

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 002/2026****Termo de Fomento CMDCA nº 03/2026**

**OBJETO:** Contratação de pessoas jurídicas especializadas na prestação de serviços médicos e assistenciais, conforme especificações técnicas, visando atender às demandas da Sociedade Hospitalar Angelina Caron.

**MODALIDADE:** Credenciamento

**VALOR TOTAL PREVISTO PARA CONTRATAÇÃO DE PESSOAS JURÍDICAS NESTE**

**PROJETO:** R\$ 797.600,00 (Setecentos e noventa e sete mil e seiscentos reais)

O recebimento da documentação e solicitação de esclarecimentos adicionais deverão ter como destinatário o e-mail: [rafaela.odema@hospitalcaron.org.br](mailto:rafaela.odema@hospitalcaron.org.br)

A **SOCIEDADE HOSPITALAR ANGELINA CARON**, entidade sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº 07.088.017/0001-91, localizada na Rodovia do Caqui, 1150, bairro Araçatuba, CEP nº 83.430-000, na cidade de Campina Grande do Sul, Estado do Paraná, torna público para conhecimento dos interessados, que está promovendo **EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 002/2026** conforme disposições abaixo.

## **1. DA JUSTIFICATIVA PARA O PRESENTE CREDENCIAMENTO**

1.1. A presente seleção pública tem por finalidade a contratação de médicos e profissionais assistenciais, cujas despesas serão custeadas com recursos financeiros provenientes do Termo de Fomento nº 03/2026, no âmbito do 4º Resgate do Projeto Infância 360º, em conformidade com a Lei nº 13.019/2014.

## **2. DO OBJETO**

2.1. A presente seleção pública tem por objeto a contratação de empresa especializada na prestação de serviços médicos e assistenciais, conforme especificações técnicas detalhadas no **ANEXO I** deste edital.

## **3. DAS CONDIÇÕES GERAIS PARA CREDENCIAMENTO**

3.1. Poderão participar do credenciamento pessoas jurídicas, prestadoras de serviços médicos especializado, que atendam aos requisitos previstos no Anexo I do presente edital de credenciamento.

3.2. Não poderão participar do credenciamento os interessados que estejam cumprindo as sanções previstas no artigo 156 e seguintes da Lei nº 14.133/2021.

3.3. Não poderão participar do credenciamento os interessados concordatários ou em processo de falência, sob concurso de credores, em dissolução ou em liquidação.

3.4. Não poderão participar do credenciamento as pessoas jurídicas, prestadoras de serviços médicos, que tenham sido declaradas inidôneas por órgão da Administração Pública, Direta ou Indireta, Federal, Estadual, Municipal ou do Distrito Federal, por meio de ato publicado no Diário Oficial da União, do Estado ou do Município, pelo órgão que o praticou, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição.

3.5. Após o credenciamento, as empresas serão analisadas de forma material e específica, sendo esse o critério discriminatório para sua seleção durante a Sessão de Análise de Propostas de Preços e Julgamento. Concluída essa etapa, será publicado o Termo de Homologação, e as empresas selecionadas serão convocadas para a assinatura do contrato, o qual estabelecerá as particularidades dos serviços a serem prestados.

## **4. DA PARTICIPAÇÃO**

4.1. Poderão participar deste credenciamento as pessoas jurídicas:

- I – cujo ramo de atividade seja compatível com o objeto da contratação;
- II – que atendam a todas as exigências estabelecidas neste edital;
- III – que apresentem proposta, independentemente de convite prévio.

4.2. É vedada a participação:

- I – de pessoas físicas;
- II – de empresas declaradas inidôneas por ato do Poder Público;
- III – de empresas em processo de falência, recuperação judicial ou extrajudicial, ou em regime de concordata;
- IV – de empresas impedidas d/e licitar, contratar ou transacionar com a Administração Pública, em qualquer esfera ou com qualquer de seus órgãos descentralizados.

## 5. DO REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO

5.1. O requerimento de credenciamento, conforme modelo constante no Anexo I deste edital, deverá ser apresentado juntamente com os documentos de habilitação para pré-qualificação, relacionados no item 7 deste edital.

5.2. O comprovante de protocolo, para fins de confirmação da entrega do requerimento de credenciamento, **será o preenchimento e envio do google forms com todas as informações jurídicas necessárias** - <https://forms.gle/D3pqWbTMthVCr7wRA>

5.3. Serão considerados inaptos os requerimentos ou documentos apresentados de forma incompleta, ilegível, rasurada, vencida e/ou em desacordo com as exigências deste edital. Nesses casos, os documentos poderão ser devolvidos mediante solicitação do interessado ou permanecer arquivados nos autos do processo. A empresa inabilitada ou desclassificada poderá reapresentar a documentação durante o prazo de vigência do presente credenciamento.

