**, para trabalhar no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), com residência médica e/ou título de especialista em Nefrologia com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**NEUROLOGISTA CLÍNICO**, para trabalhar no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), com residência médica e/ou título de especialista em Neurologia com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**PSIQUIATRA**, para trabalhar no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), com residência médica e/ou título de especialista em Psiquiatria com RQE, expedido pelo CRM-PB;

**CLÍNICA MÉDICA E EMERGÊNCIA**, para trabalhar no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Campi na Grande – (SAMU 192), com capacidade técnica compatível com o Edital de Credenciamento [comprovação de estágio de 6 (seis) meses em Urgência e Emergência, em Hospital de Referência, mediante a apresentação de declaração/atestado assinado por Diretor Clínico].

O presente Edital destina-se a receber as inscrições para **credenciamento de prestadores de serviços na área de medicina, sem especialidade**:

**MÉDICO GENERALISTA**, para trabalhar na Unidade de Pronto Atendimento - UPA Dr. Maia, com capacidade técnica compatível com o Edital de Credenciamento (comprovação de estágio de 6 (seis) meses em Urgência e Emergência, em Hospital de Referência, mediante a apresentação de declaração/atestado assinado por Diretor Clínico);

**MÉDICO GENERALISTA**, para trabalhar no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Campina Grande – (SAMU 192), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Hospital Pedro I, Hospital da Criança e do Adolescente, Hospital Municipal Dr. Edgley, com capacidade técnica compatível com o Edital de Credenciamento [comprovação de estágio de 6 (seis)





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

meses em Urgência e Emergência, em Hospital de Referência, mediante a apresentação de declaração/atestado assinado por Diretor Clínico].

Os profissionais na área de medicina acima descritos deverão atuar em regime de **ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS, CIRURGIAS, PARECERES MÉDICOS, PLANTÕES PRESENCIAIS E/OU SOBREAVISO, PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E VISITAS CLÍNICAS**, conforme necessidade da Secretaria de Saúde e dos serviços credenciados pela mesma, respeitando as determinações de locais de trabalho e escalas definidas pela Secretaria de Saúde de Campina Grande.

Os profissionais poderão ser contratados ou não, dependendo da necessidade apresentada em cada serviço. Caso o serviço não necessite da especialidade descrita, a Secretaria de Saúde não será obrigada a realizar contratação.

O credenciado que for contratado será responsável pelos plantões conforme escala da Secretaria de Saúde do Município de Campina Grande-Paraíba, não sendo admitida a quarteirização dos serviços, sob pena de descredenciamento e aplicação das sanções legais.

### **III - DAS CONDIÇÕES PARA CREDENCIAMENTO**

**Da Documentação do Credenciamento** – O credenciamento será conferido a todas as pessoas físicas ou jurídicas, desde que sejam apresentadas as documentações solicitadas, em original, ou cópia autenticada em cartório competente, ou publicação em órgão da imprensa oficial, mediante enquadramento nas exigências deste edital, que serão verificadas pelos Membros da Comissão de Chamamento Público, instituída pela Portaria nº 047 de 20 DE DEZEMBRO DE 2023/PMCG/SMS-GS, do Exmo. Secretário Municipal de Saúde, publicada na Separata do Semanário – Campina Grande/PB, 21 de dezembro de 2023.

#### **DOCUMENTAÇÃO PARA HABILITAÇÃO DE PESSOA FÍSICA**

Cédula de identidade;

CPF – Cadastro de Pessoa Física;

Inscrição no Conselho Regional de Medicina (CRM);

Certidões Negativas de Débito: Municipal, Estadual, Federal e de Dívida Ativa da União;

Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT);





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Declaração que aceita integralmente as normas do presente Edital de Credenciamento (ANEXO 2); Declaração de disponibilidade para realização dos plantões (ANEXO 3); Comprovação de residência, através de fatura de água, energia elétrica ou telefone; Formulário próprio para inscrição preenchido (ANEXO 7); Declaração da inexistência de fatos impeditivos (ANEXO 9); Cópia do Cadastro no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. O profissional em saúde que ainda não tiver o seu cadastro no CNES, quando do seu ingresso nos serviços de saúde contratado, será realizado o seu cadastro no CNES, vinculado à unidade de saúde que efetivamente o profissional prestará o seu serviço; Declaração informando outros vínculos, caso existam (ANEXO 10); 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, quando exigida e demonstração que estão aptos a desenvolver suas funções; Declaração negativa conjunta de parentesco e de vínculo público de que não ocupa cargo, ou função de chefia, assessoramento ou função de confiança na Prefeitura Municipal de Campina Grande (ANEXO 11). Comprovação de que os profissionais que prestarão os serviços possuem as experiências mínimas exigidas nos respectivos itens. Em caso de falsidade do teor da documentação, os declarantes ficam sujeitos às penalidades previstas no art. 299 do Código Penal;

**DOCUMENTAÇÃO PARA HABILITAÇÃO DE PESSOA JURÍDICA**

Ato Constitutivo/Contrato Social;  
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica;  
Alvará de Localização e Funcionamento pertinente ao ramo de atividade e compatível com o objeto de contratual;  
Certidões Negativas de Débito: Municipal, Estadual, Federal e de Dívida Ativa da União;  
Prova de regularidade relativa à Seguridade Social e ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);  
Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT);  
Certidão negativa de falência;  
Carteira de identidade e CPF dos profissionais que prestarão os serviços;  
Inscrição no Conselho Regional de Medicina de todos os profissionais que prestarão o plantão;

Assinado por 1 pessoa: CARLOS MARQUES DUNGA JUNIOR  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://campinagrande.1doc.com.br/verificacao/E473-F2F1-6F44-4BF3> e informe o código E473-F2F1-6F44-4BF3





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Declaração que aceita integralmente as normas do presente Edital de Chamamento Público (ANEXO 2);

Declaração de disponibilidade para realização dos serviços de Plantões Médicos (ANEXO 3);

Comprovação de residência, dos profissionais ligados à empresa que prestarão plantão, através de fatura de água, energia elétrica ou telefone;

Formulário próprio para inscrição preenchido (ANEXO 8);

Declaração de inexistência de fatos impeditivos (ANEXO 9);

Cópia do Cadastro no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde da pessoa jurídica interessada no credenciamento quando for o caso, bem como cópia do Cadastro no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde referente ao(s) profissional(is) que atuará(ão) no serviço municipal de saúde, pois toda a produção será lançada nos sistemas de processamento do Ministério da Saúde. O profissional em saúde que ainda não tiver o seu cadastro no CNES, quando do seu ingresso nos serviços de saúde contratado, será realizado o seu cadastro no CNES, vinculado à unidade de saúde que efetivamente o profissional prestará o seu serviço;

Comprovação de que o interessado possui em seu quadro permanente profissional médico detentor de capacidade técnica para execução dos serviços;

Comprovação de que os profissionais que prestarão os serviços possuem as experiências mínimas exigidas no item;

Declaração conjunta negativa de parentesco e de vínculo público dos sócios e diretores que não ocupam cargo, ou função de chefia, assessoramento ou função de confiança na Prefeitura Municipal de Campina Grande (ANEXO 12).

Em caso de falsidade do teor da documentação, os declarantes ficam sujeitos às penalidades previstas no art. 299 do Código Penal.

#### **IV - DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO**

São condições para participar do presente Processo:

Conhecer todas as condições estipuladas no presente Edital e apresentar os documentos exigidos, conforme especificado na Cláusula anterior do presente Termo de Referência;

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.

Não serão admitidas:





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

- 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 e/ou SICAF pelo Órgão que o praticou;
- Os interessados inadimplentes com as obrigações assumidas junto à Secretaria Municipal de Saúde;
- A pessoa física ou a pessoa jurídica que mantenha vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira, trabalhista ou civil com dirigente do órgão ou da entidade credenciante ou com agente público que desempenhe função no processo de contratação ou atue na fiscalização ou na gestão do contrato, ou que deles seja cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau;
- Pessoas físicas ou jurídicas que se enquadrem nas vedações previstas na Lei nº 14.133/2021.

