



## CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2018

A PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE ILHABELA, no âmbito de suas atribuições legais e diante do que dispõe a Lei Municipal nº 658/2008, torna pública a abertura de credenciamento de Médicos Veterinários, para atendimento no Centro de Referência Animal - Ilhabela - SP, por prazo indeterminado fazendo-o de acordo com as condições estabelecidas no presente edital.

### 1- DO OBJETO

- 1.1. Constitui objeto do presente edital o credenciamento de Médicos Veterinários, para atendimento no Centro de Referência Animal - Ilhabela – SP e atuação na Campanha de Vacinação Animal Municipal, de acordo com as diretrizes fixadas pela Secretaria Municipal de Saúde:
- A) Médico Veterinário Cirurgião, com formação e atuação nas áreas de clínica cirúrgica, cirurgia geral, cirurgia ortopédica, neurocirurgia, anestesiologia com prática em anestesia inalatória em cães e gatos, com possível atuação emergencial em animais marinhos e silvestres;
  - B) Médico Veterinário Clínico Geral, com conhecimento na área de diagnósticos de imagens (Ultrassom e Raio X) e em anestesiologia com prática em anestesia inalatória em cães e gatos, com possível atuação emergencial em animais marinhos e silvestres.
  - C) Médico Veterinário Anestesiologista, com prática em todas as formas de anestesia em cães e gatos, com possível atuação emergencial em animais marinhos e silvestres.

### 2- DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

- 2.1. Poderão participar do processo de credenciamento todos os médicos veterinários, que atendam todas as exigências constantes deste edital e de seus anexos.

### 3- DO PEDIDO DE CREDENCIAMENTO

- 3.1. O pedido de credenciamento deverá ser efetuado pelos interessados a partir do dia 05 de fevereiro de 2018 das 10:00hs as 17:00hs, através de petição cujo modelo constitui o Anexo I (*Requerimento de Credenciamento para Médico Veterinário Cirurgião*), Anexo II (*Requerimento de Credenciamento para Médico Veterinário Clínico Geral*) e/ou Anexo III (*Requerimento de Credenciamento para Médico Veterinário Anestesiologista*), deste edital, instruída com a documentação constante do item 3.2 e protocolizada diretamente na Secretaria Municipal de Saúde, sito à Rua do Quilombo, nº 199, Perequê, neste Município, que acrescentará os mesmos ao processo administrativo existente.
- 3.2. Para o credenciamento os interessados deverão instruir o *Requerimento de Credenciamento* com cópia dos seguintes documentos:
- a) Inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas;
  - b) Cédula de Identidade – R.G.;



c) Registro no Conselho Regional de Medicina Veterinária – CRMV/ SP

d) Comprovante de endereço;

e) Currículo Vitae documentado

Obs. Cópias autenticadas em cartório do Currículo Vitae.

- 3.3. Não serão aceitos documentos apresentados por meio de fac-simile ou e-mail, assim como não serão aceitos protocolos de documentos.

#### **4. DO CREDENCIAMENTO**

- 4.1. Os *Requerimentos de Credenciamento*, acompanhados dos documentos, serão analisados pela Comissão de Credenciamento de Médicos Veterinários, formada por servidores da Secretaria Municipal de Saúde, que deferirá os pedidos que atenderem integralmente as exigências contidas neste edital.
- 4.2. A Secretaria Municipal de Saúde notificará o Requerente para que, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, sane as irregularidades constatadas.
- 4.3. O pedido de cadastramento somente será indeferido se o interessado não sanar no prazo supramencionado, as irregularidades apontadas.
- 4.3.1. O indeferimento não impedirá que o requerente apresente novo pedido, juntando novos documentos.
- 4.4. O método de seleção será por análise curricular documentada, com as devidas cópias autenticadas em cartório, anexadas na documentação do credenciamento e entrevista presencial.