5.4. A apresentação do requerimento de credenciamento implica na aceitação integral das condições estabelecidas neste edital e em seus anexos, vinculando o interessado aos seus termos.

5.5. Os documentos de habilitação e a proposta de preço deverão ser encaminhados simultaneamente, por e-mail, ao endereço eletrônico [rafaela.odema@hospitalcaron.org.br](mailto:rafaela.odema@hospitalcaron.org.br), dentro do prazo estabelecido neste edital.

## 6. DO ACEITE DAS CONDIÇÕES DO EDITAL

6.1. A apresentação do requerimento de credenciamento implica na aceitação integral e irrestrita de todas as condições estabelecidas neste edital, por parte do interessado em participar do processo de credenciamento junto à Sociedade Hospitalar Angelina Caron, bem como à submissão, ainda que sem declaração expressa, a todas as normas e disposições contidas neste edital e em seus anexos.

## 7. DA HABILITAÇÃO

7.1. Para participar deste credenciamento, os interessados deverão apresentar a seguinte documentação de habilitação via email após o preenchimento da ficha de inscrição:

7.1.1. **REGULARIDADE FISCAL** representada pelos documentos a seguir relacionados:

- a) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;
- b) Contrato Social atualizado com todos os sócios da empresa;

7.1.2. **QUALIFICAÇÃO TÉCNICA**, por intermédio dos seguintes documentos:

- a) Requerimento para credenciamento, conforme modelo contido no ANEXO II devidamente preenchido;
- b) Curriculum Vitae do profissional e/ou equipe;
- d) Dados bancários da empresa credenciada, informando-se o número do Banco, agência e conta corrente da pessoa jurídica.
- e) Nos casos em que os profissionais da equipe não estejam relacionados no Contrato Social da empresa, solicitamos o preenchimento do Anexo III – Declaração de Composição de Equipe Técnica, com a devida identificação dos profissionais que integrarão a prestação dos serviços.

7.1.3. **DOCUMENTAÇÃO CADASTRAL DO PROFISSIONAL**, representada pela documentação abaixo relacionada:

- a) Carteira de Registro ou Identidade Profissional;
- b) Comprovante de Endereço atualizado da empresa.

7.2. Se a credenciada interessada for a matriz, todos os documentos deverão estar em nome da matriz; se for filial, eles deverão ser da filial, à exceção daqueles documentos que, comprovadamente, forem emitidos somente em nome da matriz.

7.3. Todos os documentos deverão ser apresentados em plena validade, podendo a Sociedade Hospitalar Angelina Caron realizar consultas on-line via internet para verificar a sua autenticidade.

7.3.1. Não serão aceitos protocolos de solicitação de certidões ou licenças em repartições públicas para substituir documentos aqui exigidos.

7.4. Os documentos que não tenham a sua validade expressam e/ou legalmente prevista serão considerados válidos pelo prazo de 90 (noventa) dias, contados da data de sua emissão.

7.5. Durante a vigência do credenciamento, é obrigatório que os credenciados mantenham regularizadas todas as condições de habilitação e que informem toda e qualquer alteração na documentação referente à sua habilitação jurídica, qualificação técnica, qualificação econômico-financeira e regularidade fiscal, conforme o caso.

7.6. Para manutenção das condições referidas no item anterior, a Comissão de Credenciamento responsável por este Credenciamento, a seu critério, poderá convocar os credenciados para reapresentação da documentação ou para suas atualizações.

7.7. É assegurado o direito ao contraditório e à ampla defesa aos interessados não credenciados na fase de habilitação inicial ou descredenciados durante sua vigência.

## **8. DO CREDENCIAMENTO**

8.1. O interessado que atender a todos os requisitos previstos no edital de credenciamento será julgado habilitado na pré-qualificação e, portanto, apto a assinar o contrato de prestação de serviços, caso este seja selecionado e esteja presente no **TERMO DE HOMOLOGAÇÃO**, para prestar os serviços aos quais se candidatou, com vigência igual à do referido Edital.

8.2. O resultado da seleção de credenciamento será divulgado no site "<https://doe.hospitalangelinacaron.org.br/portal-da-transparencia/>" em prazo não superior a 05 (cinco) dias úteis.