## **V - DA ENTREGA E ANÁLISE DA DOCUMENTAÇÃO**

Os documentos da habilitação e a Ficha de Inscrição deverão ser encaminhados, exclusivamente, por meio da plataforma 1doc/protocolo: <https://campinagrande.1doc.com.br/b.php?pg=wp/wp&itd=5> , com assunto: - Saúde – credenciamento de médicos

A análise dos documentos de habilitação deverá observar as seguintes normas:

Os documentos apresentados pelo interessado, recebidos eletronicamente pelos membros da Comissão designada para este fim pelo Secretário Municipal de Saúde, escolhidos entre os servidores da Secretaria, serão analisados com base nos critérios objetivos do item 3 do Termo de Referência deste Edital.

A Comissão analisará a documentação de habilitação no prazo máximo de 15 (quinze) dias úteis, contados a partir de seu recebimento.

## **VI - DO CREDENCIAMENTO:**

Após o recebimento da documentação de habilitação, julgada regular pelo órgão técnico da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE – SMS/CG, através da sua





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Comissão de Chamamento Público, devidamente homologada pela autoridade competente (credenciante), será encaminhada para compor a lista de credenciados.

O credenciamento tem caráter precário “*intuito personae*”, podendo ser revogado a qualquer momento a juízo de conveniência e oportunidade pelo credenciante.

O credenciamento terá validade de 12 (doze) meses, podendo ser renovado por igual período, mediante Portaria expedida pelo Secretário Municipal de Saúde, verificado o prazo de vigência do edital.

A prorrogação do credenciamento ficará condicionada às condições vantajosas para Administração Pública.

O prazo para assinatura do instrumento contratual, após a convocação pela Administração é de 5 dias úteis. Este prazo poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, mediante solicitação, devidamente justificada, do credenciado durante o seu transcurso, desde que o motivo apresentado seja aceito pela administração.

## **VII - DA ESCALA DE PLANTÕES**

A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE – SMS/CG, através de seu órgão técnico e administrativo, realizará até o dia 30 (trinta) de cada mês, a escala de plantões para o mês seguinte, utilizando-se para tal a relação dos profissionais que tenham contratos firmados para tal fim, bem como das informações encaminhadas pelas direções das unidades da Rede Assistencial que compõem o presente Credenciamento.

Definida a escala, esta será reduzida a termo e assinada pelo contratado e pelo órgão técnico e administrativo.

A escala de plantões deverá ser cumprida rigorosamente pelos contratados, devendo qualquer mudança ou impossibilidade de realização ser comunicada à Direção da Unidade, a qual se encontra vinculado, com antecedência mínima de 10 (dez) dias.

A proposição de mudança de horários de escala, devidamente justificada, somente será aceita caso o contratado indique o respectivo contratado com o qual efetuará a troca e a devida aceitação deste.







**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

A Direção da Unidade a qual se encontra vinculado os contratados, 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. Justificada a impossibilidade de realização e sendo esta aceita, a Direção da Unidade utilizar-se-á do poder discricionário que lhe é conferido para redistribuir os horários vacantes, convocando os demais contratados da categoria até obter o preenchimento. Havendo necessidade, a Direção da Unidade poderá propor mudança de escala ou requerer à Comissão de Chamamento Público da Secretaria de Saúde a convocação de credenciados remanescentes, devendo para tal comunicar-se com 03 (três) dias de antecedência, abrindo-se o competente processo de contratação.

### **VIII - DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO**

Preencher com exatidão e clareza todos os formulários e documentos obrigatórios na execução de suas atividades/serviços.

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. Ressalte-se que o valor a ser pago está contido no anexo 4, sendo deles abatidos os valores referentes aos impostos, taxas, contribuições e demais tributos que envolvem o serviço, devidamente certificados pela Diretoria Administrativa/Financeira.

Cumprir rigorosamente a escala mensal definida.

Observar todas as normatizações estabelecidas do Sistema Único de Saúde – SUS, pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS/CG e demais normas reguladoras dos serviços de saúde pública.

Comunicar com antecedência de 10 (dez) dias, a não disponibilidade de prestar os serviços, por motivos devidamente justificados, definindo o período de não atendimento.

Em caso, de afastamento definitivo de suas atividades, o profissional deve comunicar por escrito à Direção da Unidade, ao qual está vinculado, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sobre sua pretensão, para que a direção tome as decisões cabíveis, para manutenção dos serviços, não sendo permitido desligamento automático, sem que seja cumprido o prazo acima mencionado.

Considerando que um dos tipos de serviço a ser contrato é o de plantões médicos presenciais e/ou sobreaviso, realizado o chamado para atendimento, o profissional médico responsável possui o tempo máximo de 30 (trinta) minutos para chegar até a unidade de saúde para qual





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

foi designado, sob pena de desconto proporcional no valor a ser recebido por hora de plantão, conforme disposto do termo de referência deste edital.

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.

#### **IX - DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E DESCREDENCIAMENTO**

O descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas com o CREDENCIAMENTO sujeitará a Pessoa Física ou Jurídica, no que couber, às sanções previstas na Lei Federal nº 14.133/2021, garantida prévia defesa, ficando estipuladas as seguintes penalidades, pelo não cumprimento de quaisquer obrigações assumidas com o CREDENCIAMENTO:

Advertência por escrito;

Suspensão temporária do CREDENCIAMENTO, por prazo não superior a 90 (noventa) dias;

Cancelamento do CREDENCIAMENTO.

Ocorrerá o DESCREDENCIAMENTO automático da Pessoa Física ou Jurídica o não cumprimento das exigências do presente Edital.

Ocorrerá o DESCREDENCIAMENTO automático da Pessoa Física ou Jurídica que, por qualquer motivo, esteja impedida de desempenhar a atividade profissional, sem a devida justificativa e comprovação.

O não atendimento ao chamado para os profissionais contratados nos serviços previstos Termo de Referência, quando em período de vigência de sua escala mensal, acarretará nas penalidades previstas no TR, salvo em caso fortuito ou de força maior cuja justificativa seja aceita pela administração. No caso de reincidência no não atendimento das obrigações será imputada a aplicação das penalidades na forma da lei.

#### **X - DOS VALORES:**





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

O valor ajustado entre as partes será de acordo com a Tabela de Valores e Serviços constante no Termo de Referência do EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO que passará a fazer parte do Termo de Contrato e aceito pelo credenciado quando da apresentação de sua proposta.

Ressalva-se que o valor a ser pago está contido no Termo de Referência, sendo dele abatido os valores referentes aos impostos, taxas, contribuições e demais tributos que envolvem o serviço.

O pagamento ao profissional pelo serviço prestado deverá ser realizado entre dia 30 (trinta) do mês subsequente àquele da prestação dos serviços, podendo, em caráter excepcional, ocorrer em até 90 (noventa) dias ao mês subsequente, 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](http://www.fns.saude.gov.br).

O pagamento do profissional plantonista será realizado de acordo com o envio da escala médica, de plantões e serviços devidamente assinada e datada pelo coordenador do serviço, a fim de conferência da assiduidade, a ser enviada para a coordenação de produção médica até a data 10 (dez) do mês subsequente, sob supervisão da auditoria, através da intranet (1doc) e excepcionalmente por e-mail.

O pagamento do profissional com atendimento ambulatorial será realizado de acordo com o envio do número de atendimentos/consultas e serviços devidamente assinada e datada pelo Coordenador do serviço, a fim de conferência, a ser enviada para a coordenação de produção médica até a data 10 (dez) do mês subsequente, sob supervisão da auditoria, via intranet (1doc), ou excepcionalmente no e-mail indicado neste instrumento.

O pagamento do profissional plantonista de modo sobreaviso, será realizado de acordo com o envio da escala médica, de plantões e serviços devidamente assinada e datada pelo coordenador do serviço, a fim de conferência da assiduidade, a ser enviada para a coordenação de produção médica até a data 10 (dez) do mês subsequente, sob supervisão da auditoria, através da intranet (1doc) e excepcionalmente por e-mail.

O pagamento do profissional contratado para fornecer pareceres, será realizado de acordo com o envio da escala médica, de plantões e serviços devidamente assinada e datada pelo coordenador do serviço, a fim de conferência da assiduidade, a ser enviada para a





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

coordenação de produção médica até a data 10 (dez) do mês subsequente, sob supervisão da auditoria, através da intranet (1doc) e excepcionalmente por e-mail.

