



EDITAL DE CHAMAMENTO Nº. 001/2018

I - PREÂMBULO

1.1 - O **INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE BOM JESUS - GO/BOM JESUS PREV**, torna público que entre os dias 09/04/2018 à 13/04/2018, das 08:00 às 11:00 hs. e das 13:00 às 17:00 hs., na sede da Prefeitura Municipal de Bom Jesus, sito à Praça Sebastião Antônio de Oliveira nº. 33, Centro, realizará nos termos da Lei 8.666/93 e suas alterações, Lei Municipal nº. 1.064/2007, e demais legislações aplicáveis, **CRENCIAMENTO DE PESSOAS FÍSICAS OU JURÍDICAS NA ÁREA DE PERÍCIA MÉDICA**, nos termos e condições estabelecidas no presente Instrumento de Chamamento Público.

II - DO OBJETO

2.1 - O presente edital tem por objeto a contratação de **01 (um) profissional na área da saúde, com especialidade em perícia**, para prestar serviços no Instituto de Previdência dos Servidores Públicos do Município de Bom Jesus - GO/Bom Jesus Prev, com intuito de analisar casos específicos para concessão de benefícios previstos na Lei Municipal nº. 1.064/2007 e suas posteriores alterações, conforme as necessidades e conveniências do referido órgão.

PROFISSIONAL
Médico Perito

2.2 - Deverá ser analisada e verificada a incapacidade laborativa que envolvam a concessão (ou não), a manutenção de benefícios previdenciários (ou não), reavaliação dos aposentados por invalidez a cada 01 (um) ano para continuidade da concessão de benefício (ou não), avaliação dos dependentes dos segurados para fins de constatação de invalidez, dos servidores que estão ou venham a ser encaminhados para o Bom Jesus Prev.

III - DO PERÍODO DE VIGÊNCIA E DO PAGAMENTO

3.1 - O período vigência será da data da homologação à 31 de dezembro de 2018, podendo ser prorrogado nos termos do inciso II do art. 57 da Lei n.º 8.666, desde que obedeça aos parâmetros legais da Lei de Responsabilidade Fiscal, Lei de Diretrizes Orçamentária - LDO, Plano Plurianual de Investimento - PPA e Orçamento Programa.

3.2 - O valor de cada perícia será de **R\$ 500,00 (quinhentos reais)**.

IV - DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO NO CRENCIAMENTO

4.1 - Poderão participar do presente credenciamento todos os profissionais, pessoas físicas ou jurídicas, indicadas no item 2.1, desde que atendidos os requisitos exigidos neste instrumento de chamamento.

4.2 - Não poderão participar do processo seletivo os interessados que estejam cumprindo as sanções previstas nos incisos III e IV do art. 87 da Lei nº 8.666/93.



4.3 – Não poderão participar do credenciamento os interessados que estejam impedidos de credenciamento ante o Sistema Único de Saúde – SUS.

4.4 – As pessoas jurídicas/físicas interessadas em prestar os serviços ao Bom Jesus Prev, deverão atender no estabelecimento do Município.

V – DOS CRITÉRIOS DE ADMISSIBILIDADE

5.1 – O presente edital terá como critério para admissibilidade do candidato a avaliação da documentação técnica requerida e a curricular, o qual será realizado pela comissão nomeada pela Portaria nº. 043/2015.

5.2 – São critérios de desempate:

5.2.1 – Análise Curricular;

5.2.2 – Tempo de serviço prestado ao SUS;

5.2.3 – Especializações;

5.2.4 – Maior idade;

VI – DA APRESENTAÇÃO DO ENVELOPE E SEU CONTEÚDO

6.1 – Os interessados deverão encaminhar os documentos relacionados nos itens 6.6.1 ou 6.6.2, conforme o caso, ao Departamento Jurídico do município de Bom Jesus, localizada na Praça Sebastião Antônio de Oliveira nº. 33, Centro, Bom Jesus - GO, das 08:00 hs às 11:00 hs. e das 13:00 hs às 17:00 hs., entre os dias 09 de abril de 2018 à 13 de abril de 2018, em envelope fechado e lacrado, com as seguintes indicações:

CREDENCIAMENTO DE PESSOAS FÍSICAS OU JURÍDICAS NA ÁREA DE PERÍCIA MÉDICA Nº. 001/2018

INTERESSADO:

ESPECIALIDADE:

ENDEREÇO:

TELEFONE PARA CONTATO:

6.2 – Todos os documentos deverão ser apresentados sem emendas, rasuras ou entrelinhas, sendo uma via para os Documentos de Habilitação.