8.3. Durante a vigência do edital de credenciamento, incluindo-se as suas republicações, a Sociedade Hospitalar Angelina Caron, a seu critério, poderá convocar, por ofício, os credenciados para novo encaminhamento da documentação. Nessa ocasião, serão exigidos os documentos que comprovem a manutenção das condições apresentadas quando da pré-qualificação do interessado.

8.3.1. A partir da data em que for convocada para apresentar a documentação atualizada, a credenciada terá até 05 (cinco) dias úteis para entregá-la, por e-mail ([rafaela.odema@hospitalcaron.org.br](mailto:rafaela.odema@hospitalcaron.org.br)).

8.3.2. A análise da documentação deverá ser realizada em prazo igual ao da pré-qualificação.

8.4. A critério da Sociedade Hospitalar Angelina Caron, poderá ser encaminhada correspondência aos prestadores de serviço em potencial, que gozem de boa reputação profissional, para que participem do seu credenciamento.

## 9. DO PERÍODO DE INSCRIÇÃO

9.1. Este credenciamento permanecerá aberto de forma contínua para todos os interessados durante o período de 18 (dezoito) meses, a contar da data de publicação deste edital.

9.2. Poderão participar do credenciamento os interessados que apresentarem solicitação de ingresso e que atendam aos requisitos estabelecidos neste edital. O edital e seus anexos estarão disponíveis no endereço eletrônico: <https://doe.hospitalangelinacaron.org.br/portal-da-transparencia/>.

9.3. O prazo de vigência deste credenciamento será de 4 (quatro) meses, contados a partir da divulgação do Termo de Homologação.

9.4. A contratação será realizada de forma integral nos primeiros meses do Termo de Fomento, e a entrega da documentação necessária pelos interessados deverá ocorrer até 07 de julho de 2026. Após esse período, o edital permanecerá aberto apenas para as vagas remanescentes ou eventuais alterações da contratação inicial.

9.5. A análise da documentação de habilitação e classificação será realizada entre o recebimento dos documentos e o dia 08 de julho 2026. Após essa etapa, o processo será divulgado no endereço eletrônico da SHAC, tornando-se de acesso público e disponível para consulta a qualquer interessado.

9.6. Durante todo o período de vigência do credenciamento, outras empresas interessadas poderão encaminhar a documentação necessária para ingressar no credenciamento, conforme as condições previstas neste edital.

## 10. DOS VALORES DOS SERVIÇOS

10.1. Os valores para a remuneração dos procedimentos indicados foram estabelecidos no plano de trabalho do Termo de Fomento n.º 03/2026.

10.2. O valor total estimado para o pagamento dos serviços objeto deste edital de credenciamento é de R\$ 797.600,00 (setecentos e noventa e sete mil e seiscentos reais), sendo o desembolso realizado ao longo de um período de 04 (quatro) meses, conforme a descrição de cargos, quantitativos e valores constantes no **Anexo I** deste edital.

10.3. O valor estimado no item anterior não configura qualquer previsão ou expectativa de crédito em favor dos credenciados, que terão direito a receber apenas os valores correspondentes às horas efetivamente prestadas, conforme as condições estabelecidas neste edital e seus anexos.

10.4. Os serviços requisitados no âmbito deste credenciamento deverão ser prestados em conformidade com os requisitos estabelecidos no **Anexo I – Especificação Técnica do Serviço**.

10.5. Este edital e seus anexos estarão disponíveis no endereço eletrônico: <https://doe.hospitalangelinacaron.org.br/portal-da-transparencia/>.

## 11. DA HOMOLOGAÇÃO

11.1. A homologação do credenciamento implicará o reconhecimento formal dos interessados que atenderam integralmente às exigências estabelecidas neste edital e em seus anexos, sendo, portanto, considerados efetivamente credenciados.

11.2. O resultado final será divulgado por meio de edital específico, encaminhado por e-mail aos participantes e publicado no site institucional da Sociedade Hospitalar Angelina Caron: <https://doe.hospitalangelinacaron.org.br/portal-da-transparencia/>, contendo, inclusive, a ordem de classificação dos credenciados para a execução dos serviços.

## **12. DA CONVOCAÇÃO PARA ASSINATURA DO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**

12.1. As empresas credenciadas, conforme listagem constante no Termo de Homologação, serão formalmente convocadas pela Sociedade Hospitalar Angelina Caron para assinatura do contrato de prestação de serviços.