#### **5. DO REGIME DE EXECUÇÃO**

- 5.1. De acordo com as diretrizes do *Credenciamento*, incumbirá ao médico veterinário:
- 5.1.1. Esterilizar cirurgicamente (castrar) os animais encaminhados através do *Termo de Encaminhamento Cirúrgico* (ANEXO III), realizando nas fêmeas *ovariosolpingo-histerectomia* (remoção dos ovários e do útero) sendo que para o controle populacional prevê-se esterilização cirúrgica em cadelas e gatas a partir de dois meses de idade, e nos machos *orquiectomia* (remoção dos testículos).
- 5.1.2. Devolver o *Termo de Realização de Procedimento Cirúrgico* (ANEXO IV) devidamente preenchido e assinado à Secretaria Municipal de Saúde, como condição para novos encaminhamentos.
- 5.1.3. Realizar consultas encaminhadas através do *Termo de Encaminhamento Clínico* (ANEXO V).
- 5.1.4. Devolver o *Termo de Realização de Procedimento Clínico* (ANEXO VI) devidamente preenchido e assinado à Secretaria Municipal de Saúde, como condição para novos encaminhamentos.



- 5.1.5. Efetuar a vacinação de cães e gatos, bem como outros animais que exijam a implantação de meios de prevenção/proteção, conforme calendário a ser determinado pela Secretaria Municipal de Saúde.
  - 5.1.6. Realizar cirurgias de emergência em animais que estejam em condições de vulnerabilidade.
  - 5.1.7. Realizar a aplicação de anestésico e acompanhar a manutenção dos sinais vitais dos animais durante o procedimento cirúrgico, estando ao lado do animal antes, durante e após o procedimento.
- 5.2. O médico veterinário indicado para a realização dos procedimentos cirúrgicos será o responsável desde o exame pré-cirúrgico até o final do pós-operatório.
- 5.2.1. Ao proprietário do animal incumbirão os cuidados pós-operatórios, devendo o médico veterinário fornecer todas as orientações necessárias e esclarecer eventuais dúvidas até a retirada dos pontos.
  - 5.2.2. Na ocorrência de quaisquer complicações durante e pós-cirúrgicas, incumbirá ao médico veterinário que realizou a intervenção prestar, gratuitamente, todo o atendimento que se fizer indispensável à recuperação do animal. Em caso de complicação pós-cirúrgica, os medicamentos ficarão a cargo do proprietário do animal.
  - 5.2.3. Na necessidade de uma nova intervenção cirúrgica (em razão de rejeição do fio de sutura, ruptura de pontos, entre outros), o valor a ser pago pela Prefeitura Municipal de Ilhabela será o mesmo estabelecido para o procedimento cirúrgico inicial.
- 5.3. Os procedimentos cirúrgicos e clínicos serão realizados em dia e horário previamente agendados pelo serviço.

## **6. DA REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS**

- 6.1. Como os serviços, objetos do presente edital, serão prestados gratuitamente à população, a Prefeitura Municipal de Ilhabela pagará aos credenciados, a título de honorários da execução dos procedimentos cirúrgicos, desde que atestada à realização destes, o valor de R\$ 42,14 (quarenta e dois reais e quatorze centavos) por hora trabalhada, e apresentação mensal da cópia do pagamento do INSS e anual do ISS.
- 6.2. A quantidade de horas de prestação de serviço será definida pela Secretaria de Saúde, conforme disponibilidade de sala para atendimento, demanda de animais, entre outros, não ultrapassando o limite mensal de 160 horas por profissional.
- 6.3. Os pagamentos serão efetuados mensalmente, mediante crédito em conta corrente de titularidade do credenciado, estando condicionada a validade deste documento à conferência e ratificação da Secretaria Municipal de Saúde.
  - 6.3.1. Caso o credenciado não indique os dados bancários, o pagamento não será realizado.
- 6.4. É vedado ao médico veterinário exigir ou receber qualquer valor de terceiros.



## **7. DA VIGÊNCIA DO CREDIAMENTO**

- 7.1. O prazo de vigência deste Edital de Credenciamento será até 31/12/2018, podendo ser prorrogado por igual período, de acordo com o interesse da Administração, conforme arts. 57 e 65, da Lei Federal nº 8.666/93.
- 7.2. Havendo convêniência para Administração o referido Edital de Credenciamento poderá ter seus efeitos suspensos a qualquer tempo, com prévia notificação aos prestadores de serviços.