6.3 – Não será aceito a entrega de documentação após o prazo fixado por este edital.

6.4 – As informações prestadas, assim como a documentação entregue são de inteira responsabilidade do interessado, cabendo-lhe certificar, antes da entrega do envelope, o cumprimento de todos os requisitos estabelecidos por este edital.

6.5 – A apresentação da documentação implica no aceite do interessado em participar do processo licitatório de credenciamento e a consequente submissão, independente de declaração expressa, a todas as normas e condições estabelecidas no presente edital, seus anexos, bem como os atos normativos pertinentes, não sendo permitida, em hipóteses alguma, qualquer alteração ou entrega de documento diverso do exigido.

6.6 – O ***ENVELOPE Nº. 001 – DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO*** deverá conter todos os documentos relativos ao preenchimento dos requisitos.



6.6.1 – Pessoa Física, deverão apresentar os seguintes documentos:

- a) Cópia da Cédula de Identidade;
- b) Cópia do CPF;
- c) Cópia do Título Eleitoral, com comprovante de estar quite com a Justiça Eleitoral;
- d) Cópia do Certificado de Reservista ou alistamento militar (para os candidatos do sexo masculino);
- e) Cópia do Comprovante de Endereço;
- f) Número do PIS/PASEP e/ou do NIT junto ao INSS;
- g) Cópia da Certidão de Casamento;
- h) Cópia de Certidão de Nascimento de filhos menores de 18 anos;
- i) Cópia do Comprovante de Inscrição no Conselho de Classe;
- j) Anuidade do conselho de classe, do último exercício;
- k) Cópia dos comprovantes do nível de escolaridade exigido para o cargo (Diploma/Declaração de graduação no curso de medicina; e comprovante de título na área de Medicina Legal e Perícia Médica);
- l) Curriculum Vitae do profissional (acompanhado da respectiva comprovação no nível de instrução, graduação, pós-graduação, especialização, mestrado, doutorado, cursos, etc.);
- m) Certidão Negativa junto a Receita Estadual;
- n) Certidão Negativa junto a Receita Federal;
- o) Certidão Negativa junto ao Município;
- p) Certidão Negativa Cível e Criminal;
- q) Declarações constantes dos anexos.

6.6.2 – Pessoa Jurídica deverão apresentar os seguintes documentos:

- a) Cópia do CNPJ;
- b) Cópia do Contrato Social;
- c) Cópia da última alteração contratual;
- d) Certificado de Regularidade do FGTS – CRF;
- e) Certidão do INSS;
- f) Certidão Negativa junto a Receita Estadual;
- g) Certidão Negativa junto a Receita Federal;
- h) Certidão Negativa junto ao Município no qual se encontra estabelecida sua sede, ou sua filial, se for o caso;
- i) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;
- j) Cópia da Cédula de identidade dos sócios gerentes;
- k) Cópia do CPF dos sócios gerentes;
- l) Cópia do título de eleitor, com comprovante de estar quite com a Justiça Eleitoral dos sócios gerentes;
- m) Cópia do comprovante de inscrição no Conselho de Classe dos profissionais que prestam serviço para empresa;
- n) Cópia do Comprovante de Endereço;



- o) Cópia dos comprovantes do nível de escolaridade exigido para o cargo (Diploma/Declaração de graduação no curso de medicina; e comprovante de título na área de Medicina Legal e Perícia Médica) dos profissionais que prestam serviço para empresa;
- p) Declarações constantes dos anexos.

6.7 – Os documentos necessários à habilitação deverão ser apresentados em 02 (duas) vias, deverá ser reconhecida firma das assinaturas dos anexos a serem preenchidos. Os demais documentos poderão ser apresentados em cópia simples.

VII – DA ABERTURA DOS ENVELOPES

7.1 – A abertura dos envelopes será realizada no dia 16 de abril de 2018, às 09:00 horas, na Sede da Prefeitura Municipal de Bom Jesus – GO.

VIII – DOS RECURSOS

8.1 – Aos interessados será assegurado o direito a recurso no prazo de 02 (dois) dias, contados a partir da data da abertura dos envelopes, nos termos da legislação vigente.

8.2 – Os recursos deverão ser protocolizados na Prefeitura Municipal de Bom Jesus – GO, no Departamento Jurídico.

8.3 – O prazo para apreciação dos recursos será de igual prazo para a administração.

8.4 – A decisão será publicada no placar da Prefeitura Municipal de Bom Jesus – GO, no Diário dos Município e no sítio www.bomjesus.go.gov.br.