12.2. A assinatura do contrato será condição indispensável para o início da execução dos serviços, e deverá ocorrer no prazo e nas condições estabelecidas na convocação, sob pena de desclassificação e chamamento do próximo credenciado, conforme a ordem de classificação

## **13 DOS RECURSOS**

13.1. Da decisão da Sociedade Hospitalar Angelina Caron caberá recurso, limitando-se às questões de habilitação ou inabilitação, considerando exclusivamente a documentação apresentada no ato da inscrição, não sendo considerados os documentos eventualmente anexados na fase recursal. O recurso não suspenderá o credenciamento, tendo em vista sua natureza e a existência potencial de diversos prestadores de serviços simultâneos.

13.2. O prazo para interposição de eventuais recursos contra o resultado de julgamento da documentação é de 05 (cinco) dias úteis, contados a partir do primeiro dia útil subsequente à lavratura da ata.

13.3. Os recursos poderão ser encaminhados a Sociedade Hospitalar Angelina Caron, para o e-mail [rafaela.odema@hospitalcaron.org.br](mailto:rafaela.odema@hospitalcaron.org.br), devendo constar no assunto o número do presente processo de credenciamento, qual seja, "Credenciamento – Edital nº 002/2026".

## **14. DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

14.1. A convocação para a prestação dos serviços poderá incluir um ou mais credenciados, conforme a necessidade da Sociedade Hospitalar Angelina Caron no momento.

14.2. Os serviços decorrentes deste credenciamento deverão ser executados conforme a demanda do hospital, podendo ocorrer em qualquer horário ou dia da semana, inclusive aos sábados, domingos e feriados, a partir do recebimento da notificação oficial encaminhada ao credenciado.

14.3. Caso não haja necessidade imediata da prestação de serviços por todos os credenciados, a convocação será realizada com base em nova Sessão de Análise de Proposta de Preços e Julgamento, resultando em um novo Termo de Homologação.

14.4. Os credenciados reconhecem que a execução dos serviços somente poderá ser iniciada após a assinatura do respectivo contrato com a Sociedade Hospitalar Angelina Caron, constituindo tal formalização um compromisso entre as partes para o cumprimento do objeto nos prazos e condições estabelecidos neste edital e em seus anexos.

14.5. Os credenciados assumem total responsabilidade civil, administrativa e penal por quaisquer prejuízos pessoais ou materiais causados à Sociedade Hospitalar Angelina Caron ou a terceiros, decorrentes da execução dos serviços contratados.

14.5.1. A responsabilização será atribuída somente após apuração mediante processo administrativo.

14.5.2. A utilização indevida de equipamentos estará sujeita à avaliação da engenharia clínica da Sociedade Hospitalar Angelina Caron.

## **15. DO PAGAMENTO**



15.1. A Nota Fiscal deverá conter a descrição dos serviços prestados e mencionar, obrigatoriamente, o número do Termo de Fomento, com a seguinte redação: *“Prestação de serviços médicos e/ou assistenciais conforme estabelecido pelo quarto resgate do projeto 'Infância 360º', formalizado por meio do Termo de Fomento n.º 03/2026 – Fundo Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente no município de Campina Grande do Sul/PR. Prestação de serviços de acordo com contrato firmado com a Sociedade Hospitalar Angelina Caron.”*

15.2. A Nota Fiscal deverá ser emitida até o 5º (quinto) dia útil de cada mês, observando-se o relatório de solicitação de pagamento elaborado pela credenciada.

15.3. O pagamento será efetuado pela Sociedade Hospitalar Angelina Caron por meio de transferência bancária, para a conta corrente indicada pela empresa credenciada, no prazo de até o 10º (décimo) dia útil de cada mês, ou no primeiro dia útil subsequente, quando for o caso.

15.3.1. O pagamento está condicionado ao envio da Nota Fiscal dentro do prazo estipulado, contendo todos os requisitos exigidos e seu aceite pela Sociedade Hospitalar Angelina Caron.

## **16. DA VIGÊNCIA**

16.1. O prazo de vigência deste credenciamento será de 4 (quatro) meses, contados a partir da publicação do aviso no site da Sociedade Hospitalar Angelina Caron: <https://doe.hospitalangelinacaron.org.br/portal-da-transparencia/>.

16.2. Os contratos firmados no âmbito deste credenciamento para a prestação de serviços terão vigência inicial de até 4 (quatro) meses, podendo ser prorrogados a critério das partes, mediante a celebração de termo aditivo.

16.3. A prorrogação contratual deverá ser previamente autorizada pela Sociedade Hospitalar Angelina Caron e formalizada por meio de Termo Aditivo ao contrato de prestação de serviços.