## **8. DAS PENALIDADES**

- 8.1. Fica assegurado à Prefeitura Municipal de Ilhabela descredenciar o médico veterinário em caso de inexecução total ou parcial das condições previstas neste edital, bem como se constatados os motivos a seguir relacionados:
- 8.1.1. A cobrança ou recebimento de qualquer valor de terceiros;
- 8.1.2. O não atendimento de animais encaminhados para realização de procedimentos de esterilização cirúrgica (castração) sem justificativa.
- 8.2. É de responsabilidade do credenciado os prejuízos causados à Administração Pública ou a terceiros, desde que comprovado seu dolo ou culpa.

## **9. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

- 9.1. Os credenciados serão os únicos responsáveis pelo cumprimento de todos os encargos sociais, trabalhistas e previdenciários.
- 9.2. Constituem parte integrante deste edital os seguintes anexos:
- 9.2.1. ANEXO I: Requerimento de Credenciamento/ Médico Veterinário Cirurgião.
- 9.2.2. ANEXO II: Requerimento de Credenciamento/ Médico Veterinário Clínico Geral.
- 9.2.3. ANEXO III: Termo de Encaminhamento Cirúrgico
- 9.2.4. ANEXO IV: Termo de Encaminhamento Clínico
- 9.2.5. ANEXO V: Termo de Realização de Procedimento Cirúrgico.
- 9.2.6. ANEXO VI: Termo de Realização de Procedimento Clínico

Ilhabela, 31 de janeiro de 2018.

**BENEDITO WENCESLAU NETO**  
Presidente da Comissão Permanente de Licitações



ANEXO I

REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO / MÉDICO VETERINÁRIO CIRURGIÃO

EXCELENTÍSSIMO SENHOR PREFEITO MUNICIPAL DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE ILHABELA – SP

Eu \_\_\_\_\_,  
médico (a) veterinário (a), inscrito (a) no Conselho Regional de Medicina Veterinária sob nº CRMV-SP \_\_\_\_\_, portador da cédula de identidade RG nº \_\_\_\_\_, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas sob nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado à Rua/Avenida \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, complemento \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, Ilhabela/SP, venho solicitar meu credenciamento **Médico Veterinário Cirurgião**, com formação e atuação nas áreas de clínica cirúrgica, cirurgia geral, cirurgia ortopédica, neurocirurgia, anestesiologia com prática em anestesia inalatória em cães e gatos com possível atuação emergencial em animais marinhos e silvestres, promovido pela Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela, em conformidade com o Edital nº 035/2018, juntando, para tanto, todos os documentos exigidos, devidamente assinados e rubricados.

Declaro ainda, sob as penas da lei, que:

1. Estou ciente de todas as informações e condições para o cumprimento das obrigações objeto deste credenciamento.
2. Encontro-me idôneo para licitar, contratar ou firmar convênio com órgãos ou entidades da Administração Pública Federal, Estadual, Municipal ou do Distrito Federal.
3. As informações prestadas neste pedido de credenciamento são verdadeiras.
4. Estou ciente e concordo com o valor proposto no item 6.1 do Edital nº 035/2018.
5. Estou ciente das condutas a serem adotadas no *Credenciamento*.
6. Serei o responsável desde o exame pré-cirúrgico até o final do pós-operatório.
7. Concordo integralmente com os termos do edital e de seus anexos.

Nestes termos,  
Pede deferimento.

Ilhabela, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

\_\_\_\_\_  
Assinatura



ANEXO II

REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO /MÉDICO VETERINÁRIO CLÍNICO GERAL

EXCELENTÍSSIMO SENHOR PREFEITO MUNICIPAL DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE ILHABELA – SP

Eu, \_\_\_\_\_, médico (a) veterinário (a), inscrito (a) no Conselho Regional de Medicina Veterinária sob n° CRMV-SP \_\_\_\_\_, portador da cédula de identidade RG n° \_\_\_\_\_, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas sob n° \_\_\_\_\_, residente e domiciliado à Rua/Avenida \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, complemento \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, Ilhabela/SP, venho solicitar meu credenciamento **Médico Veterinário Clínico Geral** com conhecimento na área de diagnósticos de imagens (Ultrassom e Raios-X) e em anestesiologia com prática em anestesia inalatória em cães e gatos, com possível atuação emergencial em animais marinhos e silvestres, promovido pela Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela, em conformidade com o Edital n° 035/2018, juntando, para tanto, todos os documentos exigidos, devidamente assinados e rubricados.