O pagamento do profissional contratado para no formato sobreaviso para parecer de vascular será realizado de acordo com o envio da escala médica, de plantões e serviços devidamente assinada e datada pelo coordenador do serviço, a fim de conferência da assiduidade, a ser enviada para a coordenação de produção médica até a data 10 (dez) do mês subsequente, sob supervisão da auditoria, através da intranet (1doc) e excepcionalmente por e-mail.

O pagamento do profissional contratado para no formato de evoluções, será realizado de acordo com o envio da escala médica, de plantões e serviços devidamente assinada e datada pelo coordenador do serviço, a fim de conferência da assiduidade, a ser enviada para a coordenação de produção médica até a data 10 (dez) do mês subsequente, sob supervisão da auditoria, através da intranet (1doc) e excepcionalmente por e-mail.

O pagamento do profissional contratado para no formato de realizações de exames de imagem cardiológico ou ultrassonografia será realizado de acordo com o envio do quantitativo dos serviços prestados devidamente assinada e datada pelo coordenador do serviço, a ser enviada para a coordenação de produção médica até a data 10 (dez) do mês subsequente, sob supervisão da auditoria, através da intranet (1doc) e excepcionalmente por e-mail.

#### **XI - DAS FONTES DE RECURSOS:**

As despesas decorrentes da execução do presente chamamento público ocorrerão por conta do Orçamento Geral da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS, do seguinte programa:

**FUNÇÃO PROGRAMÁTICA: 10 302 1015 2117 (Bloco manutenção ações serviços públicos saúde – Atenção especializada)/ CÓDIGO DA DESPESA: 3390.36 - 3390.39 / FONTE DE RECURSO: 16000000.**





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

## **XII - DISPOSIÇÕES GERAIS**

O presente processo de Chamamento Público poderá ser revogado por razões de interesse público decorrentes de fatos supervenientes, devidamente comprovados, pertinentes e suficientes para justificar sua revogação.

O credenciado tomará ciência e concordará com o Termo de Contrato, de acordo com a minuta anexa neste Edital (ANEXO 5 ou 6).

Os casos omissos no presente Edital serão analisados sob os aspectos da Lei nº 14.133/2021 e subsidiariamente às demais legislações aplicáveis, pela COMISSÃO ESPECIAL DE CREDENCIAMENTO da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, Estado da Paraíba - SMS.

À COMISSÃO ESPECIAL DE CREDENCIAMENTO, além do recebimento e exame da documentação, caberá o julgamento e obediência às disposições aqui estabelecidas, bem como dirimir dúvidas ou omissões.

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

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

É terminantemente vedada a subcontratação.

Após o credenciamento da pessoa física ou jurídica, o Serviço Municipal de Saúde onde o credenciado irá atuar, ficará responsável por vincular o médico ao CNES da unidade de saúde.

### **FAZEM PARTE DESTA EDITAL:**

ANEXO 1 – TERMO DE REFERÊNCIA

ANEXO 2 – MODELO DE DECLARAÇÃO QUE ACEITA INTEGRALMENTE AS NORMAS DO EDITAL

ANEXO 3 – MODELO DE DECLARAÇÃO QUE TEM DISPONIBILIDADE

ANEXO 4 – TABELA DE PREÇOS DOS SERVIÇOS CREDENCIADOS

ANEXO 5 – TERMO DE CONTRATO PESSOA FÍSICA





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

ANEXO 6 – TERMO DE CONTRATO PESSOA JURÍDICA  
ANEXO 7 – FICHA DE INSCRIÇÃO PARA PESSOA FÍSICA  
ANEXO 8 – FICHA DE INSCRIÇÃO PARA PESSOA JURÍDICA  
ANEXO 9 – MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATOS IMPEDITIVOS  
ANEXO 10 – DECLARAÇÃO DE INFORMAÇÃO DE OUTROS VÍNCULOS  
ANEXO 11 – MODELO DE DECLARAÇÃO CONJUNTA NEGATIVA DE PARENTESCO E DE VÍNCULO (PF)  
ANEXO 12– MODELO DE DECLARAÇÃO CONJUNTA NEGATIVA DE PARENTESCO E DE VÍNCULO (PJ)

**XIII - LEGISLAÇÃO APLICÁVEL** – O presente edital obedecerá às disposições dos Artigos 74, III e 79 da Lei Federal nº 14.133, de 01 de abril de 2021; Lei nº 8.080/1990; Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006 e suas alterações e subsidiariamente as demais legislações aplicáveis e, ainda, de acordo com as condições estabelecidas neste Edital e seus Anexos, cujos termos, igualmente o integram.

**XIV - DO FORO**

Fica eleito o Foro da Justiça da Comarca de Campina Grande, Estado da Paraíba, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas da execução deste instrumento, com renúncia de qualquer outro por mais privilegiado que seja.

Campina Grande-PB, 26 de fevereiro de 2024.

**CARLOS MARQUES DUNGA JUNIOR**  
**Secretário Municipal de Saúde**





ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO 2

MODELO DE DECLARAÇÃO QUE ACEITA INTEGRALMENTE AS NORMAS DO EDITAL

NOME:

ENDEREÇO:

CIDADE:

ESTADO:

CNPJ OU CPF:

FONE:

EMAIL:

À Comissão Especial de Credenciamento da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande – PB.

A parte proponente abaixo assinada, interessada no credenciamento previsto no Processo de Licitação, modalidade de **INEXIGIBILIDADE** da Prefeitura Municipal de Campina Grande, através da Secretaria Municipal da Saúde de Campina Grande – SMS, 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 ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS, CIRURGIAS, PARECERES MÉDICOS, PLANTÕES PRESENCIAIS E/OU SOBREAVISO, VISITAS CLÍNICAS, cumprindo necessidade do serviço ao qual estará vinculado.

Local e Data.

Assinatura e identificação







ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 16.001/2024

ANEXO 3

MODELO DE DECLARAÇÃO QUE TEM DISPONIBILIDADE

NOME:

ENDEREÇO:

CIDADE:

ESTADO:

CNPJ OU CPF:

FONE:

EMAIL:

Comissão Especial de Seleção nos Processos de Chamamento Público da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande - PB

A parte proponente abaixo assinada, interessada no credenciamento previsto no Processo de Licitação modalidade de **INEXIGIBILIDADE** da Prefeitura Municipal de Campina Grande, através da Secretaria Municipal da Saúde de Campina Grande – SMS, por seu representante legal, declara que possui total e plena disponibilidade para realização dos serviços médicos 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 atendimentos ambulatoriais, cirurgias, pareceres médicos, plantões, visitas clínicas, cumprindo necessidade do serviço ao qual estará vinculado.