## **17. SUSPENSÃO OU CANCELAMENTO DO CREDENCIAMENTO**

17.1. O credenciamento poderá ser suspenso ou cancelado:

- a) Pela Sociedade Hospitalar Angelina Caron, quando for por ela julgado que a CREDENCIADA esteja definitiva ou temporariamente impossibilitada de prestar os serviços ou por não observar as normas legais ou do edital;
- b) Pela CREDENCIADA, quando mediante solicitação por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, demonstrar que está definitiva ou temporariamente impossibilitada de cumprir as exigências do Edital e devidamente aceita pela Sociedade Hospitalar Angelina Caron, nos termos legais;
- c) Por relevante interesse da Sociedade Hospitalar Angelina Caron ou da Administração Pública, devidamente justificado;
- d) Por inidoneidade superveniente ou comportamento irregular da CREDENCIADA, ou, ainda, no caso de substancial alteração das condições de mercado.

17.2. O pedido de descredenciamento não desincumbe a CREDENCIADA da obrigação de cumprir os eventuais serviços já requisitados pela Sociedade Hospitalar Angelina Caron e das responsabilidades a eles vinculadas, sendo cabível a aplicação das sanções administrativas previstas neste Edital em caso de irregularidade na execução dos respectivos serviços (total ou parcial).

17.3. Independentemente deste credenciamento, a Sociedade Hospitalar Angelina Caron poderá realizar outros procedimentos para contratar os serviços referidos neste procedimento, assegurando-se a preferência deste em igualdade de condições e preços.

17.4. Em caso de falecimento do profissional responsável legal pela prestação dos serviços, nos casos em que o credenciamento ou contrato esteja vinculado diretamente à sua atuação individual, o credenciamento será automaticamente cancelado.

17.4.1. Na hipótese de a empresa credenciada contar com outros profissionais aptos à prestação dos serviços, poderá ser solicitada a substituição formal do responsável técnico, mediante análise e aprovação da Sociedade Hospitalar Angelina Caron, desde que observadas todas as exigências do edital.

## **18 DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

18.1. Havendo divergência, omissão ou conflito entre as condições estabelecidas neste edital e as legislações que regem este credenciamento, estas sempre prevalecerão.

18.2. A Sociedade Hospitalar Angelina Caron poderá, a qualquer tempo, promover diligências destinadas a esclarecer ou complementar a instrução de assunto relacionado ao presente credenciamento.

18.3. Qualquer interessado poderá denunciar eventuais irregularidades na prestação dos serviços e/ou no faturamento oriundo deste credenciamento.

18.4. As normas disciplinadoras deste procedimento serão sempre interpretadas em favor da ampliação do número de credenciados, observadas as condições e formalidades legais cabíveis.

18.5. Os interessados são responsáveis pela fidelidade e legitimidade das informações prestadas e dos documentos apresentados em qualquer fase deste procedimento, sendo que a falsidade de qualquer documento ou a inverdade das informações nele contidas implicará no imediato descredenciamento de quem o tiver apresentado e rescisão do respectivo contrato de prestação de serviços, sem prejuízo das demais sanções cabíveis.

18.6. Outras informações poderão ser obtidas no endereço indicado no preâmbulo deste edital, com a Sociedade Hospitalar Angelina Caron pelo e-mail [rafaela.odema@hospitalcaron.org.br](mailto:rafaela.odema@hospitalcaron.org.br).

18.7. O presente edital de Chamamento Público e todos os seus anexos, são integrantes entre si, de forma que qualquer detalhe ou condição que se mencione em um documento e se omita em outro, será considerado especificado e válido, para todos os efeitos.

18.8. Nenhuma indenização será devida aos interessados pela elaboração e/ou apresentação de documentação relativa ao presente edital de credenciamento, ou ainda, por qualquer outro motivo alegado em relação ao processo de credenciamento.

18.9. A CREDENCIADA deverá manter durante o curso de vigência do contrato de prestação de serviços todas as condições de habilitação que ensejaram o credenciamento.

## **19. DOS PEDIDOS DE ESCLARECIMENTO**

19.1. Os pedidos de esclarecimento sobre o presente edital deverão ser encaminhados à Sra. Rafaela Odema, exclusivamente pelo e-mail [rafaela.odema@hospitalcaron.org.br](mailto:rafaela.odema@hospitalcaron.org.br), e identificados com CNPJ, Razão Social, Nome do Representante Legal, endereço, e-mail e telefone. Os questionamentos serão respondidos no prazo de até 2 (dois) dias úteis.

19.1.1. Todos os pedidos de esclarecimento, providências ou impugnações serão analisados pela Sociedade Hospitalar Angelina Caron.



