

10ª ALTERAÇÃO DO EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 003/2019 – CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DE SAÚDE PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS AMBULATORIAIS NA REDE BÁSICA MUNICIPAL DE SAÚDE - NAS ÁREAS DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, PEDIATRIA, CLÍNICA GERAL consulta ambulatorial com visita domiciliar na ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, nas áreas de atendimento técnico complementar de profissionais não médicos e CREDENCIAMENTO DE PESSOAS FÍSICAS PARA ENFRENTAMENTO À COVID-19, nos termos e condições estabelecidas no presente Edital.

O **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE**, através da Comissão Permanente de Licitação, designada por Ato de Consórcio e em conformidade com a **Resolução nº 265 de 22 de dezembro de 2022** e com a Lei Federal nº 8.666/93, Lei nº 8.080/90 e Lei Estadual nº 15.608/07, bem como suas alterações, torna público aos interessados a inclusão de atendimento do Edital de Credenciamento nº 003/2019, conforme segue:

Art. 1º Incluir redação nos itens nº 10.3., 10.3.1., 10.3.2. e 7.3.7. bem como incluir os itens 23.1.7. Anexo VII – Termo de Responsabilidade e 23.1.8. Anexo VIII - Modelo de Requerimento para Inscrição no Credenciamento Pessoa Física – COVID-19 no Edital de Credenciamento nº 003/2019, em relação ao credenciamento de pessoas físicas passando a vigorar com a seguinte redação:

ITEM 10. CRITÉRIOS DO CREDENCIAMENTO (para o prestador)

(...)

10.3. DA VEDAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO ÀS VAGAS DE COMBATE AO COVID

10.3.1. Para a contratação e formação de cadastro de profissionais de nível médio e superior para atendimento aos pacientes confirmados ou suspeitos de Coronavírus – COVID-19, fica vedada a participação de candidatos(as) pertencentes ao grupo de pessoas consideradas vulneráveis frente ao novo Coronavírus, conforme a seguir:

- a) não possuir idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, e nem completar 60 (sessenta) anos até um ano após a data de homologação do processo seletivo emergencial, conforme Anexo I – Cronograma;
- b) ser portador de Diabetes insulino-dependente;
- c) ser portador de Insuficiência renal crônica;
- d) ser portador de Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), enfisema pulmonar, asma moderada ou grave, tuberculose ativa ou sequelas pulmonares decorrentes de tuberculose;
- e) ser portador de Doenças cardíacas graves, insuficiência cardíaca e hipertensão arterial sistêmica severa;
- f) ser Imunodeprimidos;
- g) possuir Obesidade mórbida com IMC igual ou superior a 40;

- h) ser portador de Cirrose ou insuficiência hepática;
- i) gestantes ou lactantes de crianças até 1 (um) ano de idade;
- j) ser única (o) responsável por filhos em idade escolar ou inferior e que necessitam de sua assistência, conforme Instrução Normativa nº 19, de 12 de março de 2020;
- k) serem responsáveis pelo cuidado ou que coabitam com uma ou mais pessoas com confirmação de diagnóstico de infecção por Coronavírus (COVID-19);
- l) qualquer outra condição de saúde que impeça o atendimento direto aos pacientes suspeitos ou com confirmação de COVID-19.

10.3.2. Por se tratar de atendimento aos pacientes confirmados ou suspeitos de Coronavírus - COVID-19, os(s) candidatos(as) deverão preencher o termo de responsabilidade (Anexo VII) constante deste Edital e entregá-lo no ato da contratação.

7. DOCUMENTAÇÃO REFERENTE À HABILITAÇÃO

7.3.7. Requerimento para Inscrição no Credenciamento Pessoa Física – COVID-19, conforme anexo VIII.

ITEM 23. ANEXOS

23.1.7. ANEXO VII – TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____
_____, RG _____,

CPF _____, declaro, para fins de contratação pelo Edital nº 01/2021, PSS Nº 02/2021, cuja seleção tem como objetivo a complementação de força de trabalho para triagem e atendimento aos pacientes confirmados ou suspeitos de Coronavírus, - COVID-19, que não pertenço ao grupo de pessoas consideradas vulneráveis frente ao novo Coronavírus, conforme a seguir:

- a) Não possuir idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, e nem completar 60 (sessenta) anos até um ano após a data de homologação do processo seletivo emergencial, conforme Anexo I – Cronograma;
- b) ser portador de Diabetes insulino-dependente;
- c) ser portador de Insuficiência renal crônica;
- d) ser portador de Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), enfisema pulmonar, asma moderada ou grave, tuberculose ativa ou sequelas pulmonares decorrentes de tuberculose;

- e) ser portador de Doenças cardíacas graves, insuficiência cardíaca e hipertensão arterial sistêmica severa;
- f) ser Imunodeprimidos;
- g) possuir Obesidade mórbida com IMC igual ou superior a 40;
- h) ser portador de Cirrose ou insuficiência hepática;
- i) Gestantes ou lactantes de crianças até 1 (um) ano de idade;
- j) Ser única (o) responsável por filhos em idade escolar ou inferior e que necessitam de sua assistência, conforme Instrução Normativa nº 19, de 12 de março de 2020;
- k) serem responsáveis pelo cuidado ou que coabitam com uma ou mais pessoas com confirmação de diagnóstico de infecção por Coronavírus (COVID-19);
- l) Qualquer outra condição de saúde que impeça o atendimento direto aos pacientes suspeitos ou com confirmação de COVID-19.

Declaro estar ciente de que a falsidade nas informações acima implicará nas penalidades cabíveis.

Local, data.

Assinatura

ITEM 23. ANEXOS

23.1.8. ANEXO VIII MODELO DE REQUERIMENTO PARA INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO PESSOA FÍSICA – COVID-19

Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde
Setor de Licitações e Contratos
Pato Branco – PR

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DE SAÚDE PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS AMBULATORIAIS NA REDE BÁSICA MUNICIPAL DE SAÚDE - NAS ÁREAS DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, PEDIATRIA, CLÍNICA GERAL consulta ambulatorial com visita domiciliar na ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, nas áreas de atendimento técnico complementar de profissionais não médicos e CREDENCIAMENTO DE PESSOAS FÍSICAS PARA ENFRENTAMENTO À COVID-19, divulgado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde – CONIMS, nos termos do presente Edital.

Nome do profissional: _____

CPF: _____

Nº do conselho da categoria do profissional que executará os serviços: _____

Área em de interesse: _____

Telefones: _____

e-mail: _____

Endereço Residencial: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Banco _____ Ag: _____ Conta Corrente n.º _____

Município que será executado os serviços: _____

Horários e dias que o prestador disponibilizará para o atendimento aos serviços credenciados

_____, ____ de _____ de 20____.

(Assinatura do profissional)

A inclusão aqui relacionada passará a integrar o Edital, com efeitos na data de sua publicação, e as demais informações do Edital ora referenciado permanecem inalteradas.

Esclarecimentos adicionais serão prestados pelo Setor de Licitações e Contratos do CONIMS, fone (0**46) 3313-3550.

Pato Branco/PR, 22 de dezembro de 2022.

**PAULO HORN
PRESIDENTE**