Local e Data

Assinatura e identificação





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 16.001/2024**

**ANEXO 4**

**TABELA DE PREÇOS DOS SERVIÇOS CREDENCIADOS**

| PRESTADOR                                             | GENERALISTAS   | ESPECIALISTAS  | GENERALISTAS          | ESPECIALISTAS         |
|-------------------------------------------------------|----------------|----------------|-----------------------|-----------------------|
|                                                       | DIAS DA SEMANA | DIAS DA SEMANA | FINS DE SEMANA/FÉRIAS | FINS DE SEMANA/FÉRIAS |
| HOSPITAL DR. EDGLEY-CLÍNICA MÉDICA                    | 1.080,00       | 1.080,00       | 1.290,00              | 1.290,00              |
| HOSPITAL DR. EDGLEY-CLÍNICA MÉDICA - SOBREAVISO       | 540,00         | 540,00         | 645,00                | 645,00                |
| HOSPITAL DR. EDGLEY (ANESTESISTAS)                    |                | 1.800,00       |                       | 1.800,00              |
| (ANESTESISTAS) - SOBREAVISO                           |                | 800,00         |                       | 800,00                |
| HOSPITAL DR. EDGLEY (PSQUIATRIA)                      | -              | 1080,00        | -                     | 1.290,00              |
| HOSPITAL DR. EDGLEY (PSQUIATRIA) - SOBREAVISO         |                | 540,00         |                       | 645,00                |
| HOSPITAL DR. EDGLEY (NEFROLOGIA/ DIÁLISE)             |                | 1.500,00       |                       | 1.500,00              |
| HOSPITAL DR. EDGLEY (NEFROLOGIA/ DIÁLISE) -SOBREAVISO |                | 750,00         |                       | 750,00                |
| HOSPITAL DR. EDGLEY (UTI)                             |                | 1.300,00       |                       | 1.500,00              |
| HOSPITAL DR. EDGLEY (UTI) - SOBREAVISO                |                | 650,00         |                       | 750,00                |
| HOSPITAL DR. EDGLEY (EVOLUÇÕES)                       | 350,00         | 450,00         | 350,00                | 450,00                |
| HOSPITAL DR. EDGLEY (AMBULATÓRIOS)                    | 560,00         | 560,00         | 560,00                | 560,00                |
| HOSPITAL PEDRO I GENERALISTAS                         | 1.080,00       | -              | 1.290,00              | -                     |
| HOSPITAL PEDRO I GENERALISTAS - SOBREAVISO            | 540,00         |                | 645,00                |                       |
| HOSPITAL PEDRO I (ANESTESISTAS)                       |                | 1.800,00       |                       | 1.800,00              |
| HOSPITAL PEDRO I (EMERGÊNCIA)                         | 1.080,00       | 1.290,00       | 1.290,00              | 1.290,00              |
| HOSPITAL PEDRO I (EMERGÊNCIA) - SOBREAVISO            | 540,00         |                | 645,00                |                       |
| HOSPITAL PEDRO I (UTI)                                |                | 1.300,00       |                       | 1.500,00              |
| HOSPITAL PEDRO I (EVOLUÇÕES)                          | 350,00         | 450,00         | 350,00                | 450,00                |
| HOSPITAL PEDRO I (AMBULATÓRIOS)                       | 560,00         | 560,00         | 560,00                | 560,00                |
| HOSPITAL PEDRO I (CIRURGIÕES)                         | -              | 1300,00        | -                     | 1500,00               |
| HOSPITAL PEDRO I (ANESTESISTAS)                       |                | 1.800,00       |                       | 1.800,00              |
| HOSPITAL PEDRO I (ANESTESISTAS) - SOBREAVISO          |                | 800,00         |                       | 800,00                |
| HOSPITAL PEDRO I (ORTOPEDISTAS)                       |                | 1.300,00       |                       | 1.500,00              |
| HOSPITAL PEDRO I (ORTOPEDISTAS) - SOBREAVISO          |                | 645,00         |                       | 750,00                |
| HOSPITAL PEDRO I (PARECER)                            | -              | 650,00         | -                     | 750,00                |

Assinado por: CARLOS MARQUES DUNGA JUNIOR  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://campinagrande.1doc.com.br/verificacao/E473-F2F1-6F44-4BF3> e informe o código E473-F2F1-6F44-4BF3





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 16.001/2024**

|                                                  |                                                                                                                                                                                       |                                         |                                         |                                         |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| HOSPITAL PEDRO / ENDOSCOPIAS/COLONOSCOPIAS       | R\$ 1.080,00 (Generalistas e Especialistas) VALOR POR AGENDA DE EXAMES PRÉ-ESTABELECIDO PELO HOSPITAL E CUMPRIDA PELOS PROFISSIONAIS-EXAMES REALIZADOS COM MÁQUINA DOS PROFISSIONAIS. |                                         |                                         |                                         |
| HOSPITAL PEDRO I (PLANTÃO COVID - ÁREA VERDE)    | 1.080,00 +<br>(GRATIFICAÇÃO COVID- 20%)                                                                                                                                               | 1.080,00 +<br>(GRATIFICAÇÃO COVID- 20%) | 1.290,00 +<br>(GRATIFICAÇÃO COVID- 20%) | 1.290,00 +<br>(GRATIFICAÇÃO COVID- 20%) |
| HOSPITAL PEDRO I (PLANTÃO COVID - ÁREA VERMELHA) | 1.080,00 +<br>(GRATIFICAÇÃO COVID- 40%)                                                                                                                                               | 1.080,00 +<br>(GRATIFICAÇÃO COVID- 40%) | 1.290,00 +<br>(GRATIFICAÇÃO COVID- 40%) | 1.290,00 +<br>(GRATIFICAÇÃO COVID- 40%) |
| UPA DR. MAIA                                     | 1.080,00                                                                                                                                                                              | 1.290,00                                |                                         |                                         |
| UPA DR. MAIA - SOBREAVISO                        | 540,00                                                                                                                                                                                | 540,00                                  | 645,00                                  | 645,00                                  |
| UPA DR. MAIA ORTOPEDIA                           |                                                                                                                                                                                       | 1.290,00                                |                                         | 1.290,00                                |
| UPA DR. MAIA (ALA COVID - VERDE)                 | 1.080,00 +<br>(GRATIFICAÇÃO COVID- 20%)                                                                                                                                               | 1.080,00 +<br>(GRATIFICAÇÃO COVID- 20%) | 1.290,00 +<br>(GRATIFICAÇÃO COVID- 20%) | 1.290,00 +<br>(GRATIFICAÇÃO COVID- 20%) |
| UPA DR. MAIA (ALA COVID- VERMELHA)               | 1.080,00 +<br>(GRATIFICAÇÃO COVID- 40%)                                                                                                                                               | 1.080,00 +<br>(GRATIFICAÇÃO COVID- 40%) | 1.290,00 +<br>(GRATIFICAÇÃO COVID- 40%) | 1.290,00 +<br>(GRATIFICAÇÃO COVID- 40%) |
| UPA DINAMÉRICA                                   | 1080,00                                                                                                                                                                               | 1080,00                                 | 1290,00                                 | 1290,00                                 |
| UPA DINAMÉRICA - SOBREAVISO                      | 540,00                                                                                                                                                                                | 540,00                                  | 645,00                                  | 645,00                                  |
| HOSPITAL DA CRIANÇA                              | 1.080,00                                                                                                                                                                              | 1080,00                                 | 1.290,00                                | 1290,00                                 |
| HOSPITAL DA CRIANÇA - SOBREAVISO                 | 540,00                                                                                                                                                                                | 540,00                                  | 645,00                                  | 645,00                                  |
| HOSPITAL DA CRIANÇA (UTI)                        |                                                                                                                                                                                       | 1.300,00                                |                                         | 1.500,00                                |
| HOSPITAL DA CRIANÇA (UTI) - SOBREAVISO           |                                                                                                                                                                                       | 650,00                                  |                                         | 750,00                                  |
| HOSPITAL DA CRIANÇA (EVOLUÇÕES)                  | 350,00                                                                                                                                                                                | 450,00                                  | 350,00                                  | 450,00                                  |
| HOSPITAL DA CRIANÇA (AMBULATÓRIOS)               | 560,00                                                                                                                                                                                | 560,00                                  | 560,00                                  | 560,00                                  |
| SAMU                                             | 1.080,00                                                                                                                                                                              | 1.080,00                                | 1.290,00                                | 1.290,00                                |
| ISEA                                             | 1.080,00                                                                                                                                                                              | 1.300,00                                | 1.290,00                                | 1.500,00                                |
| ISEA - SOBREAVISO                                | 540,00                                                                                                                                                                                | 650,00                                  | 645,00                                  | 750,00                                  |
| ISEA (UTI)                                       |                                                                                                                                                                                       | 1.300,00                                |                                         | 1.500,00                                |
| ISEA UTI (SOBREAVISO)                            | -                                                                                                                                                                                     | 650,00                                  | -                                       | 750,00                                  |
| ISEA (CIRURGIA PEDIÁTRICA/SOBREAVISO)            | -                                                                                                                                                                                     | 750,00                                  | -                                       | 750,00                                  |
| ISEA (EVOLUÇÕES)                                 | 350,00                                                                                                                                                                                | 350,00                                  | 450,00                                  | 450,00                                  |
| ISEA (AMBULATÓRIOS)                              | 560,00                                                                                                                                                                                | 560,00                                  | 560,00                                  | 560,00                                  |
| SOBREAVISO/PARECER- NEUROLOGIA                   | R\$ 10.000,00 PARA PARECER EM TODA REDE MUNICIPAL                                                                                                                                     |                                         |                                         |                                         |
| SOBREAVISO/PARECER - CIRURGIA TORÁCICA           | R\$ 12.500,00 PARA PARECER EM TODA REDE MUNICIPAL                                                                                                                                     |                                         |                                         |                                         |
| SOBREAVISO/PARECER- CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO | R\$ 10.000,00 PARA PARECER EM TODA REDE MUNICIPAL                                                                                                                                     |                                         |                                         |                                         |
| SOBREAVISO/PARECER- CIRURGIA GERAL               | R\$ 10.000,00 PARA PARECER EM TODA REDE MUNICIPAL                                                                                                                                     |                                         |                                         |                                         |
| SOBREAVISO / PARECER/PROCEDIMENTOS - VASCULAR    | 1.300,00                                                                                                                                                                              | 1.300,00                                | 1.500,00                                | 1.500,00                                |
| NEUROLOGIA INFANTIL - CER                        | R\$ 800,00 POR AMBULATÓRIO COM 15 ATENDIMENTOS                                                                                                                                        |                                         |                                         |                                         |
| EXAMES DE IMAGEM CARDIOLÓGICOS-REDE              | R\$ 180 POR EXAME COM MÁQUINA DO PROFISSIONAL                                                                                                                                         |                                         |                                         |                                         |