**20 – FORO**

20.1. Para todos os efeitos legais, as partes elegem o Foro da Comarca de Campina Grande do Sul, para dirimir dúvidas oriundas da aplicação deste edital e seus anexos.

Campina Grande do Sul, 01 de julho de 2025.



---

Jorge Itsuo Fukushima  
Representante Legal  
Sociedade Hospitalar Angelina Caron

## ANEXO I – ESPECIFICAÇÃO TÉCNICA DO SERVIÇO

**1. OBJETO** - Contratação de serviço médico e assistencial, por meio do **4º resgate do projeto “Infância 360º” – Termo de Fomento 03/2026**

**2. JUSTIFICATIVA** – Promover a excelência da qualidade no cuidado prestado ao paciente criança e adolescente através de ações e projetos com os pilares: assistência assertiva; aprimoramento de infraestrutura de atendimento e inovação; pesquisa e difusão de conhecimento. o projeto Infância 360 busca entregar valor em saúde ao paciente infante juvenil atendido no Hospital Angelina Caron.

### 3. DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS A SEREM PRESTADOS

| SETOR                                    | CARGO                                         | CARGA HORÁRIA                                                                               | ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cirurgia Pediátrica de Emergência</b> | Equipe de cirurgia pediátrica de emergência   | Cobertura Integral                                                                          | Atividades de gestão e preceptoria médica em ambiente hospitalar, destinada a casos cirúrgicos de emergência. Cobertura desta gestão e preceptoria 24 horas por dia e 07 dias por semana, garantindo as atividades de determinação do plano assistencial de cada paciente e responsável pelos processos de qualidade e pela implementação/realização do plano assistencial de cada paciente, respeitando as boas práticas e normas de segurança do paciente, em acordo com atendimento ético e humanizado de todos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Cirurgia Pediátrica</b>               | Coordenação da equipe de cirurgia pediátrica  | Cobertura Integral                                                                          | Atuação nas áreas de atendimento em relação ao ensino através do programa de residência médica. É o profissional médico responsável por planejar, controlar, guiar; estimular o raciocínio e a postura ativa; analisar o desempenho; aconselhar e cuidar do crescimento profissional e pessoal; observar e avaliar o residente executando suas atividades; atuar na formação moral. Ensina realizando procedimentos técnicos e moderando a discussão de casos. Responsável pela formação teórica e prática dos residentes de cirurgia, supervisionando e direcionando o ensino para a formação de médicos aptos a ocuparem cargos de rotina, plantonistas, supervisores ou coordenadores.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>UTI Pediátrica &amp; Neonatal</b>     | Fisioterapia em UTI Pediátrica & UTI Neonatal | De 2º a 6º feira das 7h30 às 00h00 e durante os fins de semana e feriados das 8h00 às 17h00 | Cobertura dos setores de 2º a 6º feira das 7h30 às 01h30 e durante os fins de semana e feriados das 8h00 às 17h00 de fisioterapia intensivista em atendimentos a pacientes internados nas unidades de UTI Pediátrica e UTI Neonatal. Atendimento a pacientes internados nas unidades UTI Neonatal e UTI Pediátrica, estimulando o bom funcionamento das vias aéreas e músculos respiratórios, de modo a facilitar a respiração adequada. O acompanhamento correto na UTI auxilia na prevenção e/ou no tratamento das doenças cardiopulmonares, circulatórias e musculares, reduzindo assim a chance de possíveis complicações clínicas. Exerce atividades nas UTIs como: Monitoramento sistemático dos sistemas cardiorrespiratório e neuro-músculo-esquelético, estímulo da força muscular, impede o acúmulo de secreção no interior do sistema respiratório, mantém e melhora a expansão pulmonar e a oxigenação do paciente, melhora o desempenho dos músculos respiratórios, compartilham o gerenciamento da assistência ventilatória mecânica invasiva e não-invasiva, o que contribui para que o paciente respire por menos tempo com auxílio de aparelhos, tratamento de vícios posturais que provocam úlceras de pressão (área com necrose, devido à falta de circulação sanguínea), etc. Coordenar e ministrar aulas nas Jornadas e Simpósios científicos, ministrar aulas para a população e médicos das unidades de saúde. |