Declaro ainda, sob as penas da lei, que:

1. Estou ciente de todas as informações e condições para o cumprimento das obrigações objeto deste credenciamento.
2. Encontro-me idôneo para licitar, contratar ou firmar convênio com órgãos ou entidades da Administração Pública Federal, Estadual, Municipal ou do Distrito Federal.
3. As informações prestadas neste pedido de credenciamento são verdadeiras.
4. Estou ciente e concordo com o valor proposto para a realização das castrações, constante do item 6.1 do Edital n° 035/2018.
5. Estou ciente das condutas a serem adotadas no *Credenciamento*.
6. Serei o responsável desde o exame pré-cirúrgico até o final do pós-operatório.
7. Concordo integralmente com os termos do edital e de seus anexos.

Nestes termos,  
Pede deferimento.

Ilhabela, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

\_\_\_\_\_  
Assinatura



ANEXO III

REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO /MÉDICO VETERINÁRIO ANESTESISTA

EXCELENTÍSSIMO SENHOR PREFEITO MUNICIPAL DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE ILHABELA – SP

Eu, \_\_\_\_\_, médico (a) veterinário (a), inscrito (a) no Conselho Regional de Medicina Veterinária sob nº CRMV-SP \_\_\_\_\_, portador da cédula de identidade RG nº \_\_\_\_\_, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas sob nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado à Rua/Avenida \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, complemento \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, Ilhabela/SP, venho solicitar meu credenciamento como **Médico Veterinário Anestesista** com conhecimento prático em todas as formas de anestesia para cães e gatos, com possível atuação emergencial em animais marinhos e silvestres, promovido pela Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela, em conformidade com o Edital nº \_\_\_\_/2018, juntando, para tanto, todos os documentos exigidos, devidamente assinados e rubricados.

Declaro ainda, sob as penas da lei, que:

1. Estou ciente de todas as informações e condições para o cumprimento das obrigações objeto deste credenciamento.
2. Encontro-me idôneo para licitar, contratar ou firmar convênio com órgãos ou entidades da Administração Pública Federal, Estadual, Municipal ou do Distrito Federal.
3. As informações prestadas neste pedido de credenciamento são verdadeiras.
4. Estou ciente e concordo com o valor no item 6.1 do Edital nº \_\_\_\_/2018.
5. Estou ciente das condutas a serem adotadas no *Credenciamento*.
6. Acompanharei o animal desde o momento da anestesia até o seu restabelecimento.
7. Concordo integralmente com os termos do edital e de seus anexos.

Nestes termos,  
Pede deferimento.

Ilhabela, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

\_\_\_\_\_  
Assinatura



**ANEXO III**  
**TERMO DE ENCAMINHAMENTO CIRÚRGICO**

Ilhabela, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

Prezado (a) Senhor (a),

Encaminhamos o animal abaixo identificado para a cirurgia de \_\_\_\_\_:

<b>Nome:</b>	<b>Idade:</b>
<b>Espécie:</b>	<b>Raça:</b>
<b>Porte:</b>	<b>Sexo:</b>
<b>Cor:</b>	<b>Pelagem:</b>
<b>Microchip:</b>	

<b>Proprietário:</b>	
<b>Endereço:</b>	
<b>Bairro:</b>	
<b>RG:</b>	<b>CPF:</b>
<b>Telefone:</b>	<b>Celular:</b>

É preciso estar ciente:

1. O presente Termo de Encaminhamento só terá validade se acompanhado das cópias dos seguintes documentos:

- 1.1. RG, CPF e comprovante de residência do proprietário;
- 1.2. Comprovante de vacinação antirrábica e espécie-específica do referido animal.

2. A cirurgia é realizada dentro dos padrões técnicos preconizados, ficando ciente o proprietário do animal que de qualquer ato cirúrgico poderá advir risco de vida.

3. O animal será avaliado pelo médico veterinário responsável pela cirurgia, para verificar se possui condição satisfatória para o ato cirúrgico.