Assinado por: Carlos Marques Dunga, Junior  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://campinagrande.1doc.com.br/verificacao/E473-F2F1-6F44-4BF3> e informe o código E473-F2F1-6F44-4BF3





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 16.001/2024**

|                                                                     |                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| EXAMES DE IMAGEM<br>(ULTRASSONOGRAFIA) – REDE                       | R\$ 80,00 POR EXAME COM MÁQUINA DO PROFISSIONAL                                             |
| EXAMES DE IMAGEM<br>(ULTRASSONOGRAFIA) – REDE                       | R\$ 70,00 POR EXAME COM MÁQUINA DA SMS                                                      |
| CIRURGIAS ELETIVAS                                                  | 2 X VALOR PAGO NA TABELA SUS                                                                |
| UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE                                           | VENCIMENTOS: R\$ 4.481,63 + PRODUTIVIDADE: R\$ 7.018,37 (CARGA HORÁRIA: 40 HORAS SEMANAIS). |
| <b>ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE</b> |                                                                                             |
| CENTRO DE SAÚDE CATOLÉ                                              | 560.00 POR AMBULATÓRIO DE 06(SEIS) HORAS COM ATENDIMENTO MÍNIMO DE 15(QUINZE) PACIENTES.    |
| CENTRO DE SAÚDE BELA VISTA                                          | 560.00 POR AMBULATÓRIO DE 06(SEIS) HORAS COM ATENDIMENTO MÍNIMO DE 15(QUINZE) PACIENTES.    |
| CENTRO DE SAÚDE SÃO JOSÉ DA MATA                                    | 560.00 POR AMBULATÓRIO DE 06(SEIS) HORAS COM ATENDIMENTO MÍNIMO DE 15(QUINZE) PACIENTES.    |
| CENTRO DE SAÚDE FRANCISCO PINTO                                     | 560.00 POR AMBULATÓRIO DE 06(SEIS) HORAS COM ATENDIMENTO MÍNIMO DE 15(QUINZE) PACIENTES.    |
| CENTRO DE SAÚDE DA PALMEIRA                                         | 560.00 POR AMBULATÓRIO DE 06(SEIS) HORAS COM ATENDIMENTO MÍNIMO DE 15(QUINZE) PACIENTES     |
| POLICLÍNICA LUIZA COSME                                             | 560.00 POR AMBULATÓRIO DE 06(SEIS) HORAS COM ATENDIMENTO MÍNIMO DE 15(QUINZE) PACIENTES.    |
| POLICLÍNICA TEREZINHA GARCIA                                        | 560.00 POR AMBULATÓRIO DE 06(SEIS) HORAS COM ATENDIMENTO MÍNIMO DE 15(QUINZE) PACIENTES.    |
| CERAST                                                              | 560.00 POR AMBULATÓRIO DE 06(SEIS) HORAS COM ATENDIMENTO MÍNIMO DE 15(QUINZE) PACIENTES.    |
| CEREST                                                              | 560.00 POR AMBULATÓRIO DE 06(SEIS) HORAS COM ATENDIMENTO MÍNIMO DE 15(QUINZE) PACIENTES     |
| SAE                                                                 | 560.00 POR AMBULATÓRIO DE 06(SEIS) HORAS COM ATENDIMENTO MÍNIMO DE 15(QUINZE) PACIENTES.    |
| AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA                                          | 800.00 POR AMBULATÓRIO DE 06(SEIS) HORAS COM ATENDIMENTO MÍNIMO DE 15(QUINZE) PACIENTES.    |
| CER                                                                 | 560.00 POR AMBULATÓRIO DE 06(SEIS) HORAS COM ATENDIMENTO MÍNIMO DE 15(QUINZE) PACIENTES.    |
| VIGILÂNCIA EM SAÚDE                                                 | 560.00 POR AMBULATÓRIO DE 06(SEIS) HORAS COM ATENDIMENTO MÍNIMO DE 15(QUINZE) PACIENTES.    |
| UNIDADE MISTA DE GALANTE                                            | 560.00 POR AMBULATÓRIO DE 06(SEIS) HORAS COM ATENDIMENTO MÍNIMO DE 15(QUINZE) PACIENTES.    |

Os valores referentes aos plantões correspondem a 12 (doze) horas.

Campina Grande, 26 de Fevereiro de 2024.

**CARLOS MARQUES DUNGA JUNIOR**  
**Secretário Municipal de Saúde**

Assinado por 1 pessoa: CARLOS MARQUES DUNGA JUNIOR  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://campinagrande.1doc.com.br/verificacao/E473-F2F1-6F44-4BF3> e informe o código E473-F2F1-6F44-4BF3





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 16.001/2024**

**ANEXO 5**  
**TERMO DE CONTRATO PESSOA FÍSICA**

**TERMO DE CONTRATO Nº \_\_\_\_/\_\_\_\_/FMS/PMCG**

O **MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE**, através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – FMS**, CNPJ nº. 24.513.574/0001-21, com endereço localizado na Rua Assis Chateaubriand, nº. 1376, Liberdade, Campina Grande/PB, neste ato representado pelo Gestor do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, Sr. **CARLOS MARQUES DUNGA JÚNIOR**, brasileiro, casado, administrador, Secretário da Pasta Municipal de Saúde, inscrito no RG nº. 1.005.758 SSP/PB e CPF nº 495.973.454-04, nos termos do **PROCESSO DE INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº. \_\_\_\_/\_\_\_\_**, por sua vez advindo de **EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO DE CREDENCIAMENTO Nº 16.001/2024 – FMS**, **CONTRATA** o(a) **Dr(a) \_\_\_\_\_**, brasileiro(a), médico(a), inscrito(a) no CPF sob nº \_\_\_\_\_, para prestação de serviços em saúde pública à população do Município através de serviços profissionais na área de medicina, obedecendo as seguintes condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**: O contratado prestará aos habitantes do município de Campina Grande -PB, serviços na área de saúde pública para atendimento de urgência e emergência, de forma complementar, em regime de atendimentos ambulatoriais, cirurgias, pareceres médicos, plantões presenciais e/ou sobreaviso, visitas clínicas para pessoa física e jurídica nas zonas urbana e rural do município de Campina Grande - PB.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DO PREÇO**: O preço ajustado entre as partes será de acordo com a Tabela de Valores e Serviços, Anexo 4 do **EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 16.001/2024 – SMS**, que passa a fazer parte do Termo de Contrato e aceito pelo contratado no momento da apresentação de sua proposta, sendo dele abatido os valores referentes aos impostos, taxas, contribuições e demais tributos que envolvem o serviço.

**Parágrafo Primeiro** – O valor ESTIMADO do presente contrato é de **R\$ \_\_\_\_ (Valor por extenso)**, para o período de \_\_\_\_ (xxx) meses e/ou anos, a partir da data de sua assinatura, com eficácia condicionada à sua publicação na imprensa oficial

**CLÁUSULA TERCEIRA – DO REAJUSTAMENTO**: O reajustamento ocorrerá a critério da Secretaria Municipal de Saúde e de acordo com o permitido para a **manutenção do seu equilíbrio financeiro**, respeitando a responsabilidade fiscal do município, devendo ser publicada alteração e divulgada nova Tabela de Valores dos Serviços previstos na Cláusula anterior, ocasião em que será repassado a todos os contratados.

Assinado por 1 pessoa: CARLOS MARQUES DUNGA JUNIOR  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://campinagrande.1doc.com.br/verificacao/E473-F2F1-6F44-4BF3> e informe o código E473-F2F1-6F44-4BF3





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 16.001/2024**

**Parágrafo Primeiro** – O MUNICÍPIO, através do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS, 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 o Índice Nacional de Preço ao Consumidor – IGPM.