| <b>Pronto Socorro Pediátrico</b>         | Coordenador                                   | Cobertura Integral                                                                          | Médico responsável pela rotina de avaliação e discussão rotineira dos pacientes que estão internados no Pronto Socorro Infantil, sobretudo os que estão na sala vermelha, deverá manter um bom fluxo de atendimento nas salas do PS, irá realizar interface com o NIR e Programa Lean nas Emergências em casos específicos e necessários. Cobertura desta gestão e preceptoria médica para o Pronto Socorro Infantil, garantindo as atividades de determinação do plano assistencial de cada paciente e responsável pelos processos de qualidade e pela implementação/realização do plano assistencial de cada paciente, respeitando as boas práticas e normas de segurança do paciente, em acordo com atendimento ético e humanizado de todos. Serão atribuídas as tarefas relativas à qualidade assistencial, como a de dirigir e coordenar o corpo clínico das áreas, supervisionando a assistência aos pacientes e zelando também pelo cumprimento do regimento interno e demais normas balizadoras da boa prática médica. É sua obrigação garantir o fluxo de informações sobre os pacientes internados entre os diferentes plantonistas, bem como assegurar a disponibilidade de insumos e medicamentos essenciais para diagnóstico e tratamento das doenças, além de garantir que todos os pacientes internados tenham seu médico assistente.                                                                                  |
| <b>UTI Pediátrica</b>                    | Equipe Preceptoria                            | Cobertura Integral                                                                          | Atividades de gestão e preceptoria médica em ambiente hospitalar, em unidade de alta complexidade de Terapia Intensiva pediátrica, destinada a pacientes com patologias diversas e que necessitem de cuidados intensivos e complexos. Cobertura desta gestão e preceptoria médica para 10 leitos, durante finais de semana garantindo as atividades de determinação do plano assistencial de cada paciente e responsável pelos processos de qualidade e pela implementação/realização do plano assistencial de cada paciente, respeitando as boas práticas e normas de segurança do paciente, em acordo com atendimento ético e humanizado de todos. Responsável pela formação teórica e prática, supervisionando e direcionando o ensino para a formação de médicos aptos a ocuparem cargos de rotina, plantonistas, supervisores ou coordenadores de unidades de terapia intensiva, urgência e emergência e unidades de internação de acordo com a especialidade.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>UTI Pediátrica</b>                    | Coordenador                                   | Cobertura Integral                                                                          | Médico responsável pela padronização e definição de condutas dos pacientes internados na UTI, orientando e coordenando os médicos plantonistas; supervisionar trabalhos de conclusão de curso do programa de residência médica; Preceptoria dos programas de residência médica. Serão atribuídas as tarefas relativas à qualidade assistencial, como a de dirigir e coordenar o corpo clínico das áreas, supervisionando a assistência aos pacientes e zelando também pelo cumprimento do regimento interno e demais normas balizadoras da boa prática médica. É sua obrigação garantir o fluxo de informações sobre os pacientes internados entre os diferentes plantonistas, bem como assegurar a disponibilidade de insumos e medicamentos essenciais para diagnóstico e tratamento das doenças.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Pediatria</b>                         | Pediatra                                      | Cobertura Integral                                                                          | Atendimento clínico de pacientes pediátricos em regime ambulatorial e/ou hospitalar, realizando avaliações, diagnósticos, prescrições de tratamentos e acompanhamento de casos. Participação na definição e execução do plano terapêutico individualizado, com foco na segurança, ética e humanização da assistência prestada. Atuar em conjunto com a equipe multiprofissional na tomada de decisões clínicas e na continuidade do cuidado, assegurando a comunicação adequada com familiares e responsáveis. Responsável pela correta documentação das condutas no prontuário, prescrição médica e encaminhamentos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                          |               |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------|---------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                          |               |                       | quando necessários. Participar de reuniões clínicas, discussão de casos e ações de educação continuada promovidas pela instituição.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Neurologia<br>Pediátrica | Neuropediatra | Cobertura<br>Integral | Realizar atendimento especializado a crianças com distúrbios neurológicos, incluindo avaliação clínica neurológica, solicitação e interpretação de exames complementares, diagnóstico e condução terapêutica de doenças como epilepsias, paralisia cerebral, transtornos do neurodesenvolvimento, entre outros. Desenvolver plano de cuidado individualizado, em conjunto com a equipe multiprofissional, promovendo o seguimento clínico e o suporte necessário às famílias. Participar de discussões clínicas, interconsultas e ações de educação médica continuada. Garantir a adequada documentação em prontuário e a comunicação efetiva com os demais profissionais envolvidos no cuidado ao paciente. |

**4. PRAZO DE CONTRATO** - O contrato com cada prestador de serviço pode durar até 4 (quatro) meses, a depender de escalas com os prestadores selecionados e cumprimento das metas do projeto.