IX – DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

9.1 – O pagamento será realizado em até 30 (trinta) dias após a protocolização da nota fiscal, juntamente com a relação do quantitativo de atendimentos efetuados pelo credenciado, no caso de pessoa jurídica. Já no caso de pessoa física, o pagamento será efetuado mediante Ordem de Pagamento a ser expedido pelo Instituto de Previdência dos Servidores Públicos do Município de Bom Jesus – GO/Bom Jesus Prev, juntamente com a relação do quantitativo de atendimento realizado pelo credenciado.

9.2 – Fica vedado o pagamento com despesas de transporte, alimentação e hospedagem ao credenciado por razão da prestação de serviços.

X – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

10.1 – As despesas provenientes do objeto do presente credenciamento correrão à conta da seguinte dotação orçamentária:

MANUTENÇÃO DO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES DO MUNICÍPIO DE BOM JESUS

12.1201.09.272.0052.2108.20180334.3.3.90.36.00 (pessoa física)

12.1201.09.272.0052.2108.20180335.3.3.90.39.00 (pessoa jurídica)

XI – DAS PENALIDADES



11.1 – O não cumprimento das obrigações previstas no presente edital e no instrumento de contrato ensejará na aplicação das penalidades previstas na Lei nº. 8.666/93.

XII – DA RESCISÃO

12.1 – O Credenciamento oriundo desta licitação poderá ser rescindido nos seguintes casos, além das situações previstas na **Lei n.º 8.666/93**:

- a) por mútuo acordo entre as partes;
- b) por iniciativa do órgão competente, independente de interpelação judicial ou extrajudicial, quando ocorrer:
 - falência ou concordata da Credenciada;
 - o não cumprimento pelo(a) Credenciado(o) de qualquer cláusula do Credenciamento.

XIII – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1 – Esclarecimentos relativos ao presente chamamento público e às condições para atendimento das obrigações necessárias ao cumprimento de seu objeto, somente serão prestados quando solicitados por escrito, encaminhado a Prefeitura Municipal de Bom Jesus, na Praça Sebastião Antônio de Oliveira nº. 33, Centro, CEP: 75.570-000 – Fone (64) 3608-8908 – Bom Jesus/GO.

13.2 – À Comissão de Avaliação de Processos Seletivos, além do recebimento e exame da documentação, caberá o julgamento e obediência às disposições aqui estabelecidas, bem como decidir as dúvidas ou omissões.

13.3 – Os casos omissos no presente Edital serão solucionados pela Comissão de Avaliação de Processos Seletivos, em consonância com a Lei n.º 8.666/93.

13.4 – É único e exclusivo competente para solução de todo e qualquer litígio decorrente deste procedimento, o foro da Comarca de Bom Jesus, Estado de Goiás.

Bom Jesus – GO, 09 de abril de 2018.

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DE BOM JESUS – GO
ÉRIKA ABADIA ROSA DOS SANTOS
Gestora



ANEXO I

TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO OBJETO

1.1 – O presente Termo de Referência tem por objeto o credenciamento de pessoas físicas ou jurídicas da área de médica para a prestação de serviços periciais – PERICIA MÉDICA, sendo uma atividade realizada periodicamente para verificação com diversas finalidades médicas que serão utilizadas administrativamente para caracterização ou não, conforme a legislação vigente no momento, do direito a um benefício.

1.2 – Deverá ser analisada e verificada a incapacidade laborativa que envolvam a concessão (ou não), a manutenção de benefícios previdenciários, especialmente auxílio-doença, aposentadoria por invalidez, avaliação dos aposentados a cada dois anos e em geral para fins de isenção de imposto de renda e ainda avaliação dos dependentes dos segurados para fins de constatação de invalidez, dos servidores que estão ou venham a ser encaminhados para o Instituto.

2. DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1 – Diagnosticar e comprovar os sinais e sintomas apresentados e emitir parecer acerca de sua capacidade de trabalho considerando a atividade e o emprego do segurado, sem qualquer apresentação de tratamento da doença;

2.2 – Realizar a perícia domiciliar/hospitalar quando for impossível ao segurado seu deslocamento a sede da autarquia para realizar o exame médico pericial;

2.3 – Analisar o nexu técnico para fins de aposentadoria especial;

2.4 – Subsidiar como médico perito do Instituto de Previdência dos Servidores Públicos do Município de Bom Jesus – GO/Bom Jesus Prev em análises judiciais de segurados quando o órgão é réu;

2.5 – Avaliar reencaminhamentos da medicina Ocupacional e deferir se existe a necessidade de nova perícia no Instituto de Previdência dos Servidores Públicos do Município de Bom Jesus – GO/Bom Jesus Prev, ou não.

3. DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO

3.1 – Ao credenciado, caberá:

a) Obrigatoriamente ter registro no CRM;

b) Observar os critérios estabelecidos pela Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), além dos já estabelecidos;

c) Avaliar a capacidade de trabalho do segurado, através do exame clínico, analisando documentos, provas e laudos referentes ao caso;

d) Subsidiar tecnicamente a decisão para a concessão de benefícios;

e) Comunicar, por escrito, o resultado do exame médico-pericial ao periciando, com a devida identificação do perito-médico (CRM e nome);

f) Orientar o periciando para tratamento quando eventualmente não o estiver fazendo;



- g) Informar ao Instituto de Previdência dos Servidores Públicos do Município de Bom Jesus – GO/Bom Jesus Prev através de documento oficial, as restrições do segurado quando da alta do benefício de auxílio doença;
- h) Observar o disposto no Código de Ética Médica; na Resolução CFM nº 1.488/1998 e demais legislações acerca da matéria;
- i) Informar ao instituto, obrigatoriamente, qualquer ocorrência irregularidade de que tenha conhecimento;
- j) O prazo mínimo para comunicação de não comparecimento no dia de atendimento previamente agendado será de 48 (quarenta e oito) horas, caso contrário, serão aplicadas as sanções cabíveis;
- k) Confeccionar todos os documentos de sua área de atuação, de forma clara e precisa.

4 – DAS OBRIGAÇÕES DO INSTITUTO

4.1 – Caberá ao instituto:

- a) Oferecer local apropriado para o desenvolvimento dos trabalhos;
- b) Controlar o número de atendimentos realizados mensalmente pelo credenciado, para assim providenciar seu pagamento;
- c) Providenciar materiais impressos, e de expediente para o bom andamento dos trabalhos dos profissionais credenciados;
- d) Providenciar todos os equipamentos necessários para a realização dos trabalhos;

4 – DO TOTAL ESTIMADO DAS PERICIAS A SEREM REALIZADAS E FORMA DE TRABALHO

4.1 – Para o presente credenciamento estima-se em 120 (cento e vinte) atendimentos a serem distribuídos de acordo com a conveniência e necessidade do Instituto de Previdência dos Servidores Públicos do Município de Bom Jesus – GO/Bom Jesus Prev.

4.2 – Os atendimentos serão realizados em locais indicados pelo Instituto de Previdência dos Servidores Públicos do Município de Bom Jesus – GO/Bom Jesus Prev, conforme conveniência e oportunidade do mesmo.

4.3 - A comunicação dos referidos locais ao credenciado será feita em até 24 (vinte e quatro) horas antes do início dos atendimentos.

5 – DO VALOR DOS ATENDIMENTOS

5.1 – O Instituto de Previdência dos Servidores Públicos do Município de Bom Jesus – GO/Bom Jesus Prev pagará ao credenciada a quantia de R\$ 500,00 (quinhentos reais) por atendimento, sendo previsto 120 (cento e vinte) atendimentos no período de vigência do presente credenciamento.

5.2 – Em casos supervenientes, quando o segurado não puder comparecer ao local indicado para a realização da perícia, não haverá acréscimo de valores para a realização de atendimento domiciliar ou hospitalar.

6 - DOS REAJUSTES



6.1 – Os valores serão fixos e irrevogáveis pelo período de vigência até 31 de dezembro de 2018. Caso haja a continuidade da prestação dos serviços objeto do presente edital, o valor, por conveniência do Instituto de Previdência dos Servidores Públicos do Município de Bom Jesus – GO/Bom Jesus Prev, ou e, comum acordo, poderá ser reajustado de acordo com os índices praticados no mercado.

7 – DO DESCREDENCIAMENTO

- a) O profissional e/ou empresa que não cumprir, ou cumprir insatisfatoriamente, as regras estabelecidas neste Termo de Referência, ou em suas modificações unilaterais subsequentes, a critério do instituto, poderá ser descredenciado, mediante comunicação por escrito, sempre garantindo o contraditório e a ampla defesa do credenciado;
- b) O credenciado que na prestação de serviços, por qualquer motivo, estiver insatisfeito com o presente credenciamento poderá descredenciar-se mediante comunicação por escrito com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.
- c) O descredenciamento não acarretará nenhum ônus ao instituto.
- d) Se o descredenciamento ocorrer por inexecução contratual, será aplicado às sanções previstas na Lei nº. 8.666/93, com previsão expressa no instrumento de contrato.