**CLÁUSULA QUARTA – DAS FONTES DE RECURSOS:** As despesas decorrentes deste Termo de Contrato, correrão por conta do Orçamento do Fundo Municipal de Saúde, do seguinte programa:

**Função Programática: 10 302 1015 2117 (Bloco manutenção ações serviços públicos saúde – Atenção especializada)/ Código da Despesa: 3390.36 - 3390.39 / FONTE DE RECURSO: 16000000.**

**CLÁUSULA QUINTA - DAS PENALIDADES:** O descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no ato do contrato sujeitará o CONTRATADO, no que couber, às sanções previstas na Lei Federal 14.133/2021, garantida prévia defesa, ficando ainda, estipuladas as seguintes penalidades, pelo não cumprimento de quaisquer obrigações assumidas com o Poder Público:

- a) Advertência por escrito;
- b) Suspensão temporária do CONTRATO, por prazo não superior a 90 (noventa) dias;
- c) Cancelamento do CONTRATO.

**Parágrafo Único** - Ocorrerá o **DISTRATO** automático da Pessoa Física em caso de não atendimento ao disposto no Edital de Credenciamento Público nº 16.001/2024 que passa a fazer parte do presente termo, mesmo que não transcrito.

**CLÁUSULA SEXTA – DA CESSÃO OU TRANSFERÊNCIA:** O presente Termo de Contrato não poderá ser objeto de cessão ou transferência, no todo ou em parte.

**CLÁUSULA SÉTIMA - DA PUBLICAÇÃO DO TERMO DE CONTRATO:** O MUNICÍPIO providenciará a publicação do extrato do presente Termo de Contrato conforme Legislação Vigente.

**CLÁUSULA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO** - O MUNICÍPIO, através do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – FMS obriga-se:





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 16.001/2024**

- a) Efetuar o pagamento ao CONTRATADO de acordo com os valores da Tabela de Valores de Serviços, constantes no termo de referência do EDITAL DE CREDENCIAMENTO PÚBLICO Nº 16.001/2024.
- b) Efetuar o pagamento ao profissional pelo serviço prestado deverá ser realizado entre o dia 30 (trinta) do mês subsequente àquele da prestação dos serviços, podendo, em caráter excepcional, ocorrer até o dia 90 (noventa) dias ao mês subsequente, 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](http://www.fns.saude.gov.br) e mediante apresentação pelo contratado 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) Gerir o contrato e fiscalizar os serviços através do Gestor e Fiscal do contrato conforme portaria em anexo.
- e) Realizar a escala dos plantões médicos.

**CLÁUSULA NONA – DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO** – O CONTRATADO 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 Municipal de prestação de serviço 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 10 (dez) dias, a não disponibilidade de prestar os serviços, por motivos devidamente justificados, definindo o período de não atendimento.
- d) Em caso, de afastamento definitivo de suas atividades, o profissional deve comunicar por escrito à Direção da Unidade, ao qual está vinculado, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sobre sua pretensão, para que a direção tome as decisões cabíveis, para manutenção dos serviços, não sendo permitido desligamento automático, sem que seja cumprido o prazo acima mencionado.







**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 16.001/2024**

e) Observar todas as normatizações estabelecidas do Sistema Único de Saúde – SUS, pelo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – FMS e demais normas reguladoras dos serviços de saúde pública.

f) Cumprir rigorosamente a escala mensal definida.

g) Considerando que o tipo de serviço a ser contratado é o de plantão médico presencial e/ou sobreaviso, realizado o chamado para atendimento, o profissional médico responsável possui o tempo máximo de 30 (trinta) 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 corrido, nota fiscal dos serviços prestados junto a Secretaria Municipal de Saúde – Gerência Financeira, devidamente certificados pela DF (Diretoria Financeira / SMS).

j) Manter TODAS as certidões exigidas pelo edital de chamamento devidamente regularizadas e proceder a sua atualização sempre que requisitadas.

k) Considerando que o tipo de serviço a ser contrato é o de plantão médicos presenciais e/ou sobreaviso, realizado o chamado para atendimento, o profissional médico responsável possui o tempo máximo de 30 (trinta) 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 termo de referência do edital.

**CLÁUSULA DÉCIMA – DA ESCALA DE PLANTÃO** - O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – 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 CONTRATADO assume, como exclusivamente seus, os riscos e as despesas decorrentes do fornecimento dos serviços previstos no presente Termo de Contrato.





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 16.001/2024**

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DOS ÔNUS** - O MUNICÍPIO, através do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS 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 Contrato, cujo cumprimento e responsabilidade caberão, exclusivamente ao CONTRATADO.

**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 Contrato:

- a) Em caso de atraso na entrega das Faturas pelo CONTRATADO, o pagamento feito pelo MUNICÍPIO através do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS será retardado proporcionalmente.
- b) Em nenhuma hipótese o CONTRATADO poderá cobrar do beneficiário qualquer importância.
- c) O MUNICÍPIO através do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – 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 CONTRATADO não gerará direito adquirido ou ato jurídico perfeito, não havendo nenhum vínculo de natureza trabalhista ou previdenciária.
- e) O pagamento será depositado em conta corrente, PIX, DOC ou TED mediante a prestação dos serviços e entrega dos documentos fiscais como segue: Prova de Regularidade Fiscal perante a Fazenda Federal, Prova de Regularidade Fiscal perante a Fazenda Estadual, Prova de Regularidade Fiscal perante a Fazenda Municipal, Prova de Regularidade de Inexistência de Débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho:
- f) O CONTRATADO poderá solicitar rescisão contratual desde que comunique e justifique oficialmente ao MUNICÍPIO, através da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE – PB – SMS/PMCG, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.
- g) É vedado ao CONTRATADO delegar ou transferir a terceiros, em todo ou em parte os serviços previstos neste termo a não ser em caso justificado sendo que a troca do plantão somente poderá ocorrer com outro profissional também credenciado / contratado pelo chamamento.





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 16.001/2024**

h) Os casos omissos serão discutidos e analisados pelo MUNICÍPIO, através do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – FMS, sob os aspectos da legislação pertinente, visando sempre o melhor atendimento à saúde pública da população do Município de Campina Grande – Paraíba.

i) O presente Termo de Contrato rege-se pelas disposições expressas na Lei Federal nº 14.133/2021 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.

j) Passa a fazer parte Integrante do presente, mesmo que não transcrito, o Termo de Edital de Credenciamento Público nº 16.001/2024 e seus respectivos anexos,

**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DO FORO** - O Foro do presente Termo de Contrato será a Comarca de Campina Grande - PB, excluído qualquer outro, e, para firmeza e validade do que ficou acordado, foi lavrado o presente Termo de Contrato em 02 (vias) 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.

Campina Grande, Data da assinatura eletrônica

**CARLOS MARQUES DUNGA JÚNIOR**

Gestor do Fundo Municipal de Saúde

**PLÁCIDO CÉSAR PEREIRA FILHO**

Gerente de Contratos e Convênios

\_\_\_\_\_  
Contratado(a)

Assinado por 1 pessoa: CARLOS MARQUES DUNGA JÚNIOR  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://campinagrande.1doc.com.br/verificacao/E473-F2F1-6F44-4BF3> e informe o código E473-F2F1-6F44-4BF3





ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO 6  
TERMO DE CONTRATO PESSOA JURÍDICA

TERMO DE CONTRATO Nº \_\_\_\_/\_\_\_\_/FMS/PMCG

O MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE, através do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – FMS, CNPJ nº. 24.513.574/0001-21, com endereço localizado na Rua Assis Chateaubriand, nº. 1376, Liberdade, Campina Grande/PB, neste ato representado pelo Gestor do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, Sr. **CARLOS MARQUES DUNGA JÚNIOR**, brasileiro, casado, administrador, Secretário da Pasta Municipal de Saúde, inscrito no RG nº. 1.005.758 SSP/PB e CPF nº 495.973.454-04, nos termos do **PROCESSO DE INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº. \_\_\_\_/\_\_\_\_**, por sua vez advindo de **EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO DE CREDENCIAMENTO Nº 16.001/2024 – FMS**, CONTRATA o(a) Empresa médica \_\_\_\_\_, inscrito (a) no CNPJ sob nº. \_\_\_\_\_, endereço \_\_\_\_\_, neste ato representada pela Sra. (representante legal da empresa), inscrito no CPF sob nº. \_\_\_\_\_ para prestação de serviços em saúde pública à população do Município através de serviços profissionais na área de medicina, obedecendo as seguintes condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO:** O contratado prestará aos habitantes do município de Campina Grande -PB, serviços na área de saúde pública para atendimento de urgência e emergência, de forma complementar, em regime de atendimentos ambulatoriais, cirurgias, pareceres médicos, plantões presenciais e/ou sobreaviso, visitas clínicas para pessoa física e jurídica nas zonas urbana e rural do município de Campina Grande - PB.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DO PREÇO:** O preço ajustado entre as partes será de acordo com a Tabela de Valores e Serviços, Anexo 4 do EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 16.001/2024 – SMS, que passa a fazer parte do Termo de Contrato e aceito pelo contratado no momento da apresentação de sua proposta, sendo dele abatido os valores referentes aos impostos, taxas, contribuições e demais tributos que envolvem o serviço.