4. O proprietário é o responsável pelos cuidados pós-operatórios de seu animal. O médico veterinário que realizou a cirurgia prestará as orientações necessárias e esclarecerá as dúvidas do proprietário, até a retirada dos pontos.

5. O custo da cirurgia é de responsabilidade da Prefeitura Municipal de Ilhabela, de acordo com o estipulado no edital.

De acordo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do proprietário ou responsável

\_\_\_\_\_  
Médico Veterinário Credenciado pela  
Prefeitura Municipal de Ilhabela

\_\_\_\_\_  
Diretor de Vigilância em Saúde Ambiental  
Prefeitura Municipal de Ilhabela





**ANEXO IV**  
**TERMO DE ENCAMINHAMENTO CLÍNICO**

Ilhabela, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

Prezado (a) Senhor (a),

Encaminhamos o animal abaixo identificado para a consulta clínica.

<b>Nome:</b>	<b>Idade:</b>
<b>Espécie:</b>	<b>Raça:</b>
<b>Porte:</b>	<b>Sexo:</b>
<b>Cor:</b>	<b>Pelagem:</b>
<b>Microchip:</b>	

<b>Proprietário:</b>	
<b>Endereço:</b>	
<b>Bairro:</b>	
<b>RG:</b>	<b>CPF:</b>
<b>Telefone:</b>	<b>Celular:</b>

É preciso estar ciente:

1. O presente Termo de Encaminhamento só terá validade se acompanhado das cópias dos seguintes documentos:
  - 1.1. RG, CPF e comprovante de residência do proprietário;
  - 1.2. Comprovante de vacinação antirrábica e espécie-específica do referido animal.
2. O proprietário é o responsável pelos cuidados de seu animal. O médico veterinário que realizou a consulta clínica prestará as orientações necessárias e esclarecerá as dúvidas do proprietário.
3. O custo da consulta é de responsabilidade da Prefeitura Municipal de Ilhabela, de acordo com o estipulado no edital.

De acordo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do proprietário ou responsável

\_\_\_\_\_  
Médico Veterinário Credenciado pela  
Prefeitura Municipal de Ilhabela

\_\_\_\_\_  
Diretor de Vigilância em Saúde Ambiental  
Prefeitura Municipal de Ilhabela



ANEXO V

TERMO DE REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Declaro que o animal abaixo identificado foi realizado cirurgia de \_\_\_\_\_ na data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, pelo médico veterinário \_\_\_\_\_.

<b>Nome:</b>	<b>Idade:</b>
<b>Espécie:</b>	<b>Raça:</b>
<b>Porte:</b>	<b>Sexo:</b>
<b>Cor:</b>	<b>Pelagem:</b>
<b>Microchip:</b>	

<b>Proprietário:</b>	
<b>Endereço:</b>	
<b>Bairro:</b>	
<b>RG:</b>	<b>CPF:</b>
<b>Telefone:</b>	<b>Celular:</b>

\_\_\_\_\_  
Assinatura do proprietário ou responsável

\_\_\_\_\_  
Médico Veterinário Credenciado pela Prefeitura Municipal de Ilhabela

\_\_\_\_\_  
Diretor de Vigilância em Saúde Ambiental  
Prefeitura Municipal de Ilhabela



ANEXO VI

TERMO DE REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CLÍNICO

Declaro que o animal abaixo identificado foi realizado consulta clínica na data -  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, pelo médico veterinário \_\_\_\_\_.

<b>Nome:</b>	<b>Idade:</b>
<b>Espécie:</b>	<b>Raça:</b>
<b>Porte:</b>	<b>Sexo:</b>
<b>Cor:</b>	<b>Pelagem:</b>
<b>Microchip:</b>	

<b>Proprietário:</b>	
<b>Endereço:</b>	
<b>Bairro:</b>	
<b>RG:</b>	<b>CPF:</b>
<b>Telefone:</b>	<b>Celular:</b>

Queixa: \_\_\_\_\_

Procedimentos Realizados: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Suspeita Clínica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do proprietário ou responsável pelo animal

\_\_\_\_\_  
Médico Veterinário Credenciado pela Prefeitura Municipal de Ilhabela

\_\_\_\_\_  
Diretor de Vigilância em Saúde Ambiental  
Prefeitura Municipal de Ilhabela