#### **5. VALOR TOTAL E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

| CARGO NO PROJETO                              | ÁREA DE ATUAÇÃO           | QTD | REGIME | VALOR MENSAL   |
|-----------------------------------------------|---------------------------|-----|--------|----------------|
| Equipe de cirurgia pediátrica                 | Cirurgia Pediátrica       | 1   | PJ     | R\$ 45.000,00  |
| Coordenação da equipe de cirurgia pediátrica  | Cirurgia Pediátrica       | 1   | PJ     | R\$ 3.000,00   |
| Fisioterapia em UTI Pediátrica & UTI Neonatal | Fisioterapia Pediátrica   | 1   | PJ     | R\$ 11.000,00  |
| Coordenador P.S. Pediátrico                   | Pronto Socorro Pediátrico | 1   | PJ     | R\$ 7.200,00   |
| Equipe Preceptoria UTI Pediátrica             | UTI Pediátrica            | 1   | PJ     | R\$ 109.200,00 |
| Coordenador UTI Pediátrica                    | UTI Pediátrica            | 1   | PJ     | R\$ 10.000,00  |
| Pediatra                                      | Pediatria                 | 1   | PJ     | R\$ 2.000,00   |
| Neuropediatra                                 | Neuropediatra             | 1   | PJ     | R\$ 12.000,00  |

## ANEXO II – REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO

À SOCIEDADE HOSPITALAR ANGELINA CARON

Ref.: Credenciamento de Pessoa Jurídica – Edital nº 002/2025

Prezados,

A empresa abaixo identificada vem, por meio deste, requerer sua inscrição no processo de Credenciamento de Pessoa Jurídica nº 001/2025, conforme previsto no Edital de Chamamento nº 002/2025, referente ao 2º Resgate do Projeto “Infância 360º”, celebrado por meio do Termo de Fomento nº 03/2025, com a finalidade de prestar serviços médicos e assistenciais no âmbito da Sociedade Hospitalar Angelina Caron.

### **DADOS DA EMPRESA**

Razão Social: [Nome da Empresa]

CNPJ: [XX.XXX.XXX/0001-XX]

Endereço Comercial: [Endereço Completo – Incluindo CEP, Cidade e Estado]

### **DADOS DO PROFISSIONAL INDICADO PARA A PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Nome Completo: [Nome do Profissional]

Conselho Regional de Classe: [CRM/COREN/CRAS/etc.]

Número de Registro Profissional: [Nº do Registro]

RG: [Número do RG]

CPF: [XXX.XXX.XXX-XX]

Vínculo com a Empresa: [Ex.: Sócio, contratado, colaborador, etc.]

Declaro estar ciente e de acordo com todas as condições estabelecidas no Edital de Chamamento nº 001/2025, bem como com as normas que regem o referido credenciamento.

[Localidade], \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

---

Responsável Legal pela Proposta

Nome Completo: [Nome do Responsável]

CPF: [XXX.XXX.XXX-XX]

Registro Profissional (se aplicável): [CRM/etc.]

### ANEXO III - DECLARAÇÃO DE COMPOSIÇÃO DA EQUIPE TÉCNICA

Eu, \_\_\_\_\_, representante legal da empresa \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ nº \_\_\_\_\_, declaro para fins de credenciamento junto ao setor de Investimento Social do Hospital Angelina Caron, que os profissionais abaixo relacionados compõem a equipe vinculada à empresa para execução das atividades previstas em projeto.

| Nome Completo | CPF | RG | Conselho Profissional (CRM/CRFa/CRP/etc.) |
|---------------|-----|----|-------------------------------------------|
|               |     |    |                                           |
|               |     |    |                                           |
|               |     |    |                                           |
|               |     |    |                                           |

Declaro, ainda, que as informações acima prestadas são verdadeiras.

Fica sob inteira responsabilidade da empresa e de seu representante legal a gestão, distribuição e o devido repasse dos valores aos profissionais integrantes da equipe, de acordo com as atividades efetivamente realizadas por cada membro, bem como o cumprimento de todas as obrigações trabalhistas, previdenciárias, fiscais e contábeis decorrentes dessa relação.

A Sociedade Hospitalar Angelina Caron não se responsabiliza por quaisquer encargos, tributos, impostos, contribuições, retenções ou demais obrigações legais relacionadas aos pagamentos efetuados pela empresa aos profissionais vinculados, cabendo exclusivamente à empresa a adoção dos procedimentos contábeis e fiscais que entender adequados, em conformidade com a legislação vigente e orientação de sua assessoria contábil.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração para os devidos fins.

Cidade/UF, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026.

---

Nome do Representante Legal  
CPF do Representante Legal