**Parágrafo Primeiro** – O valor ESTIMADO do presente contrato é de R\$ \_\_\_\_ (Valor por extenso), para o período de \_\_\_\_ (xxx) meses e/ou anos, a partir da data de sua assinatura, com eficácia condicionada à sua publicação na imprensa oficial





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**CLÁUSULA TERCEIRA – DO REAJUSTAMENTO**: O reajustamento ocorrerá a critério da Secretaria Municipal de Saúde e de acordo com o permitido para a **manutenção do seu equilíbrio financeiro**, respeitando a responsabilidade fiscal do município, devendo ser publicada alteração e divulgada nova Tabela de Valores dos Serviços previstos na Cláusula anterior, ocasião em que será repassado a todos os contratados.

**Parágrafo Primeiro** – O MUNICÍPIO, através do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS, 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 o Índice Nacional de Preço ao Consumidor – IGPM.

**CLÁUSULA QUARTA – DAS FONTES DE RECURSOS** – As despesas decorrentes deste Termo de Contrato, correrão por conta do Orçamento do Fundo Municipal de Saúde, do seguinte programa:

**Função Programática: 10 302 1015 2117 (Bloco manutenção ações serviços públicos saúde – Atenção especializada) Código da Despesa: 3390.36 - 3390.39 / FONTE DE RECURSO: 16000000.**

**CLÁUSULA QUINTA - DAS PENALIDADES** - O descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no ato do contrato sujeitará o CONTRATADO, no que couber, às sanções previstas na Lei Federal 14.133/2021, garantida prévia defesa, ficando ainda, estipuladas as seguintes penalidades, pelo não cumprimento de quaisquer obrigações assumidas com o Poder Público:

- a) Advertência por escrito;
- b) Suspensão temporária do CONTRATO, por prazo não superior a 90 (noventa) dias;
- c) Cancelamento do CONTRATO.

**Parágrafo Único** - Ocorrerá o **DISTRATO** automático da Pessoa Física ou Jurídica em caso de não atendimento ao disposto no Edital de Credenciamento Público nº 16.001/2024 que passa a fazer parte do presente termo, mesmo que não transcrito.

**CLÁUSULA SEXTA – DA CESSÃO OU TRANSFERÊNCIA** - O presente Termo de Contrato não poderá ser objeto de cessão ou transferência, no todo ou em parte.





ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**CLÁUSULA SÉTIMA - DA PUBLICAÇÃO DO TERMO DE CONTRATO** - O MUNICÍPIO providenciará a publicação do extrato do presente Termo de Contrato conforme Legislação Vigente.

**CLÁUSULA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO** - O MUNICÍPIO, através do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – FMS obriga-se:

- a) Efetuar o pagamento ao CONTRATADO de acordo com os valores da Tabela de Valores de Serviços, constantes no termo de referência do EDITAL DE CREDENCIAMENTO PÚBLICO Nº 16.001/2024.
- b) Efetuar o pagamento ao profissional pelo serviço prestado deverá ser realizado entre o dia 30 (trinta) do mês subsequente àquele da prestação dos serviços, podendo, em caráter excepcional, ocorrer até o dia 90 (noventa) dias ao mês subsequente, 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](http://www.fns.saude.gov.br) e mediante apresentação pelo contratado 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) Gerir o contrato e fiscalizar os serviços através do Gestor e Fiscal do contrato conforme portaria em anexo.
- e) Realizar a escala dos plantões médicos.

**CLÁUSULA NONA – DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO** – O CONTRATADO 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 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 10 (dez) dias, a não disponibilidade de prestar os serviços, por motivos devidamente justificados, definindo o período de não atendimento.





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

- d) Em caso, de afastamento definitivo de suas atividades, o profissional deve comunicar por escrito à Direção da Unidade, ao qual está vinculado, com **antecedência mínima de 30 (trinta) dias**, sobre sua pretensão, para que a direção tome as decisões cabíveis, para manutenção dos serviços, **não sendo permitido desligamento automático**, sem que seja cumprido o prazo acima mencionado.
- e) Observar todas as normatizações estabelecidas do Sistema Único de Saúde – SUS, pelo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – FMS e demais normas reguladoras dos serviços de saúde pública.
- f) Cumprir rigorosamente a escala mensal definida.
- g) Considerando que o tipo de serviço a ser contratado é o de plantão médico presencial e/ou sobreaviso, realizado o chamado para atendimento, o profissional médico responsável possui o tempo máximo de 30 (trinta) 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 corrido, nota fiscal dos serviços prestados junto a Secretaria Municipal de Saúde – Gerência Financeira, devidamente certificados pela DF (Diretoria Financeira / SMS).
- j) Manter TODAS as certidões exigidas pelo edital de chamamento devidamente regularizadas e proceder a sua atualização sempre que requisitadas.
- k) Considerando que o tipo de serviço a ser contrato é o de plantão médicos presenciais e/ou sobreaviso, realizado o chamado para atendimento, o profissional médico responsável possui o tempo máximo de 30 (trinta) 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 termo de referência do edital.







**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**CLÁUSULA DÉCIMA – DA ESCALA DE PLANTÃO** - O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – 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 CONTRATADO assume, como exclusivamente seus, os riscos e as despesas decorrentes do fornecimento dos serviços previstos no presente Termo de Contrato.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DOS ÔNUS** - O MUNICÍPIO, através do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS 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 Contrato, cujo cumprimento e responsabilidade caberão, exclusivamente ao CONTRATADO.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS CONDIÇÕES GERAIS:** São condições gerais do presente Termo de Contrato:

- a) Em caso de atraso na entrega das Faturas pelo CONTRATADO, o pagamento feito pelo MUNICÍPIO através do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS será retardado proporcionalmente.
- b) Em nenhuma hipótese o CONTRATADO poderá cobrar do beneficiário qualquer importância.
- c) O MUNICÍPIO através do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – 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 CONTRATADO não gerará direito adquirido ou ato jurídico perfeito, não havendo nenhum vínculo de natureza trabalhista ou previdenciária.
- e) O pagamento será depositado em conta corrente, PIX, DOC ou TED mediante a prestação dos serviços e entrega dos documentos fiscais como segue: Prova de Regularidade Fiscal perante a Fazenda Federal, Prova de Regularidade Fiscal perante a Fazenda Estadual, Prova de Regularidade Fiscal perante a Fazenda Municipal, Prova de Regularidade de Inexistência de Débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho:





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

- f) O CONTRATADO poderá solicitar rescisão contratual desde que comunique e justifique oficialmente ao MUNICÍPIO, através da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE – PB – SMS/PMCG, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.
- g) É vedado ao CONTRATADO delegar ou transferir a terceiros, em todo ou em parte os serviços previstos neste termo a não ser em caso justificado sendo que a troca do plantão somente poderá ocorrer com outro profissional também credenciado / contratado pelo chamamento.
- h) Os casos omissos serão discutidos e analisados pelo MUNICÍPIO, através do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – FMS, sob os aspectos da legislação pertinente, visando sempre o melhor atendimento à saúde pública da população do Município de Campina Grande – Paraíba.
- i) O presente Termo de Contrato rege-se pelas disposições expressas na Lei Federal nº 14.133/2021 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.
- j) Passa a fazer parte integrante do presente mesmo que não transcrito, o Termo de Edital de Credenciamento Público nº 16.001/2024 e seus respectivos anexos.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DO FORO** - O Foro do presente Termo de Contrato será a Comarca de Campina Grande - PB, excluído qualquer outro, e, para firmeza e validade do que ficou acordado, foi lavrado o presente Termo de Contrato em 02 (vias) 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.