Bom Jesus – GO, 09 de abril de 2018.



ANEXO II

MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO – PESSOA FÍSICA

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS PESSOAS FÍSICAS OU JURÍDICAS NA ÁREA DE PERÍCIA MÉDICA divulgado pelo Instituto de Previdência dos Servidores Públicos do Município de Bom Jesus – GO/Bom Jesus Prev, visando a prestação de serviços de perícia médica, objeto do Edital de Chamamento nº. 001/2018.

Nome: _____

Endereço Comercial: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Número do registro no conselho de classe: _____

R.G. nº _____ CPF nº _____

Área de Atuação: _____

Especialidade: _____

Local de Trabalho: _____

Dados Bancários: Banco: _____

Agencia: _____ Conta Corrente: _____

Bom Jesus, ____ de _____ de 2018.

(nome do solicitante)



ANEXO III

MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO – PESSOA JURÍDICA

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS PESSOAS FÍSICAS OU JURÍDICAS NA ÁREA DE PERÍCIA MÉDICA divulgado pelo Instituto de Previdência dos Servidores Públicos do Município de Bom Jesus – GO/Bom Jesus Prev, visando a prestação de serviços de perícia médica, objeto do Edital de Chamamento nº. 001/2018.

Nome: _____

Endereço Comercial: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____

CNPJ: _____

Médico Responsável:

Número do registro no conselho de classe: _____

R.G. nº _____ CPF nº _____

Área de Atuação: _____

Especialidade: _____

Local de Trabalho: _____

Dados Bancários: Banco: _____

Agencia: _____ Conta Corrente: _____

Bom Jesus, ____ de _____ de 2018.

(nome do solicitante)



ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE INEXISTENCIA DE EMPREGADO MENOR

_____, inscrito no CNPJ nº _____, por intermédio de seu representante legal o(a) Sr(a) _____, portador(a) da Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº _____, DECLARA, para fins do disposto no inc. V do art. 27 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.

Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz ().

Local, ____ de _____ de 2018.

nome, assinatura do representante legal

(Observação: em caso afirmativo, assinalar a ressalva acima.)



ANEXO V

MODELO DE DECLARAÇÃO DE NÃO ACUMULAÇÃO DE CARGOS

Eu, _____ (*qualificação completa – nome, nacionalidade, estado civil, profissão, RG, órgão expedidor, CPF e endereço residencial*), declaro sob pena de responsabilidade, que não exerço cargo, emprego ou função atividade no âmbito do Serviço Público Federal, Estadual ou Municipal, ou ainda em Autarquias, Fundações, Empresas Públicas, Sociedade de Economia Mista, suas subsidiárias e sociedades controladas direta ou indiretamente pelo Poder Público, bem como não percebo proventos decorrentes de aposentadoria em cargo ou função pública.

Por ser expressão de verdade e sob as penas da Lei, firmo a presente.

Bom Jesus - GO, ____ de _____ de 2018.

Assinatura do declarante

CPF do declarante



ANEXO VI

MODELO DE DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO COMPATÍVEL DE CARGOS

Eu, _____ (qualificação completa – nome, nacionalidade, estado civil, profissão, RG, órgão expedidor, CPF e endereço residencial), declaro sob pena de responsabilidade, que exerço cargo (função ou emprego) de _____, junto à(ao) _____, localizado(a) na _____, sob o regime jurídico de _____ (estatutário, celetista ou outros), com jornada de _____ de trabalho, com carga horária semanal de _____ horas.

Por ser expressão de verdade e sob as penas da Lei, firmo a presente.

Bom Jesus - GO, ____ de _____ de 2018.

Assinatura do declarante
CPF do declarante



ANEXO VII

MODELO DE DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO COMPATÍVEL DE CARGOS PARA APOSENTADOS

Eu, _____ (*qualificação completa – nome, nacionalidade, estado civil, profissão, RG, órgão expedidor, CPF e endereço residencial*), declaro sob pena de responsabilidade, e para fins de acumulação remunerada de cargos públicos, que sou aposentado(a) desde _____ (*data da aposentadoria*), e que exercia o cargo (*função ou emprego*) de _____, junto ao(à) _____ (*identificação do órgão*).

Por ser expressão de verdade e sob as penas da Lei, firmo a presente.

Bom Jesus - GO, ____ de _____ de 2018.

Assinatura do declarante
CPF do declarante