Campina Grande, Data da assinatura eletrônica

**CARLOS MARQUES DUNGA JÚNIOR**  
Gestor do Fundo Municipal de Saúde

**PLÁCIDO CÉSAR PEREIRA FILHO**  
Gerente de Contratos e Convênios

\_\_\_\_\_  
Representante da empresa médica





ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 16.001/2024

ANEXO 7

FICHA DE INSCRIÇÃO PARA PESSOA FÍSICA

|                                                                  |              |                     |
|------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------|
| I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO                                       |              |                     |
| Nome da Pessoa Física                                            | RG           | CPF                 |
|                                                                  |              |                     |
| Endereço                                                         | Número       | Bairro              |
|                                                                  |              |                     |
| Município                                                        | CEP          | Estado              |
|                                                                  |              |                     |
| DDD                                                              | Fone         | Endereço Eletrônico |
|                                                                  |              |                     |
| II - VÍNCULO EMPREGATÍCIO                                        |              |                     |
| Nome da Empresa Vinculada (01)                                   |              | CNPJ                |
|                                                                  |              |                     |
| Endereço                                                         | Número       | Bairro              |
|                                                                  |              |                     |
| Município                                                        | CEP          | Estado              |
|                                                                  |              |                     |
| DDD                                                              | Fone         | Endereço Eletrônico |
|                                                                  |              |                     |
| Nome da Empresa Vinculada (02)                                   |              | CNPJ                |
|                                                                  |              |                     |
| Endereço                                                         | Número       | Bairro              |
|                                                                  |              |                     |
| Município                                                        | CEP          | Estado              |
|                                                                  |              |                     |
| DDD                                                              | Fone         | Endereço Eletrônico |
|                                                                  |              |                     |
| III – NOME DO PROFISSIONAL E A ESPECIALIDADE                     |              | CRM                 |
|                                                                  |              |                     |
| IV – RESPONSABILIZO-ME PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS |              |                     |
| NOME                                                             | RG           | CPF                 |
|                                                                  |              |                     |
| ASSINATURA                                                       | LOCAL E DATA |                     |

Assinado por 1 pessoa: CARLOS MARQUES DUNGA JUNIOR  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://campinagrande.1doc.com.br/verificacao/E473-F2F1-6F44-4BF3> e informe o código E473-F2F1-6F44-4BF3





ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 16.001/2024

ANEXO 8

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 |                   | (CRM)               |
| HOSPITALAR                                                                                                                    |                                 |                   |                     |
|                                                                                                                               |                                 |                   |                     |
|                                                                                                                               |                                 |                   |                     |
|                                                                                                                               |                                 |                   |                     |
|                                                                                                                               |                                 |                   |                     |
| IV – RESPONSABILIZO-ME PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS                                                              |                                 |                   |                     |
| NOME                                                                                                                          | CPF                             |                   | RG                  |
| DATA E LOCAL                                                                                                                  |                                 | ASSINATURA        |                     |

Assinado por 1 pessoa: CARLOS MARQUES DUNGA JUNIOR  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://campinagrande.180e.com.br/verificacao/E473-F2F1-6144-4BF3-e-informe-o-codigo-E473-F2F1-6144-4BF3>





ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 16.001/2024

ANEXO 9  
MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATOS IMPEDITIVOS

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

À Comissão Especial de Credenciamento da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande - PB

A parte proponente abaixo assinada, interessada no credenciamento previsto no Processo de Licitação, modalidade de **INEXIGIBILIDADE** da Prefeitura Municipal de Campina Grande, através da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande – SMS, por de seu representante legal, declara, sob as penas da Lei, que até a presente data inexistem fatos impeditivos para a habilitação no presente Processo de Chamamento Público Nº 16.001/2024 – SMS, destinado ao credenciamento de serviços na área de saúde pública para a Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande – SMS/CG, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Local e Data

Assinatura e identificação





ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 16.001/2024

ANEXO 10  
DECLARAÇÃO DE INFORMAÇÃO DE OUTROS VÍNCULOS

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

À Comissão Especial de Credenciamento da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande - PB

A parte proponente abaixo assinada, interessada no credenciamento previsto no Processo de Licitação, modalidade de **INEXIGIBILIDADE** da Prefeitura Municipal de Campina Grande, através da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande – SMS, por de seu representante legal, declara, sob as penas da Lei, que até a presente data possui os seguintes vínculos e que estão de acordo com o Art. 37, inciso XVI, da Constituição Federal: <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 serviços para os quais se credencia.

Local e Data

Assinatura e identificação





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 16.001/2024**

**ANEXO 11**

**MODELO DE DECLARAÇÃO CONJUNTA NEGATIVA DE PARENTESCO E DE VÍNCULO (PF)**

**NOME:**

**ENDEREÇO:**

**CIDADE:**

**ESTADO:**

**CNPJ OU CPF:**

**FONE:**

**EMAIL:**

À Comissão Especial de Credenciamento da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande - PB

DECLARA expressamente, sob as penalidades cabíveis, que:

Não ocupa cargo efetivo ou comissionado ou qualquer outro, a qualquer título, na Prefeitura Municipal de Campina Grande – Secretaria Municipal de Saúde, como também não exerce funções técnicas, gerenciais, comerciais, administrativas em nenhum outro órgão ou entidade a ela vinculada.

DECLARA para os devidos fins de prova, junto à COMISSÃO ESPECIAL DE CREDENCIAMENTO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE, que não tem vínculo de parentesco, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, ou de natureza técnica, comercial, econômica, financeira, trabalhista e civil com nenhum dos Membros da referida Comissão.

DECLARA, ainda, que não possui incompatibilidade com as autoridades contratantes ou ocupantes de cargos de direção, de chefia ou de assessoramento, considerando-se inseridos no conceito de incompatibilidade o cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, conforme estabelece a Súmula Vinculante 13 do Supremo Tribunal Federal e subsidiariamente as demais legislações aplicáveis.

Autoriza a COMISSÃO ESPECIAL DE CREDENCIAMENTO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE a proceder diligência, visando a comprovação de informações prestadas.

Local e Data

Assinatura e identificação







**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 16.001/2024**

**ANEXO 12**

**MODELO DE DECLARAÇÃO CONJUNTA NEGATIVA DE PARENTESCO E DE VÍNCULO (PJ)**

**NOME:**

**ENDEREÇO:**

**CIDADE:**

**ESTADO:**

**CNPJ OU CPF:**

**FONE:**

**EMAIL:**

À Comissão Especial de Credenciamento da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande - PB

DECLARA expressamente, sob as penalidade cabíveis, que :

Não possui proprietário, sócios ou funcionários que sejam servidores ou agentes políticos (Prefeito, Vice Prefeito, Secretários e Diretores de Autarquias Municipais) do órgão ou entidade contratante ou responsável pelo credenciamento e que não possui proprietário ou sócio que seja cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, e por afinidade, até o segundo grau, de agente político do órgão ou entidade contratante ou responsável pela licitação (Súmula Vinculante 13 do Supremo Tribunal Federal);

DECLARA para os devidos fins de prova junto à COMISSÃO ESPECIAL DE CREDENCIAMENTO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE que os Sócios Proprietários desta Empresa, participante deste CREDENCIAMENTO, não são parentes dos Membros da referida Comissão;

Compromete-se a informar ao Presidente e a Comissão Especial de Seleção da SMS, sob as penas da Lei, caso identifique qualquer vestígio de parentesco entre os Sócios das Empresas/pessoas físicas participantes deste certame o que poderá ocorrer a qualquer momento;

Autoriza a COMISSÃO ESPECIAL DE CREDENCIAMENTO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE a proceder diligência visando a comprovação de informações prestadas.

Local e Data

Assinatura e identificação





## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: E473-F2F1-6F44-4BF3

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



CARLOS MARQUES DUNGA JUNIOR (CPF 495.XXX.XXX-04) em 26/02/2024 15:46:48 (GMT-03:00)

Papel: Parte

Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://campinagrande.1doc.com.br/verificacao/E473-F2F1-6F44-4BF3>